

**VERIFICACIÓN DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL
EN ADOLESCENTES EN LA CONSULTA EXTERNA
DE DOS IPS DE BOGOTÁ**

NATHALYA MUÑOZ MARTÍNEZ
JUAN URÁN RICO

TESIS DE GRADO
MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

JUNIO DE 2014

**VERIFICACIÓN DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL
EN ADOLESCENTES EN LA CONSULTA EXTERNA
DE DOS IPS DE BOGOTÁ**

NATHALYA MUÑOZ MARTÍNEZ
JUAN URÁN RICO

TESIS DE GRADO
MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

DIRECTOR PROYECTO DE GRADO
DR. FRANCISCO GONZÁLEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

JUNIO DE 2014

DEDICATORIA

Trabajo dedicado a nuestras familias quienes con su apoyo incondicional permitieron la finalización del mismo, quienes nos enseñaron a cumplir nuestras metas a pesar de los inconvenientes presentados durante nuestro transcurrir en la vida.

Dedicado a nuestros hijos quienes nos hicieron entender durante la realización del presente trabajo de tesis que con perseverancia, esfuerzo, dedicación y AMOR por lo que hacemos todo es posible.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo de grado, lleno de dificultades logísticas y operativas que pudimos sortear, es inevitable recordar todas las aventuras que vivimos y quienes estuvieron a nuestro lado durante esta grandiosa travesía.

Agradecemos al Dr. Francisco González, nuestro director de proyecto de grado, por su apoyo incondicional para corregirnos y orientarnos por el camino adecuado y correcto para lograr el objetivo propuesto.

A nuestras familias quienes nos impulsaron a finalizar este grandioso trabajo a pesar de las adversidades, el cansancio y la falta de tiempo.

A los 100 adolescentes, mujeres y hombres, que nos dedicaron su valioso tiempo para participar libremente y contestar la encuesta, brindándonos la información suficiente y necesaria para la realización de ésta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
OBJETIVOS.....	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos	14
MARCO TEÓRICO	15
HISTORIA DEL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	15
¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?	19
• Adolescencia temprana o inicial	20
• Adolescencia Media.....	21
• Adolescencia final o tardía.....	22
HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN COLOMBIA	23
SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y CONDUCTA SEXUAL.....	26
METODOLOGÍA	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXO A – Encuesta.....	77
ANEXO B – Propuesta de sensibilización en Educación Sexual	79

TABLA DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1: Encuestados según sexo</i>	<i>33</i>
<i>Gráfica 2: Encuestados según edad</i>	<i>34</i>
<i>Gráfica 3: Encuestados según estado civil</i>	<i>36</i>
<i>Gráfica 4: Estado civil según edad.....</i>	<i>36</i>
<i>Gráfica 5: Encuestados según Aseguramiento en Salud.....</i>	<i>38</i>
<i>Gráfica 6: Encuestados según estrato socioeconómico</i>	<i>40</i>
<i>Gráfica 7: Estrato socioeconómico según régimen de afiliación en Salud.....</i>	<i>40</i>
<i>Gráfica 8: Recibió Educación Sexual.....</i>	<i>43</i>
<i>Gráfica 9: Educación Sexual según IPS</i>	<i>43</i>
<i>Gráfica 10: Tipo de Educación Sexual recibida</i>	<i>45</i>
<i>Gráfica 11: Tipo de Educación Sexual recibida según IPS.....</i>	<i>46</i>
<i>Gráfica 12: Acceso al servicio de Planificación Familiar de su EPS</i>	<i>48</i>
<i>Gráfica 13: Asistencia e inasistencia según edad.....</i>	<i>49</i>
<i>Gráfica 14: Acceso al servicio según IPS</i>	<i>50</i>
<i>Gráfica 15: Inicio de vida sexual</i>	<i>51</i>
<i>Gráfica 16: Inicio de vida sexual según IPS.....</i>	<i>51</i>
<i>Gráfica 17: Edad de inicio de vida sexual</i>	<i>52</i>
<i>Gráfica 18: Inicio de vida sexual según sexo</i>	<i>53</i>
<i>Gráfica 19: Presencia de embarazo adolescente</i>	<i>55</i>
<i>Gráfica 20: Embarazo adolescente según IPS</i>	<i>56</i>
<i>Gráfica 21: Edad en la que quedó en embarazo según IPS.....</i>	<i>56</i>
<i>Gráfica 22: Hijo/a de madre adolescente según IPS</i>	<i>57</i>
<i>Gráfica 23: Finalización de estudios según IPS.....</i>	<i>59</i>
<i>Gráfica 24: Conocimiento de métodos de planificación familiar según IPS</i>	<i>61</i>
<i>Gráfica 25: Métodos de planificación familiar que se conocen según IPS.....</i>	<i>62</i>
<i>Gráfica 26: Uso de métodos de planificación familiar según IPS.....</i>	<i>62</i>
<i>Gráfica 27: Métodos de planificación familiar que utiliza según IPS</i>	<i>63</i>
<i>Gráfica 28: Uso de métodos de planificación familiar según vida sexual activa</i>	<i>64</i>
<i>Gráfica 29: Presencia de enfermedades de transmisión sexual según IPS.....</i>	<i>65</i>
<i>Gráfica 30: Acompañamiento de las relaciones sexuales.....</i>	<i>66</i>
<i>Gráfica 31: Participación en juegos sexuales</i>	<i>69</i>

GLOSARIO

- **Actividad sexual:** Es la expresión de una conducta de la sexualidad de un individuo donde el componente erótico de misma es más evidente. Es sinónimo de conducta sexual.
- **Adolescencia:** Es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, cambian los patrones psicológicos de la infancia a la adultez y se inicia la consolidación de la independencia socioeconómica.
- **Conductas de riesgo para la salud:** Son aquellas conductas que predisponen a un resultado de salud negativo (Ejemplo: el coito sin protección ya que incrementa el riesgo para enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados).
- **Conductas sexuales responsables:** Son aquellas que se expresan en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Se caracterizan por ser: autónomas, mutuas, honestas, respetuosas, consensuales, protectoras, que buscan el placer y el bienestar. La persona que muestra una conducta sexual responsable no pretende provocar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad promueve conductas sexuales responsables al proveer el conocimiento, los recursos y promueve los derechos individuales necesarios para que se puedan dar éstas prácticas.
- **Derechos sexuales:** Es el derecho que cada individuo tiene de recibir información, educación, experiencias, apoyo y servicios que faciliten la toma de decisiones responsables acerca de su sexualidad. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a las relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva a los que

se puede acceder de forma voluntaria y la habilidad de expresar la propia orientación sexual sin violencia ni discriminación.

- **Erotismo:** Es la capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas que provocan fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que generalmente se identifica con el placer sexual. Se construye tanto a nivel individual como social mediante significados simbólicos y concretos que se relacionan con otras dimensiones humanas.
- **Identidad sexual:** Es la forma en que un individuo se identifica como hombre o mujer, masculino, femenina o una combinación de ambas y la orientación sexual del individuo. El marco de trabajo interno, construido a lo largo del tiempo es el que permite a la persona crearse un concepto propio basándose en su sexo y en su orientación sexual, actuando socialmente de acuerdo con sus capacidades sexuales percibidas.
- **Orientación sexual:** Es la organización del erotismo y apego emocional de un individuo respecto al sexo y género de la pareja implicada en su actividad sexual. Se puede manifestar a través de la combinación de conducta sexual, pensamientos, fantasías o deseos.
- **Práctica sexual:** Es un patrón de actividad sexual que exhibe un individuo o comunidad con suficiente consistencia como para que adquiera un tipo de conducta.
- **Pubertad:** Período de vida en el que ocurre el desarrollo sexual y el crecimiento. Es el conjunto de cambios físicos que transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción.
- **Salud reproductiva:** Estado general de bienestar físico, mental y social, no es sólo la ausencia de enfermedad o malestar en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria, segura, con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y cómo.

- **Salud sexual:** Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, evidenciándose en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar y enriquecimiento de la vida personal y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones o enfermedades.
- **Sexo:** Es la suma de características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer.
- **Sexo seguro:** Es un término utilizado para especificar las prácticas y conductas sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir enfermedades de transmisión sexual.
- **Sexualidad:** Es una condición esencial del ser humano que incluye el sexo, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales. Se experimenta y expresa en todo lo que el individuo es, siente, piensa y hace.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En este estudio se realizó una encuesta con el fin de evidenciar el conocimiento y la práctica de la Educación Sexual en adolescentes que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina General en dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Bogotá, una de régimen contributivo y otra de régimen subsidiado.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, a 100 adolescentes, mujeres y hombres, a través de la aplicación de un instrumento prediseñado con un contenido de 17 preguntas donde se indagó acerca de: planificación familiar, conducta sexual, educación sexual, embarazo adolescente y conductas de riesgo en adolescentes.

En relación al régimen de aseguramiento en salud que tenían los adolescentes, las diferencias encontradas en sus respuestas fueron a nivel de: educación sexual recibida, acceso a los servicios de planificación familiar de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), presencia de embarazo adolescente y consumo de alcohol asociado a la práctica de relaciones sexuales.

Tras el análisis de la información obtenida con la aplicación de la encuesta, se concluye que es indispensable crear en las instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Bogotá, una nueva herramienta metodológica a través de la cual se realice promoción de la salud y refuerzo de prácticas protectoras en educación sexual para adolescentes, pues persiste desconocimiento de la misma.

Palabras Clave: Adolescente, Anticoncepción, Conducta Sexual, Embarazo, Enfermedades de Transmisión Sexual, Planificación Familiar.

ABSTRACT AND KEY WORDS

In this study, a survey was conducted in order to demonstrate the knowledge and practice of sex education in adolescents who attended the outpatient department of General Medicine in two Institutions Providing Health Services (IPS) of the city of Bogotá, a contributory and a subsidized regime.

An observational, descriptive, cross-sectional, 100 adolescents, women and men was conducted through the application of an instrument predesigned containing 17 questions where about were investigated: family planning, sexual behavior, sexual education, teenage pregnancy and risk behaviors in adolescents.

Regarding the health insurance scheme that had teenagers, the differences in their responses were level: received sex education, access to family planning services of the Health Promoting Entities (EPS), presence of teen pregnancy and alcohol consumption associated with the practice of sex.

After analyzing the information gained from the implementation of the survey, it is concluded that raising in public and private educational institutions in the city of Bogotá, a new methodological tool through which health promotion and reinforcement is made protective practices in sex education for adolescents because of the same ignorance persists.

Key Words: Adolescent, Contraception, Family Planning, Pregnancy, Sexual Behavior, Sexually Transmitted Diseases.

INTRODUCCIÓN

La palabra adolescencia deriva del término latín "*adolescere*" que significa crecer, que se convierte en una palabra referente a los cambios que presenta el desarrollo del cuerpo humano durante esta etapa. El término se introdujo en la segunda mitad del siglo XIX en relación a cambios económicos, culturales y educacionales acompañando la transformación del rol de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, cambian los patrones psicológicos de la infancia a la adultez y se inicia la consolidación de la independencia socioeconómica.

La adolescencia se divide en tres grandes etapas, cada una con un desarrollo diverso:

- Adolescencia temprana–10 a 13 años
- Adolescencia media–14 a 16 años
- Adolescencia tardía–17 a 19 años

Por todos los cambios presentados durante la adolescencia, ésta se convierte en un período importante para la construcción de modelos culturales y sociales, dado que el individuo se enfrenta a cambios no solamente físicos, sino también emocionales, intelectuales, psicológicos y de su entorno. Durante esta fase del ciclo vital emergen los mayores conflictos entre padres e hijos; donde éstos últimos inician la expresión de su sexualidad de acuerdo a la sociedad, al entorno y a la educación recibida tanto en casa como en el colegio.

Es por esto que la sexualidad en relación a la adolescencia se convierte en un tema de interés social debido a la inquietud que generan la realización de actividades con riesgo: embarazo adolescente, no uso de métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, participación en juegos sexuales y consumo de alcohol, entre otras.

En Colombia, el 19.6% de la población es adolescente lo que exige una atención especial e integral por parte del sistema de salud y educativo. Y su enfoque en asistencia no solamente se debe limitar al control de crecimiento y desarrollo, a las recomendaciones según el motivo de consulta o a la educación correspondiente al nivel de secundaria, sino que también requiere de un abordaje integral donde se identifiquen factores de riesgo y se oriente con respecto a la prevención y abordaje de los mismos.

Por lo anterior el sistema de salud debe gestionar los riesgos relacionados con conductas inseguras en la sexualidad de adolescentes, favoreciendo su calidad de vida, disminuyendo las tasas de embarazo en adolescentes, las enfermedades concomitantes y porque no, orientar los lineamientos de una política pública, para el manejo integral de la sexualidad en la adolescencia.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Indagar mediante una encuesta el conocimiento y la práctica de la Educación Sexual que tienen los adolescentes que acuden al servicio de consulta externa de Medicina General en dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

- Identificar el sexo, la edad, el estado civil, el tipo de aseguramiento en salud y la condición socioeconómica de los adolescentes que acceden al servicio de consulta externa de Medicina General de las IPS.
- Establecer si los adolescentes reciben educación sexual, qué tipo de educación reciben y cómo adquieren dichos conocimientos, así como si conocen y utilizan métodos de planificación familiar.
- Correlacionar entre los adolescentes que están o han estado en embarazo, si son hijos de padres adolescentes.
- Cualificar si existe acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar ofertados por las IPS en los servicios de consulta externa.
- Establecer si los adolescentes acompañan la práctica de relaciones sexuales con el uso de sustancias psicoactivas y actividades sexuales de riesgo.

MARCO TEÓRICO

HISTORIA DEL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Para abordar adecuadamente a los adolescentes desde todas las perspectivas y aún más, contribuir a un mejor abordaje de la salud de los adolescentes en el País, es importante conocer la adolescencia como categoría histórica y los cambios que sufrió el significado de la palabra “adolescencia” a través de los tiempos y las sociedades.

La pubertad es un evento biológico que ha existido desde el mismo momento de la existencia del hombre mientras la adolescencia es un fenómeno psicológico, biológico y social que inicia a esbozarse a partir del siglo XVIII (Grossman, 1998). Ésta es la razón de porqué varios estudiosos consideran a la adolescencia como un concepto construido por las sociedades modernas, que creó un proceso de transición donde antes no había nada más que niñez, juventud y adultez, que varía según el momento y el lugar que se considere.

En Grecia los niños crecían en el gineceo escuchando fábulas e historias inspiradas en la mitología. En la ciudad de Esparta la educación de los niños era su directa responsabilidad desde los 7 años de edad, inculcándoles virtudes cívicas y militares que a los 16 años les permitía hablar en la asamblea y hasta los 20 años vivían pruebas de iniciación. Toda la educación se basaba en la relación estrecha que tenían los jóvenes con los adultos, considerando a éstos últimos como modelo y guía. Mientras en la ciudad de Atenas los adolescentes no salían del gineceo y allí aprendían trabajos domésticos y esbozos de educación Primaria (Grossman, 1998).

En la antigua Roma a los 12 años de edad, los destinos de niñas y niños se separaban así como el de ricos y pobres. Hacia los 14 años dejaban los rasgos infantiles teniendo derecho a hacer todo lo que quisieran y hacia los 16 o 17 años podían iniciar una carrera pública o entrar al ejército. Se realizaba una ceremonia en jóvenes varones, en la que se despojaban de los "signos de la infancia" para incorporarse en la vida adulta: dejaban la bulla (colgante para el cuello que contenía un amuleto) o la toga adornada de púrpura y vestían la toga viril, totalmente blanca, vestimenta cotidiana de los ciudadanos adultos. En este momento no existía la mayoría de edad legal y para las mujeres el casamiento se daba máximo a los 14 años de edad porque ya se consideraban adultas a esa edad (Grossman, 1998).

En el siglo II de nuestra era se dejaba la práctica sexual al casamiento y el sexo era considerado un pecado por lo que los médicos recomendaban a los jóvenes realizar gimnasia y estudios filosóficos para aquietar la "*energía venérea*". Igualmente se debía evitar la masturbación ya que producía una maduración sexual precoz e imperfecta.

Durante la Edad Media se hace referencia a las edades de la vida, considerada una edad como un período de 7 años de vida:

- Infancia (enfant) - hasta los 7 años
- Pueritia - entre los 7y los 14 años
- Adolescencia - a partir de los 14 años donde ya existía posibilidad de procreación. Según el emperador Constantino ésta finalizaría a los 21 años y según Isidoro de Sevilla a los 28 años

El concepto de adolescencia alcanzó su máxima expresión en el siglo XX, como un "funesto invento" secundario al surgimiento del consumismo y a la comprensión de la capacidad consumidora de este grupo. Se han propuesto equivalentes de los

ritos de iniciación romanos en las sociedades desarrolladas como lo son: usar pantalones largos, fumar, visitar un prostíbulo en los varones o pintarse, usar medias de seda y tener novio en la mujer.

Entre los años 1900 y 1920 la adolescencia era considerada un período de tránsito, un breve tiempo entre la niñez y las responsabilidades de la vida adulta. La mayoría de los jóvenes no accedían a la educación superior sino que a temprana edad ingresaban al mundo laboral. Fue la época del Jazz, los clásicos románticos, las grandes fiestas, las obras de F. Scott Fitzgerald. Es el momento del Charleston y de grupos de muchachos danzando y bebiendo, lo joven adquiere importancia y es así como los adolescentes se convierten en símbolos de un estado de ánimo.

