

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD
REPRODUCTIVA DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO SUPERIOR JORNADA MAÑANA DE LA
CIUDAD DE NEIVA EN EL PERIODO 2015-B**

LICETH PAOLA LISCANO MARTÍNEZ

KAREN ANDREA VARGAS MONJE

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA-HUILA
2016-A**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD
REPRODUCTIVA DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO SUPERIOR JORNADA MAÑANA DE LA
CIUDAD DE NEIVA EN EL PERIODO 2015-B**

Trabajo de grado como requisito para optar por el título de Psicóloga

LICETH PAOLA LISCANO MARTÍNEZ

KAREN ANDREA VARGAS MONJE

Asesor

MANUEL GUILLERMO SÁNCHEZ

Psicólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA-HUILA

2016-A

Nota de aceptación

APROBADO

Candela T. Sainza

Firma del presidente del jurado

Candela T. Sainza

Firma del jurado

[Firma]

Firma del jurado

Neiva, Junio de 2016

Contenido

	Pág.
Presentación	15
Planteamiento del problema	19
Justificación	25
Antecedentes	30
A nivel internacional	31
A nivel nacional	37
A nivel regional	41
A nivel local	44
Objetivos	50
General	50
Específicos	50
Marco teórico	51
Sexualidad humana	51
Salud sexual	52
Autoestima	53
Orientación sexual	53
Identidad sexual	55
Sexo	56
Género	56
Salud reproductiva	58
Anatomía y fisiología de los sistemas reproductivos	59
Embarazo	60
Infecciones de transmisión sexual	60
Hepatitis B	63
Gonorrea	63
Sífilis	64
Herpes genital	65
Infección del virus del papiloma humano	65
Infección clamidia	65

VIH/SIDA	66
Métodos anticonceptivos	67
Abstinencia	67
Anticonceptivos de barrera	68
Coito interrumpido	68
Píldora anticonceptiva	69
Implante subdérmico	70
Métodos dispositivos	70
Espermicidas	70
Conductas sexuales	71
Masturbación	71
Coito	71
Erotismo	71
Educación sexual	72
Adolescencia	73
Adolescencia temprana	73
Adolescencia media	73
Adolescencia tardía	74
Conocimientos	75
Actitudes	76
Prácticas	79
Metodología	80
Tipo de investigación	80
Población y muestra	81
Cálculo de la muestra	81
Técnicas e instrumentos	83
Procedimiento	85
Consideraciones éticas	85
Resultados	88
Conocimientos sexuales	88
Actitudes sexuales	91

Prácticas sexuales	93
Discusión	97
Conocimientos sexuales	97
Actitudes sexuales	102
Prácticas sexuales	109
Conclusiones	116
Recomendaciones	118
Institución Educativa Técnico Superior de Neiva	118
Proceso metodológico	119
Limitaciones	120
Referencias	121

Lista de anexos

	Pág.
Anexo A. Cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica en salud sexual y salud reproductiva	83
Anexo B. Consentimiento informado	86
Anexo C. Autorización al rector de la Institución Educativa Técnico Superior de Neiva	86

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Conocimientos en salud sexual	88
Tabla 2. Conocimientos en salud reproductiva	89
Tabla 3. Conocimientos en VIH/SIDA ITS	89
Tabla 4. Conocimientos en uso del condón	90
Tabla 5. Actitudes en salud sexual	91
Tabla 6. Actitudes en salud reproductiva	91
Tabla 7. Actitudes en VIH/SIDA ITS	92
Tabla 8. Actitudes en uso del condón	93
Tabla 9. Prácticas en salud sexual	94
Tabla 10. Prácticas en salud reproductiva	94
Tabla 11. Prácticas en VIH/SIDA ITS	95
Tabla 12. Prácticas en uso del condón	95

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1.	Fórmula para el cálculo de la muestra	82
Figura 2.	Conformación del cuestionario según variables y dimensiones	83

Lista de cuadros

	Pág.
Cuadro 1. Clasificación del cuestionario de salud sexual y salud reproductiva	84

Dedicatoria

“Este logro está dedicado especialmente a nuestras familias, familia Vargas Monje y familia Liscano Martínez, que con su presencia, compañía, comprensión y amor, nos apoyaron y animaron durante el desarrollo de este proyecto, porque sin ellos esto no habría sido posible”

Karen Andrea Vargas Monje

Liceth Paola Liscano Martínez

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecerles a nuestros padres, Juan Liscano, Aura Martínez, Laureano Vargas y Matilde Monje, por darnos el apoyo, motivación y fuerza para poder culminar nuestra carrera profesional con la cabeza en alto, en la que desarrollamos habilidades y capacidades que nos permitieron terminarla animadas y con amor a la profesión que elegimos, la Psicología.

Al Psicólogo Manuel Guillermo Sánchez, por su apoyo y colaboración incondicional para realizar esta propuesta investigativa, y por la fortuna que tuvimos tenerlo como nuestro asesor de Tesis.

A la Psicóloga Claudia Ivonne Gaitán, por su colaboración en la revisión de nuestro proyecto de investigación, así como también por habernos orientado desde su labor como consejera en el transcurso de la carrera.

A la Psicóloga y Orientadora Escolar de la Institución Educativa Técnico Superior, María Luisa García, por su ayuda y apoyo constante e incondicional en la ejecución de este trabajo investigativo dentro de la institución educativa.

Al Psicólogo Fabio Salazar, por su apoyo incondicional durante la carrera, ejecución de nuestra investigación y por habernos orientado en los momentos de crisis con el útil programa SPSS para el análisis de resultados.

Al Psicólogo Carlos Bolívar, por su colaboración en la búsqueda de antecedentes para este proyecto de investigación.

Y finalmente, al Doctor Rodrigo Vargas Ruiz, quien desde la distancia tuvo siempre la disposición para colaborarnos en todo lo concerniente al cuestionario que se aplicó en este trabajo de investigación.

Resumen

Esta investigación de método cuantitativo con diseño descriptivo tiene como objetivo identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen las adolescentes entre 15 a 19 años de edad de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva; para esto se aplicó un cuestionario elaborado por el investigador, estadístico y PhD. en ciencias sociales, Rodrigo Vargas Ruiz, denominado *Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva*, conformado por 111 ítems distribuidos en tres variables, Conocimientos, Actitudes y Prácticas, las cuales conforman cuatro dimensiones analíticas que son Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso del Condón. En cuanto a los conocimientos y las actitudes las adolescentes puntuaron en promedio un nivel medio, situación contraria en la variable de prácticas cuyo puntaje fue en promedio bajo para más del 50% de la población estudiada. De acuerdo con esto, en los conocimientos sexuales las adolescentes de 15 a 19 años presentan un nivel medio, es decir que la formación e información en Salud Sexual y Salud Reproductiva que reciben no es del todo completa y significativa para ellas; en cuanto a las actitudes hacia la sexualidad se encontró que están influenciadas directamente por la construcción sociocultural de género y rol de género, persistiendo el asocio de la feminidad a la sumisión y pasividad. Finalmente, en relación con las prácticas sexuales de las adolescentes participantes, se concluye que factores como el género, rol de género, el grupo de pares y la educación previa, juegan un papel importante en los patrones de la actividad sexual.

Palabras claves: sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, ITS, VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, adolescencia, conocimientos, actitudes, prácticas

Abstract

This quantitative research method descriptive design aims to identify the knowledge, attitudes and practices that adolescents between 15 and 19 years of age of the Technical Educational Institution Superior Day Morning city of Neiva on Sexual and Reproductive Health; for this a questionnaire prepared by the researcher, statistician and PhD was applied in social sciences, Rodrigo Vargas Ruiz, called Questionnaire knowledge, attitudes and practices in Sexual and Reproductive Health, consisting of 111 items divided into three variables, Knowledge, Attitudes and Practices, which make up four analytical dimensions that are Sexual Health, Health reproductive health, HIV / AIDS and Sexually Transmitted Infections and Condom Use. As for the knowledge and attitudes of adolescents they scored on average a medium level, contrary situation in the category of practices whose average score was low for more than 50% of the study population. Accordingly, sexual knowledge in adolescents aged 15 to 19 have an average level, ie training and information on Sexual and Reproductive Health they receive is not quite complete and meaningful to them; regarding attitudes toward sexuality found that are directly influenced by the sociocultural construction of gender and gender role, persisting the associate of femininity into submission and passivity. Finally, in the sexual practices of participating adolescents, it is concluded that factors such as gender, gender role, peer group and previous education, play an important role in patterns of sexual activity.

Keywords: sexuality, sexual health, reproductive health, STI, HIV/AIDS, contraception, adolescence, knowledge, attitudes, practices.

Presentación

El concepto de adolescencia es una construcción social, es decir, que a partir de las representaciones que cada sociedad construye se definen las responsabilidades y los derechos de esta población. Desde el punto de vista biológico y fisiológico, esta etapa de la vida se alcanza al final de la infancia y el comienzo de la capacidad reproductiva (Papalia, 2010). Dávila (2004) explica que no se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no hayan terminado de madurar.

En el ámbito cognitivo e intelectual, es cuando se presentan cambios en la estructura del pensamiento, ya que se configura un pensamiento de tipo científico y lógico. Este tipo de pensamiento se vincula con el conocimiento del yo y del otro, la adquisición de habilidades sociales, el conocimiento de los principios del orden social y la adquisición y desarrollo de la moral y los valores (Dávila, 2004).

En la actualidad, los adolescentes tienen información alterada e insuficiente sobre la sexualidad; ésta proviene de distintas fuentes como lo es su grupo de amigos, adultos significativos para ellos, la televisión, el internet y las redes sociales; sin embargo, las fuentes de información no se traducen en comportamientos preventivos de los adolescentes en sus prácticas sexuales (Caricote, 2006), por el contrario, se observa una realidad que no se puede mentir: los(as) adolescentes inician sexualmente en forma cada vez más precoz y si no se toman las medidas necesarias, las tasas de embarazos adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y el aborto, seguirán siendo frecuentes en esta etapa de la vida.

De acuerdo a lo anterior, se considera que uno de los principales procesos de la adolescencia es la confrontación ante la llamada crisis de identidad, lo que se convierte en un

momento de giro y replanteamiento de la propia personalidad. Esta tarea resulta compleja, ante el vaivén de aceptación y negación de las nuevas normas sociales impuestas, y la lucha interna que se desata a raíz de los cambios físicos, cognitivos y emocionales.

De manera estratégica en un escenario confuso, la persona adolescente se refugia en sus similares, de los cuales espera una mayor comprensión. Según Santana, Verdeja, Ovies y Fleitas (2006), los adolescentes empiezan a compartir la mayor parte del tiempo con sus amigos, manifestando sentirse más aceptados, por lo que cada vez dedican menos tiempo a sus familiares; el grupo de pares gana en importancia e influye incluso en la adopción de conductas.

Llama la atención, la tendencia a la exposición de agentes nocivos para la salud y el bienestar humano pueden ser conductas transmitidas del grupo de amigos al adolescente. El rendimiento escolar, las aspiraciones académicas, el consumo de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco e ilícitas, y el inicio de las relaciones sexuales son ejemplo de esto (Santana et al., 2006).

Por consiguiente la sexualidad de la población en estudio, se debe considerar desde una visión integral, incluyéndose la identidad, el género, el erotismo, el placer, la reproducción, la orientación sexual, y sus distintas formas de expresión a través de las creencias, actitudes y prácticas de la persona (OMS, 2011); así como la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, religiosos y espirituales que marcan la vivencia saludable y plena de la sexualidad.

Estudiar la temática desde la Psicología, es de gran importancia, ya que la población adolescente es altamente vulnerable ante la represión y violación social de sus derechos

sexuales y reproductivos, situación que impacta directamente en la salud física y mental del individuo que se encuentra en desarrollo.

La intervención de profesionales en el área de salud mediante estrategias de promoción y prevención en salud, como lo son la comunicación, la educación, la participación comunitaria, el empoderamiento social y las políticas públicas, permiten el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, para modificar condiciones sociales y ambientales que impactan la salud, y adoptar comportamientos y estilos de vida saludables (Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo, 2013).

En el campo sexual, a través del proceso de atención de psicología, se busca incidir en la salud de la población adolescente, transmitiendo los conocimientos suficientes, mediante un enfoque de género y de derechos humanos, de modo que se guíe la toma de decisiones consciente y responsable.

El presente estudio es de enfoque cuantitativo con diseño metodológico de tipo descriptivo, que se caracteriza por describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y cómo se manifiestan. Además pretende medir o recoger información únicamente de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables que se están estudiando, por lo que su objetivo no es indicar cómo estas se relacionan (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). De acuerdo con esto, ésta investigación tiene como propósito identificar y describir el nivel de los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen las adolescentes escolarizadas de los 15 a 19 años sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva

El instrumento a utilizar está compuesto por cuatro dimensiones, las cuales son: salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA/ITS y uso del condón, cuya interpretación se hace a través de un cuestionario que evalúa niveles de bajo, medio y alto, para cada adolescente,

permitirá obtener la calificación en conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de las adolescentes que formen parte del estudio.

Planteamiento del problema

La sexualidad es un aspecto de la vida de todos los seres humanos que está relacionada con la capacidad de sentir placer e involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Desde el nacimiento tenemos latente la sexualidad y ésta se desarrolla poco a poco, hasta llegar a convertirse en una parte importante en cada persona, y en particular en la etapa de la adolescencia. Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de los adolescentes están muy influenciados por el entorno social y cultural, que a su vez tienen relación con su percepción del bienestar psicológico y afectivo, planteándoles necesidades y cuestionamientos de referente a su sexualidad. La forma como esos cuestionamientos se respondan y como se satisfagan sus necesidades determinan su salud sexual y reproductiva, de la misma forma que su vida afectiva y social (Rengifo, Córdoba y Serrano, 2012).

La sexualidad “es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle” (Vera-Gamboa, 1998). Incluso cuando desde la antigüedad y con el transcurso de los años se ha desarrollado este tema. En la prehistoria existió una promiscuidad sexual primitiva. Con la llegada del judaísmo se evidencia un sin número de posiciones y normas frente a la sexualidad que aparecen en el antiguo testamento. Por otro lado, en la cultura egipcia, el incesto estaba permitido, práctica adoptada posteriormente por los judíos; tenía un carácter ritual en la ceremonia de iniciación de la adolescencia. Con el surgimiento de la familia patriarcal se da una serie de dualidades en lo sexual: la mujer queda estereotipada con la reproducción y el trabajo a cargo de los hombres. A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades venéreas. Durante los siglos XVIII y XIX, aparecen conductas sexuales como la masturbación. En 1882 aparece el trabajo

de Richard Kraft-Ebing “*Psychopathia Sexualis*”, donde describe diferentes tipos de comportamiento sexual, en los que los etiqueta como patológicos y surgiere así el término *desviación sexual*. En este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción se consideraba como “sexualidad anormal”. Posteriormente en la revolución sexual y el inicio del modernismo sexual hace su aparición Sigmund Freud, quien demostró la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos; desarrolló su teoría de la personalidad, la cual tiene como eje el desarrollo sexual; introdujo el término “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de las personas. Puede decirse que con Freud se inició el modernismo sexual. Por la misma época, en Inglaterra, el médico Havellock Ellis, quien creía que la negación de la sexualidad era la causa de los problemas, publica su obra *Psychology of Sex*. De acuerdo con Marie Stopes (1958), el sexo debía ser disfrutado libremente y sin temores. A través de la evolución de la historia, de los cambios culturales y sociales que se dieron durante las décadas anteriores, es importante rescatar que dichos avances han permitido que la concepción del significado de la sexualidad también avance de manera significativa.

Según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e

informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Una conducta de riesgo o nociva, se entiende como una situación que le puede ocasionar daños a la salud de la persona o a la salud de otros. Un ejemplo es el contagio con infecciones de transmisión sexual (ITS), las relaciones sexuales sin condón y el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, ya que exponen al adolescente a alteraciones físicas, biológicas y problemas psicoafectivos, que están determinadas por múltiples factores dentro de los que destacan el acervo de información que posean los y las adolescentes, así como sus sentimientos hacia los temas de sexualidad y en última instancia prácticas que desempeñan (Goncalves, Castellá y Carlotto, 2007).