En el año 1930, donde llega la época de la Gran Depresión, los adolescentes la experimentaron a través de sus familias y colegios. Fue común el desempleo, la falta de alimento y de oportunidades. Muchos adolescentes se vieron en la obligación de trabajar abandonando los colegios y la frustración marcó la época. Al fin de esta etapa se observa una generación de adolescentes que comienzan a establecer una cultura marcada por la disputa con la autoridad paterna.

Antes de 1939 la adolescencia era contada por los escritores como una crisis subjetiva como bien lo describe el escritor Françoise Dolto quien afirma: "uno se rebela contra los padres y las obligaciones de la sociedad, en tanto que, a su vez, sueña con llegar a ser rápidamente un adulto para ser como ellos". Hacia 1940 las conversaciones giraban en torno a lo que ocurrió "antes de la guerra" y después de ella, la bomba atómica de Hiroshima en Agosto de 1945 marcó a toda una generación. Los adolescentes americanos asumieron posturas de patriotismo que no habían tenido antes y con la posguerra vinieron la euforia y el boom económico que cambió tanto a las comunidades como a las familias.

Durante la posguerra los adolescentes se vieron llenos de entusiasmo y con un futuro que les ofrecía gozo y mejores posibilidades en relación a las que tuvieron sus padres.

En la década de los cincuenta, la adolescencia ya no es considerada como una crisis sino como un estado y la atención pública se volcó hacia los adolescentes de una manera sin precedentes pues los jóvenes fueron maximizados como nunca antes había ocurrido. Se encuentran muchachos con otra actitud y una manera diferente de ver el mundo, pasan los tiempos del terror.

El año 1960 estuvo marcado por un hecho sin precedentes ya que un joven entusiasta y lleno de vida, John F. Kennedy, asume la presidencia de los Estados Unidos. El idealismo llegó a Washington y comenzó una era de esperanza que luego se ve truncada por conflictos sociales secundarios a lo relativo con los derechos civiles. Los adultos comenzaron a ser vistos como viejos resabiados de épocas atrasadas y se refleja en la música con el surgimiento del Rock and Roll, la fuerza inusitada de la juventud con su rebeldía expresada mediante sonidos considerados heréticos por la generación adulta.

En la década de 1970 la cultura popular se impone, es el advenimiento del Pop, de los hippies y de las protestas por la guerra de Vietnam. Los colegios y las universidades se convierten en lugares de protesta y expresión.

En 1980 los adolescentes se convierten en la generación X, un concepto inventado por el novelista Doug Coupland, marcada por la música, las drogas, la apatía política, el cinismo y la rebeldía expresada en todos los aspectos. Es así como se expande el poder consumidor adolescente con la industria de la ropa, la música, los cosméticos, los automóviles, los deportes y la diversión que centran su atención en el poder adquisitivo de esta generación.

Finalmente desde 1990 la cultura adolescente se considera como existente sin discusión por su visión del mundo, sus hábitos y sus costumbres que son analizadas desde todos los puntos de vista. Se convierten en el grupo más estudiado de todas las épocas tal vez por ser seres humanos en transición y es por tal razón que en la actualidad es casi imposible separar películas, televisión, libros, música, internet, ropa, comida rápida, bebidas, video juegos, cosméticos y drogas, de la vida de los jóvenes adolescentes.

¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad del individuo. Es una etapa del ciclo vital humano actual, que no se presentaba en civilizaciones primitivas, en las cuales las personas tenían una corta esperanza de vida y requerían por tal razón involucrarse rápidamente en la cadena productiva y reproductiva (OMS, 2009).

Como parte de la adolescencia se presenta la pubertad, caracterizada por aspectos únicos de crecimiento y maduración, conjugados con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Por esta razón, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un aspecto meramente biológico ya que durante este proceso, el individuo apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su entorno, se individualiza e independiza, transforma el entorno que habita y se transforma por éste.

La adolescencia se divide en tres etapas características:

- **Adolescencia temprana o inicial**

De los 10 a los 13 años. En esta etapa generalmente se inician los cambios propios de la pubertad acompañados por modificaciones en las relaciones sociales. Es un periodo en el que suelen encontrarse ambivalentes, puede presentarse el temor de separarse de sus padres y tienen tendencia a socializar con “pares” del mismo sexo.

Poseen un pensamiento concreto pero con planes vagos hacia el futuro. Se incrementa la curiosidad sexual y pueden experimentar actividades auto estimuladoras como la masturbación. Como personas se centran mucho en sí mismas y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus figuras de autoridad, comenzando por sus padres.

Viven cambios psicosociales concentrando su energía en la comprensión y adaptación a los cambios biológicos que están ocurriendo en su cuerpo, mientras canalizan sus sentimientos hacia individuos afuera de la casa como amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a su conducta. En el ámbito socioemocional se manifiestan inquietos, habladores, no les gusta estar solos y desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

En relación a los cambios cognitivos se evidencian transformaciones en términos de aprendizaje ya que aparece el pensamiento formal y la lógica al dominio de las ideas para dar razón a los hechos y acontecimientos notorios desde su punto de vista.

- **Adolescencia Media**

Comprende el periodo entre los 14 y 16 años. En esta etapa es más marcado el distanciamiento afectivo de los padres. El adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo y puede darse el inicio de su vida sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos.

Es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

Con los cambios biológicos se presentan la primera menstruación (menarquia) y la primera eyaculación. Y ambas ocurren cada vez a edades más tempranas. En la actualidad se presentan generalmente antes de los 14 años y cuando aparecen marcan el inicio de la capacidad reproductiva ya que sus cuerpos desde el punto de vista biológico se encuentran aptos para generar nuevas vidas.

En el proceso de convertirse en un adulto, el adolescente continúa adquiriendo cambios psicosociales donde el grupo de compañeros incluye integrantes del sexo opuesto y se hace consciente la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del sexo opuesto.

En los cambios cognitivos los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas por lo que emiten opiniones más estructuradas, toman decisiones y brindan diversas soluciones a los problemas. Esta profundización del pensamiento idealista y lógico, tiene un efecto positivo a largo plazo pero en sus inicios conlleva al adolescente a discutir con más facilidad, a estar más indecisos y a tomar una postura dudosa en lo moral y

En las creencias familiares. Todos estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y a crear su propia identidad.

- **Adolescencia final o tardía**

Comprende la etapa entre los 17 y 19 años de edad. Corresponde al periodo final de la adolescencia y su finalización es diferente en cada país ya que está relacionada con el estatus de mayoría de edad.

Los individuos tienden a ser independientes y están en capacidad de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad, lo que les permite establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado, el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefieren tener relaciones sociales con individuos que con grupos o colectividades ya que se inicia la definición de planes y metas específicas reales. Todos estos cambios mantienen relación estrecha con diversos determinantes como lo son: la cultura, el sexo biológico del ser humano, la identidad de género, el nivel educativo, la familia y el entorno social, entre muchos otros.

Durante esta etapa tardía no se producen tantos cambios físicos, sino más bien, psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos, los cuales contribuyen a la transición a la etapa adulta, a la consolidación de la imagen corporal y a la conformación de la personalidad y la identidad. Toda esta transformación impulsa al adolescente a sentirse atraído por otras personas, separándose de sus padres y demás adultos como parte de su lucha para lograr independencia y autonomía.

Si encuentran fallas en las figuras de autoridad, analizan y debaten mientras se van independizando emocionalmente de su familia, construyendo su propio criterio acerca de ésta. Incluso logran asumir un

papel analítico y crítico frente a sus padres, los adultos con figura de autoridad y la realidad económica y social que los rodea. Su capacidad de pensar en abstracto hace que progresivamente aumenten el control sobre su propia vida, tomando decisiones más reflexivas y analizando con mayor serenidad las consecuencias de cada acto.

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN COLOMBIA

La Educación Sexual no es un argumento nuevo en Colombia puesto que en el país se desarrollan a partir del año 1960, políticas en educación y salud sexual y reproductiva como parte de los compromisos adquiridos en las conferencias internacionales al respecto y es parte activa de las leyes nacionales vigentes.

La conferencia mundial sobre educación para todos realizada en Tailandia en el mes de Marzo de 1990, declaró el derecho de los hombres y las mujeres de todas las edades a la educación y expuso la necesidad de transformar los sistemas para alcanzar una educación de calidad y superar la falta de equidad y de oportunidades.

Por su parte, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en Egipto en Septiembre de 1994, consideró la salud y la educación como prioridades en el programa de acción de todos los países y determinó como solución efectiva aquella que se basa en información y servicios que ayuden a los jóvenes a alcanzar un grado de madurez que les permita tomar decisiones responsables, comprender su sexualidad y protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva.

En Colombia, en el año 1960, las temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva eran ocasionalmente tratadas en la escuela como parte de las

cátedras de ciencias naturales y comportamiento y salud. En 1980, el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), desarrolló el Proyecto de Educación en Población y como parte de éste editó diversos manuales que permitían abordar la temática desde el aula de clase en la escuela urbana o rural, teniendo en cuenta variables de población como: fecundidad, mortalidad, migraciones, tamaño y tendencias, estructura por sexo y edad de la población.

La Constitución política de 1991 marcó un hito en la educación sexual ya que contemplaba no solo los derechos sexuales y reproductivos sino también los derechos fundamentales como los sociales, económicos y culturales; de esta forma varios derechos sexuales y reproductivos se incluyeron explícitamente en dicha Constitución:

- Artículo 42 - “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos”.

Adicionalmente, otros derechos sexuales y reproductivos están comprendidos implícitamente dentro de otros más generales:

- La igualdad de derechos, libertades y oportunidades: “sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”
- El “libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”
- Así como “la libertad de conciencia”

Es así como el Ministerio de Educación Nacional expide la Resolución 3353 de 1993, como fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) formulado en ese mismo año. En él se consideró la educación sexual como un

propósito pedagógico que se desarrolla transversalmente en todo el plan de estudios.

Posteriormente, la Ley 115 de 1994, ratificó la obligatoriedad de la Educación Sexual “impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad”. Adicionalmente, el decreto reglamentario 1860 del 3 de Agosto de 1994, estableció que “la enseñanza prevista en el artículo 14, se cumpliría bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirían en el respectivo plan de estudios”.

De esta manera en la década de 1990 la Educación Sexual se desarrolló constitucional y legislativamente incluyendo los decretos y las resoluciones reguladoras de la Ley general de educación.

En 1999 el Ministerio de Educación Nacional en compañía del UNFPA desarrolló el Proyecto de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes para jóvenes. En 2003, el gobierno nacional con el apoyo de la misma entidad y a través del Ministerio de la Protección Social, hizo pública la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Posteriormente se realizó la inserción del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía con el fin de generar una oportunidad para complementar las respuestas a los retos educativos encontrados, consolidar varias propuestas en educación para la sexualidad con el fin de dar prioridad a los procesos que desarrollen competencias para la vida, desde la apropiación de conocimientos, capacidades, actitudes y disposiciones con el fin de formar sujetos activos de derechos.

SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y CONDUCTA SEXUAL

La conducta sexual es la expresión del desarrollo de la sexualidad de un individuo donde el componente erótico de la misma es más evidente.

Se habla de salud sexual como el proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen al bienestar y al enriquecimiento de la vida tanto personal como social y no se refiere simplemente a la ausencia de disfunciones, enfermedad.

Se entiende como sexualidad una condición esencial del ser humano que incluye el sexo, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones; siendo el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos religiosos y espirituales. Aunque la sexualidad puede incluir todos estos factores no necesariamente se experimentan ni expresan todas las dimensiones al mismo tiempo pero si se expresa lo que un individuo es, siente, piensa y hace.

Desde mediados de los años setenta, la OMS ha participado activamente en la promoción de la salud de los adolescentes especialmente en lo que se refiere a salud reproductiva. Una vez establecido el programa de Salud correspondiente, todos los aspectos de la salud y el desarrollo de los adolescentes se abordan desde un criterio integrado de promoción de la salud.

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental y a su vez la salud sexual como un componente integral de la salud que incluye: derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud, incluso para los adolescentes.

Mientras se implementó el programa de Salud de los Adolescentes, se estudiaron los problemas de salud como consecuencia de las formas de conducta, más que como infecciones contraídas pasivamente por lo que resulta de gran importancia conocer los modelos de riesgo para la salud y la longevidad ya que son patrones originados durante la niñez y la adolescencia. Es así como se identifica que el término de salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y depende sobre todo de las características psicológicas de cada individuo, de su autoestima, de su bienestar emocional, mental, de la cultura y el ambiente donde vive (Neinstein, 1996).

Debido a los múltiples factores que determinan la salud sexual, la sexualidad y la conducta sexual de los adolescentes, se han descrito diversas condiciones sociales cambiantes que la determinan como lo son: la urbanización acelerada, el ingreso más temprano a la pubertad junto al aumento de la edad promedio de matrimonio, la rápida difusión de la información por los medios de comunicación social y la crisis de la familia inmediata y ampliada.

Estas condiciones sociales cambiantes, han permitido que un mayor número de adolescentes tengan relaciones sexuales a una edad más temprana incluso sin tomar las precauciones necesarias para protegerse del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ITS).

Siendo el adolescente un individuo cambiante por las características de la etapa en la que se encuentra, la decisión que tome frente a su propia sexualidad y salud

sexual y reproductiva, no es determinada sólo por factores individuales sino sociales como: nivel de educación, trabajo o labor, situación económica de sus padres, zona de vivienda urbana o rural, género, acceso a servicios de salud y oportunidades o dificultades que ofrece el medio, entre otras.

También en el campo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes en las decisiones que se toman frente a la sexualidad, tales como: la familia, los amigos, los adultos cercanos que son figura de autoridad y las redes de apoyo social, pues el establecer relaciones significativas desarrolla en ellos factores protectores determinantes para el inicio adecuado de su vida sexual.

Cuando el adolescente mantiene unas buenas vías de comunicación y confianza con su familia, el proceso de toma de decisiones tiene más referentes que la sola información que circule entre su grupo de pares, por lo que se convierte en un factor protector que puede promover el desarrollo de una conducta sexual responsable.

En contraposición a ésta situación, condiciones adversas como la pobreza, los problemas de acceso a los servicios de salud, la falta de una red de apoyo primaria estrecha y el desconocimiento tanto de los derechos humanos como los relacionados con la salud sexual y reproductiva, pueden disminuir la capacidad de elegir de una forma libre e informada acerca de su sexualidad y convertirse en factores desencadenantes de una conducta sexual no responsable, mayores probabilidades de iniciar vida sexual a temprana edad, adquirir ITS, embarazo no deseado e incluso convertirse en parte activa de un círculo continuo de pobreza.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social ya que permite la adecuada expresión de sentimientos y emociones, provee autocontrol para decidir el inicio adecuado de la actividad

sexual y control sobre la presentación de la misma con el único fin de minimizar la presentación de conductas de riesgo (WAS, 1999).

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, un análisis exploratorio descriptivo, de corte transversal, donde se aplicó una encuesta prediseñada de 17 preguntas (Anexo A), para evaluar los conocimientos y práctica de educación sexual en adolescentes de sexo hombre y mujer, que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina General en dos IPS de la ciudad de Bogotá.

La encuesta que se aplicó, fue diseñada por los investigadores de acuerdo a la información que se quería conocer en relación a la Educación Sexual en adolescentes. Inicialmente se plantearon 24 preguntas, con las que se realizó una prueba piloto después de la cual se eliminaron 7 preguntas por considerarse no cumplían con las consideraciones éticas del estudio e incomodaban a los mismos adolescentes que contestaban la encuesta.

La encuesta diseñada fue aplicada por los investigadores a través de entrevista personal a 100 adolescentes, mujeres y hombres, para garantizar la calidad del dato. Los adolescentes elegidos para el estudio fueron aquellos que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina General en las dos IPS seleccionadas en la ciudad de Bogotá y se aplicó la encuesta por un lapso de 3 semanas durante los meses de Abril y Mayo de 2014.

De las dos IPS seleccionadas una pertenece al régimen contributivo y otra al régimen subsidiada. Siendo elegidas por ofrecer los mismos servicios a sus afiliados en relación a consulta externa.

Tras la aplicación de la encuesta, se evaluaron los resultados obtenidos de dicha intervención, en contraposición con la información teórica existente en relación a la Educación Sexual para adolescentes y la posición de los investigadores.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: hombres y mujeres en edad adolescente, entre 10 y 19 años, que asistieron al servicio de consulta externa de Medicina General de las dos IPS elegidas en la ciudad de Bogotá y que aceptaron responder libremente a las preguntas del instrumento. Los criterios de exclusión fueron: hombres y mujeres con edades menores de 10 años y/o mayores de 19 años, adolescentes que acudieron a un servicio de consulta externa diferente al de Medicina General y aquellos que se negaron a responder la encuesta.

Como consideración ética al momento de la aplicación de la encuesta, se realizó la lectura de un consentimiento informado, para que el padre, acompañante o acudiente mayor de edad, aceptara verbalmente la participación del adolescente en responder la encuesta libremente.

Se recolectó la información de interés epidemiológico y de salud pública a partir de las respuestas brindadas por los participantes en el estudio y se sistematizaron los datos en Excel. Se analizaron posteriormente los datos correspondientes a: sexo del adolescente participante, edad, tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en el país, estado civil y estrato socioeconómico para la caracterización de la muestra intervenida. Para establecer si existía una diferencia significativa o no entre los hallazgos encontrados a nivel de las dos IPS, se empleó una prueba de diferencia de proporciones para muestras independientes con el 95% de confiabilidad.

Para cumplir con la metodología propuesta para la realización del presente estudio, el cronograma realizado fue el siguiente:

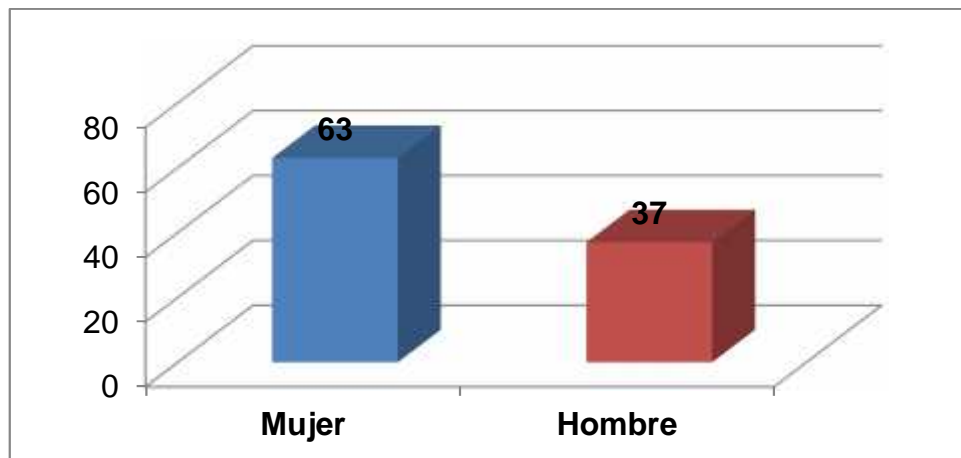
Actividad	Mes y Número de semana - Año 2014												
	Marzo		Abril				Mayo					Junio	
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2
Definición tema trabajo de grado	X												
Realización cronograma		X											
Realización instrumento			X	X									
Aplicación instrumento					X	X	X						
Análisis y tabulación de información								X	X	X			
Presentación de informe											X	X	X

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para realizar el presente estudio observacional se aplicó una encuesta como instrumento prediseñado a 100 adolescentes entre los 10 y 19 años de edad que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina General en dos IPS en la ciudad de Bogotá, una de régimen subsidiado (IPS A) y otra de régimen contributivo (IPS B).

- **Sexo**

Del total de encuestas realizadas, 63 se aplicaron a adolescentes de sexo mujer y 37 a adolescentes de sexo hombre, para un total de 100 adolescentes intervenidos.



Gráfica 1: Encuestados según sexo

Durante la etapa inicial de (10 a 13 años) e intermedia de (14 a 17 años) de la adolescencia, se solidifica la identificación de género observando los roles de género en los adultos de su entorno. Desarrollan imágenes personales e

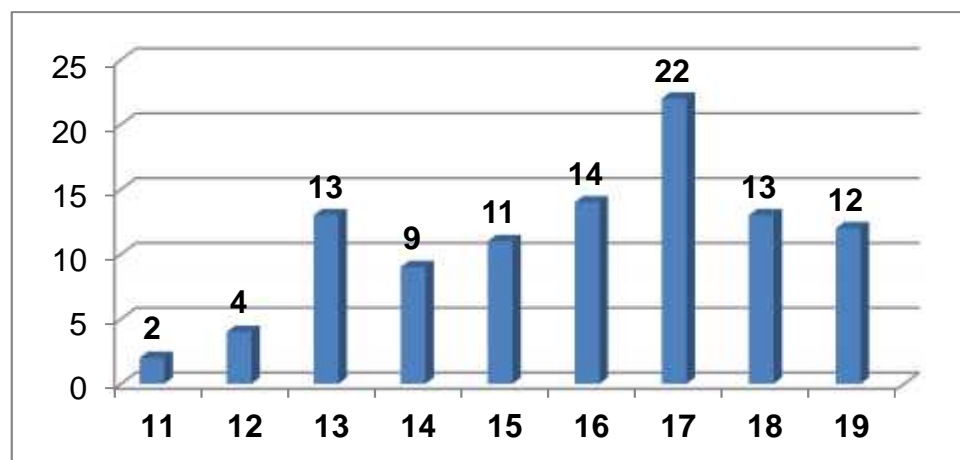
ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo (Kolhberg, 1987).

La identificación de género incluye el reconocimiento y la conciencia de que cada individuo es hombre o mujer asociado a sus funciones, valores y responsabilidades. Este es el aspecto más básico del desarrollo de la identidad y sucede muy temprano durante el proceso de desarrollo. La mayoría de los jóvenes tienen un firme sentido de su identidad sexual antes de la adolescencia y reconocen las funciones que caracterizan a hombres y mujeres, pero es durante la adolescencia cuando los jóvenes se identifican más fuertemente con los roles adultos del género (Hafner, 1995).

- **Edad**

En relación a la edad de los encuestados pudimos encontrar adolescentes de todas las etapas, lo que nos brindó una visión amplia de los temas incluidos en la encuesta al momento de cotejar el resto de respuestas.

Según la edad de los encuestados lo que encontramos fue:



Gráfica 2: Encuestados según edad

La encuesta fue aplicada a adolescentes de todas las edades, según la clasificación de la OMS y la OPS fueron: 19 adolescentes en etapa temprana, 34 adolescentes de etapa media y finalmente 47 de la etapa tardía.

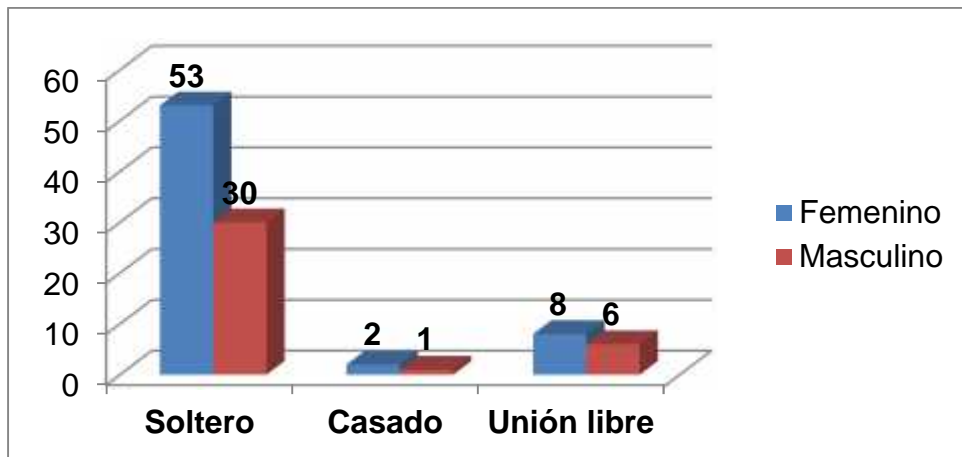
El desarrollo del adolescente se caracteriza como un período de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectarán su vida adulta. Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive.

Siguiendo el concepto de salud sexual adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en el desarrollo sexual de los adolescentes y su influencia en la conducta juvenil ya que de los cambios vividos en el ámbito biológico, cognitivo, psicosocial y emocional depende su salud sexual.

- **Estado Civil**

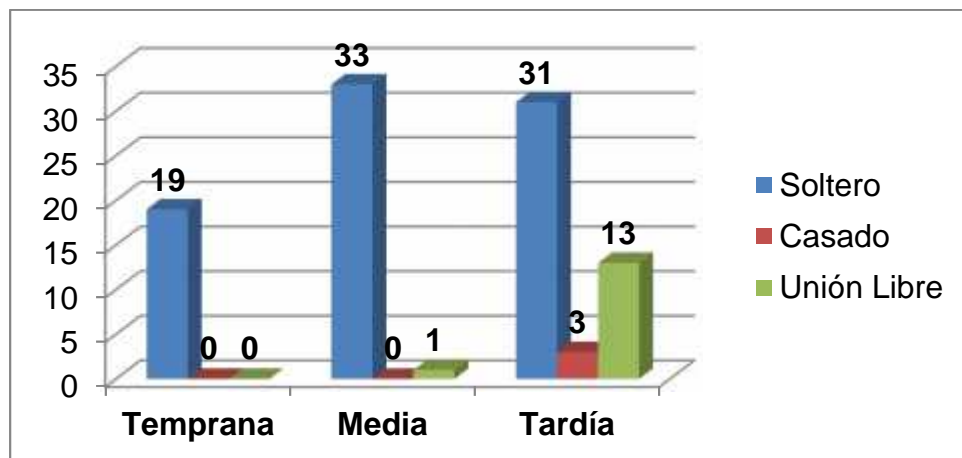
En relación al estado civil de los adolescentes intervenidos:

- 83% son solteros (53% mujeres, 30% hombres)
- 14% vive en unión libre (8% mujeres, 6% hombres). De quienes viven en unión libre es importante conocer sus edades, encontramos que todos son adolescentes en etapa tardía: 2 tienen 17 años, 8 tienen 18 años y 4 tienen 19 años.
- 3% están casados (2% mujeres, 1% hombres). En relación a la edad de quienes manifiestan estar casados: 1 tiene 18 años y dos tienen 19 años.



Gráfica 3: Encuestados según estado civil

Para conocer la dinámica de la variable estado civil a través del tiempo, es importante conocer el estado civil de los adolescentes en relación a la edad de los mismos de acuerdo a las etapas de la adolescencia:



Gráfica 4: Estado civil según edad

Donde se observó que los estados civiles, unión libre y casado, se presentan con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad del adolescente.

Los derechos humanos de los adolescentes no son conocidos ampliamente ni tampoco protegidos, especialmente en relación con su salud sexual y

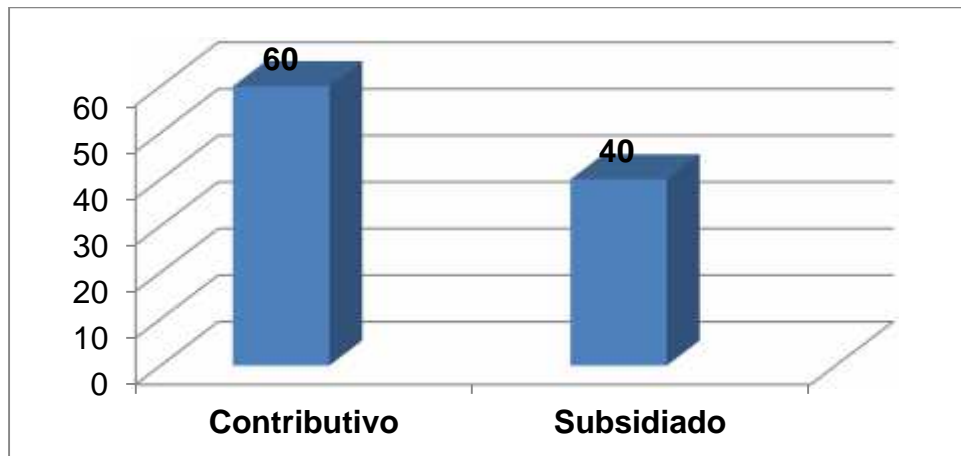
opciones reproductivas. La capacidad de las adolescentes para elegir de forma libre e informada acerca de su sexualidad y las opciones de matrimonio puede verse disminuida por su posición social, sus familias y sus parejas. El aumento de la movilidad social, como la libertad de decidir con quién y cuándo casarse, puede mejorar la vida de las adolescentes y eleva la edad promedio en la que las mujeres empiezan a procrear. Esto a su vez produce una mejoría en su salud y en la de sus hijos, reduce la fertilidad y aumenta la productividad económica en general (UNICEF, 1999).

Limitar el matrimonio antes de los 18 años es la primera recomendación basada en la evidencia, de las directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo. En éstos últimos más del 30% de las niñas se casa antes de cumplir los 18 años y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años. El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza.

Las recomendaciones de la OMS para reducir el matrimonio temprano se basan en 21 estudios realizados, informes de proyectos y las conclusiones de un panel de expertos al respecto. Los estudios fueron realizados en Afganistán, Bangladesh, Egipto, Etiopía, India, Kenia, Nepal, Senegal y Yemen, entre otros países. En algunos de estos estudios y proyectos el resultado primario fue retrasar la edad de matrimonio. En otros lo fue la retención escolar, influyendo sobre los conocimientos y actitudes cambiando el comportamiento sexual. Los resultados de estos estudios y proyectos avalan la acción a múltiples niveles para evitar el matrimonio temprano: a nivel de políticas, individuos, familias y comunidades enteras.

- **Aseguramiento en Salud**

De los 100 adolescentes encuestados todos tenían algún tipo de aseguramiento en Salud, 60% correspondían al régimen contributivo y 40% al régimen subsidiado:



Gráfica 5: Encuestados según Aseguramiento en Salud

A pesar de intervenirse dos IPS diferentes, cada una con un régimen de aseguramiento en salud, la población de cada régimen no correspondió al 50% pues se evidenció que a la IPS de régimen subsidiado igualmente acudieron adolescentes afiliados al régimen contributivo.

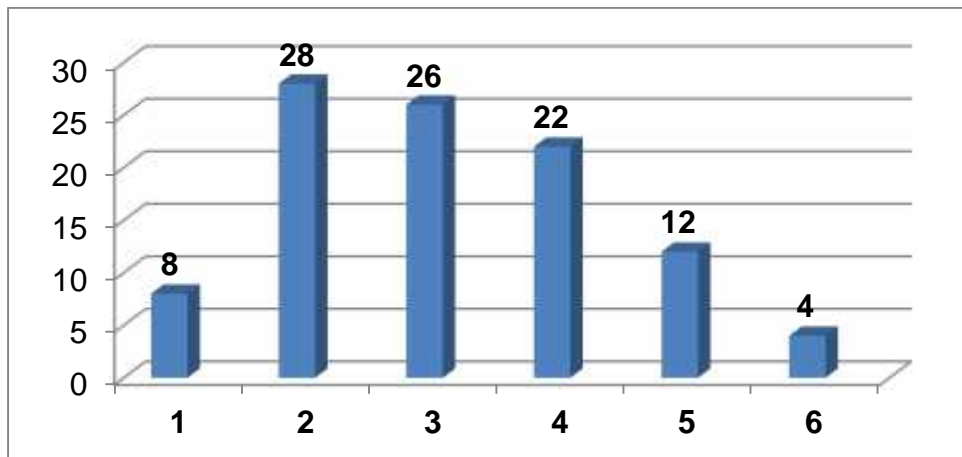
En Colombia la Ley 1098 de 2006 y el Código de la Infancia y la Adolescencia definen al Sistema Nacional de Bienestar como el conjunto de acciones que adelanta el Estado, con la participación de la sociedad y de la familia, para garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Las políticas públicas se ejecutan a través de la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de planes, programas, proyectos y estrategias.

El artículo 27 del mismo código habla del derecho a la Salud según el cual todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Se entiende como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

- **Estrato Socio-económico**

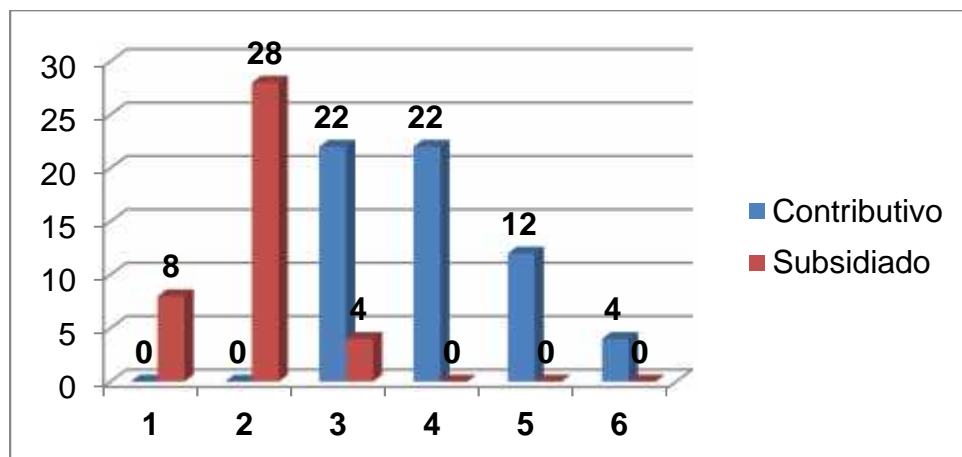
El estrato socio-económico es el nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización, utilizando la metodología establecida por Planeación Nacional y los parámetros definidos por la autoridad competente.



Gráfica 6: Encuestados según estrato socioeconómico

En los adolescentes encuestados encontramos todos los estratos socioeconómicos: 8 de estrato 1, 28 de estrato 2, 26 de estrato 3, 22 de estrato 4, 12 de estrato 5 y finalmente tan solo 4 de estrato 6.