Partiendo de la realidad actual colombiana, de acuerdo con un estudio realizado por Rengifo, Córdoba y Serrano en el año 2012, los(as) adolescentes están iniciando su actividad sexual a una edad muy temprana, ya que hay un aumento considerable del número de mujeres menores de 20 años que son madres. Cada año se producen más de 100 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, y 4,1 millones de casos por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se dan entre adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de

edad. Esto indica que los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable en cuanto a la salud sexual y reproductiva. “Los conocimientos y las prácticas no adecuadas frente a la sexualidad en adolescentes han generado problemas como inicio sexual a temprana edad, abortos en condiciones inadecuadas, infecciones sexualmente transmitidas, entre otros” (Rengifo, Córdoba y Serrano, 2012).

Según la investigación denominada *Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes* (Mejía y Ortiz, 2006), la práctica de la sexualidad en edades tempranas puede generar diversos efectos negativos en el adolescente como embarazo no deseado, consecuencias físicas, psicológicas, la mortalidad materna y perinatal, y las enfermedades de transmisión sexual; de igual forma, otro efecto negativo en esta etapa es la de asumir roles para los cuales aún no se está preparado. En el caso de las mujeres adolescentes, convertirse en madres puede llegar a ser una adversidad, debido a que se puede presentar deserción escolar con el fin de cumplir con el nuevo rol, y además, pueden correr el riesgo de caer en un ciclo autodestructivo que consiste en la dependencia de otros para lograr el apoyo, pues suele suceder que esta dependencia puede llevar a la adolescente a caer en embarazos repetidos y, por consiguiente, a disminuir sus oportunidades de estudio, progreso e independencia. En la misma investigación se encontró que los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones tempranas son los 17 años y las mujeres los 18, aun así, se observa que la edad promedio de la primera relación sexual es de 13 a 14 años en los hombres, y de 14 a 15 años en las mujeres. De igual forma, señala que el 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya han sido madres y el 4% están embarazadas de su primer hijo. Por lo que una de cada cinco (20%) de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres (33%) en adolescentes de 19 años.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS, 2010) que lleva a cabo Profamilia cada cinco años, la fecundidad en Colombia ha ido decreciendo desde la década de los años sesenta, y en la actualidad, se sigue observando el decremento aunque en un menor ritmo, sin embargo, aún quedan grupos de población con fecundidad relativamente alta, incluyendo la de las adolescentes de 15 a 19 años, por lo que aunque en los años 1990 a 2005 se logró detener la tendencia creciente que presentaba el embarazo en la adolescencia, la cifra aún continúa siendo alta; puesto que para el año 2010 una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años, esta o ha estado alguna vez embarazada; el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. Esto sucede debido al bajo grado de conocimiento de muchas mujeres, especialmente adolescentes y jóvenes, sobre distintos aspectos de la sexualidad y la reproducción, situación que ha preocupado desde años atrás a las distintas instituciones que trabajan en Colombia por la salud reproductiva de la población; instituciones como Profamilia, ASCOFAME, ACEP, han propiciado el desarrollo de programas de educación sexual entre los adolescentes y jóvenes. Profamilia, por ejemplo, tiene programas especialmente para adolescentes y jóvenes y ha desarrollado el programa EDUCA, de educación virtual, con el fin de suplir estas deficiencias. Así mismo, según la misma encuesta (ENDS), los datos encontrados a nivel nacional evidencian la exposición a factores de riesgo por parte de las adolescentes, específicamente si consideramos que las principales fuentes de información en el tema de la sexualidad entre los 15 y 19 años de edad son: la madre, maestras o maestros, amigos o amigas, el padre y los medios de comunicación, los cuales no siempre brindan información científica y veraz (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011; Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010).

Por otra parte, según el Informe Epidemiológico del Huila del año 2011 al 2015, dado por la Secretaría de Salud del Departamento del Huila, los indicadores de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años para el año 2011 se dieron 88 casos, en el año 2012 se presentaron 100 de adolescentes gestantes, 93 casos de embarazos para el año 2013, para el 2014 hubo un decremento de 2 casos, con 91 embarazos en las adolescentes, y finalmente para el primer semestre del año 2015 en el municipio de Neiva se registraron 41 casos de adolescentes de 15 a 19 años en estado de embarazo.

En Colombia es destacable el trabajo que el Ministerio de Educación Nacional, con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ha venido impulsando para llevar a la práctica la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva promulgada en el año 2003 mediante el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Iniciado en 2005, ha logrado avances importantes como por ejemplo que 3725 instituciones educativas hayan incorporado la educación para la sexualidad al Proyecto Educativo Institucional (PEI) (Niño, Hakspiel, Rincón, Aragón, Roa, Galvis y Luna, 2012).

Todas estas situaciones son de gran interés, en las que se muestran cifras que evidencian grandes problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en las adolescentes, por lo tanto, surge la necesidad de obtener el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen y llevan a cabo las mujeres adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta que esto influye en el desarrollo físico, psicológico y social de ellas. De acuerdo con esto, se considera apropiado formular el siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen en salud sexual y salud reproductiva las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva en el periodo 2015-B?

Justificación

Cuando se habla de sexualidad en la sociedad actual es común que el concepto se construya desde una perspectiva meramente biológica, en la que se reconoce los elementos físicos que la conforman, por lo que se deja a un lado otros aspectos que son inherentes al ser humano. Desde un enfoque integral, la sexualidad debe definirse como la expresión de lo biológico, los determinantes psicológicos, emocionales, espirituales y sociales, como una dimensión innata e indeleble de las personas (Cornellá, 2010).

La misma, forma parte de un proceso evolutivo que comienza desde la niñez y que se manifiesta súbitamente durante la adolescencia, en la cual se debe alcanzar la plenitud integrativa de los factores cognitivos, emocionales y sociales. Inicia aproximadamente a los 3 años, cuando se explora el sentido personal de ser femenino o masculino.

Más adelante hacia los 7 años de edad se llega a la comprensión del papel sexual, es decir las expectativas sociales y culturales, las actitudes, los estereotipos y las creencias de cómo se deben comportar la mujer y el hombre. También durante la niñez se inicia el proceso de orientación sexual, hacia los patrones de conductas físicas y de atracciones emocionales y eróticas hacia los demás.

Por último, al adolescente le corresponde completar el proceso de consolidación de la identidad sexual adulta, afrontarlo sin orientación y acompañamiento puede afectar el comportamiento sexual. Por esta razón, resulta primordial que las personas adolescentes cuenten con herramientas personales, familiares y sociales suficientes para la toma de decisiones consciente y la vivencia de una sexualidad saludable (Cornellá, 2010).

La sexualidad saludable de acuerdo con Cornellá (2010) implica la aceptación de la imagen corporal, la capacidad de establecer relaciones interpersonales con responsabilidad, la

capacidad para tomar decisiones acerca de lo que es conveniente para sí mismo y para el otro, y la capacidad de tener relaciones íntimas aceptando sus consecuencias; en contraparte, cuando no se tiene claro el conocimiento y las medidas acertadas para vivir adecuadamente la sexualidad, el individuo se expone a conductas nocivas para su desarrollo humano.

Según lo mencionado, en el Ministerio de Salud y Protección Social (2011), la edad media de la primera relación con penetración vaginal para las personas con edades entre los 15 y 19 años, fue de 16 años en las mujeres. Por otro lado, en la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 del Ministerio de Salud, se destaca que el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que tuvo sexo con penetración vaginal fue de un 49,0%, además el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de las mujeres en este grupo de edad fue de 87,0%. Así mismo, la mayoría de las adolescentes reconocen que la principal forma de prevención es mediante el uso del condón; sin embargo, otras formas de prevención como la fidelidad, la abstinencia o evitar relaciones sexuales con personas desconocidas, son mencionadas en cifras muy inferiores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011; Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010).

Por otro lado, en el año 2015, la tasa de fecundidad en la ciudad de Neiva para el grupo etario de 15 a 19 años fue de 18,73%, en comparación con el año 2014 con 20,68%. Para el primer semestre del mismo año 2015, se reportaron 41 embarazos en mujeres de dicho rango de edad (15 a 19 años), mientras que para el año 2014 del grupo de edad de los 15 a 19 años la cantidad fue de 91 embarazos representando un 20,68% (Secretaría de Salud del Huila, 2014).

Teniendo en cuenta los datos anteriores, es evidente que la población de mujeres adolescentes entre los 15 a 19 años de edad se ha visto expuesta a agentes nocivos, que han impactado negativamente sobre sus procesos vitales y de desarrollo en la etapa de la

adolescencia. Conocer estos antecedentes, abre la posibilidad de innumerables maneras de actuación, especialmente aquellas en las que se integre a las familias y a los centros educacionales.

Dicha temática, es de gran trascendencia para la investigación por parte de la disciplina de Psicología, debido a que la misma se encuentra en constante contacto con los diferentes grupos poblacionales, cuyo propósito es generar cambios en los estilos de vida mediante la orientación y el acompañamiento en las etapas de desarrollo vitales. La Psicología puede generar grandes aportes a las adolescentes en formación, de manera que les permitan no sólo tener información veraz sino también poder aplicarla en sus vivencias; para así potenciar al máximo la sexualidad saludable. La actividad educativa por parte del (la) psicólogo(a) no se puede reducir a la simple transmisión de información, al dominio de una serie de técnicas básicas, a la aplicación de algunos instrumentos o al aumento de capacidades, sino que debe aspirar a ser un proceso comprensivo que oriente a las generaciones adolescentes en el marco de una sociedad democrática, divergente, compleja y plural.

El evidenciar las necesidades que presentan las adolescentes en temas de sexualidad permite participar desde la psicología en el ámbito de la promoción y prevención de una sana sexualidad, pues constituyen una población vulnerable en temas de salud sexual y salud reproductiva, y mediante diversas estrategias poderles brindar herramientas para la toma de decisiones orientadas a una buena calidad de vida.

Por ende, en el presente estudio se desea identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de las adolescentes escolarizadas de 15 a 19 años de la ciudad de Neiva, considerando el entorno en el que se desenvuelven y la

exposición a agentes nocivos que han tenido; ya que permite determinar los factores que potencian y aquellos que limitan la vivencia de una sexualidad integral y saludable.

Es importante también lograr, con base a los resultados de esta investigación que profesionales de diversas áreas y más específicamente de la Psicología en instituciones educativas así como en otras organizaciones, tengan la posibilidad de diseñar e implementar planes, estrategias y programas para la promoción de la vivencia de una sana y plena sexualidad, así como de prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en población vulnerable, como por ejemplo en las personas adolescentes, igualmente tener en cuenta las particularidades personales, culturales y sociales de ellos.

Por lo anterior, se hace necesario llevar a cabo un estudio que identifique el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de las adolescentes entre 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior de Neiva, cuyos resultados proporcionarán información acertada sobre qué conocen, qué piensan, cómo actúan y cómo se comportan las adolescentes en cuanto a su sexualidad, así mismo servirán como línea base para la creación de proyectos de educación sexual integral que permitan el acceso libre a información de ésta temática y una orientación para el buen ejercicio de su sexualidad, así como nuevas investigaciones sobre esta temática; lo cual beneficiará la institución educativa, los padres de familia y por supuesto, la población escolarizada.

Así mismo, se eligió a la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de Neiva para la realización de este proyecto investigativo debido a que éste es un es un centro educativo de carácter oficial con más de mil estudiantes, entre hombres y mujeres, en su sede central; es así como llevar a cabo esta investigación en la institución da la posibilidad de obtener información amplia sobre qué piensan, cómo actúan y cómo viven su salud sexual y

salud reproductiva debido a la variedad de contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven sus estudiantes.

Finalmente, la edad entre los 15 a 19 años, se elige teniendo en cuenta la edad de consentimiento sexual, ya que según el Artículo 208 y Artículo 209 de la Ley 599 de 2000 del Código Penal “La edad de consentimiento sexual determina ante la ley la edad mínima a partir de la cual el consentimiento de un menor es válido para mantener relaciones sexuales. En Colombia está fijada sobre los 14 años”, así que cualquier relación sexual con un menor de 14 años o menos es considerada un abuso sexual y por lo tanto un delito. Es así como se hace necesario tomar la población adolescente a partir desde los 15 años en razón a que es una edad legalmente válida en la que la persona se considera es consciente de las decisiones que toma y por tanto de las prácticas que realiza; además el rango de edad se elige hasta los 19 años teniendo en cuenta que de acuerdo con Profamilia (2005), la adolescencia es una etapa de la vida, que usualmente inicia entre los 13 y los 15 años, en la que tanto hombres como mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; empieza con la pubertad y termina cuando los cambios se estabilizan alrededor de los 19 años.

Antecedentes

La sexualidad, y como parte de ella, la salud sexual y reproductiva, son aspectos centrales del ser humano presentes a lo largo de su vida, y por ser también algo inevitable, genera en él un profundo interés por saber más acerca de estos, conllevando a que cada persona construya y fortalezca sus conocimientos de la sexualidad, a partir de las vivencias que se expresan a través de las prácticas, actitudes y relaciones interpersonales, en el transcurso de su diario vivir. De igual manera, han surgido grandes cuestionamientos en la actualidad debido a los resultados expuestos en distintos estudios acerca de la sexualidad en general y sus distintos componentes como la salud sexual y reproductiva.

Estos cuestionamientos son los que generaron inquietudes para convertir en objeto de estudio de esta investigación los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres adolescentes, pues la problemática en temas de salud sexual y reproductiva siguen siendo foco de investigación por el gran número de casos de embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual que se tienen registrados en Colombia, en el Departamento del Huila, y específicamente, en la ciudad de Neiva.

Dentro de este tema se han encontrado diferentes estudios de talla internacional, nacional, regional y local, los cuales brindaron un aporte a nivel teórico y metodológico a la presente investigación. A continuación se mencionan los que han sido relevantes y significativos para la elaboración del presente estudio.

A nivel internacional

En Argentina, en el año 2005, se realizó un estudio por Carolina Sancho Miñano, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucuman, denominado *Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Los objetivos de dicho estudio fueron establecer los conocimientos sobre Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) y métodos anticonceptivos que tenían los adolescentes encuestados, establecer el nivel de conocimiento sobre lo anteriormente expuesto según sexo y estudiar la presencia de factores de riesgo para embarazo. Se llevó a cabo mediante una encuesta a 100 adolescentes, hombres y mujeres, de 13 a 22 años de edad que asistían al nivel polimodal de la Escuela de Mancopa y Juana Manso del Cevilar. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 70% de los encuestados tenía buen conocimiento, mientras que en el 30% el conocimiento fue malo y nadie mostró conocimiento óptimo sobre el tema; en cuanto a los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia, el 71% mostró riesgo bajo, mientras que el 18% mostró riesgo moderado y solo el 11% riesgo alto; de estos factores de riesgo, el 44% tuvo relaciones sexuales, el 83% carece de contención familiar, el 82% no recibió información sobre el tema y el 34% tenía antecedentes de embarazo antes de los 18 años en madre o hermanas; respecto al conocimiento según sexo, el 79% (47) de las mujeres y solo el 56% (23) de los hombres mostraron buen conocimiento sobre el tema; se encontró asociación entre conocimiento y sexo, así como también entre conocimiento y factores de riesgo. La conclusión a la que se llegó con este estudio fue que es necesaria la implementación de programas de educación sexual que permitan aumentar los conocimientos acerca de salud sexual y reproductiva en padres y adolescentes.