Es de importante relevancia conocer la relación existente entre el estrato socioeconómico y el régimen de aseguramiento en salud, donde observamos:



Gráfica 7: Estrato socioeconómico según régimen de afiliación en Salud

En relación a la medición de la pobreza en Colombia, existen dos formas complementarias de hacerlo, dos mediciones del mismo fenómeno:

- Cálculo de la Pobreza Monetaria a partir de los ingresos monetarios de los hogares colombianos.
- Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que evalúa 5 dimensiones de los hogares colombianos.

La pobreza aumenta la probabilidad de embarazarse y a su vez de entrar en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

Si los gobiernos invirtieran en proveer educación secundaria universal y redujeran el porcentaje de deserción escolar, las cohortes “dependientes” llegarían a la edad laboral, serían productivas y podrían contribuir en forma significativa al crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB). Este milagro económico potencial depende del nivel de educación, salud y productividad de la población joven cuando se integran a la fuerza laboral.

Con las inversiones adecuadas, la población joven económicamente activa será el motor del crecimiento económico y un agente para el cambio social (Bloom, 1999) pero si se margina, su crecimiento repercutirá negativamente en los sistemas de salud, educación y trabajo, que ya de por sí son incapaces de satisfacer las necesidades y exigencias de los adolescentes.

Existe una fuerte relación entre el nivel socioeconómico, la equidad y los resultados en la salud. Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención de

salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar.

Los adolescentes pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, de embarazarse y tener hijos, tanto como los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos que se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza (Buvinic, 1998).

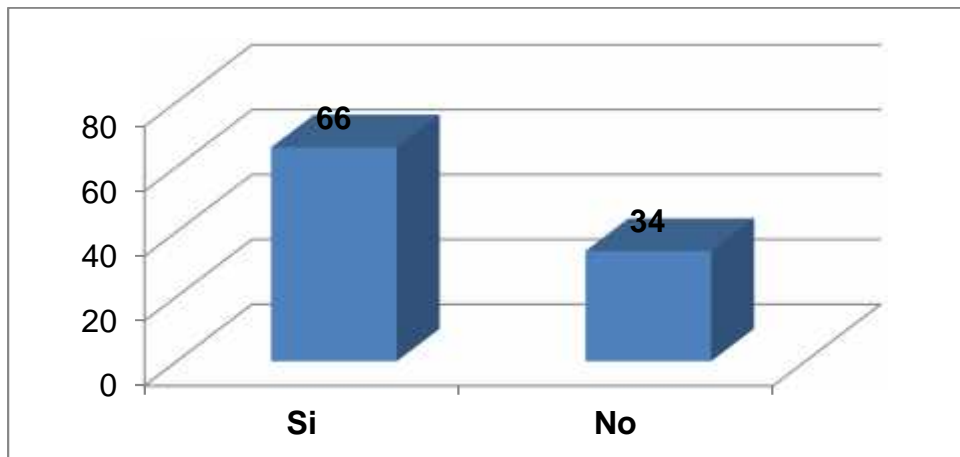
La pobreza, sumada a las políticas de protección deficientes, puede causar problemas de acceso a los jóvenes que tienen la madurez psicológica y el desarrollo suficiente para buscar servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el uso de anticonceptivos. Todos estos factores suponen barreras a la salud sexual y al desarrollo pleno de los jóvenes. Si el estrés causado por la pobreza se aliviara y la atención de salud fuese accesible, la salud general de los jóvenes tendría menos resultados negativos (Coupe & Klerman, 1992).

- **Educación Sexual**

Para ahondar en el tema de la educación sexual en adolescentes, se preguntó en la encuesta:

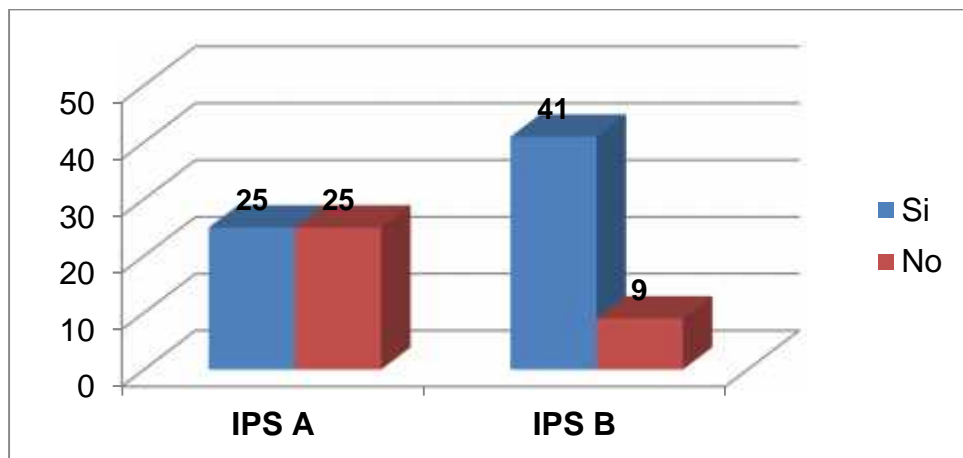
1. ¿Recibió Educación Sexual?
2. ¿En dónde recibió la Educación Sexual?
3. ¿Qué tipo de Educación Sexual recibió?

Del total de adolescentes participantes en la encuesta, el 66% ha recibido Educación Sexual y tan solo el 34% restante no la han recibido.



Gráfica 8: Recibió Educación Sexual

Frente a este tema es importante hacer el comparativo entre ambas IPS para conocer de los usuarios que recibieron Educación Sexual a qué tipo de aseguramiento en Salud pertenecen:



Gráfica 9: Educación Sexual según IPS

En la IPS del régimen subsidiado el 50% recibió educación sexual contra un 50% que no la obtuvo mientras en la IPS del régimen contributivo si existió diferencia significativa ya que 82% de los adolescentes si recibieron educación sexual contra un 18% que no la recibió, evidenciado de esta manera que el

mayor número de adolescentes que recibió educación sexual pertenecen al régimen contributivo ($p=0.15$).

La segunda recomendación de la OMS para reducir los embarazos antes de los 20 años es crear comprensión y apoyo. A nivel mundial una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo, en las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva, siendo más probable un embarazo adolescente en poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo.

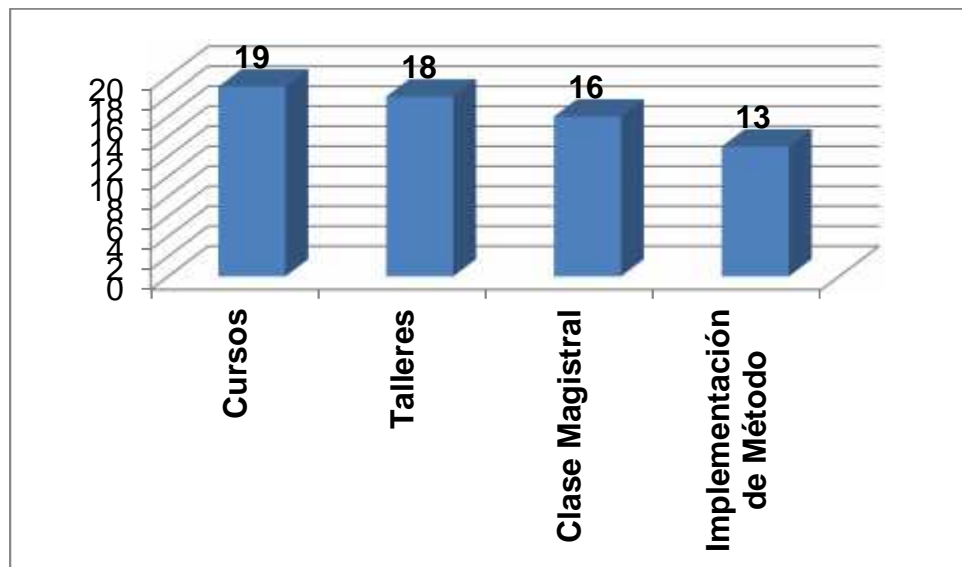
Las recomendaciones de la OMS para reducir el embarazo precoz están respaldadas por revisiones sistemáticas de la literatura que abarcan estudios realizados en países en desarrollo como lo son México y Nigeria, así como estudios realizados en poblaciones de bajo nivel socioeconómico en países desarrollados. Los estudios demuestran reducción de las tasas de embarazo precoz entre las adolescentes expuestas a intervenciones tales como educación sexual, esquemas de transferencia de dinero en efectivo, educación inicial temprana y desarrollo juvenil, así como desarrollo de habilidades para la vida.

La educación es importante para prevenir embarazos precoces, en particular al establecer programas de educación sexual integral, servicios de consejería y acceso a métodos anticonceptivos. La educación sexual integral es lo más importante pues muchos adolescentes comienzan su actividad sexual antes de saber cómo evitar un embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La presión de grupo y el apremio por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan la probabilidad de iniciar actividad sexual precoz y sin protección.

Estos programas deben desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan

la madurez sexual y deben vincularse con servicios de consejería y anticoncepción.

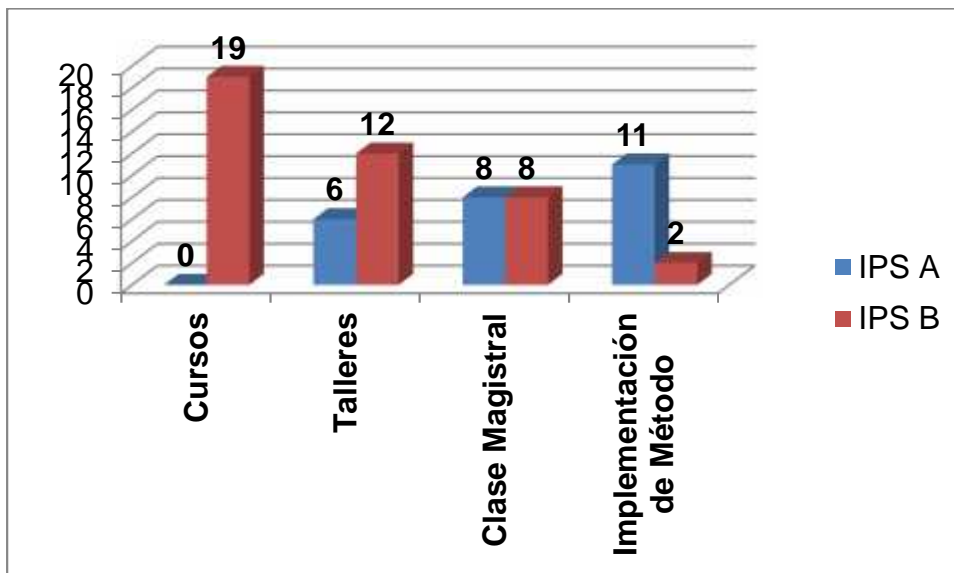
En el 66% de los adolescentes encuestados que recibieron educación sexual, no existieron importantes diferencias en relación al tipo de educación sexual recibida, encontrándose predominancia en los cursos (19%) y talleres (18%), seguido por clases magistrales (16%) y por último, entrega de métodos de planificación familiar sin asesoría o implementación de método (13%).



Gráfica 10: Tipo de Educación Sexual recibida

Al mirar las respuestas a la pregunta ¿qué tipo de educación sexual recibió? de acuerdo con los hallazgos en cada una de las dos IPS donde fueron encuestados los adolescentes se halló: en la IPS subsidiada los adolescentes no recibieron cursos de Educación Sexual en comparación a la IPS contributiva donde 19 adolescentes si lo recibieron; las clases magistrales fueron recibidas por el mismo número de adolescentes en ambas IPS (8) mientras los talleres fueron recibidos en mayor proporción en la IPS contributiva (12 del contributivo y 6 del subsidiado) y la entrega de métodos de

planificación familiar sin asesoría fue más evidente en la IPS subsidiada (11 del régimen subsidiado y solo 2 del régimen contributivo).



Gráfica 11: Tipo de Educación Sexual recibida según IPS

En relación a la educación sexual brindada en la ciudad de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud ha creado programas como “Salud al Colegio”, “Salud a su Casa”, “Territorios Saludables” y la estrategia “Que tu primer amor sea el amor propio”, con el único fin de reducir una de las problemáticas más graves en salud pública del país como es el embarazo en adolescentes, que registraba un promedio anual de 22.000 casos desde 1997. (“Que tu primer amor sea el amor propio”, página Web Secretaria Distrital de Salud).

Lo significativo de este avance radica en que por primera vez en los últimos 10 años se rompió la tendencia de aumento en embarazo en adolescentes como respuesta a las estrategias adelantadas, por lo que se espera una reducción de por lo menos del 20% en promedio para los próximos años. (“Que tu primer amor sea el amor propio”, página Web Secretaria Distrital de Salud).

Para lograr este objetivo en la disminución de embarazo en adolescentes, los programas de Salud al Colegio y Salud a su Casa, hoy llamado programada de Territorios Saludables, tiene como prioridad reforzar las acciones de prevención del embarazo en niñas y adolescentes ampliando la información sobre métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual al mismo tiempo que se mejora el acceso a los servicios de salud para los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva a través de las Unidades Amigables que se encuentra en Hospitales Distritales de la Ciudad. (“Que tu primer amor sea el amor propio”, página Web Secretaria Distrital de Salud).

Adicionalmente, es de vital importancia trabajar simultáneamente tanto con educadores como con padres de familia con el objetivo de lograr en ellos, el apoyo necesario para la difusión de los mensajes de prevención del embarazo no planificado, el abuso y la violencia sexual, las infecciones de transmisión Sexual y promover la adopción de métodos anticonceptivos. (“Que tu primer amor sea el amor propio”, página Web Secretaria Distrital de Salud).

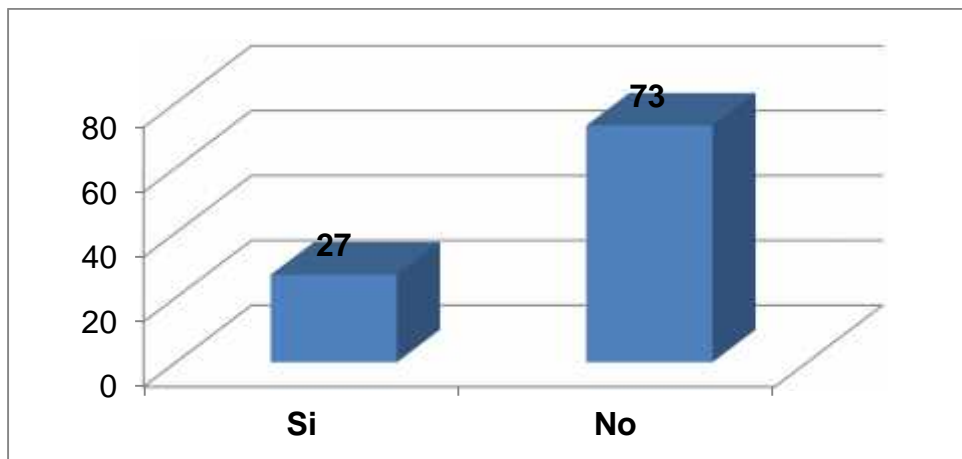
- **Vida sexual y embarazo adolescente**

Para evaluar lo referente a vida sexual y embarazo en población adolescente se realizaron las preguntas:

1. ¿Actualmente accede al servicio de Planificación Familiar que ofrece su EPS?
2. ¿Ya inició su vida sexual?
3. ¿A qué edad inició su vida sexual?
4. ¿Está o ha estado en embarazo?
5. ¿A qué edad quedó en embarazo?
6. ¿Terminó sus estudios?

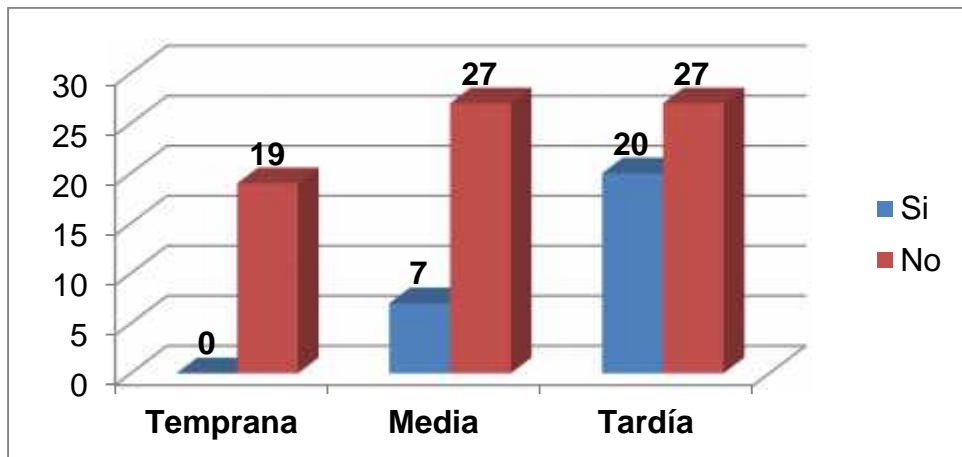
7. ¿Su madre estuvo en embarazo siendo adolescente?