Durante el año 2007 en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica se presentó un seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería,

por parte de Arias, Barbosa y Rivera, titulado *Conocimiento y Comportamiento Sexual que presentan los y las estudiantes universitarios (as) que cursan el tercer y cuarto año de las carreras de las Escuelas de Medicina, Farmacia, Formación Docente y Psicología de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, durante los meses de marzo a noviembre del 2007*. Se llegó a la conclusión de que más del 50% de hombres y mujeres han iniciado relaciones sexuales a edades tempranas, entre los 16 y 20 años de edad. Además, se pudo rescatar que las principales fuentes de información relacionadas al tema de Salud Sexual y Reproductiva han sido la familia, amigos, el Colegio y la Universidad. En relación al conocimiento y comportamiento que poseen los y las estudiantes sobre Salud Sexual y Reproductiva concluyeron que en el Área de la Salud ellos y ellas poseen mayor conocimiento, mientras que el Área de Formación Docente presenta un menor porcentaje de conocimiento sobre sexualidad. Es importante agregar que aunque los y las estudiantes del Área de la Salud presentan un mayor conocimiento, igualmente tienen conductas sexuales riesgosas, sin embargo el mayor porcentaje de conductas sexuales riesgosas se da en los estudiantes del Área Social.

Vargas (2007), investigador del IDESPO de la Universidad Nacional de Costa Rica, plantea una investigación titulada *Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y la salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica*, en la cual se desarrolla una escala de clasificación por niveles, para los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes, esto bajo un enfoque de género y de derechos humanos. La escala evalúa cuatro grandes dimensiones, las cuales son: salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA/ITS y uso del condón. A su vez, en cada una de estas dimensiones se estudian las variables de conocimientos, actitudes y prácticas. La escala permite obtener una puntuación en

cada una de dichas dimensiones y variables para proceder a clasificar en bajo, medio o alto el nivel de la dimensión o categoría que se esté evaluando. De los resultados de dicha investigación se destaca lo siguiente: la edad de la población estudiada oscila entre los 17 y 24 años, de los cuales el 41,6 % de las mujeres y el 27,3% de los hombres no han tenido relaciones sexuales. En cuanto a las variables de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual de las personas en edades entre 17 y 19 años, la primera variable obtuvo una puntuación alta, y la segunda y tercera variable, una puntuación media, lo cual evidencia que tienen conocimientos teóricos, más estos no son llevados a la práctica, generando vulnerabilidad en este grupo de edad. Por otro lado, en Salud Reproductiva el nivel de conocimiento es medio, en las actitudes sexuales es alto para las mujeres en el rango de edad entre los 17 y 24 años, mientras que los hombres entre 17 y 19 años en esta misma categoría tienen un nivel medio. En la dimensión de VIH/ SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, los conocimientos son altos en ambos sexos, las actitudes sexuales, son mejor evaluadas en las mujeres y las prácticas sexuales son de nivel medio en ambos sexos. Por último, en la dimensión de Uso del condón, tanto los conocimientos, las actitudes y prácticas se ubican en un nivel medio, con una mayor disposición hacia el uso de dicho método de planificación familiar por parte de las mujeres.

En una investigación realizada por Libreros, Fuentes y Pérez del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela, durante el 2008, titulada *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa*, se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de dicha población, basándose en la Unidad Educativa Monseñor Gregorio Adam, Municipio Naguanagua en Venezuela. El estudio es de tipo cuantitativo correlacional y de

diseño transversal, y expone la necesidad de iniciar la educación sexual desde la primaria y continuar dicha educación hasta la universidad, ya que existe un porcentaje muy significativo de adolescentes que inician prácticas sexuales de manera precoz, y lo hacen con poca información o conocimiento sobre la temática, lo que los convierte en una población vulnerable a la exposición de factores de riesgo.

En España se llevó a cabo una investigación por José María Failde, María Lameiras y José Luis Bimbela en el año 2008, sobre *Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14 a 24 años de edad*, cuyo objetivo era describir los comportamientos y prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes españoles en función de género. La información fue recogida mediante un cuestionario, realizado en el domicilio de los participantes y con presencia del entrevistador, aplicado a una muestra aleatoria de integrada por 2171 chicos y chicas de 14 a 24 años de edad, de las comunidades de Galicia, Madrid y Andalucía. Los resultados obtenidos fueron que un total de 1439 sujetos (66,3%) refirieron haber tenido actividad sexual en los últimos 6 meses, sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas entre chicos (66,4%) y chicas (66,2%), excepto en las siguientes variables: haber practicado coito anal (los chicos refieren haberlo practicado en mayor proporción); números de parejas sexuales (las chicas manifestaron tener menor número de parejas) y frecuencia de coitos vaginales (las chicas presentaron una frecuencia más elevada en esta práctica. También se encontraron diferencias en frecuencia de uso del condón en las prácticas coito-anales y en las bucogenitales, en la que los chicos refirieron utilizarlo más frecuentemente. Las conclusiones a las que llegaron en este estudio son que los datos obtenidos indican que los chicos y chicas mantienen comportamientos sexuales diferentes, las chicas suelen tener menor número de parejas sexuales y utilizan el preservativo en mayor medida que los chicos en las prácticas

coito-genitales, sin embargo hacen menor uso de éste en las prácticas bucogenitales y coito-anales.

En Costa Rica en el año 2009, se documenta un trabajo final de investigación denominado *Análisis descriptivo de los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de las pacientes atendidas en la Unidad de ginecología adolescente del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el periodo febrero 2006-febrero de 2008*, por los investigadores Bulio y Wright; tesis de especialistas en Ginecología y Obstetricia del Sistema de Estudios de Postgrado en Especialidades Médicas. Para dicha investigación se analizaron 164 expedientes clínicos de pacientes adolescentes atendidas en dicha unidad, con el fin de documentar datos relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva. Dentro de los resultados obtenidos se puede rescatar que tres cuartas partes de las adolescentes habían iniciado relaciones sexuales a los 15 años de edad, la mitad no utilizaban métodos anticonceptivos y tres cuartas partes no los utilizan con regularidad, y por último, la mayoría de los padres desconocen que sus hijos están teniendo relaciones sexuales a esta edad.

Por otro lado, Varela y Paz (2010), mediante un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta anónima a 300 personas entre los 13 y 21 años de edad, en un instituto de enseñanza secundaria de Pontevedra, España, investigaron los *Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes*; esto con el objetivo de identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva. Concluyen que el conocimiento en sexualidad de los y las adolescentes es insuficiente, confirmado por la persistencia de falsos mitos en torno al tema de la sexualidad. Además, resaltan que la información que se brinda está poco adaptada a las necesidades reales de la población y en muchas ocasiones sesgada.

La investigación *Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de las comunidades Upis Belén y Belén, Chimbote, 2012*, llevada a cabo en Perú y elaborada por Carrillo y Solís (2015), profesionales en obstetricia, el mismo es de tipo cuantitativo-descriptivo y de corte transversal, realizada con adolescentes de 14 a 19 años en donde se les aplicó un cuestionario de preguntas cerradas se determinó que, la mayor parte de adolescentes de las comunidades desconoce sobre su sexualidad (80 %) y presenta actitudes desfavorables (94%) para tener una vida sexual responsable y segura. Lo mencionado anteriormente, debido a que el 73 % desconoce cómo está conformada su anatomía, y cómo funciona su fisiología sexual y reproductiva, no tiene idea (65%) sobre las medidas de prevención de ITS y VIH-SIDA, lo cual evidencia desconocimiento. Respecto a los métodos anticonceptivos, se encontró que el 88 % no tiene en claro cuáles son los métodos para prevenir el embarazo, significando una situación de riesgo para su vida sexual, cuyas consecuencias son embarazos a temprana edad, abortos provocados.

Por otro lado, se realizó una investigación en el 2013 con estudiantes de la Escuela de Enfermería y de la Facultad de Tecnologías en Salud en dos instituciones de la Habana, Cuba. Dicha investigación es de tipo descriptiva y de corte transversal, basada en técnicas cualitativas y cuantitativas; y se denomina *Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios*. En la misma se detectó la necesidad de disponer de un instrumento que contribuya a la formación en Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de promoción de salud, basándose en la existencia de un problema en los conocimientos y comportamientos sexuales de los y las estudiantes. A partir de esto se trazó una estrategia educativa extracurricular dirigida a fortalecer el enfoque de

promoción de la salud y educación para fomentar una vivencia saludable de la sexualidad (Rodríguez, Sanabria, Contreras & Perdomo, 2013).

A nivel nacional

En el año 2004 en el departamento de Cundinamarca, se llevó a cabo una investigación por parte de Fernando González González de la Universidad Católica de Colombia, sobre *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca*, cuyo objetivo era conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de ambos sexos, habitantes de un municipio del departamento de Cundinamarca, de estratos 1 y 2 del SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios). Fue un estudio de tipo descriptivo, analítico, de campo y transversal en el cual se utilizó un muestreo polietápico con una muestra de 425 sujetos. Se realizó mediante una encuesta llamada “Recreando nuestra sexualidad”, con el fin de generar nueva información que sirviera como base de datos para proponer nuevas investigaciones en el área sexual. Dentro de los principales resultados se encontró que existe un alto riesgo de embarazos no deseados por la falta de información, debido a que el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo, aunque el más conocido es el preservativo. La enfermedad de transmisión sexual más conocida es el VIH/SIDA, que según los o las encuestadas se puede adquirir al tener relaciones sexuales sin condón; solo la mitad de la población tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales y Ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social en Salud, por lo tanto se ha dificultado el ejercicio de los derechos a partir de

los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se les debe prestar con altos niveles de calidad y oportunidad.

En la ciudad de Bogotá se realizó un estudio por Juan González en el año 2008, denominado *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar*, en el que el objetivo fue estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar. La información fue obtenida mediante un estudio observacional de corte transversal entre 13699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba; se aplicó una encuesta autodiligiada donde se interrogó por conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales, y la estructura y percepción del funcionamiento familiar. Los resultados obtenidos indicaron que la prevalencia de relaciones sexuales es del 17%, el 8% de los hogares presentan disfunción severa y 39% son nucleares incompletos, las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres y se presentan más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia. La conclusión originada a partir de este estudio es que es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes.

En la Universidad de Manizales, Constanza, Castaño, Díaz, Hernández, Martínez, López, Manchego, Narváz, Noguera y Ortega, (2011), efectuaron un estudio de tipo transversal con población universitaria titulado *Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia) 2010*, en el que hallaron que los métodos de anticonceptivos más usado fueron los métodos de barrera en un 41.3%; el 15.2% habían tenido alguna infección de transmisión sexual. En lo que se refiere a las prácticas

sexuales el 22.8% realizan todas las prácticas (masturbación, sexo oral, sexo anal, sexo vaginal); en cuanto al promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 16.09 años. Se encontró relación significativa entre nivel de conocimientos y la práctica sexual sexo oral, en el sentido de que la mayor proporción de esta práctica se encuentra en los estudiantes que muestran buenos conocimientos (86.5%) y en quienes presentan nivel de conocimiento regular e insuficiente disminuye al 73.4 y 54.5% respectivamente. De igual manera, se desplegó una relación significativa con la preocupación sentida por el estudiante sobre “los riesgos durante mis relaciones sexuales en pareja” en el sentido de que los estudiantes con buenos conocimientos sexuales muestran esta preocupación en un 86.8%, en los estudiantes con conocimientos regulares en insuficientes esta proporción baja. Además se pudo observar la influencia de varias variables como género, familia, religión y formación educativa sobre el comportamiento y la práctica sexual responsable.

Una investigación realizada en el municipio de Miranda, departamento del Cauca, por Herney Rengifo Reina, Alexandra Córdoba Espinal y Mayerlin Serrano Rodríguez en el año 2011 sobre *Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano*, cuyo objetivo era identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda- Cauca en Colombia, tuvo como resultados los siguientes: se presentaron conocimientos en niveles alto y muy alto, donde 90,5% de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo; la mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5%); para el 26,7% (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo; en cuanto a las prácticas en sexualidad, 42% expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años; el condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado; el uso de

sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5%; 87,7% afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres. El método usado para esta investigación fue un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con una muestra de 406 adolescentes, en el que se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimiento y de prácticas. Como conclusiones se obtuvo que los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más este conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.

En el departamento de Santander en el año 2012, se llevó a cabo una investigación sobre *Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander*, dirigida por Lucila Niño, María Constanza Hakspiel, Alba Yaneth Rincón, Darlen Aragón, Zayne Milena Roa, Diana Carolina Galvis y Alba Luna, cuyo objeto de estudio era evaluar las características de los procesos educativos y buscar asociación con cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes y jóvenes, y así aportar información para reorientar y enriquecer estrategias y programas en este campo. Fue un estudio observacional de corte longitudinal analítico en adolescentes y jóvenes entre 12 y 19 años quienes recibieron un proceso de educación para la sexualidad y tres mediciones de conocimientos, actitudes y prácticas mediante encuesta, previo consentimiento informado. Los resultados obtenidos indicaron que en conocimientos hay diferencia significativa por sexo a favor de las mujeres y mejores conocimientos en el grupo que ha tenido relaciones sexuales, en tanto que las actitudes fueron mejores entre quienes no las han tenido.

Otra de las investigaciones a tener en cuenta es *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia)*, llevada a cabo en el año 2013 por Cardona, Arboleda, Rosero, profesionales en microbiología; es un estudio cuantitativo descriptivo de tipo transversal aplicado a 567 adolescentes entre 14 y 19 años, matriculados en los grados de octavo a undécimo de cinco instituciones educativas, donde se encontró que la mayor proporción de conocimientos correspondió al nivel insatisfactorio o malo, y en las actitudes y las prácticas el bueno. En cuanto a los conocimientos sobre las ITS, no se descubrieron diferencias estadísticas entre quienes poseen y no poseen conocimientos acertados sobre la transmisión, obtuvieron que más de la mitad de los adolescentes escolarizados tienen una vida sexual activa, no obstante el nivel de conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual es deficiente o insatisfactorio, ya que en algunos casos tienen conceptos errados que los llevan a afirmar que las píldoras anticonceptivas protegen contra ITS, que el uso correcto del condón no protege de ITS, que el recambio sexual no es un factor de riesgo relevante o que las ITS se pueden detectar a simple vista.

A nivel regional

En la revisión de estudios realizados a nivel del departamento del Huila en temas de sexualidad, se encontró una investigación realizada por Elsa Hernández, Maribel Salazar y Alberto Segura en el año 2009 en el municipio de Garzón-Huila, titulada *Medición del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en el componente de embarazos en adolescentes desarrollado por la ESE María Auxiliadora del municipio de Garzón Huila en un período comprendido desde Enero de 2009 hasta Diciembre de 2010*, cuyo objetivo fue

medir el impacto del programa de salud sexual y reproductiva en su componente de embarazos en adolescentes en el municipio de Garzón, proporcionando elementos de análisis que permitan intervenir el actual y los futuros programas de la ESE María Auxiliadora. La realización de la investigación surge como una necesidad de establecer si el desarrollo del programa tuvo los resultados esperados o si por el contrario se requiere alguna reformulación o ajuste en sus políticas. Los indicadores sobre los embarazos en las adolescentes les permitieron deducir que para el año 2009, el porcentaje de embarazos en adolescentes para el municipio de Garzón correspondió al 29,2%, el mismo indicador para el año 2010, corresponde al 29%. Lo anterior indica que la incidencia positiva entre los dos periodos es positiva en un 0,2%, aunque comparado con la media del departamento del 27,2% y con la meta del 23,7% se está aún bastante lejos. Sin embargo, el resultado es determinante en su impacto y validez cuando revisaron que la población inscrita gestante total entre el año 2009 y 2010 creció en un 29,3%.

En el municipio de Palermo-Huila, se llevó a cabo una investigación en el año 2014, dirigida por Nohora Rojas y Víctor Javier Vera, la cual tiene como título *Comportamiento sexual de los adolescentes de la Institución Educativa San Juan Bosco del municipio de Palermo Huila*, cuyo objetivo era identificar el comportamiento sexual de los estudiantes de la Institución Educativa San Juan Bosco en el Municipio de Palermo-Huila. La metodología empleada fue de tipo Empírico-Analítico, de enfoque cuantitativo no experimental, con una técnica descriptiva de análisis. Se aplicó un muestreo probabilístico, el cual estuvo conformado por 127 estudiantes de los grados de 6 a 11 de educación secundaria. Los resultados se obtuvieron a través de la aplicación de un instrumento validado sobre las prácticas, conocimientos y opiniones de los adolescentes en torno al comportamiento sexual.