Al hacer la agrupación de los adolescentes de las dos IPS intervenidas se encontró que el 73% no accede al servicio de Planificación Familiar que ofrecen sus EPS y tan solo un 27% si lo hace, convirtiéndose en un hallazgo alarmante ya que existe el servicio de asesoría, se tiene conocimiento de los mismos pero a pesar de esto continúan sin utilizarse, lo que aumentaría el riesgo en relación a la presencia de embarazo en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y sexualidad no responsable.



Gráfica 12: Acceso al servicio de Planificación Familiar de su EPS

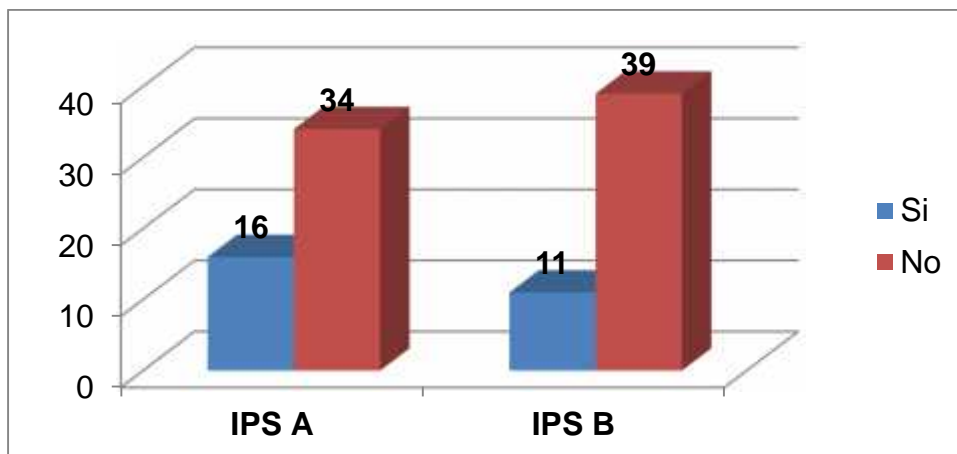
Siendo un resultado alarmante, es importante en este punto, conocer de quienes asisten o no asisten al servicio de Planificación Familiar que edad tienen y por tanto a que etapa de la adolescencia pertenecen:



Gráfica 13: Asistencia e inasistencia según edad

Haciendo un análisis comparativo del acceso a los servicios de Planificación Familiar que ofrecen las EPS, se encontró que en los dos IPS intervenidas, independientemente del régimen de aseguramiento en salud, predominó la no utilización de los mismos por parte de los adolescentes siendo mayor en la IPS de régimen contributivo alcanzando un 39% de inasistencia seguido de un porcentaje del 34% en la IPS de régimen subsidiado.

Se pensaría que al ser posible el acceso a los servicios de planificación familiar debido a su existencia en la oferta de servicios de las EPS, el porcentaje de utilización de los mismos debería haber sido mucho mayor, pero la tendencia en ambos regímenes es la inasistencia.

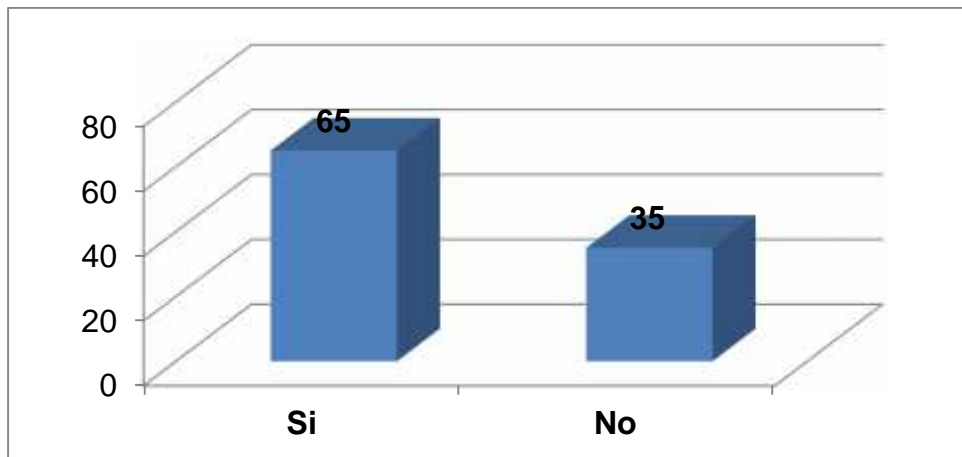


Gráfica 14: Acceso al servicio según IPS

Dicha inasistencia se justifica como actitud secundaria al desarrollo psicológico y emocional propio de la adolescencia, donde se tiene miedo al ser juzgados o rechazados por sus pares o a no ser comprendidos por el personal asistente, quienes representarían una figura de autoridad en el campo de la salud.

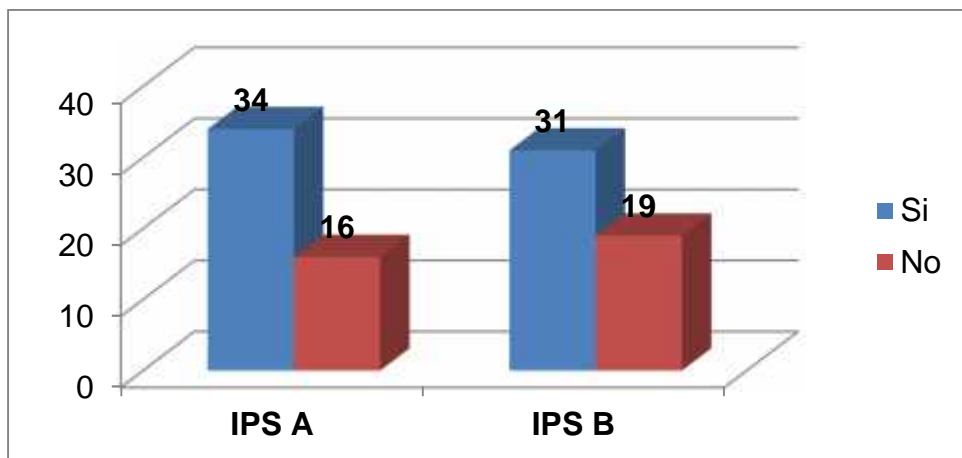
Para resolver este inconveniente y lograr mejorar la asistencia y captación de los adolescentes como participantes de los servicios de Planificación Familiar de las EPS es necesario que dicha atención sea amigable y de respuesta a las necesidades de los adolescentes. Por otro lado es necesario tener presente como las normas de género en esta etapa de la vida pueden llegar a afectar el uso de anticonceptivos así se logra la transformación de dichas normas hasta lograr la aceptación de los anticonceptivos sin discriminación.

A la pregunta referente al inicio de la vida sexual, el 65% de los adolescentes refiere que sí mientras un 35% aún no la ha iniciado al momento de la encuesta. Este dato continúa apoyando la importancia del conocimiento y del uso de planificación familiar en adolescentes asociado al inicio de vida sexual durante esta etapa.



Gráfica 15: Inicio de vida sexual

Al realizar el análisis comparativo entre las dos IPS, se observó que en la IPS de régimen subsidiado el 34% ya había iniciado su vida sexual contra el 31% de la IPS contributiva.

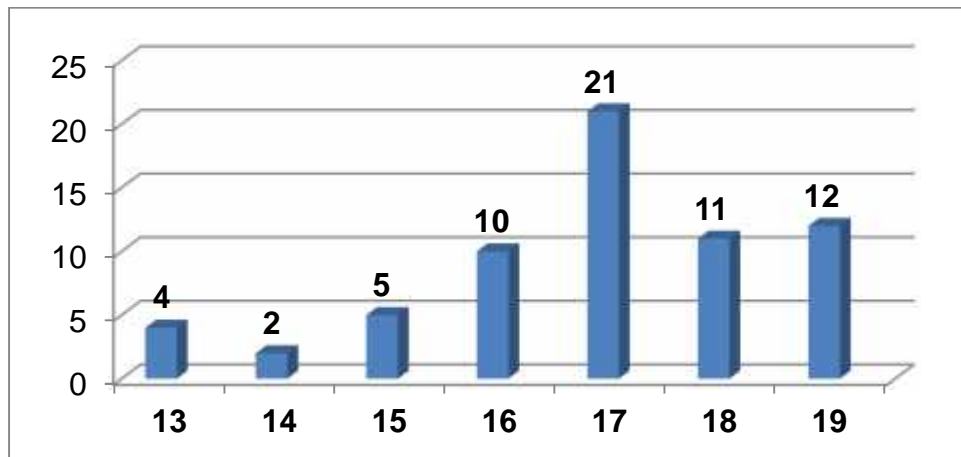


Gráfica 16: Inicio de vida sexual según IPS

Al tener conocimiento del alto porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual, era importante conocer a que edad se había dado dicho inicio.

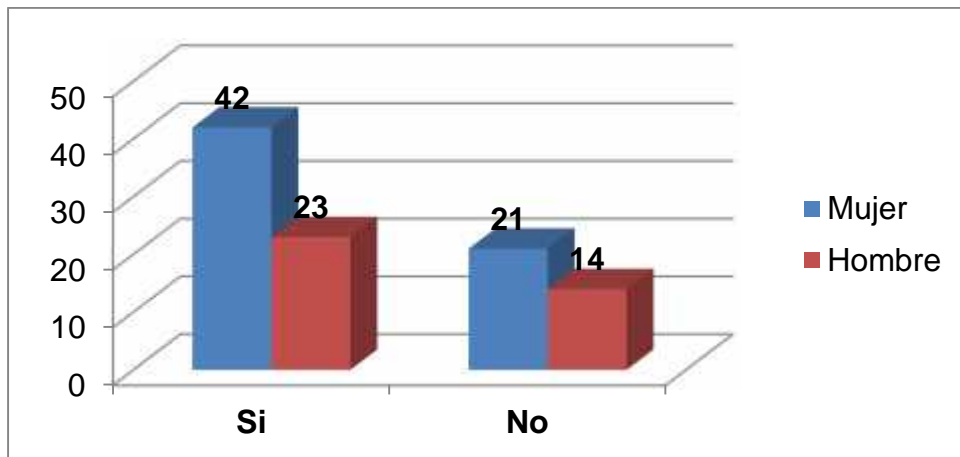
Se encontró el mayor porcentaje de inicio de vida sexual en la adolescencia tardía, encontrando 44 adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 17 y 19 años, 17 entre los 14 a 16 años y solamente 4 durante la adolescencia temprana antes de los 13 años. Es importante tener consideraciones particulares para los adolescentes menores de 14 años que han iniciado su vida sexual ya que legalmente dicho inicio puede ser considerado como un abuso sexual.

El inicio sexual durante la adolescencia tardía se asocia al mayor tiempo que pasan los adolescentes con sus pares asociado a sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo que los conlleva a adoptar conductas de riesgo sin tener presente las posibles consecuencias de las mismas como embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual.



Gráfica 17: Edad de inicio de vida sexual

Al hablar del inicio de la vida sexual es importante hablar de género ya que éste permite que el adolescente sea más susceptible a presión por parte de sus pares, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Por esta razón es importante conocer en los adolescentes intervenidos, la relación entre el inicio de vida sexual y el sexo:



Gráfica 18: Inicio de vida sexual según sexo

Esta influencia de los pares se relaciona de forma negativa con las habilidades sociales y la confianza de los adolescentes (Feldman & Elliot, 1990). Varios estudios indican el poder que tienen los grupos de pares sobre los varones, que suelen pasar más tiempo en la calle que compartiendo entre ellos. A esto se suma la entrada de la tecnología en la vida del adolescente, lo que lo empuja a pasar más tiempo en videojuegos, navegando en la web o interactuando en redes sociales, antes de compartir con sus pares.

La sociedad, la familia y los padres influyen igualmente en los roles de género permitiendo por tradición generacional mayor independencia a los hombres que a las mujeres durante los años de adolescencia, esto probablemente secundario a las preocupaciones por la vulnerabilidad física y sexual de las mujeres, haciendo que los padres se preocupen por vigilar su comportamiento y asegurarse que estén siempre acompañadas.

Los muchachos tienen más presión social y familiar para cumplir con los estándares de masculinidad que dicta la sociedad de la que son partícipes lo que empuja a menudo a los varones prematuramente hacia la autonomía e independencia, reprimiendo expresiones de emoción. Por esta razón los

hombres jóvenes tienden a ver la iniciación sexual como una competencia que les ayuda a afirmar su identidad masculina y les da estatus dentro de su grupo de pares.

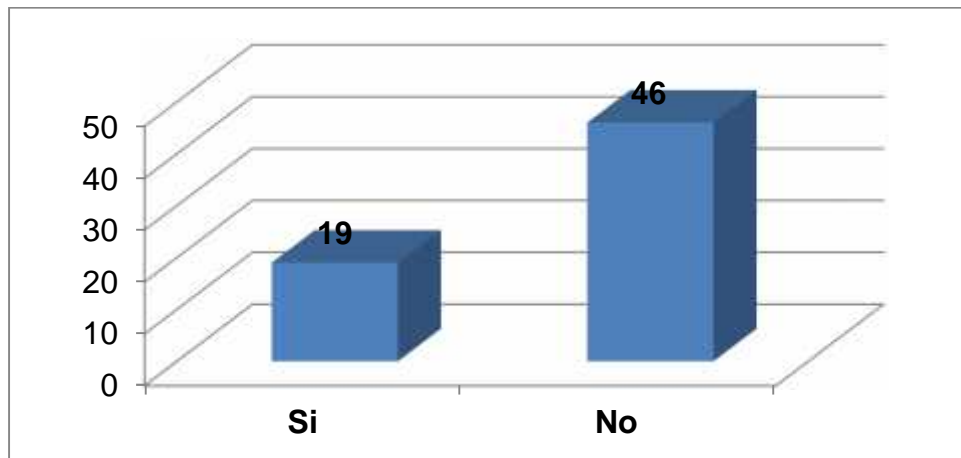
En los últimos años, se ha visto que los jóvenes alcanzan su madurez sexual a edades más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en la conducta sexual, incluyendo el coito. Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia o de la espermaquia (Morris, 1992). La iniciación prematura de la actividad sexual sin madurez cognitiva puede llevar a los jóvenes a estrés emocional.

Como consecuencia del inicio temprano de la vida sexual asociado a la adopción de conductas de riesgo es posible la presencia de embarazo adolescente no deseado, por lo que indagamos al respecto.

Es importante anotar, en relación al inicio de la vida sexual en un adolescente que la experiencia sexual es vista como un rito de iniciación a la adultez y como un logro más que como una oportunidad para la intimidad. Las mujeres adolescentes declaran con mayor frecuencia haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales dentro del contexto de una relación íntima, mientras que los adolescentes hombres declaran haber tenido relaciones sexuales con múltiples parejas y en relaciones casuales (OMS, 2000).

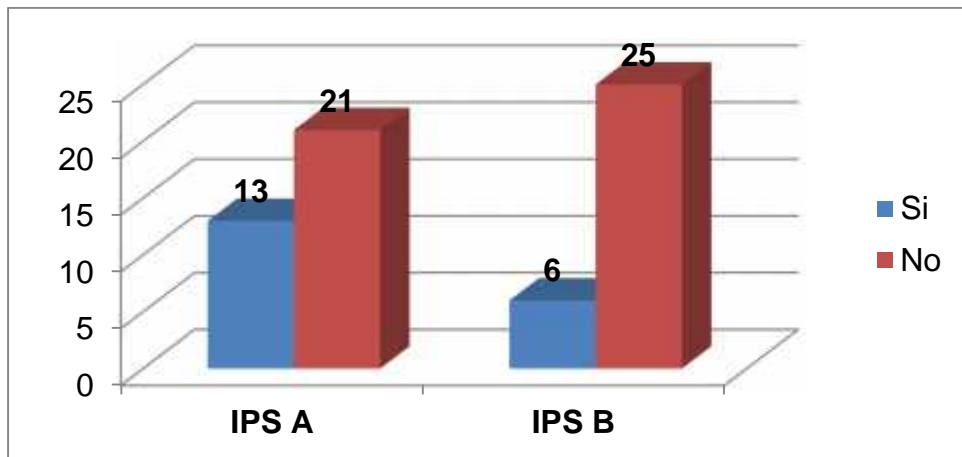
A la pregunta de si está o ha estado en embarazo, el 18% respondió que sí. Al momento del interrogatorio ésta pregunta resultó bastante ambigua para los adolescentes participantes, haciendo que en las mujeres no fuera posible identificar qué porcentaje de las mismas estuvo o está en embarazo ya que ambos términos estarían incluidos en la misma pregunta y en los hombres

hace cuánto tiempo habría dejado en embarazo a su pareja sexual así como no fue posible identificar si el embarazo fue interrumpido o llegó a su desenlace a término o pretérmino.