El análisis indica que un porcentaje alto de estudiantes (67%), no tiene claridad sobre lo que realmente es una práctica sexual penetrativa y muy pocos expresan lo que es una práctica no penetrativa. En la descripción de la sexualidad, sobre conocimientos que tienen los estudiantes, se obtuvo que cuando buscan información sobre el sexo ellos están interesados en saber en el cómo se desarrollan las relaciones sexuales. La información sobre el aborto es clara; con relación a la genitalidad representa los órganos sexuales y no a las relaciones que se puedan realizar en pareja. Poseen buen conocimiento sobre las zonas erógenas del cuerpo humano que generan placer y tienen claro en qué consiste la fecundación, el periodo menstrual, la función de los testículos, las ITS, acoso y abuso sexual, masturbación, aborto, sexo sin afectividad, promiscuidad y madresolterismo. Con referencia a las opiniones de los estudiantes, se obtuvo información expresada en un alto porcentaje de estudiantes, que son sus amigos las personas a quienes consultan sobre el sexo.

Para el año 2015, en el municipio de Pitalito-Huila se realizó un estudio sobre *Factores psicosociales asociados a relaciones sexuales precoces en estudiantes de séptimo grado de la Institución Educativa Montessori de Pitalito* por Ángela Sofía Motta y Montegranario Pérez, cuyo objeto de estudio fue identificar qué factores psicosociales inciden en el inicio de las relaciones sexuales precoces en los adolescentes; el diseño metodológico se enmarcó en el enfoque cualitativo, tomado como alternativa para interpretar y comprender la realidad. Como técnicas de investigación se utilizaron la observación participante, la entrevista, el sociodrama, la lluvia de ideas, conversatorio y grupo focal. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se concluye que los factores psicosociales que inciden en el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, están relacionados con el entorno familiar, escolar, los pares y los medios de comunicación. Desde el factor psicosocial en el entorno familiar, se

considera que la falta de comunicación entre padres e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad, esta permeado por la desconfianza que sienten los hijos hacia sus padres, pues aunque comparten algunos espacios para considerar temas relacionados con el estudio, las responsabilidades de la casa o la parte económica (dinero que el hijo necesita para sufragar gastos), en realidad el tema de la sexualidad casi nunca es motivo de diálogo, por lo que esto se considera un factor de riesgo frente al embarazo precoz, contagio de ITS y deserción escolar. La importancia que se inicie una educación sexual a temprana edad, sea desde el sistema familiar, para posteriormente ser reforzada en el colegio, esto con el fin que los adolescentes sean conscientes del riesgo que implica las relaciones sexuales improvisadas y la importancia que tiene vivir una sexualidad pautada en la comunicación y la información clara y precisa.

A nivel local

En la búsqueda sobre antecedentes realizados a nivel local se encontró una investigación realizada Carlos Bonilla Baquero y Jennys Ann Cubillos en el año 2000, titulado *Jugando a la mamá*, en el que su objetivo fue esclarecer los significados que subyacen a la maternidad precoz y establecer lineamientos para mejorar los programas de educación sexual. El estudio utilizó un diseño de estudio de caso, una historia de vida, por lo que se realizó desde una perspectiva cualitativa y como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista a profundidad. Se escogieron 25 casos de adolescentes escolares madres o gestantes, de las cuales de manera intencional se escogió como informante clave a la más joven de ellas quien tuvo su hija a los 14 años. Como una de sus conclusiones este estudio destaca cómo los conocimientos, las vivencias y las prácticas sobre la sexualidad se expresan

en la forma como se asume la experiencia de ser madre. Los resultados permitieron comprender que la iniciación sexual temprana y el embarazo precoz está influenciada por las carencias de comunicación y afecto familiar, en especial el paterno; vivir en un modelo de socialización conflictivo; pobreza en la educación sexual basada en un enfoque moralista y un reduccionismo de la sexualidad a la dimensión biológica y reproductiva; la actitud moralista y represiva sobre la sexualidad lleva a las adolescentes a la experiencia de aborto, a ver en la iniciación sexual la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida.

Se llevó a cabo un estudio desarrollado por Carolina Sierra en el año 2002, el cual se denomina *Actitud frente a la sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana*, cuyo objetivo fue indagar sobre la actitud que tienen los jóvenes de la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva frente a la sexualidad. Esta investigación fue orientada desde una perspectiva cuantitativa, en el que se indagó sobre cómo los jóvenes de ese centro de educación superior vivencian la genitalidad, al parecer con carácter libre, donde aspectos como el amor y el sexo con amor pasan a un segundo plano, y en algunas ocasiones es importante la atracción física. Entre los resultados que se obtuvieron fue que los estudiantes expresan las creencias, sentimientos y prácticas acerca de su sexualidad, constituida con elementos de las relaciones sociales; en cuanto al género se alcanzan a distinguir algunas que se relacionan especialmente en la dimensión de atracción, los hombres dan gran importancia para la escogencia de la pareja, mientras que las mujeres se fijan más en la compatibilidad; los sentimientos de los jóvenes están guiados por el deseo de gratificación, es decir, por lo que les parezca más placentero, así que los sentimientos hacia las relaciones sexuales con pareja, establece una tendencia negativa.

Una investigación llevada a cabo en la Universidad Surcolombiana por Diego Cuellar, Néstor Delgado, Eder Pablo Fierro, Diana Oviedo y Norma Silva, desde la Facultad de Enfermería en el año 2009, la cual se titula *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar que poseen los estudiantes adolescentes de 18 a 21 años de la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva en el año 2008*, tuvo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar que tienen los adolescentes de 18 a 21 años de la Universidad Surcolombiana, con el fin de diseñar una propuesta educativa interdisciplinaria que brinde información veraz y oportuna sobre salud sexual. El estudio es de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, desarrollado en los meses de agosto y septiembre de 2008, a una muestra de 339 estudiantes adolescentes, de la jornada diurna en la sede de Neiva. La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario auto diligenciado, el cual contenía las variables: características socio demográficas, conocimientos, actitudes y prácticas. La tabulación se realizó aplicando el programa de EPI - info versión 3,5 de junio de 2008. La conclusión a la que llegaron fue que los estudiantes adolescentes están abordando y ejerciendo su actividad sexual con un conocimiento deficiente de la misma, ya que aunque conocen cuáles son los métodos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de los mismos. De acuerdo a los hallazgos encontrados elaboraron una propuesta interdisciplinaria que la cual fue brindar información veraz y oportuna sobre planificación familiar con el fin de contribuir a mejorar la salud sexual, reproductiva, emocional, espiritual, mental y social de los estudiantes adolescentes universitarios.

Para el año 2009 se realizó una investigación titulada *Significado de la sexualidad que tienen los y las adolescentes entre 15 y 17 años, escolarizados(as) en las instituciones*

educativas Rodrigo Lara Bonilla y Mauricio Sánchez de la ciudad de Neiva, dirigida por Gina Paola Arias, Astrid Calderón y Yuli Andrea Rodríguez, en el que su objetivo era elaborar una interpretación comprensiva del significado de la sexualidad que tienen los y las adolescentes entre 15 y 17 años escolarizados en la ciudad de Neiva. Fue un estudio de enfoque cualitativo con diseño metodológico de tipo fenomenológico y cuya técnica utilizada fue la entrevista a profundidad dirigida a adolescentes entre edades de 15 y 17 años escolarizados en dos colegios de la ciudad de Neiva. Entre los resultados relevantes de este estudio se encontró que los adolescentes consideran que la sexualidad abarca muchas dimensiones, sin embargo tienen en cuenta que no solo debe estar enfocada al contacto sexo-genital, sino que por el contrario, constituye un conjunto de sentimientos y valores que marcan de manera decisiva las fases de su desarrollo; para los adolescentes la sexualidad se ha convertido en la forma de expresar sus sentimientos, de dar a conocer lo que piensan, lo que quieren y lo que necesitan, además han construido; por otro lado, la institución educativa juega un papel pasivo en el proceso de la enseñanza, los adolescentes no niegan que en la escuela se les genere procesos educativos y formativos respecto a la sexualidad, la salud o los valores; la información que las instituciones educativas brindan a los adolescentes no son herramientas suficientes para evitar que el aprendizaje de ellos se quede en los métodos anticonceptivos e informativos a los que comúnmente recurren.

Dentro de los resultados expuestos basados en investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional, regional y local, se puede evidenciar que los conocimientos en temas de sexualidad en la población adolescente son incompletos, así mismo estos conocimientos no son del todo llevados a la práctica, por lo que hay prevalencia de relaciones sexuales a temprana edad, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en población

adolescente, además se identifica la persistencia de falsos mitos en torno a la sexualidad en la sociedad actual basados en estereotipos de género. Estos resultados son relevantes debido a que dentro de sus estudios han identificado que las instituciones educativas juegan un papel pasivo en el proceso de la enseñanza de los adolescentes en el tema de sexualidad, por lo que aportan la importancia de implementar programas de educación sexual que permitan aumentar los conocimientos acerca de la salud sexual y salud reproductiva en adolescentes tanto hombres como mujeres, así como de iniciar la educación sexual desde grados de educación básica primaria y continuar hasta la universidad; siendo esto necesario para que personas adolescentes estén formadas e informadas en salud sexual y salud reproductiva, y de esta manera conseguir una sociedad que disfrute de un sexo más seguro, placentero, libre y responsable.

Finalmente, es necesario aclarar, que el tipo de investigación y la metodología utilizada en los estudios mencionados anteriormente servirán de base para el desarrollo de la presente investigación, teniendo en cuenta que a nivel internacional y nacional predominan trabajos con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo en el que hacen uso de cuestionarios y encuestas para la recolección de la información, así mismo a nivel regional y local los estudios con enfoque cuantitativo son el tipo de investigación que prevalece para la obtención de información en temas de sexualidad como la salud sexual y salud reproductiva en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de éstas; sin embargo no se puede dejar de lado los estudios realizados con enfoque cualitativo que aunque no se han hecho desde este tema en específico, sí aportan información necesaria sobre el significado que las personas tienen sobre su sexualidad y los factores psicosociales que influyen en ella. De acuerdo con esto, se hace necesario llevar a cabo la presente investigación desde un enfoque metodológico de tipo

cuantitativo con diseño descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario que mida el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes sobre salud sexual y salud reproductiva, teniendo en cuenta la importancia de éstas tres variables en la vivencia sana y plena de la sexualidad, puesto que son las mujeres adolescentes la población más vulnerable, a diferencia de los hombres adolescentes, en razón a los factores de riesgo a las que están expuestas como embarazos no deseados, abortos espontáneos, deserción escolar y asumir un rol de madre por lo que su proyecto de vida debe ser cambiado.

Objetivos

General

Describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva en el periodo 2015-B.

Específicos

- Identificar el nivel conocimientos en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes escolarizadas entre los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva.
- Identificar el nivel de actitudes en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes escolarizadas entre los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva.
- Identificar el nivel de prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes escolarizadas entre los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva.

Marco teórico

A continuación se darán a conocer los conceptos teóricos que serán desarrollados entorno a la propuesta investigativa, como lo son sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, métodos anticonceptivos o de planificación, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, así como adolescencia y las etapas de ésta.

Sexualidad humana

Según Iván Arango de Montis, Médico y terapeuta sexual (2008), el ser humano es un ser sexual y el desarrollo de su sexualidad abarca la vida misma, constituyéndose en un aspecto de primordial importancia para él desde que nace y hasta que muere. La sexualidad es un conjunto de manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales que integran la personalidad del individuo. Es la manera cómo una persona siente, piensa y actúa como un ser sexual de acuerdo al tipo de sociedad en la que vive.

Uno de los referentes más importantes en el marco de la sexología fue el psicoanalista Sigmund Freud (1856-1939) quien postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo del niño con el que pretendía explicar la personalidad normal y anormal, se asigna a la sexualidad un papel determinante de otras conductas del ser humano, y valoró el deseo sexual, consciente o inconsciente, como condicionante de la salud individual y de las patologías que ésta podría generarle. Igualmente, Ellis (1859-1939) se enfrentó a su época y afirmó que la masturbación era una conducta habitual en el individuo, que la homosexualidad era una cuestión de grado, que la ausencia de deseo sexual en la mujer decente era un mito y que muchos problemas sexuales tenían un componente psicológico.

A mediados del siglo pasado, Kinsey (1894-1956) y los sucesores del instituto que lleva su nombre, analizaron mediante entrevistas los diferentes comportamientos sexuales en los que se observaron las diferencias entre el comportamiento socialmente deseado y exigido con el comportamiento real. Master y Johnson (1966) valoraron en el laboratorio la fisiología y clínica sexuales, y diseñaron tratamientos novedosos en los problemas sexuales que actualmente siguen en vigor. Otros informes de entrevistas relevantes fueron los de Hite (1976) donde identifica las conductas y actitudes sexuales.

El concepto de sexualidad humana que adopta la organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2000, definiéndola como una dimensión fundamental del ser humano, basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, y el amor, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. La sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es indispensable que se experimenten o expresen todos; sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Salud sexual

La Salud Sexual constituye la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que va más allá de la ausencia de enfermedades o disfunción sexual (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014).

Esta constituye la integración de aspectos emocionales, sensoriales, intelectuales y sociales de ser sexual y que es evidente en la expresión humana; esta se observa en las expresiones de las capacidades sexuales, que de manera responsable y libre, propician el bienestar personal y social.

Autoestima

La autoestima es el conjunto de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, su manera de ser, su comportamiento y los rasgos propios de la imagen y el carácter; esta depende de los sentimientos, forma de pensar, tendencias o costumbres y la autoevaluación de cada individuo y abarca factores internos como la autoimagen y el autoconcepto, y factores externos como el autocontrol, la autoafirmación y autorrealización (Profamilia, 2010).

Por un lado, de acuerdo con Arango de Montis (2008) la autoimagen, como factor interno, es la imagen que tiene la persona de sí misma, es decir aquellas cosas que observa, qué le gusta y qué no le gusta, así también como la imagen corporal que la persona cree que los demás tienen de ella. Por otra parte, el autoconcepto, es el concepto propio que cada quien tiene y la manera en cómo cree que los demás lo definen (Arango, 2008; Profamilia, 2010).

Orientación sexual

La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva

hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se las denomina a veces gay (tanto hombres como mujeres) o lesbianas (sólo a las mujeres). La orientación sexual es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos y al concepto de uno mismo (Arango, 2008).

Según la Psicóloga y Sexóloga María Ponte, la orientación sexual, o como ella lo llama, orientación del deseo sexual, se identifica según hacia qué objeto las personas dirigen su deseo, ante qué objetos concretos experimentan un proceso de excitación sexual. El deseo puede orientarse hacia una persona del mismo sexo (homosexualidad), del sexo opuesto (heterosexualidad), o a ambos sexos (bisexualidad). Si una persona es gay o lesbiana, esto significa que se orientará como compañero sexual y afectivo hacia personas del mismo sexo. Si es bisexual, se orienta tanto hacia personas de igual como de diferente sexo. Según ella, en algunos casos podemos dirigir el deseo hacia otros objetos no humanos, entrando aquí a lo que se conoce como parafilias.

Según Diamond (2003), lo que es sexualmente orientado es la necesidad de buscar un determinado hombre o mujer para comprometerse en actividades sexuales. Por lo que un hombre gay es un hombre que prefiere satisfacer sus deseos sexuales mediante el contacto o fantasía con otro hombre, lo mismo sucede con la mujer homosexual o lesbiana como comúnmente se le denomina; en el caso de los heterosexuales, satisfacen sus deseos sexuales con una mujer, ya sea con contacto físico o mediante una fantasía.