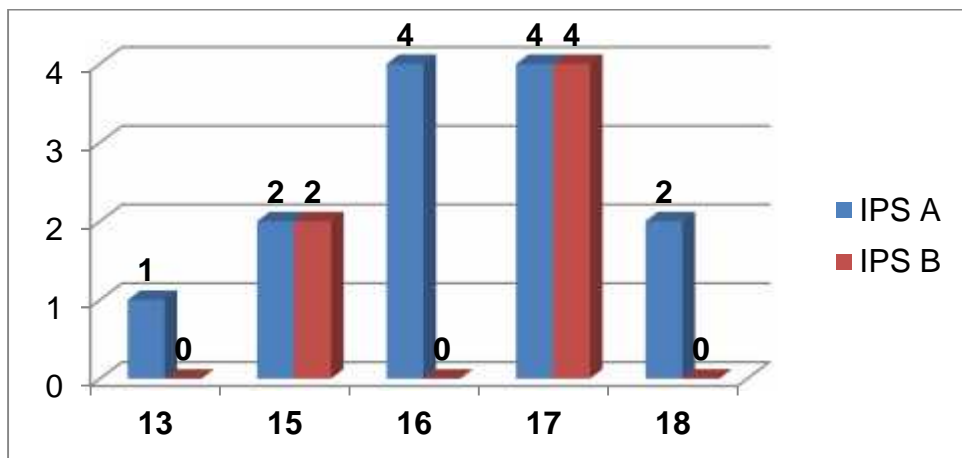
Gráfica 19: Presencia de embarazo adolescente

Al comparar la presencia de embarazo adolescente existe una diferencia en los resultados evidenciados en las dos IPS, definiendo caso como un adolescente que está o ha estado en embarazo. En la IPS de régimen subsidiado se encontró un poco más del doble de embarazos que en la IPS contributiva, 13 casos en la primera contra 6 casos en la segunda.



Gráfica 20: Embarazo adolescente según IPS

Al saber el número de casos de embarazo adolescente era fundamental conocer la edad en la que habían quedado en embarazo para definir si tenía asociación con la edad de inicio de la vida sexual, a lo que contestaron:

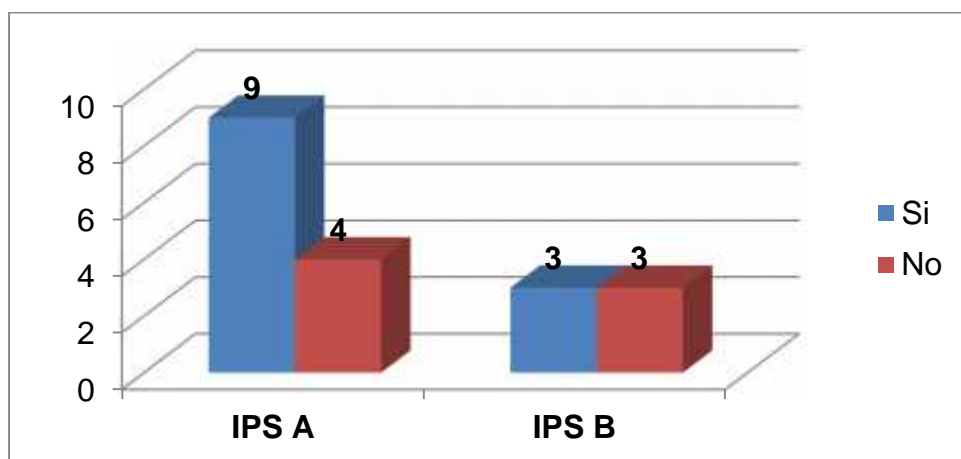


Gráfica 21: Edad en la que quedó en embarazo según IPS

Al igual que el mayor número de casos de inicio de vida sexual, se presentó el mayor número de casos de inicio de embarazo adolescente durante la etapa tardía de la adolescencia, encontrándose 6 casos en la IPS subsidiada contra 4 casos de la IPS contributiva. Sigue el número de casos presentados en la

adolescencia media (6 casos de la IPS subsidiada y 2 casos de la IPS contributiva) y finalmente un único caso en adolescente de 13 años que acude a la IPS de régimen subsidiado.

Para establecer si existe correlación en ser madre/padre adolescente con el hecho de ser hijo de madre adolescente, se preguntó esto a los adolescentes quienes contestaron, de acuerdo a la IPS a la que asistieron:



Gráfica 22: Hijo/a de madre adolescente según IPS

En total se encontraron 12 adolescentes que fueron hijos de madre adolescente, predominando éste fenómeno en la IPS subsidiada donde se registró el triple de los casos presentados en la IPS contributiva, 9 de la primera contra 3 de la segunda.

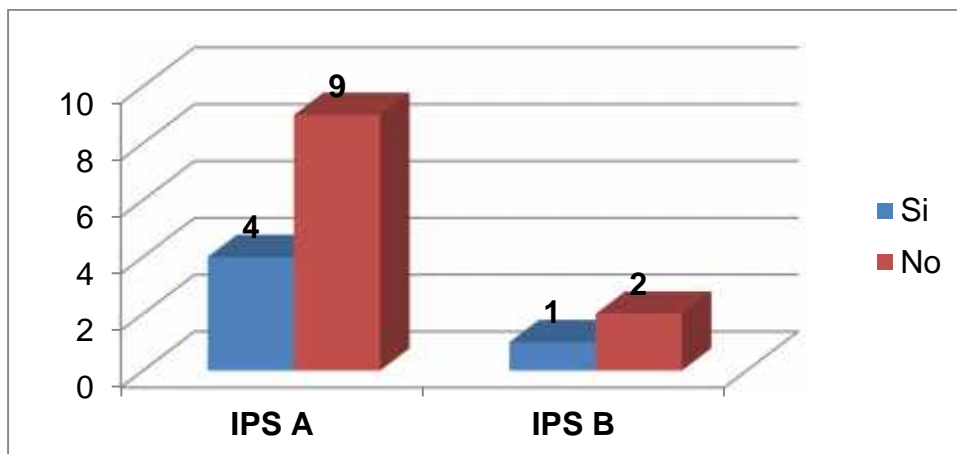
En la IPS subsidiada a diferencia de la IPS contributiva, fue mayor el número de casos de adolescentes hijos de madres adolescentes. Al comparar el porcentaje de quienes tuvieron padres adolescentes y quienes no, se observó de acuerdo a la IPS:

- En la IPS A el 69.2% de adolescentes resultaron ser hijos de padres adolescentes contra un 30.8% que no
- En la IPS B el 50% de adolescentes resultaron ser hijos de padres adolescentes contra un 50% que no

Entre los adolescentes estos hallazgos son de vital importancia debido a las implicaciones que conlleva un embarazo adolescente, no solo desde el punto de vista personal sino incluso social. Desde el punto de vista personal, existen consecuencias la mayoría negativas tanto para la madre como para el niño.

Para la madre existen innumerables riesgos en salud no solo durante el control del embarazo sino durante el momento del parto, asociado a deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos futuros, problemas emocionales y/o físicos, asociado a las consecuencias sociales secundarias al posible rechazo familiar y social por tener un embarazo adolescente. Al hablar del niño, las consecuencias son generalmente en salud, ya que se presentan más riesgos de morbilidad y mortalidad como consecuencia de falta de educación y desarrollo físico y emocional en la mamá.

Para evaluar la deserción escolar y/o la educación en madres adolescentes, preguntamos a los adolescentes entrevistados si habían culminado sus estudios, a lo que respondieron:



Gráfica 23: Finalización de estudios según IPS

Se evidenció en ambas IPS que es mayor el porcentaje de adolescentes en embarazo que no finalizaron sus estudios:

- En la IPS A el 30.8% de adolescentes finalizaron sus estudios contra el 69.2% que no lo hicieron
- En la IPS B el 33.3% de adolescentes finalizaron sus estudios contra un 66.7% que no lo hicieron

Pregunta que resultó ser bastante confusa ya que de acuerdo a la edad del adolescente al momento de la encuesta y/o al momento de haber quedado en embarazo, no era sinónimo de tener edad suficiente para haber finalizado sus estudios. Por esta razón quienes contestaron afirmativamente a ésta pregunta no significa que llegaron a bachilleres sino sencillamente que continuaron con sus estudios, independientemente del grado donde se encontraban.

Independientemente del inconveniente presentado, se pudo observar que quienes manifestaban embarazo adolescente igualmente manifestaban deserción escolar pues fue más frecuente en estos adolescentes la respuesta negativa que la afirmativa, siendo mayor en la IPS subsidiada que en la

contributiva, siendo 4 veces mayor en la primera que en la segunda, 9 casos contra 2 únicos casos del régimen contributivo.

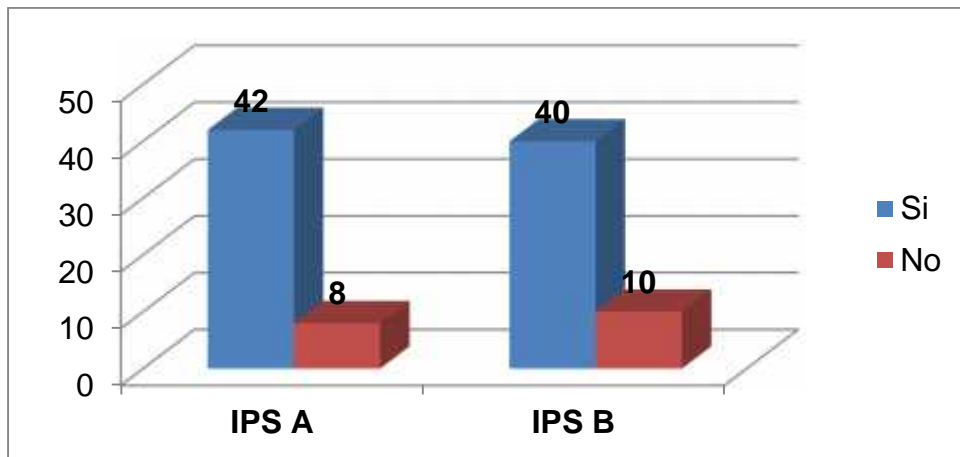
- **Planificación Familiar**

Siendo la planificación familiar, uno de los ejes fundamentales en la Educación Sexual para Adolescentes, con el fin de promover una sexualidad responsable y disminuir la presencia de embarazo adolescente era fundamental tener un acercamiento tanto a los conocimientos como al uso de métodos de planificación familiar por parte de los adolescentes por lo que se preguntó:

1. ¿Conoce de métodos de planificación familiar?
2. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?
3. ¿Utiliza métodos de planificación familiar?
4. ¿Qué métodos de planificación familiar utiliza?

En relación al conocimiento que tienen los adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar, la gran mayoría afirmaron tener conocimiento y en relación a su comportamiento de acuerdo a la IPS a la que asistían, no hubo importantes diferencias entre la IPS subsidiada y la IPS contributiva:

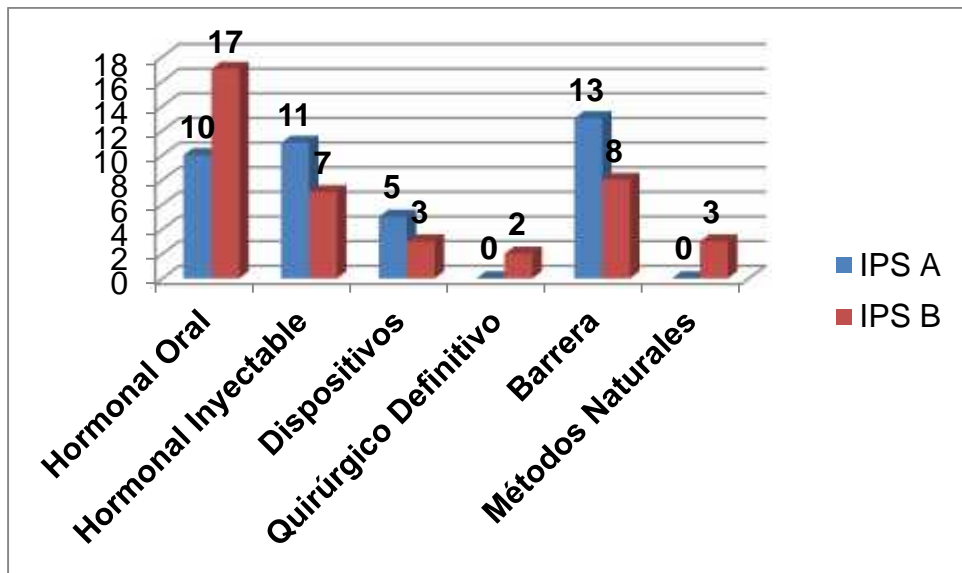
- En la IPS A 42 casos lo que equivale al 84% de los entrevistados
- En la IPS B 40 casos lo que corresponde al 80% de los entrevistados



Gráfica 24: Conocimiento de métodos de planificación familiar según IPS

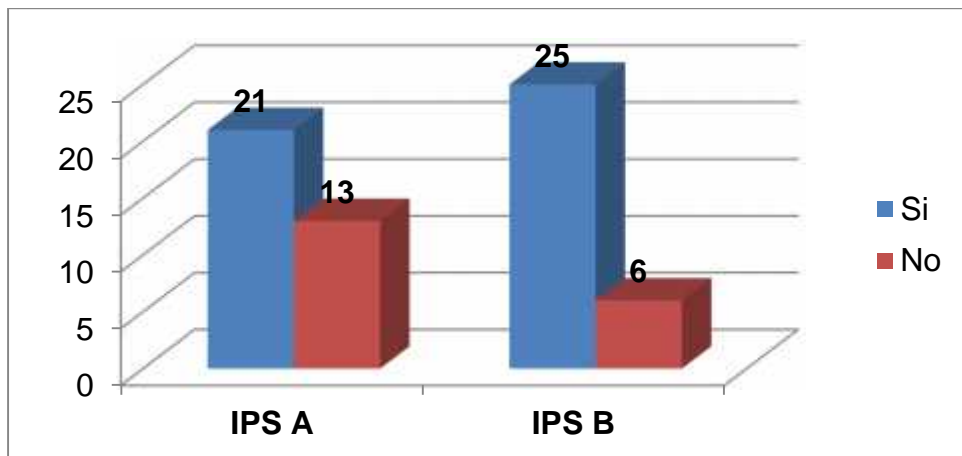
En relación a los métodos de planificación familiar conocidos, los adolescentes tuvieron la opción de selección múltiple, pero a pesar de esto refirieron únicamente el nombre del que tenían mayor conocimiento.

En ambas IPS se tiene conocimiento de todos los métodos de planificación familiar, obteniendo mayor porcentaje en la IPS subsidiada el método de barrera (13%) y en la IPS contributiva los hormonales orales (17%). El método no conocido entre los adolescentes encuestados resultó ser el quirúrgico y los métodos naturales en la IPS subsidiada.



Gráfica 25: Métodos de planificación familiar que se conocen según IPS

Teniendo un acercamiento a los tipos de planificación familiar que conocen los adolescentes, fue importante indagar acerca de su uso:

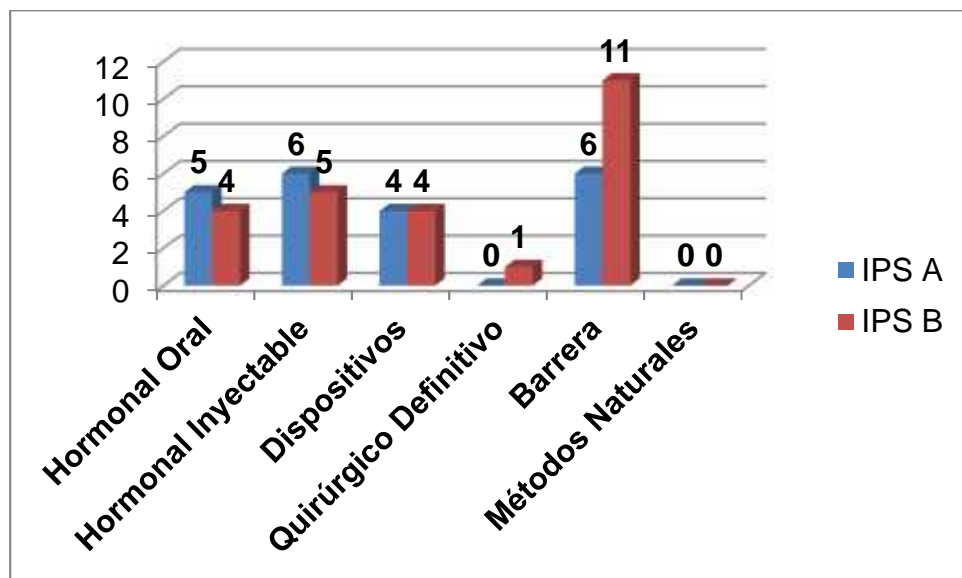


Gráfica 26: Uso de métodos de planificación familiar según IPS

Se encontró que en ambas IPS era más alto el número de casos de quienes utilizaban métodos de planificación familiar contra quienes no los utilizaban,

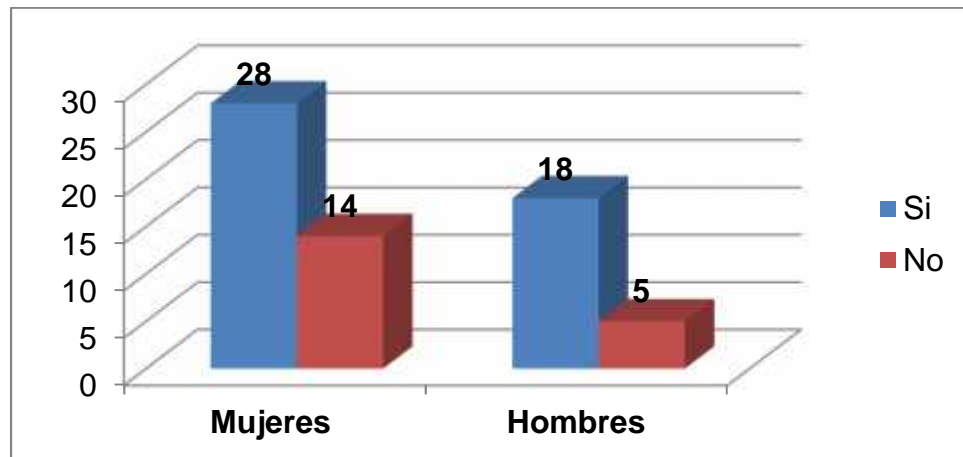
encontrando 21 casos en la IPS subsidiada contra 25 casos en la IPS contributiva.