La orientación sexual parece tener un componente genético. En varios estudios se han encontrado características de heredabilidad de la condición homosexual, aunque muchos

estudios no apoyan la idea de que la homosexualidad sea exclusivamente debida a factores genéticos. Pillard y Weinrich (1986) encontraron que los hombres gays tenían más probabilidad de tener otro hermano gay que los heterosexuales; por su parte, Bailey y Pillard (1991) encontraron tasas más altas de concordancia para la homosexualidad entre hermanos gemelos, comparados con tasas de concordancia entre hermanos adoptivos. Esto indica que la homosexualidad corre en familia y se encuentra mediada por factores hereditarios; sin embargo, no sugiere los mecanismos implicados. Por otro lado, estudios han sugerido la existencia de factores psicosociales que expliquen la homosexualidad masculina, la búsqueda de dichos factores ha resultado infructuosa en muchos estudios. Por ejemplo, según Armesto (2002), la convivencia con un padre gay no predice una futura condición de homosexualidad. La falta de un padre en la familia tampoco se asocia de forma significativa a la condición de homosexualidad (Rahman y Wilson, 2003). La aceptación de prácticas homosexuales en una comunidad tampoco predice una mayor prevalencia de homosexualidad en la población. Por ejemplo, en algunas culturas se refuerzan prácticas de contactos entre niños y adolescentes del mismo sexo; sin embargo, estos mismos jóvenes, al finalizar su adolescencia, forman matrimonios heterosexuales.

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera en que la persona se identifica como hombre o como mujer, o como una combinación de ambos (OMS, 2000), y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y

orientación sexual y desenvolverse en el ámbito social conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (Arango, 2008).

Sexo

Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas (Arango, 2008).

Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico, y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal.

Género

El concepto de género nace a partir distintas disciplinas sociales a finales del siglo XX, y una de éstas disciplinas fue el llamado feminismo, quien definió género como un conjunto de ideas y representaciones que desarrolla una cultura determinada a partir de la diferencia en la estructura anatómica que existe entre mujeres y hombres, con el objetivo de construir lo que se llamará socialmente femenino o masculino; sin embargo y haciendo un paralelo con la actualidad (siglo XXI), el género ya no define a una mujer o a un hombre de acuerdo a su estructura biológica (pene o vagina), sino por el contrario, se define como mujer u hombre a

una persona de acuerdo a sus características ideológicas, emocionales y a sus prácticas sociales (Arango, 2008).

Según Jung (1970), la diferencia que las personas hacemos entre mujer y hombre se basa en la concepción de un ente psíquico al cual llamó inconsciente colectivo. Este se encarga de juntar toda la información de la humanidad, basándose en un principio epigenético; ésta información se transmite de generación en generación y la cual contiene las conductas y comportamientos que fueron usados por nuestros antepasados, se mantiene gracias al “inconsciente colectivo” y a su vez es matizado por cada persona a través de sus experiencias a lo largo de su vida. Así mismo, en 1986, afirmó que las distintas formas de expresar lo femenino y lo masculino se encuentran determinadas por dos arquetipos, denominados anima y animus, que se encuentran en el inconsciente colectivo, se manifiestan por medio de los complejos y son exteriorizados a través del comportamiento de la persona. Por lo tanto, el concepto que se tiene de género fue por influencia de las figuras femeninas y masculinas que se encuentran en el contexto familiar y social de la persona, que manifiestan en las conductas, actitudes y comportamientos de lo que “debe ser un hombre o una mujer”; por lo que según lo que nos dicta nuestra sociedad y cultura, un hombre debe ser fuerte, varonil, valiente, decidido, firme y atrevido, y por el contrario, una mujer debe ser delicada, femenina, sumisa, recatada, maternal y dócil, por lo que a una persona de acuerdo a esto, se le alude el adjetivo de si es masculino, si es hombre, o femenino, si es mujer.

De esta forma, género es la manera en que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa, es como una variable de opción múltiple que contrasta con el sexo que sólo tiene dos opciones. Esas opciones múltiples de género, se dice, son roles o

papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad.

Salud reproductiva

De acuerdo con Profamilia (2010), la Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La atención en salud sexual y salud reproductiva, se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud, al bienestar reproductivo y a evitar o resolver los problemas relacionados. Por otro lado, la reproducción es entendida como un proceso biológico de los seres vivos, cuyo objetivo es la creación de nuevos organismos vivos para la preservación de la especie. En el caso de los seres humanos, la reproducción está íntimamente ligada a las relaciones sexuales, pero gracias a la tecnología, ya no depende exclusivamente de ellas. Durante años, la comprensión de la sexualidad se ha limitado al acto reproductivo, pero hoy se entiende que la reproducción es sólo uno de sus muchos aspectos; es posible llevar una vida sexual sin reproducción. De la misma manera, los avances tecnológicos han permitido que pueda lograrse la reproducción sin tener actividad sexual (por ejemplo, a través de la reproducción asistida).

La Salud Reproductiva comprende la capacidad de toda persona de disfrutar su vida sexual de manera segura e informada; es la vivencia de la sexualidad sin el riesgo de procrear y con la libertad de decidir cuándo hacerlo (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014).

Es un eje fundamental en la vida de las y los adolescentes, independientemente si han iniciado o no distintas actividades sexuales, disponer de información y medios para evitar

situaciones que comprometan su desarrollo como lo son los embarazos no deseados o el contagio con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Es un derecho de las personas estar informados y acceder a servicios de atención de la salud, que provenga de fuentes confiables, accesibles y eficaces de manera oportuna.

Anatomía y fisiología de los sistemas reproductores

Es necesario diferenciar los sistemas genitales y sistemas reproductores. Los sistemas genitales, por su parte, son el conjunto de órganos que permiten a la persona disfrutar del placer, reproducirse, sintetizar hormonas sexuales y son indispensables para la micción; mientras que los sistemas reproductores son los órganos necesarios para la reproducción humana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El sistema reproductor femenino está constituido por los genitales internos; dos ovarios, trompas de Falopio, el útero, la vagina, y los genitales externos; la vulva, Monte de Venus, labios mayores, labios menores, himen y clítoris. Los principales órganos que forman el masculino son el pene, los testículos, la próstata, los conductos deferentes y la vesícula seminal (Arango, 2008).

Estos órganos se encargan de la producción de gametos sexuales, óvulos y espermatozoides respectivamente, que posteriormente serán precursores para el desarrollo de un cigoto, esto por medio del proceso de fecundación, donde ambas células se fusionan (Ladewing, London, Moberly y Olds, 2006).

Embarazo

Se describe el embarazo como el periodo de desarrollo intrauterino desde la fecundación hasta el nacimiento, que tiene una extensión de 280 días o 9 meses calendario. Al embarazo que se produce en mujeres menores de 20 años, independientemente de la edad ginecológica, se le denomina embarazo adolescente (Ladewing, 2006).

El embarazo es parte de un proceso mayor, definido como maternidad, que abarca la concepción, el embarazo, el parto, la crianza y el acompañamiento durante el desarrollo, el cual requiere que la persona haya alcanzado un nivel óptimo en su madurez biológica, emocional y psicosocial (Profamilia, 2010).

El embarazo adolescente implica una serie de factores de riesgo tanto para la madre como para el feto, entre estos altas tasas de morbilidad materna, perinatal y neonatal, sumado al impacto psicosocial que genera en la joven madre (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014).

La pobreza, la baja escolaridad, el constructo social de género, la falta de acceso a información veraz y a métodos de control de la natalidad, exponen a las personas jóvenes a experimentar embarazos no deseados.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son el grupo de enfermedades o infecciones de diversa etiología infecciosa, en las cuales la transmisión sexual juega un papel primario dentro de su marco de epidemiología, y que afecta tanto los órganos genitales internos como los externos. Aunque su principal medio de contagio son las relaciones sexuales, es importante mencionar que en algunas ocasiones su propagación se da por medios

diferentes a éstas, como en casos en los que una madre embarazada lo transmite a su hijo, mediante productos sanguíneos y a través el compartimento de agujas contaminadas (Díez y Díaz, 2011).

Las ITS son un problema de salud pública y la susceptibilidad de la población para desarrollarlas en general es por falta de información, tratamientos oportunos y medidas de protección personal. Muchas veces las personas que ya han presentado una ITS con anterioridad creen que no la volverán a desarrollar, pero a excepción de la hepatitis, un episodio pasado de infección no confiere inmunidad, por tanto se presenta la posibilidad de una reinfección, ya sea de la misma pareja o ajena (Díez y Díaz, 2011). Esto es parte del gran desconocimiento que se presenta en relación a este tema, a esto se suma que muchas de estas infecciones son asintomáticas, lo que hace que el tratamiento sea difícil y haya aumentado aún más la diseminación de las mismas.

El que muchas ITS sean asintomáticas ha generado un cambio en su concepción, ya que con anterioridad se les conocía con el término de “enfermedades de transmisión sexual”, pero dado que en algunas ocasiones estas pueden presentarse de forma asintomática y conllevan a lesiones subclínicas, se hace preferible el término de infecciones de transmisión sexual. Ahora en aquellos casos en que las personas si presentan sintomatología, los signos más comunes se presentan con manifestaciones a nivel local, especialmente en el sistema genitourinario y por lo general las manifestaciones en otros órganos son poco comunes (Díez y Díaz, 2011), lo cual también hace el diagnóstico de las mismas complejo, estos si la persona no consulta de forma voluntaria.

La incidencia de ITS se ha ido incrementando con el tiempo, por lo que en la actualidad se considera un problema de salud pública como anteriormente se mencionó. Según

datos registrados en diversas investigaciones existen muchas infecciones de transmisión sexual, pero las de mayor prevalencia, tanto en Colombia como en América Latina son, el Virus del Papiloma Humano, la Gonorrea, el Sífilis y el VIH/SIDA.

Es importante rescatar que el 90% de los nuevos casos de ITS que aparecen en el país son de población en edades entre los 15 y los 30 años, siendo la población joven la que presenta mayor riesgo, y sobre todo los menores a 25 años de edad. La cual es una población que presentan conductas y actitudes sexuales riesgosas como varias parejas sexuales, sexo coital no seguro y el no uso del condón.

Entre algunos factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de una ITS, predominantemente en adolescentes, podemos encontrar la falta de información y un conocimiento incompleto o uso de fuentes de información no confiables, el inicio temprano de relaciones sexuales, la combinación de la actividad sexual con otras prácticas riesgosas como la drogadicción y el alcoholismo; encontramos las diferencias de género, la desigualdad social y por último los mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos sexuales que aún perduran (Chacón, 2009). De ahí la importancia de la prevención de las ITS, aún más en la población adolescente, siendo este, como anteriormente se mencionó, un grupo de población tan susceptible y vulnerable para el desarrollo de las mismas.

Entre los métodos de prevención a nivel nacional y en general de las ITS podemos mencionar una adecuada educación en salud y la promoción de un sexo seguro, un desarrollo de las habilidades para la identificación de ITS, tanto de asintomáticas como sintomáticas, la inmunización en aquellos casos que exista la opción, el uso de métodos anticonceptivos de barrera, y entre estos como más efectivo el condón de látex masculino; y por último, la abstinencia (Díez y Díaz, 2011).

Hepatitis B

La Hepatitis B es una infección causada por el virus VHB que pertenece a la familia Hepadnaviridae, su transmisión ocurre a través del contacto con, sangre, fluidos corporales como el semen y/o secreciones vaginales; es importante tener en cuenta que la saliva y la leche materna no se consideran infectantes por la baja cantidad de viriones que contienen, según lo expuesto por Jaramillo, García y Restrepo (2011). Por lo tanto, las principales formas de transmisión son sexual y la transmisión vertical.

Además, según los autores antes mencionados, su período de incubación puede durar entre 4 y 10 semanas, la infección aguda es asintomática en el 65% de las personas y puede autolimitarse o volverse crónica; lo cual puede evolucionar a cirrosis y/o carcinoma hepatocelular. Para prevenir la infección por VHB existe una vacuna sintetizada a partir del antígeno de superficie de la hepatitis B.

Gonorrea

Según Díaz (2013) la gonorrea es una infección de transmisión sexual dada por la bacteria *Neisseriagonorrhoeae*, el cual es un diplococo Gram negativo, familia de la *Neisseriaceae*. Esta infección suele presentarse en diferentes tipos de mucosas, pero con mayor frecuencia en la uretra, cuello uterino, recto, conjuntivas, faringe, vulva y vagina; caracterizándose por secreciones purulentas o mucopurulentas, disuria y aumento de la frecuencia miccional.

La forma de transmisión de la gonorrea es por medio del contacto de exudados de las mucosas de personas infectadas, ya sea por contacto sexual directo o en el canal de parto, en casos en que la madre se encuentre infectada. Como tal la gonorrea tiene un periodo de

incubación corto, el cual es de 3 a 5 días, pero de forma contraria el periodo de transmisibilidad puede durar de meses a años (Díaz, 2013).

Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica de reservorio humano provocada por la bacteria *Treponema pallidum*, perteneciente a la familia Spirochaetaceae. Esta se adquiere principalmente a través de contacto sexual, transplacentario, por transfusión de sangre contaminada o por inoculación accidental directa (Díaz, 2013).

En la historia natural de la infección se puede observar que existen cuatro etapas clínicas sintomáticas (Díaz, 2013):

Sífilis primaria: Se caracteriza por la presencia de una o más úlceras induradas, indolora, con secreción serosa, con bordes bien definidos, las cuales reciben el nombre de chancro. Este aparece primeramente como una erosión y posteriormente se ulcera, hasta desaparecer de forma espontánea a las 3-8 semanas.

Sífilis secundaria: Etapa de diseminación del *T.pallidum* donde aparecen síntomas similares a un estado gripal como fiebre, cefalea y decaimiento, acompañado de un rash cutáneo, linfadenopatías generalizadas y lesiones cutáneas (máculas, pápulas o lesiones pápulo escamosas) distribuidas simétricamente principalmente en tronco y extremidades.

Sífilis latente: La persona ha generado anticuerpos contra la infección y hay ausencia de signos clínicos.

Sífilis terciaria: Se presenta cuando la persona infectada no ha recibido tratamiento y presenta manifestaciones cardiovasculares, como el compromiso de grandes vasos y válvulas cardíacas, lesiones muco-cutáneas en piel, mucosas del paladar, faringe y tabique nasal, y

lesiones óseas. Además se presenta un compromiso importante a nivel de sistema nervioso central.

Herpes genital

Es una infección de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple, que puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Se puede contagiar al tener relaciones sexuales e incluso, mediante sexo oral. El virus puede contagiarse aun cuando las llagas no están presentes; así mismo las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto. A los síntomas se los llaman comúnmente brotes, por lo que pueden aparecer llagas cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmune debilitado. El uso correcto de condones de látex puede reducir pero no eliminar el riesgo de contraer o contagiar el herpes (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, 2015).

Virus del papiloma humano (HPV)

Infección de transmisión sexual que se transmite a través de las relaciones sexuales sin uso del condón y que produce lesiones en la piel y las mucosas. El virus del papiloma humano puede manifestarse como condilomas o verrugas, o como lesiones planas en los genitales internos y externos, el ano, la boca y la faringe (Arango, 2008).

Infección Clamidia

La infección por clamidia es una infección de transmisión sexual común que puede infectar tanto a los hombres como a las mujeres. Puede causar daños graves y permanentes en

el aparato reproductor de una mujer y hacer más difícil o imposible que una mujer quede embarazada en el futuro o también puede provocar un embarazo ectópico (embarazo que ocurre fuera del útero) que puede ser mortal (Arango, 2008; Profamilia, 2010).

VIH/SIDA

En la sociedad erróneamente suele mencionarse el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) como sinónimos. Sin embargo, son dos conceptos diferentes, entendiendo éste último como la enfermedad identificada por síntomas presentados ante la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual se caracteriza por debilitar lentamente el sistema inmunológico hasta provocar una inmunodeficiencia (Pulecio, 2012). La infección aguda por VIH se presenta como una gripe común, a los 6 días o hasta las 6 semanas posteriores al contagio; para luego ser precedido por un periodo asintomático de varios años.

Por otro lado, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad resultante de la lenta destrucción del sistema inmunitario causado por el VIH, esta inicia cuando el recuento de células CD4, encargadas de organizar la respuesta inmunitaria, cae por debajo de 200 células/mm³. El periodo de incubación es variable, solo el 10% de los infectados presenta los indicios de SIDA en el curso de los primeros cinco años, y el otro 90% los presenta de cinco a diecisiete años después del contagio (Pulecio, 2012).

El mismo autor, menciona que los síntomas que indican el SIDA son fiebre, pérdida de más del 10 % del peso corporal, fatiga y diarrea; y posteriormente se puede presentar una variedad de enfermedades por exposición a agentes infecciosos como lo son el cáncer

cervical, tuberculosis, otras ITS, entre otras enfermedades, que generalmente son las que ocasionan la muerte.

Métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud (2013) menciona que la terapia anticonceptiva son todos aquellos métodos que ayudan en la planificación familiar, permitiéndole a las personas decidir el número de hijos que desean tener y determinar el intervalo entre los embarazos. Además, algunos métodos anticonceptivos ayudan a prevenir enfermedades de transmisión sexual, promover el bienestar, la salud y la autonomía de las personas, siendo así este un tema de gran importancia para la salud pública.

Sin embargo, la anticoncepción ha sido un tabú para la población adolescente, lo que supone un aumento en la cantidad de embarazos no deseados. De acuerdo con Valles y López (2006) esta población puede utilizar distintos métodos de planificación familiar si el sistema de salud así lo ofrece, a continuación se detallan los de mayor uso, por preferencia, falta de información o accesibilidad:

Abstinencia

Es considerado un estilo de vida saludable donde la persona se abstiene de tener relaciones sexuales, o prefiere tenerlas hasta el momento en que llegué al matrimonio. Entre las ventajas de este método se encuentra principalmente que es el único cien por ciento seguro para prevenir embarazos no deseados, además del contagio de alguna infección de transmisión sexual, en otras palabras la abstinencia sexual es la única alternativa efectiva libre de riesgos que protege la salud sexual del individuo (Diez, 2009).

Anticonceptivos de barrera

Son medios físicos y/o químicos que se emplean sobre el aparato genital femenino o masculino para impedir el contacto de los fluidos genitales durante la relación sexual. En relación al preservativo masculino, es el método más empleado por los adolescentes, mencionan Somogyi y Mora (2011) es un método de barrera que consiste en un dispositivo hecho de látex o de intestino de oveja que es colocado en el pene en erección, este evita el depósito de espermatozoides en el canal vaginal durante la eyaculación.

El condón masculino, como tal, es una funda o forro hecha la mayoría de veces de látex, que se adapta al pene erecto. Este es el único método anticonceptivo que además de prevenir embarazos no deseados, previene la transmisión de ITS, incluyendo el VIH/SIDA, lo cual le proporciona una ventaja en relación a los demás métodos anticonceptivos (OMS, 2007).

El condón masculino impide que los espermatozoides ingresen a la vagina cuando hay eyaculación, evitando el embarazo en 98 de cada 100 parejas que lo emplean de forma correcta, y 85 de cada 100 que no lo hace de forma adecuada (OMS, 2007). Además, es un método de bajo costo económico y fácil acceso, lo cual lo hace en uno de los métodos más efectivos para la población adolescente.

Coito interrumpido

El coito interrumpido es un método natural, el cual es el más antiguo y consiste en retirar el pene de la vagina poco antes de la eyaculación (Somogyi et al., 2011). Según menciona la OMS (2007), el coitus interruptus o retiro, conocido también como “marcha atrás”, es aquel método anticonceptivo en el que el hombre retira el pene de su compañera

sexual, eyaculando fuera de la vagina, por lo cual mantiene el semen alejado de los genitales externos. Es uno de los métodos menos efectivos, produciendo alrededor de 27 embarazos por cada 100 parejas que hacen uso del método y 4 de cada 100 que lo emplean correctamente

Entre las ventajas de la utilización de este método es que hay un retorno de la fertilidad espontáneo al discontinuar el retiro, pero no promueve la protección contra ITS y en caso de no retirar el pene a tiempo antes de la eyaculación aumenta en forma considerable el riesgo de embarazo, lo cual lo coloca en desventaja (OMS, 2007)..

Píldora anticonceptiva

Es un método anticonceptivo que consiste en una pastilla de consumo diario con hormonas que alteran el funcionamiento del cuerpo para prevenir el embarazo. Las hormonas son sustancias químicas que controlan el funcionamiento de los órganos del cuerpo. En este caso, las hormonas de la píldora controlan los ovarios y el útero. La mayoría de las píldoras anticonceptivas son "píldoras combinadas" que contienen una combinación de estrógeno y progesterona para evitar la ovulación (la liberación de un óvulo durante el ciclo menstrual). Si no ovulan, las mujeres no pueden quedar embarazadas porque no hay ningún óvulo para fertilizar. Otro efecto de la píldora es el engrosamiento de la mucosidad que rodea al cuello del útero, lo que hace difícil que el esperma ingrese al útero y alcance a algún óvulo que podría haberse liberado (Arango, 2008). La mayoría de las píldoras combinadas vienen en presentaciones para 21 o 28 días. Se toma una píldora con hormonas todos los días aproximadamente a la misma hora. Según la presentación, se deja de tomar la píldora anticonceptiva por siete días, en la presentación para 21 días, o se toma una píldora sin hormonas por siete días, en la presentación para 28 días (Profamilia, 2010).

Implante subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal hormonal dispuesto en dos barritas de Silastic que se implantan debajo la piel en la parte interna del brazo. Su efecto inhibe la ovulación y espesa el moco cervical para impedir el paso de los espermatozoides. Existen dos tipos de implantes subdérmicos con duración de tres (Implanon) y cinco (Jadelle) años. Además es un método de anticoncepción que tiene hasta un 98.5% de eficacia (Profamilia, 2010).

Métodos de dispositivos

Es un método de anticoncepción que consiste en que se coloca un pequeño elemento en el útero de la mujer y actúa creando condiciones que le impiden a los espermatozoides fecundar al óvulo, cuya protección es del 98% de efectividad (OMS, 2007). Hay dos clases de dispositivos que son la T de cobre o Dispositivo Intrauterino (DIU) y el endoceptivo. La T de cobre o DIU es un objeto de plástico recubierto de cobre que tiene un efecto anticonceptivo que perdura por diez años; mientras que el endoceptivo es un dispositivo hormonal que va liberando gradualmente las hormonas, teniendo un efecto sobre el útero y no en todo el cuerpo, cuya protección anticonceptiva dura entre cinco y siete años (Profamilia, 2010).

Espermicida

Es una sustancia química que contiene en su mayoría Nonoxinol-9 cuya función es alterar la movilidad de los espermatozoides o eliminarlos cuando estos se encuentran dentro del útero (Arango, 2008). Este método anticonceptivo es altamente eficaz si se combina con otros métodos de barrera llegando a tener una protección de 75% a 80%; viene en presentaciones de cremas, jaleas, espumas, óvulos o tabletas; para una mayor efectividad de

protección, se debe aplicar aproximadamente 10 minutos antes de la relación sexual de forma uniforme por toda la pared vaginal (Profamilia, 2010).

Conductas sexuales

Masturbación

Según mencionan Shibley y DeLamater (2009), la masturbación es un concepto definido como la autoestimulación de los genitales con el objeto de obtener placer y excitación pudiendo llegar o no al orgasmo. Se atribuye a Sigmund Freud el descubrimiento de que la masturbación es algo común en la infancia. Ellis (1910) señala que la masturbación es común en los hombres, sin embargo también se trata de una práctica habitual en las mujeres de todas las edades.

Coito

En los seres humanos, el coito puede ser una parte de la relación sexual e implica la participación de los órganos genitales externos e internos (Arango, 2008).

Es definido, como la cópula o unión sexual entre dos individuos, en otros términos, es una relación sexual genital o no, que implica penetración, y que puede ser pene-vagina, pene-ano (Arango, 2008).

Erotismo

El erotismo es la dimensión humana que resulta de la potencialidad de la persona de experimentar placer sexual. Y se habla de una potencialidad por el hecho de que todos los seres humanos nacen con esa posibilidad es sumamente importante (Arango, 2008). De

acuerdo con WallyRampazzo (2008) el erotismo no se da sólo cuando se realiza la fantasía, sino sobre todo de la reacción física del cuerpo, la cual se genera cuando se acepta las experiencias que resultan estimulantes.

Educación sexual

La educación sexual puede entenderse como un enfoque en la preparación de las personas en el ámbito de la sexualidad que debe resultar relevante para su edad y cultura; mediante este proceso debe proporcionarse información científica y realista, que no se base en prejuicios o estereotipos (Muñoz y Ulate, 2012).

El proceso educativo en el ámbito sexual debe ser un continuo a lo largo de la vida, que permita explorar las actitudes y valores propios, a la vez que se tomen decisiones conscientes y se reduzcan las conductas de riesgo. Se debe fomentar el autoconocimiento y aceptación del propio cuerpo, que fomenten la libertad y a la vez responsabilidad sobre las vivencias en materia de sexualidad Fernández y López (2011).

Según Montero (2011), la educación sexual es un pilar fundamental en el desarrollo personal, en especial en los y las adolescentes, ya que por las características que posee esta etapa de la vida, como los sentimientos de omnipotencia e impulsividad los convierten en personas especialmente vulnerables ante el contagio de ITS y embarazos no planificados, esto porque tienen vidas sexuales activas de forma precoz y no poseen las herramientas educativas para ser responsables con su salud.

Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2007), la adolescencia se define como: “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años” (pág. 3). Constituye una etapa difícil del ser humano, donde si no existe buena comunicación entre padres e hijos y una excelente educación sexual, muchos de éstos van a truncar sus proyectos de vida.

De igual manera, la OMS (2007), subdivide la adolescencia en tres etapas:

Adolescencia temprana

Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.

Adolescencia media

Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás.

Adolescencia tardía

Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad. Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo y vida conGún de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres.

Según el Código de la Infancia y Adolescencia de Colombia (2006) "se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad" (pág. 2). También, ampliando el marco teórico desde el ordenamiento jurídico, el reciente Estatuto de Ciudadanía Juvenil (2013) entiende como joven a "toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía" (pág. 3); juventudes como un "segmento poblacional construido socioculturalmente y que alude a unas prácticas, relaciones, estéticas y características que se construyen y son atribuidas socialmente. Esta construcción se desarrolla de manera individual y colectiva por esta población, en relación con la sociedad. Es además un momento vital donde se están consolidando las capacidades físicas, intelectuales y morales" (pág. 4); y juvenil como un "proceso subjetivo atravesado por la condición y el estilo de vida articulados a las construcciones sociales. Las realidades y experiencias juveniles son plurales, diversas y heterogéneas, de allí que las y los jóvenes no puedan ser comprendidos como entidades

aisladas, individuales y descontextualizadas, sino como una construcción cuya subjetividad está siendo transformada por las dinámicas sociales, económicas y políticas de las sociedades y a cuyas sociedades también aportan” (pág. 4).

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: La niñez y la adultez. Al respecto Maddaleno(2005), señala que mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado que la sociedad lo trata ambiguamente. El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad.

Conocimientos

Dos son los factores fundamentales involucrados en el conocimiento social: por un lado se encuentra la realidad (entendida ya sea como estímulos o datos), y por otro se sitúa todo el conocimiento previo que posee quien percibe un estímulo y que ya se encuentra almacenado en su mente (en forma de representaciones mentales). En este sentido, se enfatiza el hecho de que las personas no interaccionan con otras personas u objetos como observadoras neutrales, sino que lo hacen a partir de ideas, noticias, información e incluso actitudes previamente adquiridas (Campos, 2002). Estas actitudes previamente adquiridas podrían influir sobre el grado de interés que una persona muestra hacia el objeto de la actitud, o incluso sobre ciertos aspectos del mismo, condicionando de esta manera la forma en que ésta percibe el objeto y construye sus esquemas cognoscitivos (Vargas, 2007).

De esta manera, todo nuestro conocimiento se encuentra almacenado en la mente en forma de representaciones mentales. Aunque es prácticamente imposible saber de manera

directa qué forma y estructura adoptan estas representaciones mentales, se han formulado algunas teorías y modelos al respecto. Uno de los más conocidos es el de los esquemas cognoscitivos (Vargas 2007).

Bajo este enfoque, la percepción de un objeto, símbolo o acontecimiento implica un proceso de codificación cognoscitiva, mediante el cual se capta la significación de algo aplicándole un determinado esquema o categoría. Una categoría cognoscitiva se define como un conjunto de relaciones conceptuales que permite identificar un objeto, atribuirle ciertas características o cualidades y clasificarlo como equivalente a otros. Por ejemplo, cuando vemos a cierta persona y decimos o pensamos: “es un obrero de la construcción”, no es suficiente que captemos sensorialmente su imagen para llevar a cabo esta determinación de lo que esa persona es. Ponemos en relación varios contenidos conceptuales para elaborarla.” (Campos, 2002). Consecuentemente, son estas relaciones entre conceptos las que dan lugar a las ideas y conocimientos hacia el “objeto de la actitud”.

Por otra parte, no siempre es posible para las personas establecer claramente un esquema cognoscitivo, debido a factores tales como la falta de información, interferencia de otros elementos o la misma complejidad de la categoría cognoscitiva. Sin embargo, esto no impide que una persona mantenga una tendencia evaluativa favorable o desfavorable hacia el “objeto de la actitud”. En este sentido, también existen procesos conductuales que determinan dicha actitud como las prácticas (Eisenhard y Santos, 2002).

Actitudes

Desde su introducción en 1918 por los sociólogos norteamericanos Thomas y Znaniecki, el estudio de las actitudes ha pasado por diferentes etapas, generando a su vez una

nutrida cantidad de definiciones. En este sentido, diversos autores han realizado clasificaciones con base en determinadas características. Berkowitz (1972) propone dividir en categorías las definiciones con base en tres características: las que consideran que actitud es una evaluación o una reacción afectiva (sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto), las que consideran como elemento fundamental de la actitud la tendencia a actuar de cierto modo y las que consideran una combinación de tres componentes en la actitud (el cognoscitivo, el afectivo y el conductual).

A menudo se define la actitud como la tendencia a reaccionar de manera favorable o desfavorable a cierta clase de estímulos (Anastasi y Urbina, 1998). Cuando se las define de esta forma, las actitudes no pueden observarse directamente, sino que tienen que inferirse de la conducta abierta, verbal y no verbal. En la práctica, el término actitud ha sido asociado con estímulos sociales y respuestas con matices emocionales y de juicios de valor (Vargas, 2007).

Según Osgood (1978) las actitudes se aprenden y permanecen implícitas; son estados inferidos del organismo que, al parecer, se adquieren de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas. Son, al mismo tiempo, predisposiciones a responder, pero se distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa. Por tanto, las actitudes se describen como tendencias de acercamiento o evitación.

Por otro lado, Sherif y Sherif (1978) señalan que operacionalmente, la actitud se define como el conjunto de categorías de las personas por las cuales evalúan un dominio de estímulos, que ellas mismas establecen a medida que conocen dicho dominio a través de la interacción con otras personas, y que lo relacionan con varios subconjuntos dentro de aquel dominio, con distintos grados de afecto positivo o negativo.

A pesar de las muchas interpretaciones sobre el significado de actitud hay varias áreas que muestran un acuerdo esencial (Osgood, 1978; Ross, 1978; Sherif y Sherif, 1978; Summers, 1978; Thurstone, 1978). Primero, existe el consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud.

Una segunda área de acuerdo esencial es que la actitud es persistente, lo cual no significa que sea inmutable. Los estudios sobre las actitudes indican claramente que, aunque susceptibles de cambio, la alteración de las actitudes, particularmente de las que se mantienen vigorosamente, requiere fuerte presión. Consecuentemente, la persistencia de las actitudes contribuye notablemente a la consistencia de la conducta (Anastassi y Urbina, 1998).