El método más utilizado en ambas IPS no es el mismo ni coincide con el método de planificación familiar que reconocieron como el más conocido. En la IPS subsidiada el más utilizado fue el hormonal inyectable mientras en la IPS contributiva fue el de barrera.



Gráfica 27: Métodos de planificación familiar que utiliza según IPS

Es importante conocer la relación entre el uso de métodos de Planificación Familiar y los adolescentes que ya tienen vida sexual activa, ya que nos permite tener un mayor acercamiento acerca de la práctica de la Educación Sexual recibida por parte de los adolescentes en Bogotá:



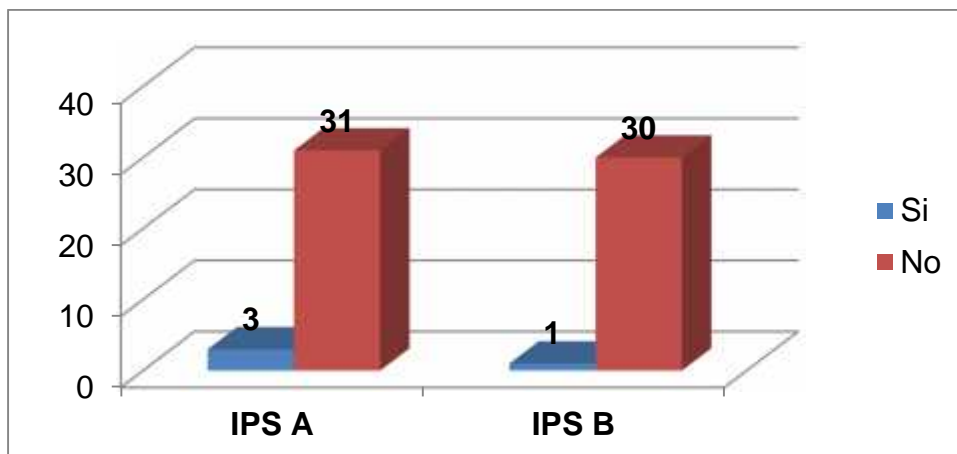
Gráfica 28: Uso de métodos de planificación familiar según vida sexual activa

De los 65 adolescentes que refirieron haber iniciado su vida sexual, 46 manifiestan utilizar métodos de planificación familiar mientras solamente 19 adolescentes no refieren su uso.

Dentro del primer grupo, 28 son mujeres y 18 son hombres, por lo que en relación al sexo: el doble de mujeres manifiesta utilizar algún método de planificación familiar contra las que no (28 casos contra 14) y en los hombres más del triple manifiesta su uso (18 casos contra solamente 5 que refiere no utilizarlos a pesar del inicio de vida sexual).

- **Enfermedades de transmisión sexual**

Considerándose las enfermedades de transmisión sexual como las enfermedades que se adquieren por tener relaciones sexuales sin protección con algún individuo que se encuentre infectado, se preguntó a los adolescentes participantes si habían sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS):



Gráfica 29: Presencia de enfermedades de transmisión sexual según IPS

Los hallazgos consistieron en 3 casos positivos (8.8% de los adolescentes) en la IPS subsidiada contra 1 único caso positivo (3.2% de los adolescentes) en la IPS contributiva. Pero a pesar de estos resultados no es un tema de dejar de lado y sin control. Las ETS son un problema de salud frecuente en los adolescentes, secundario a conductas de riesgo como el inicio temprano de vida sexual, múltiples compañeros sexuales, el machismo, la prostitución, el desconocimiento y la no utilización de los métodos de planificación familiar, así como factores culturales.

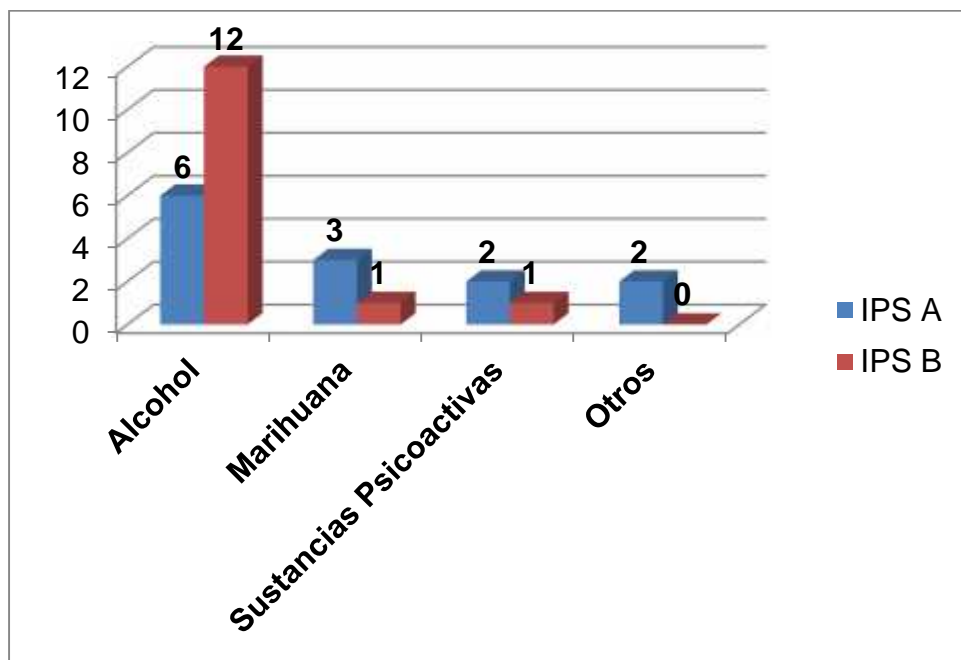
Las mujeres que maduran a una edad temprana y los varones que maduran a una edad tardía están en mayor riesgo de tener problemas de ajuste durante su adolescencia (Juszczak & Sadler, 1999).

El machismo es un concepto y una ideología cultural asociada con la masculinidad, subraya la agresividad física masculina, el asumir riesgos, romper las reglas, las relaciones sexuales casuales e impersonales, la infidelidad en las relaciones y la negligencia en las responsabilidades, representando un estereotipo con valores, juicios y supuestos culturales profundamente enraizados (Francoeur, 1991).

- **Relaciones sexuales y algo más**

Con el fin de determinar el empleo de prácticas de riesgo durante el ejercicio de la vida sexual de adolescentes mujeres y hombres se preguntó:

1. La práctica de relaciones sexuales la acompaña de...
2. ¿Ha participado en juegos sexuales?



Gráfica 30: Acompañamiento de las relaciones sexuales

Al realizar el análisis de las respuestas encontradas es similar el comportamiento de los adolescentes en ambas IPS sin importar el tipo de aseguramiento al que pertenecen pues en las dos se encontró entre quienes han iniciado su vida sexual y acompañan las relaciones sexuales del consumo de algún estimulante, el consumo de las mismas sustancias de acuerdo al orden de presentación: alcohol, marihuana, sustancias psicoactivas y otros.

Los únicos dos adolescentes asistentes a la IPS subsidiada que respondieron a la pregunta con “otros” no dieron información al respecto.

En relación al consumo de alcohol cabe anotar que tiene el doble de presentación en la IPS de régimen contributivo con 12 casos que la IPS de régimen subsidiado con 6 casos. Estos hallazgos confirman lo manifestado por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación a la preocupación existente por el aumento del consumo de alcohol a temprana edad (Cicua et al, 2008), convirtiéndose en un problema social que requiere ser estudiado.

A pesar de ser visto en Colombia el consumo de alcohol como un comportamiento social aceptado, su consumo tiene implicaciones a nivel social, a nivel de salud pública, a nivel familiar y el más importante, a nivel individual (Cicua et al, 2008). Su consumo trae consigo consecuencias negativas a nivel biológico, emocional, psicológico y físico, convirtiéndose en un factor de riesgo tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo según el boletín de salud de la OMS. Hallazgo apoyado por el estudio realizado por Rumbos, programa de la Presidencia de la República, en el año 2004 en el que se evidenció:

- ✓ En Colombia el consumo de alcohol y cigarrillo es frecuente en jóvenes entre los 10 y 24 años
- ✓ La prevalencia del consumo de alcohol era de 88.3%, en relación a la edad de inicio del consumo del mismo, el 65% se dio en jóvenes entre los 10 y 24 años

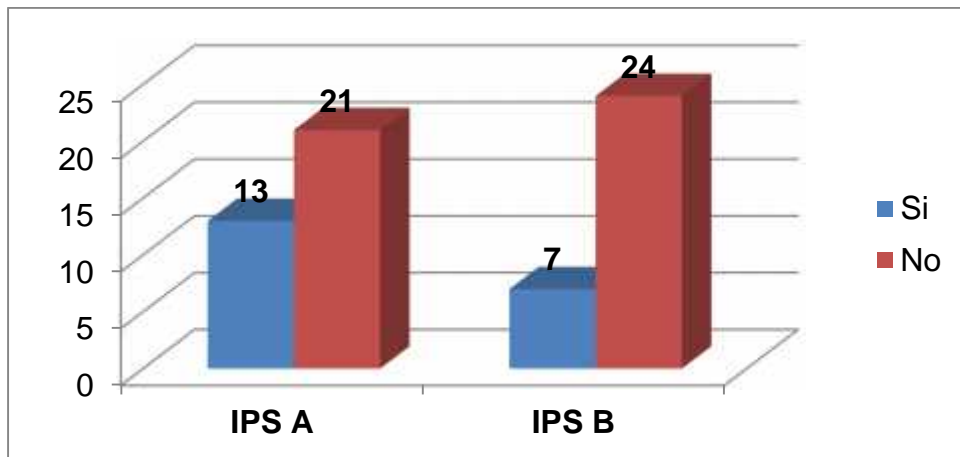
En relación al consumo de sustancias estimulantes y psicoactivas durante la adolescencia es importante tener presente que ocasionan deterioro en la salud física y mental, baja atención, aumento de actos delictivos y menos productividad económica a futuro (Johnson et al, 2006).

Por la importancia de proteger a los adolescentes de las conductas de riesgo, se realizó un acercamiento a la conducta de riesgo que tal vez tuvo mayor propaganda y difusión, desde mediados del año 2013 hasta la fecha, no sólo en países de Latinoamérica sino incluso en Europa: la famosa ruleta rusa.

Según lo conocido a través de medios de comunicación el juego es practicado entre un grupo de adolescentes, hombres y mujeres, donde las segundas se colocan en decúbito supino sobre el piso sin ropa interior y los primeros, sin ropa interior ni uso de preservativo, van pasando en el sentido de las manecillas del reloj, por encima de las mujeres, teniendo coito durante un valor de tiempo definido y controlado por un reloj con todas las mujeres participantes. El primer hombre que eyacule va saliendo del juego así que se convierte en gran ganador aquel hombre que termine último por retrasar su eyaculación a pesar de tener coito con varias mujeres.

El conocimiento de este juego sexual a través de medios de comunicación masiva, requirió la intervención de diversos entes: educadores al evidenciarse una deficiente educación sexual entre los adolescentes participantes, Policía Nacional por tratarse de un juego realizado en establecimientos donde no estaba permitido el ingreso de menores de edad y mucho menos la venta de bebidas alcohólicas, padres de familia para evitar la participación de sus propios hijos y sector salud para evitar el embarazo en adolescentes y la presencia de enfermedades de transmisión sexual.

Para este acercamiento se preguntó si habían participado en juegos sexuales que implicaran riesgo de embarazo y/o contagio de enfermedades de transmisión sexual, de ser afirmativa la respuesta se preguntaba cuál pero a esta segunda pregunta no obtuvimos respuesta alguna:



Gráfica 31: Participación en juegos sexuales

De los adolescentes que habían iniciado su vida sexual al momento de la encuesta, 20 afirmaron que habían participado en juegos sexuales pero se tiene total desconocimiento de los juegos a los que hacen referencia.

Para el control de estas conductas sexuales de riesgo es importante la implementación de una educación para la salud que promueva hábitos de vida saludables sin limitarse únicamente a los comportamientos sexuales, promoviendo la modificación de pautas sociales mediante programas de intervención que no sólo tengan en cuenta a los adolescentes sino a los educadores y a las familias, promoviendo autocuidado y sentimientos de autoestima, responsabilidad.

CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio de corte transversal y el análisis comparativo de las respuestas obtenidas a las 17 preguntas realizadas a adolescentes que asistieron al servicio de Consulta Externa de Medicina General de dos IPS en Bogotá, no se observaron grandes diferencias en el comportamiento de los adolescentes en relación al régimen de aseguramiento en salud que poseían.

Los comportamientos que resultaron sin variación en las dos IPS intervenidas fueron:

- ✓ La falta de acceso a los servicios de Planificación Familiar
- ✓ El inicio de vida sexual en relación con la edad en que se inician y con el patrón de comportamiento de la misma
- ✓ Presencia de enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Participación en juegos sexuales

Las diferencias encontradas entre ambas IPS fueron las siguientes:

- ✓ La cantidad de adolescentes que recibieron educación sexual es mayor en la IPS de régimen contributivo
- ✓ Hay mayor acceso a los servicios de Planificación Familiar por parte de los adolescentes de la IPS subsidiada lo que podría corresponder a la implementación de los Servicios Amigables en los Hospitales Públicos Distritales
- ✓ Existe mayor presencia de embarazo en adolescentes en la IPS subsidiada
- ✓ El uso de alcohol como compañía a las relaciones sexuales es mayor en la IPS contributiva.

La mayor frecuencia de maternidad en las adolescentes de la IPS subsidiada puede estar relacionada a un concepto diferente de maternidad que no fue abordado en este estudio, así como a un deseo diverso de satisfacer las necesidades afectivas y el de obtener un proyecto de vida.

Se observa que existe aún la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son comunes en la adolescencia, idea fomentada por el grupo de pares del adolescente, la sociedad y los medios de comunicación que lo ven como hecho común y “natural” para la edad.

Además de ésta presión para el inicio de vida sexual, se les pide que “se cuiden” pero se observa que ni en la familia ni en las instituciones educativas se les proporciona el apoyo y el asesoramiento necesarios, pues a pesar de manifestar en un 66% que recibieron educación sexual, ésta no se ve reflejada en un uso adecuado de métodos de planificación familiar.

Adicionalmente se evidencia la necesidad de mejorar los programas de Educación Sexual dirigido a adolescentes, logrando un mayor impacto, una educación adecuada y oportuna asociada a la asesoría y suministro de métodos de planificación familiar que por ley ya se deben entregar a la población afiliada a un régimen contributivo o subsidiado.

Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara y aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho desde su desarrollo biológico, cognitivo, psicosocial y emocional, no se deben promover los ciclos de poca educación y pobreza.

RECOMENDACIONES

A pesar de la presentación de algunas limitaciones en este estudio como lo fue el número total de adolescentes intervenidos, se sugiere la realización de estudios complementarios con mayor representación estadística, que no era prioridad del presente, con el fin de poder inferir los resultados al total de la población adolescente de la ciudad de Bogotá.

Esta investigación se convierte en un acercamiento real y actual que debe permitir replantear la educación sexual empleada tanto en instituciones educativas públicas como Privadas ya que a pesar de existir más de una decena de cartillas, módulos y programas en relación a la misma, persiste el desconocimiento por parte de los adolescentes con referencia a: embarazo, enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar y lo más importante, el ejercicio de una sexualidad responsable.

De este análisis se sugiere una herramienta metodológica de sensibilización en Educación Sexual para estudiantes de Primaria y Bachillerado en Instituciones Educativas públicas y privadas de la ciudad de Bogotá, con la que se promuevan hábitos saludables y se refuercen de prácticas protectoras con el fin de obtener un resultado exitoso de la educación sexual impartida en adolescentes (Anexo B), ya que es indispensable y urgente replantear la forma en que se está llevando la educación sexual en las instituciones educativas .

Adicionalmente la identificación y caracterización de las situaciones de riesgo relacionadas con la educación sexual en adolescentes, orientan un diseño para la implementación de una práctica integral en salud donde los profesionales se capaciten constantemente para atender a ésta población y satisfacer sus necesidades particulares.

Es imprescindible el papel de liderazgo que debe tomar el sector Salud para la atención integral de la salud de los adolescentes, mejorando los programas de planificación familiar, garantizando confiabilidad, seguridad y privacidad que motive al adolescente a participar sin miedo a ser juzgado.

Los resultados aquí encontrados, adicionalmente a los estudios que han de realizarse en torno al tema, deben ser la base para construir los nuevos lineamientos de una política de salud pública dirigida exclusivamente a atender los problemas de salud propios de la adolescencia.