La tercera concordancia indica que la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales. La actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que puede tomar la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento de aproximación o de evitación del objeto. Es decir, la actitud social de las personas es un síndrome de consistencia de respuestas hacia objetos sociales (Anastassi y Urbina, 1998).

Finalmente, la actitud tiene una cualidad direccional. Esto no implica solamente la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional (Osgood, 1978). Hay un acuerdo general de que la actitud connota preferencia con respecto de resultados que implican al objeto, que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas neutrales o negativas provocadas por aquél. Ya sea que se apoye únicamente la restricción del concepto a la dimensión afectiva, o que se

mantenga una concepción multifacética de la actitud, debe reconocerse que el afecto es una dimensión importante de la actitud (Vargas, 2007).

Con este marco general de conceptualización sobre las actitudes, en esta investigación se entenderá por actitud, siguiendo a Thurstone (1978) la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de las personas acerca de cualquier asunto específico, debido a que brinda una definición que incluye los aspectos anteriormente mencionados.

Prácticas

Las prácticas (componente conductual) podrían definirse como la objetivación de las actitudes y el conocimiento que se manifiesta mediante la acción de una persona sobre su objeto actitudinal. De esta forma, se entiende que la repetición de determinadas prácticas influye tanto sobre las actitudes como sobre los procesos cognoscitivos (Campos, 2002).

La relación directa que se establece entre las personas y su objeto actitudinal mediante la práctica de determinada actividad, constituye un valioso insumo que interviene también en la generación de conocimientos. En este sentido, las prácticas influyen sobre nuestro conocimiento al enseñarnos el modo de hacer algo (Vargas, 2007). Asimismo, actitudes previamente adquiridas pueden facilitar u obstaculizar los procesos mediante los cuales el componente conductual y el cognoscitivo generan nuevas actitudes, influyendo por ejemplo sobre la disposición o indisposición de las personas a realizar determinadas prácticas o incluso sobre sus percepciones durante el desarrollo de las mismas (Thurston, 1978).

Metodología

A continuación se describe la metodología desarrollada en la presente investigación, el tipo, el lugar de realización, las técnicas e instrumentos que se aplicaron, así como la población que se estudió.

Tipo de investigación

El estudio se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, el cual usa la recolección de los datos para la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). De esta forma y mediante dicho enfoque, se pretende hacer un análisis cuantitativo de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva. Por otro lado, el diseño de la investigación es descriptivo. Este tipo de estudios se definen como aquellos “que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.” (Hernández et al., 2010, p. 80). Se considera dicho diseño de investigación debido a que se centra en estudiar tendencias de un grupo o población, en este caso los conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de población mencionada anteriormente. Finalmente, el tipo de investigación es transversal, ya que los datos se recolectan en un momento único con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia, por lo tanto se clasifica como una investigación descriptiva transversal (Hernández et al., 2010).

Población y muestra

La población destinada al estudio, fueron mujeres adolescentes escolarizadas de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de Neiva. Una vez delimitada e identificada la población, se tomó un subgrupo, que constituyó la muestra del estudio, la cual se definió como “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de ésta” (Hernández et al., 2010, p. 173).

Además, según Hernández et al. (2010), la muestra del presente estudio es de tipoprobabilístico, debido a que “todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos” (p. 176). La manera de obtener este tipo de muestra es definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y después realizar una selección al azar.

Este tipo de muestra permite una mayor profundización y precisión en el análisis de cada grupo, que puede ser proporcional o no proporcional. Para efectos del presente trabajo es proporcional, debido a que el tamaño de la muestra en cada conjunto es proporcional al número de individuos que existen con relación al total de la población (Sábado, 2009).

Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra, se inicia con la aplicación de la fórmula para las poblaciones finitas, es decir aquellas en la que conocemos cuántos elementos la componen en un momento y tiempo definido.

En una muestra representativa es necesario tomar en cuenta distintos elementos, entre estos el grado de precisión que generalmente no se aleja del 5% del valor poblacional, la

variabilidad que pueda haber en las características de interés y el nivel de confianza que puede ser del 95% (Hernández, 2006, citado por Arias, 2007).

Para la presente investigación se tomará como población, el total de los mujeres adolescentes entre los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana, matriculadas en el ciclo lectivo año 2015-B.

Para el cálculo de la muestra en una población finita, Canal(2006) proponela siguiente fórmula (Figura 1):

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Figura 1. Fórmula para el cálculo de la muestra.

Donde,

N: es la población total

n: es igual a la muestra

1- α : nivel de confianza deseado, en este caso 95%

Z α : valor de distribución normal (1,96 para el 95%)

p: proporción del tamaño muestral máximo o proporción esperada (50%=0,5)

q: proporción mínima de tamaño muestral (q= 1-p)

e: precisión deseada (5%=0,05)

Mediante la aplicación de la fórmula se obtuvo que para una población de 115 adolescentes de edades entre 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de la ciudad de Neiva, la muestra fue de 89 mujeres adolescentes escolarizadas aproximadamente.

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información, se utilizó el cuestionario creado, adaptado y validado por el investigador, estadístico y PhD. en Ciencias Sociales Rodrigo Vargas, durante el año 2007, el mismo fue construido para medir el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva (ver anexo A), de manera que se conservaron por completo los ítems que conforman las variables de medición.

Este instrumento se encuentra conformado por 111 ítems, distribuidos en tres variables: Conocimientos, Actitudes y Prácticas, las cuales conforman cuatro dimensiones analíticas: salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual y uso del condón) (Figura 2). A partir de esto, la variable de Conocimientos consta de 54 ítems, por su lado la variable de Actitudes se compone de 38 ítems y la variable de Prácticas la componen 19 ítems (Vargas, 2007).

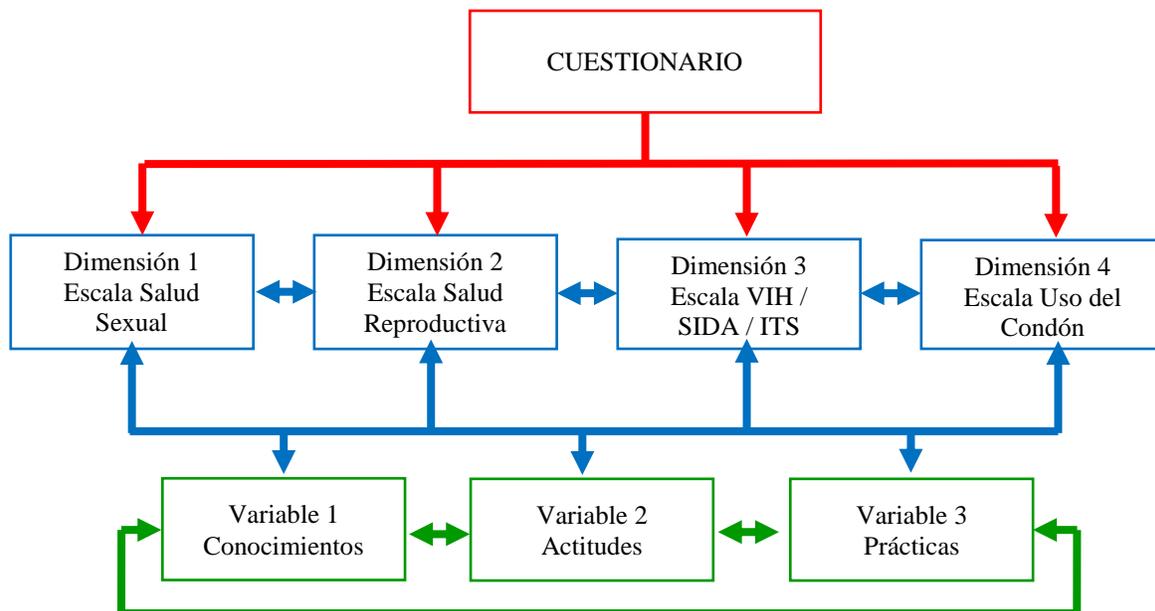


Figura 2. Conformación del cuestionario según variables y dimensiones (Vargas, 2007).

En relación a las respuestas del cuestionario, estas se encuentran organizadas en preguntas dicotómicas y tipo Likert de 5 respuestas, de acuerdo con esto, se tiene en cuenta que la forma de calificación en cada variable es, para la variable de Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 0 = No sabe o no responde; en la variable de Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo; y en la variable de Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca; o 1 = Sí, 2 = No.

Para los resultados de las variables de conocimientos, actitudes y prácticas, estos se llevaron a cabo mediante puntajes distribuidos en tres niveles que fueron bajo, medio y alto; con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales que poseen las adolescentes en cada una de las dimensiones evaluadas, las cuales son salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA ITS y uso del condón; los puntajes respectivos a cada dimensión y variable se presentan en el Cuadro 1.

Variables/Dimensiones	Clasificación del Nivel de Puntuación		
	Bajo	Medio	Alto
Salud Sexual	0,0 - 22,0	22,1 - 70,0	70,1 - 90,0
Conocimientos	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Actitudes	0,0 - 18,0	18,1 - 54,0	54,1 - 72,0
Prácticas	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Salud Reproductiva	0,0 - 14,0	14,1 - 41,0	41,1 - 54,0
Conocimientos	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Actitudes	0,0 - 05,0	05,1 - 15,0	15,1 - 20,0
Prácticas	0,0 - 06,0	06,1 - 19,0	19,1 - 25,0
VIH / SIDA / ITS	0,0 - 13,0	13,1 - 39,0	39,1 - 52,0
Conocimientos	0,0 - 05,0	05,1 - 15,0	15,1 - 20,0
Actitudes	0,0 - 07,0	07,1 - 21,0	21,1 - 32,0
Prácticas	0,0 - 01,0	01,1 - 03,0	03,1 - 04,0
Condón	0,0 - 16,0	16,1 - 48,0	48,1 - 64,0
Conocimientos	0,0 - 04,0	04,1 - 12,0	12,1 - 16,0
Actitudes	0,0 - 09,0	10,1 - 22,0	23,1 - 36,0
Prácticas	0,0 - 04,0	04,1 - 12,0	12,1 - 16,0

Cuadro 1. Clasificación del cuestionario de Salud Sexual y Salud Reproductiva (Vargas, 2007).

De acuerdo con el estudio realizado por Vargas (2007), este cuestionario posee un coeficiente de confiabilidad de **0.9290** a nivel de la totalidad de ítems que componen las escalas. Para la dimensión de Salud Sexual se tiene un Alfa de Cronbach de 0.8183, para la de Salud Reproductiva un valor de 0.8196, la de VIH/SIDA ITS uno de 0.8545 y finalmente, para la de Uso del Condón se tiene un valor de 0.7729, todas superiores al valor mínimo requerido para su consistencia interna.

Procedimiento

Para la ejecución del presente proyecto investigativo, se tuvo en cuenta cuatro fases, cada una con un propósito delimitado con el objetivo de llevar a cabo el proceso investigativo de manera ordenada, para una obtención satisfactoria de las variables a estudiar. De acuerdo con esto, la Fase I correspondió a la identificación, preparación de la población, contextualización y validación de la prueba; en la Fase II se hizo la aplicación del instrumento elegido; en la Fase III se llevó a cabo el análisis correspondiente a los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento y en la Fase IV se realizó la descripción de los resultados teniendo en cuenta las variables las cuales son conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de Neiva en el periodo 2015-B.

Consideraciones éticas

Dentro de las consideraciones éticas de la investigación se informó a la institución educativa, padres de familia y a las adolescentes acerca del propósito de la investigación y de los beneficios de ésta, y se procedió a entregarles a los padres de familia de las adolescentes el

formato de consentimiento informado (ver anexo B), además se hizo énfasis en que la información que proporcionen las adolescentes será confidencial y de uso exclusivo para los resultados y análisis del presente proyecto de investigación.

Para lograr la participación de las adolescentes en el estudio se solicitó por escrito la autorización al rector de la Institución Educativa Técnico Superior de Neiva (ver anexo C). Una vez seguidos los trámites de rigor y obtenida la autorización se da paso a solicitar la participación voluntaria de las adolescentes mediante una reunión a los padres de familia para su debido permiso en la aplicación de la escala psicométrica sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, además se les explicó el propósito y los objetivos de la investigación, y se les garantizó el anonimato.

Así mismo, esta investigación se ajusta a la Ley 1090 del 2006, por lo cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, mediante el código deontológico y bioético, donde expresa en el Título VII en su Capítulo VII, titulado: “De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones”, Artículo 50: “Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”. Teniendo en cuenta esto, se tuvieron en cuenta los criterios éticos los cuales nos permiten intervenir y responder como profesionales de la psicología mediante el respeto a la dignidad del participante, a la libertad de expresión, a la privacidad y confidencialidad, reciprocidad y el uso adecuado de las distintas técnicas psicológicas.

Con el fin de preservar los derechos de las participantes y prevenir la presentación de efectos colaterales adversos atribuidos a la participación en este estudio, se tuvieron previstas condiciones éticas necesarias para su desarrollo, como lo es el consentimiento informado ya

que según lo estipulado en el Artículo 52 de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006: “En todos los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante”.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del Cuestionario que evaluó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes escolarizadas de 15 a 19 años de edad de la Institución Educativa Técnico Superior Jornada Mañana de la ciudad de Neiva-Huila durante el periodo 2015-B, mediante tres variables que son Conocimientos, Actitudes y Prácticas, cada una compuesta por cuatro dimensiones, estas son salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA ITS y uso del condón.

Conocimientos sexuales

Tabla 1.
Conocimientos en salud sexual

Salud sexual			
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	14,61	13
	Medio	65,17	58
	Alto	20,22	18
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

Las mujeres adolescentes entre los 15 a 19 años de edad que participaron del estudio presentan conocimientos en nivel medio en cuanto a salud sexual, con un porcentaje de 65,17% del total de la población, expresada en la Tabla 1; de acuerdo con esto se puede evidenciar que más de la mitad de la población de mujeres adolescentes entre los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de la ciudad de Neiva presentan conocimientos básicos en aspectos como la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas, y el reconocimiento de que la sexualidad no se encuentra limitada por la genitalidad.

Tabla 2.
Conocimientos en salud reproductiva

Salud reproductiva			
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	12,36	11
	Medio	62,92	56
	Alto	24,72	22
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En la dimensión de salud reproductiva, los conocimientos para las mujeres adolescentes de la muestra se encuentran en nivel medio (Tabla 2), con un porcentaje de 62,92% del total de participantes; lo que se puede identificar que más de la mitad de la población presenta conocimientos básicos de salud reproductiva en aspectos como información sobre el ciclo reproductivo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, se observa que un 24,72% de la población que participó del estudio presenta un nivel alto en cuanto a los conocimientos de salud reproductiva, en aspectos como el acceso de información y de los lugares donde pueden conseguir métodos anticonceptivos y de planificación familiar.

Tabla 3.
Conocimientos en VIH/SIDA ITS

VIH/SIDA ITS			
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	4,49	4
	Medio	80,90	72
	Alto	14,61	13
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

El puntaje en la dimensión de VIH/SIDA ITS (Tabla 3) es de nivel medio para el 80,90% de la población participante, por lo que con esto se identifica la presencia de conocimientos básicos en relación a las formas de contagio de las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos que se pueden usar para prevenirlas.

Tabla 4.

Conocimientos en uso del condón

	Uso del condón		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	5,62	5
	Medio	61,80	55
	Alto	32,58	29
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 4, el 61,80% de la población tiene un nivel medio de conocimientos sobre el uso del condón, respecto a cuándo y cómo usar el condón correctamente, su almacenamiento, productos para la lubricación, resistencia y efectos adversos del material; además se identifica un nivel alto en el 32,58% de las participantes en cuanto a los conocimientos de uso del condón sobre aspectos que competen hacer y tener buen uso del condón, su uso, cuidado, almacenamiento y resistencia, como por ejemplo si los condones se pueden llevar en la billetera, si su uso constante puede traer con el tiempo alguna enfermedad, el tipo de lubricante que se debe usar y la exposición del látex a la luz.