Por último, dada la importancia del tema tratado, se recomienda realizar un análisis probabilístico en dos etapas:

1. Un muestreo de IPS segmentándolas de acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud: contributivo, subsidiado y especial.
2. Al interior de cada IPS seleccionada una muestra de adolescentes por un período de tiempo donde las cuotas por edad y sexo se acerquen a la distribución que el DANE estableció para población adolescente según Censo Poblacional de 2005.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahman, E, &I, Shah. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. (115), 121-126.
- Bloom. (1999). La población y el regalo democrático, situación de la Juventud en las Américas.
- Buvinic. (1998). Situación socio-económica y equidad.
- Cicua, D, Méndez, M, Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcoholen adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 115-134.
- Dolto, F. (1990). La causa de los adolescentes. Barcelona, Seix Barral.
- Feldman & Elliot. (1990). Familia y Pares “Influencias sociales y ambientales sobre la salud sexual y el desarrollo del adolescente”.
- Francoeur, R.T. (Editor-in-Chief) (1991). *A Descriptive Dictionary and Atlas of Sexology*. Greenwood Press, Nueva York.
- Grossman, E. (1998). La adolescencia cruzando los siglos. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(2).
- Hafner. (1995). Identidad sexual y desarrollo.
- Johnson, J, Evers, K, Paiva, A, Van Marter, D, Prochaska, J, Mauriello, L, Cummins, C &Padula, J. (2006). Prevention profiles: Understanding youth who do not use substances. *Addictive Behaviors*, 31, 1593 -1606.
- Juszczak, L, Sadler, L. (1999). Adolescent Development: Setting the Stage for Influencing Health Behaviors. *Adolescent Medicine, State of the Art Reviews*, 10(1), 1-11.
- Kohlberg, L. (1987). *Child Psychology and Childhood Education: A Cognitive-Developmental View*. Harvard University, Longman.
- Magadi, M, Agwanda, A, & Obware, F. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in

sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social Science and Medicine*, 64(6), 1311-1325.

- Morris, N. (1992). Determinants of Adolescent Initiation of Coitus. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 3(2), 165-189.
- Morris, N. (2000). Factores que influyen en el desarrollo y la salud sexual de los adolescentes.
- Naciones Unidas. (2010). How universal is access to reproductive health? A review of the evidence. Nueva York, Fondo de Población.
- Naciones Unidas. (2011). Informe de los objetivos de desarrollo del milenio 2011. Nueva York.
- Neinstein, L. (1996). *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, Tercera edición. Baltimore, Williams and Wilkins.
- OMS. (1995). *A Picture of Health?* Ginebra.
- OMS. (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Ginebra.
- OMS. (2009). *Boletín de la OMS - Recopilación de artículos*. OMS (87), 405-484.
- OMS. (2009). *Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva.
- Reynolds, D, Wong, E,&Tucker, H. (2006). Adolescents use of maternal and child health services in developing countries. *International Family Planning Perspectives*. 32(1), 6-16.
- Schutt-Aine, J, & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC.
- Secretaria Distrital de Salud - Alcaldía Mayor de Bogotá. *Que tu primer amor sea el amor propio*. Página Web.

- Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. “Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”. Segunda Edición.
- UNICEF. (1999). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las américas.
- UNICEF. (2011). State of the World’s Children 2011: Adolescence – an age of opportunity. New York.
- WAS. (1999). Salud sexual y sexualidad de adolescentes.

ANEXO A – Encuesta

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario	
Facultad de Administración - Maestría en Administración en Salud	
Responsables: Dra. Nathalya Muñoz - Dr. Juan Urán	
Buenos días mi nombre es XX. Estamos haciendo una encuesta para evaluar el impacto de la educación sexual en adolescentes en la ciudad de Bogotá, ¿me podría colaborar contestando un cuestionario?. No nos demoramos más de 10 minutos. ¡Gracias!	
Para diligenciar adecuadamente el cuestionario por favor colocar una X sobre la respuesta indicada por el entrevistado.	
	Participante No. <input type="text"/>
Sexo	
1 Femenino	
2 Masculino	
Edad	<input type="text"/>
Estado Civil	
1 Soltero	
2 Casado	
3 Unión Libre	
Aseguramiento en Salud	
1 Subsidiado	Cuál <input type="text"/>
2 Contributivo	
Estrato Socioeconómico (del 1 al 6)	<input type="text"/>
1. ¿Recibió Educación Sexual?	
1 Si	
2 No	(En caso de contestar NO por favor pasar a la pregunta No. 4)
2. ¿En dónde recibió la educación sexual?	
1 Casa	
2 Colegio	
3 Amigos	
4 Libros	
5 Internet	
3. ¿Qué tipo de educación sexual recibió?	
1 Cursos	
2 Talleres	
3 Clase magistral	
4 Entrega de métodos de planificación familiar sin asesoría (implementación de método)	
4. ¿Actualmente accede al servicio de planificación familiar que ofrece su EPS?	
1 Si	
2 No	
5. ¿Ya inició su vida sexual?	
1 Si	
2 No	(En caso de contestar NO por favor pasar a la pregunta No. 10)
6. ¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/>
7. ¿Está o ha estado en embarazo, o ha dejado a su pareja en embarazo?	
1 Si	
2 No	(En caso de contestar NO por favor pasar a la pregunta No. 10)

8. ¿A que edad quedó en embarazo?		<input type="text"/>							
9. ¿Terminó sus estudios o siguió estudiando?									
1 Si									
2 No									
10. ¿Su mamá fue madre adolescente (antes de los 18 años)?									
1 Si									
2 No									
11. ¿Conoce de métodos de planificación familiar?									
1 Si									
2 No		(En caso de contestar NO por favor pasar a la pregunta No. 13)							
12. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?									
1 Hormonal oral									
2 Hormonal inyectable									
3 Dispositivos									
4 Quirúrgico definitivo									
5 Barrera									
6 Métodos naturales		Cuál	<input type="text"/>						
(En esta pregunta finaliza la encuesta para quienes no han iniciado vida sexual y se contabiliza la misma)									
13. ¿Utiliza métodos de planificación familiar?									
1 Si									
2 No		Porqué	<input type="text"/>						
(En caso de contestar NO por favor pasar a la pregunta No. 15)									
14. ¿Qué método de planificación familiar utiliza?									
1 Hormonal oral									
2 Hormonal inyectable									
3 Dispositivos									
4 Quirúrgico definitivo									
5 Barrera									
6 Métodos naturales		Cuál	<input type="text"/>						
15. ¿Ha sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual?									
1 Si		Cuál	<input type="text"/>						
2 No									
16. La práctica de relaciones sexuales la acompaña de...									
1 Alcohol									
2 Marihuana									
3 Sustancias psicoactivas									
4 Otros		Cuál	<input type="text"/>						
17. Ha participado en juegos sexuales									
1 Si		Cuál	<input type="text"/>						
2 No									
¡Muchas gracias por su colaboración!									
Nombre del entrevistador <input type="text"/>									

ANEXO B – Propuesta de sensibilización en Educación Sexual

Propuesta de sensibilización en Educación Sexual y Sexualidad para Instituciones Educativas Públicas y Privadas de la ciudad de Bogotá

Ciclos: Primaria y Bachillerato

JUSTIFICACIÓN

Desde el ámbito de la Salud Pública entendida como el grupo de acciones realizadas en la comunidad para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, encontramos como actividades a realizar en el ámbito escolar: actividades promocionales de la salud sexual y reproductiva, fortalecimiento de hábitos saludables, prevención del embarazo en adolescentes y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En la comunidad de las Instituciones Educativas se busca no solamente la generación de estrategias de socialización para ahondar en temas o problemáticas relacionadas con sexualidad y reproducción, si no se busca adicionalmente construir un programa dirigido tanto a los estudiantes de Primaria como de Bachillerato con el fin de brindar una alternativa diferente para la percepción de la Salud con el único fin de fortalecer la educación sexual en la comunidad escolar.

OBJETIVOS

- **General**

Implementar en la comunidad educativa una sensibilización dirigida a los estudiantes de Primaria y Bachillerato con el fin de abordar temas

relacionados con sexualidad y reproducción con base en la restitución de derechos, realización de acciones resolutorias y conocimiento pleno del Ser.

- **Específicos**

- ✓ Generar un proceso de reflexión a partir de la percepción de los estudiantes que participan en el proceso.
- ✓ Brindar herramientas para el autocuidado como estrategia preventiva en la comunidad educativa secundaria al conocimiento pleno del Ser.

MARCO TEÓRICO

La sensibilización en Sexualidad y reproducción está dirigida a toda la población estudiantil de las Instituciones Públicas y Privadas de la ciudad de Bogotá, tanto al ciclo de Primaria como de Bachillerato por lo que es de vital importancia el conocimiento de las etapas de ciclo vital que corresponden a esta población para crear un punto de partida en esta gran labor.

- **Adolescencia**

La Adolescencia es una etapa o ciclo vital en el que se producen procesos de maduración en diversos aspectos (biológico, social, psicológico) permitiéndole al individuo alcanzar la madurez o la etapa adulta e incorporándolo en forma plena a la sociedad.

De acuerdo a los cambios presentados se puede clasificar en:

- ✓ Adolescencia temprana o inicial - entre los 10 y 13 años
- ✓ Adolescencia media - entre los 14 y 16 años
- ✓ Adolescencia tardía - entre los 17 y 19 años

A continuación se exponen comparativamente los cambios propios de cada etapa de la adolescencia de acuerdo a la edad del individuo:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
Desarrollo físico e imagen corporal		
*Aumenta velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora *En mujeres aparecen caracteres sexuales secundarios y se presenta la menarquia *Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física *Pudor por lo que buscan mayor privacidad	*Aceptación del cuerpo *Reestablece armonía corporal y coordinación motora *Preocupación por ser físicamente más atractivo o atractiva *En los hombres: espermaquia, aumento del vello corporal, cambio de voz y aumento de masa muscular	*Desarrollo puberal completo *Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal

Desarrollo intelectual		
*Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo *Desarrollo moral pre convencional *Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones *Metas vocacionales idealizadas	*Pensamiento hipotético deductivo en evolución *Omnipotencia, invulnerabilidad y egocentrismo *Desarrollo moral convencional	*Pensamiento hipotético deductivo del adulto *Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional *Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas *Metas vocacionales realizadas

Desarrollo afectivo y emocional		
*Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional *Puede haber deterioro del rendimiento escolar, inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual *Puede haber masturbación	*Aislamiento, reflexión *Pueden haber dudas respecto a la orientación sexual *Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión	*Extroversión, altruismo *Logro de la independencia de los padres y vuelve la armonía familiar *Capacidad de intimar *Autoimagen realista *Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional *Elaboración de la propia escala de valores

Adicionalmente es necesario tener siempre presente los términos que se convierten en base del programa para lograr en los niños, niñas y adolescentes el conocimiento profundo del Ser y el respeto que se merece cada uno de ellos:

✓ **Ser humano**

Hace referencia al carácter igualitario de todos los sujetos del género humano, independientemente de la época y el lugar. Esta igualdad se basa en la dignidad propia de todos y cada uno de los integrantes del género, siendo la dignidad el fundamento para una concepción universal de los derechos humanos. La dignidad es comprendida en tres aspectos globales e interrelacionados: vivir como uno quiera (autonomía y diseño del plan de vida propio), vivir bien (condiciones materiales y sociales de existencia) y vivir sin humillaciones (integridad física y moral).

✓ **Género**

La palabra género permite entender que los patrones de organización basados en las diferencias sexuales (biológicas) son construcciones sociales y culturales establecidas sobre las diferencias que en oportunidades han llevado

a valoraciones desiguales de mujeres y hombres creando discriminación. El programa busca ofrecer herramientas de identidad, autonomía y participación, promoviendo la igualdad y equidad entre las personas.

✓ **Ciudadanía**

Considerada como una condición desde la cual las personas participan en la definición de su destino como individuos y como sociedad, por lo que se asume y se ejerce. Se asume si la persona se reconoce como integrante de un ordenamiento social y se ejerce mediante la participación en la construcción, transformación y mejoramiento de los contextos en los que se vive.

✓ **Sexualidad**

Según el autor Antonio María la sexualidad es el universo simbólico construido sobre una realidad biológica: el sexo. La sexualidad es vista básicamente como el resultado de la interacción grupal que, a partir de una base biológica, origina la diversidad característica de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional.

No se debe dejar de lado durante la realización del programa de Sexualidad y reproducción los derechos fundamentales del ser humano relacionados explícitamente con el tema en mención como lo son:

- ✓ Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos
- ✓ Derecho a la integridad física, psíquica y social
- ✓ Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva
- ✓ Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual

- ✓ Respeto a la opción de la reproducción
- ✓ Elección del estado civil
- ✓ Libertad de fundar una familia
- ✓ Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos
- ✓ Derecho al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado
- ✓ Derecho a la igualdad de sexo y de género

METODOLOGÍA

Partiendo de la premisa que todas aquellas personas que comparten en el día a día con niños, niñas y adolescentes tienen responsabilidad en la protección de sus derechos y deberes, la sensibilización en Sexualidad y reproducción dirigida a los estudiantes de Primaria y Bachillerato consiste en:

- *Sensibilización* – dirigido tanto a docentes partícipes del programa como a los estudiantes participantes, busca indagar acerca del conocimiento base en cuanto a temas de Sexualidad y reproducción, eliminando mitos poblacionales o generacionales.

Posterior a este primer acercamiento es necesario implementar un nuevo y estructurado programa de Educación Sexual donde se logre:

- *Formación* – dirigido a los estudiantes de Primaria y Bachillerato consiste en las actividades a realizar con cada grupo o ciclo de acuerdo a la edad de sus participantes.
- *Información* – dirigido a los docentes partícipes del programa y estudiantes líderes de cada grupo, se busca intercambiar opiniones, experiencias e información adquirida durante las actividades realizadas.

La intención principal de la sensibilización es la búsqueda de un espacio creativo en el que niños, niñas y adolescentes encuentren el o los motivos para comunicar su percepción, reflexión y análisis sobre situaciones concretas en salud, relacionadas con Sexualidad y reproducción.

Los objetivos de estas actividades a realizar con los estudiantes son:

- ✓ Expresar y reconocer sentimientos
- ✓ Reconocer secretos positivos y cuáles serían negativos
- ✓ Identificar situaciones de violencia sexual
- ✓ Motivar confianza y seguridad personal

Se realizarían sesiones de actividad con cada ciclo (Primaria y Bachillerato) de acuerdo a la periodicidad acordada con cada Institución Educativa y después de las cuales se haría retroalimentación de lo encontrado durante la actividad, reforzando actividades protectoras y dejando tareas para el siguiente encuentro.

- **Actividades con niños y niñas (Estudiantes de Primaria)**

1. Incentivar a los estudiantes participantes a la expresión de sentimientos a través del rostro, movimientos o actitudes corporales sin palabras. Adicionalmente motivarlos a expresar con solo actitudes corporales emociones o situaciones del día a día.
2. A través del relato de experiencias del día a día, solicitarle a los estudiantes participantes que expresen si les parece una experiencia positiva o negativa y el porqué de la decisión tomada.
3. Se expone el concepto de abuso mediante la lectura dramatizada de un cuento donde son los estudiantes quienes le colocan el final al mismo. Se

refuerza el sentimiento de confianza mediante la lectura dramatizada de un cuento.

4. En la actividad final del programa de Sexualidad y reproducción dirigido a los estudiantes de Primaria son ellos mismos quienes manifiestan su posición frente a los temas tratados: expresión de sentimientos, identificación de situaciones de peligro, confianza y autoestima.

- **Actividades con adolescentes (Estudiantes de Bachillerato)**

1. Los estudiantes participantes realizan una lluvia de ideas entorno a la palabra riesgo, posteriormente se les entrega una ficha con la descripción de una actividad del día a día donde deben representarla sin palabras (solamente con movimientos corporales o gestos faciales), identificar si se trata de algún riesgo y de ser así explicar el porqué.
2. Mediante el dibujo de un árbol florecido y otro marchito (árbol de la vida) se realiza una actividad donde los adolescentes exploran sus propios sentimientos de alegría y tristeza, escribiéndolos en una pieza de papel y luego compartiéndolos con el resto de los participantes. El coordinador de la actividad relaciona cada sentimiento con situaciones de la vida.
3. Inicialmente se le pide a los participantes que realicen una lluvia de ideas alrededor de la palabra abuso y posteriormente se les lee un cuento dramatizado donde deben identificar qué tipo de violencia sufre el protagonista y maneras de contrarrestarla.
4. A través de casos se expone el concepto de caricias positivas y negativas motivando la discusión de las mismas entre los participantes. Al mismo tiempo que se refuerzas sentimientos de confianza y autoestima.

5. En la actividad final del programa de Sexualidad y reproducción dirigido a los estudiantes de Bachillerato son ellos quienes manifiestan lo que aprendieron de: expresión de sentimientos, identificación de situaciones de peligro, confianza y autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Hablemos de lo que no se habla. Bogotá. Diciembre de 2002.
- González, M. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Ministerio de salud de Chile.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Curso-taller Prevención de la violencia desde la Infancia. México. Abril de 2006
- Modelo de servicios de Salud amigable.
- OPS. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. Colombia. 2010.
- Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, Módulo 1.