Actitudes sexuales

Tabla 5.
Actitudes en salud sexual

	Salud sexual		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Medio	92,13	82
	Alto	7,87	7
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En los datos obtenidos para la variable de actitudes en la dimensión de salud sexual (Tabla 5), se observa que un 92,13% de las adolescentes participantes entre los 15 a 19 años de la institución educativa se encuentra ubicada dentro de un nivel medio, identificándose que las adolescentes escolarizadas tienen actitudes positivas en cuanto a relaciones prematrimoniales, el temor asociado a las relaciones coitales y la relación entre el valor como persona respecto a su virginidad.

Tabla 6.
Actitudes en salud reproductiva

	Salud reproductiva		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Medio	85,39	76
	Alto	14,61	13
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En la dimensión de salud reproductiva, un 85,39% de las adolescentes de 15 a 19 años en estudio obtuvieron un nivel medio en actitudes (Tabla 6), variable que engloba temas como planificación familiar, métodos anticonceptivos, ciclo reproductivo femenino y genitalidad.

Cabe mencionar que en esta dimensión no se obtuvo puntaje en nivel bajo, por lo que se identifica que en la población estudiada hay actitudes positivas en torno a salud reproductiva y los elementos que hacen parte de ella teniendo en cuenta es el bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en cualquier etapa de la vida, en este caso en la etapa de la adolescencia.

Tabla 7.
Actitudes en VIH/SIDA ITS

	VIH/SIDA ITS		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Medio	60,67	54
	Alto	39,33	35
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada

A partir de la Tabla 7, las puntuaciones obtenidas por las adolescentes participantes de la investigación en los ítems de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), presentaron para la variable de actitudes sexuales, en nivel medio y alto, sin presentar puntajes en nivel bajo, con prevalencia del nivel medio con un 60,67% de la población. Teniendo en cuenta esta información, la población femenina adolescente de los 15 a 19 años presentan actitudes positivas y a la vez de distanciamiento en relación a temas como empatía hacia una persona con VIH/SIDA, establecer contacto físico y relaciones interpersonales con éstas personas, mostrando además actitud relativamente positiva a la hora de relacionarse con una persona contagiada con VIH/SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual, así mismo, estos puntajes

indican que hay una aceptación en torno a esta temática, sin dejar de lado los miedos y tabúes en cuanto a ésta enfermedad especialmente.

Tabla 8.
Actitudes en uso del condón

	Uso del condón		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Medio	40,45	36
	Alto	59,55	53
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

Los hallazgos para la variable de actitudes sobre el uso del condón demostraron que el 59,55% de las adolescentes presentan un nivel clasificado como alto, como se puede evidenciar en la Tabla 8, y al igual que en las anteriores dimensiones para la variable de actitudes, no hubo puntajes en nivel bajo. Con base a esta información, se identifica actitudes positivas en temas como la asociación del amor y la confianza con el uso del condón en las relaciones coitales.

Prácticas sexuales

Tabla 9.
Prácticas en salud sexual

	Salud sexual		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	49,44	44
	Medio	46,07	41
	Alto	4,49	4
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

Las prácticas en salud sexual de la población femenina adolescente de la institución educativa estudiada, resultaron en nivel bajo y medio, con porcentajes de 49,44% y 46,07% respectivamente, como se evidencia en la Tabla 9; sin embargo estos puntajes ubicados en nivel bajo y medio no traducen a malas prácticas en salud sexual, sino que de acuerdo con las afirmaciones de ésta dimensión se identifica que un gran número de mujeres adolescentes de 15 a 19 años escolarizadas a la fecha de la aplicación del cuestionario no eran sexualmente activas, no practicaban la masturbación o sexo oral, y nunca habían quedado en estado de embarazo; por lo anterior se conoce al parecer prácticas sexuales apropiadas en torno a salud sexual de la población estudiada.

Tabla 10.

Prácticas en salud reproductiva

	Salud reproductiva		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	16,85	15
	Medio	71,91	64
	Alto	11,24	10
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En general, el 71,91% de las adolescentes obtuvieron puntuaciones en nivel medio para las prácticas relacionadas con la salud reproductiva, mostrados en la Tabla 10. A partir de la información obtenida, se identifican prácticas regularmente saludables en salud reproductiva, como por ejemplo quienes reportaron que se informan casi siempre y a veces sobre métodos de anticoncepción, al igual que revisan casi siempre y a veces sus genitales para detectar cambios o anomalías y hablan con mediana frecuencia sobre el uso de

métodos anticonceptivos con su pareja sentimental o con la persona con la que tienen relaciones sexuales.

Tabla 11.
Prácticas en VIH/SIDA ITS

	VIH/SIDA ITS		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	44,94	40
	Medio	28,09	25
	Alto	26,97	24
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En la dimensión de VIH/SIDA ITS (Tabla 11), las prácticas sexuales de las adolescentes de 15 a 19 años se clasifican en nivel bajo, con un 44,94% de respuestas obtenidas, esto se traduce a que las prácticas relacionadas con la prevención del VIH, el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual son poco saludables, considerando que las adolescentes participantes que han tenido relaciones sexuales lo han hecho con personas desconocidas debido a la presión ejercida por sus grupos de pares.

Tabla 12.
Prácticas en uso del condón

	Uso del condón		
	Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Válidos	Bajo	61,80	55
	Medio	25,84	23
	Alto	12,36	11
	Total	100	89

Nota: Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva, aplicado a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de la I.E. Técnico Superior jornada mañana de Neiva

En cuanto a las prácticas sobre el uso del condón, el 61,80% de los puntajes obtenidos se ubican en un nivel bajo, presentados en la Tabla 12, lo que sugiere que al tener relaciones sexuales las adolescentes participantes usan o usarían el condón de manera poco frecuente, además, así mismo revisan con poca frecuencia, con las respuestas de a veces y casi nunca, la fecha de vencimiento del condón y la integridad del paquete antes de usarlo, lo que indica que la población estudiada tienen prácticas sexuales poco seguras en relación al uso del condón.

Discusión

Conocimientos sexuales

La sexualidad forma parte de todo ser humano, lo acompaña a lo largo de la vida, pues es un conjunto de convicciones, roles asignados, conductas vinculadas a la cultura, expresiones, emociones y relaciones de poder, las cuales se encuentran vinculadas a un sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos conexos con nuestra posición en la sociedad (Pérez, 2008), por ende como señala Rengifo, Córdoba y Serrano (2012), el comportamiento sexual y las pautas reproductivas van a estar influenciadas por el entorno socio-cultural y éste a la vez estrechamente relacionado con el bienestar psicoafectivo.

Es necesario comprender que el conocimiento es el proceso de averiguar a través de las facultades intelectuales, la naturaleza, las cualidades y relaciones de las cosas, es decir una organización interior para interactuar con el entorno y provocar un mayor goce de las actividades diarias (Castellaro, 2011; Martínez y Ríos, 2006); en estudios como el de Rengifo (2012) el nivel de conocimiento sobre sexualidad encontrado en población adolescente es alto o muy alto; contrario a la investigación realizada por Cuellar, Delgado Fierro, Oviedo y Silva (2009), cuyos resultados arrojaron que los estudiantes adolescentes están abordando y ejerciendo su actividad sexual con un conocimiento deficiente de la misma, ya que aunque conocen cuáles son los métodos anticonceptivos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción y el uso apropiado de los mismos. Estos resultados difieren con el presente estudio en el que las adolescentes escolarizadas entre los 15 a 19 años de edad obtuvieron puntuaciones de nivel medio en dicha variable.

Los resultados pueden deberse a que los conocimientos se ven influenciados por las características propias de la adolescencia como los cambios biológicos, sociales e intelectuales; estos últimos repercuten en la estructura del pensamiento pues se configura el de tipo científico y lógico, pero es un proceso dinámico y de tránsito que puede ocasionar conflictividad, de manera que el conjunto de información que posean las adolescentes será determinado tanto por factores propios de su desarrollo como del contexto social (Papalia, 2010; Dávila, 2004); por lo tanto es importante que se inicie una educación sexual a temprana edad, comenzando desde el sistema familiar, para posteriormente ser reforzada en el colegio, con el fin que los adolescentes conozcan el riesgo que implica las relaciones sexuales improvisadas y la importancia de vivir una sexualidad pautada en la información clara y precisa (Motta y Pérez, 2015).

Lo anterior es necesario, pues el grado de conocimiento propicia ciertas actitudes y prácticas, en la temática abordada, que pueden convertirse en factores protectores o de riesgo. Un ejemplo de esto, es la común asociación que se ha encontrado en investigaciones afines acerca de la relación del consumo de licor con las relaciones sexuales (Rengifo, 2012), en la presente investigación fue una excepción ya que el 100% de las adolescentes considera que el acto sexual no es mejor cuando se consume alcohol.

Por otra parte, en relación a los mitos acerca de la sexualidad, autores como Varela y Paz (2010) encontraron que la mayoría de las mujeres consideran que los hombres con el pene más grande hacen gozar más sexualmente a las mujeres y que la sexualidad se limita a aspectos genitales, resultados que concuerdan con los hallazgos del presente estudio; la prevalencia de creencias erróneas hacen que las adolescentes tenga conocimientos

equivocados que no les permita un disfrute pleno de su sexualidad y constituyen factores de riesgo tanto para sus actitudes como para las prácticas que adopten (Varela y Paz, 2010).

En lo referente a Salud Reproductiva, los conocimientos encontrados son de nivel medio para más de la mitad de la población estudiada. Esta dimensión es vista como la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual segura e informada, con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia procrear (Larrañaga, 2014), esto quiere decir que hay aspectos que no están siendo comprendidos de la mejor manera, y no están siendo abordados de forma que permita satisfacer las necesidades de la población, a pesar de la existencia de leyes y políticas que contemplan dicha temática como tópicos fundamentales.

Se encontraron puntajes de nivel medio en el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, en donde el VIH/SIDA es la más conocida así como sus características y formas de contagio; sin embargo hay una disminución en el grado de conocimiento según las distintas infecciones, por ejemplo la hepatitis B es de las menos conocidas, estos resultados concuerdan con otros autores como Cardona, Arboleda y Rosero (2013). En la misma investigación se obtuvo un nivel de conocimiento deficiente o insatisfactorio acerca de las infecciones de transmisión sexual, ya que las adolescentes tienen conceptos errados que las llevan a afirmar que las píldoras anticonceptivas protegen contra ITS, que el uso correcto del condón no protege de ITS y que las ITS se pueden detectar a simple vista. Estos resultados difieren con el presente estudio, debido a que las adolescentes conocen que el uso correcto del condón si protege contra las ITS y que las píldoras anticonceptivas sirven para prevenir embarazos no deseados más no una ITS.

Así mismo, en una investigación llevada a cabo en el municipio de Palermo-Huila, por Rojas y Vera (2014), en la que sus resultados coinciden con este estudio, se encuentra que en

la medida en que las adolescentes presentan conocimientos básicos sobre las ITS, como por ejemplo al expresar que las infecciones de transmisión sexual se adquieren por relaciones sexuales, igualmente tienen conocimiento sobre VIH/SIDA pero en menores proporciones aducen tener conocimiento sobre otras ITS como la hepatitis B, sífilis, gonorrea y herpes genital.

Apesar de que en la presente investigación, el VIH/SIDA es la ITS más conocida por las adolescentes, aún persisten debilidades específicamente en aquellos ítems como la forma en que el Virus de Inmunodeficiencia Humana puede sobrevivir, la forma de protección, el reconocimiento de las siglas de VIH/SIDA, sobre el tratamiento de dicha patología; situación coincidente con los hallazgos de Uribe (2009). Por lo que se puede afirmar que existen debilidades en las herramientas con las que cuentan las estudiantes para prevenir el contagio y la transmisión de esta Infección de Transmisión Sexual. Además, el patrón de disminución de conocimiento sobre algunas ITS representa vulnerabilidad, ya que no se encuentran sensibilizadas de forma adecuada con la información o han obtenido la misma de forma errada, lo que representa un factor de riesgo ante las infecciones y un distanciamiento para recurrir a los servicios de salud pertinentes en caso de padecer alguna y no lograr identificar sus signos y síntomas (Valera y Paz, 2010).

Al tener presente el nivel de conocimientos respecto a las ITS, se volvió fundamental identificar la comprensión acerca del uso correcto del condón, al obtener los resultados el nivel en la dimensión es medio, lo que se traduce en que las adolescentes sí tienen información sobre las infecciones de transmisión sexual pero ésta no es suficiente, de acuerdo con esto la mayoría de las adolescentes participantes afirmaron no saber cómo utilizarlo correctamente, lo que claramente representa un riesgo ante el contagio de ITS y los embarazos

no deseados, ya que se evidencian los déficits de información y repercuten en las prácticas que las adolescentes adquieren.

Las información obtenida de los conocimientos sobre el uso del condón en relación al sexo, demuestran que las mujeres conocen de manera básica el manejo de la lubricación, el empaque y la colocación del condón, a comparación tal vez de los hombres quienes se suponen deben tener mejor conocimiento sobre ésta temática (Cardona, 2013). Esta posible diferencia hace pensar que nos encontramos ante la presencia de una diferencia relacionada con los roles de género (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fundación Huésped, 2012) o bien un resultado de las construcciones sociales de las feminidades y masculinidades, pues éstas han ido demarcando el comportamiento y características de los individuos dependiendo de su género, y en relación a dicho tópico, sobre el hombre recae mayor responsabilidad acerca del uso del condón (Fernández, 2011).

A pesar de que el nivel de conocimiento, de las adolescentes de este estudio, en torno a la salud sexual y salud reproductiva se encuentra en nivel medio, se evidencian vacíos en relación a la información sobre dicha temática; esto concuerda con resultados obtenidos en investigaciones realizadas a nivel regional y local, en donde la información que los y las adolescentes reciben sobre sexualidad, desde sus hogares e instituciones educativas, es incompleta en la medida en que presentan conocimientos básicos en temas como el cuidado del cuerpo, el funcionamiento de éste, las relaciones sexuales, métodos de planificación e infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, éstos vacíos deben ser resueltos, como lo establecen la Ley 1098 de 2006 “Código de Infancia y Adolescencia” y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2003, es obligación del Estado y de las Instituciones Educativas de carácter público y privado, garantizar las condiciones dignas para que la

persona menor de edad tenga un desarrollo integral que promueva su bienestar social, espiritual y emocional, al igual que la salud física y mental, así como promover la apertura de espacios y programas educativos donde se incluya la temática de la salud sexual y salud reproductiva.

Actitudes sexuales

Las actitudes sexuales de la población están determinadas no solo por la calidad de información que reciben, sino que las características particulares de cada persona y la diversidad cultural se constituyen como determinantes, tanto del conocimiento como de las actitudes en la adolescencia. De esta manera, la teoría del aprendizaje menciona que cuando aprendemos nuevos conocimientos intentamos desarrollar ideas, sentimientos y conductas asociadas a estos. En la actualidad, la adolescencia ha cambiado sus posturas con respecto a múltiples temas debido a la influencia de los medios de comunicación y de sus propios pares (Carrillo y Solís, 2015; Chávez, Petrzelová y Zapata, 2009).

Las adolescentes en estudio muestran actitudes en salud sexual de nivel medio, por lo que se evidencian un mayor grado de actitudes positivas en aspectos como la percepción de las relaciones premaritales, el valor de la persona sin importar si es “virgen”, la presión de pares para tener relaciones sexuales y sobre el temor a las relaciones sexuales, tanto por el riesgo a quedar embarazadas como por adquirir una ITS.

Dichos hallazgos reflejan un comportamiento que no discrepa del constructo social de género y desempeño del rol social correspondiente. En relación a lo anterior, autores mencionan que las vivencias de la sexualidad en mujeres tienen mucho en común con los hombres, puesto a que se desarrollan bajo vivencias emocionales compartidas y responden a

necesidades básicas; no obstante, se expresan con lenguajes emocionales distintos, diferentes códigos y matices, diversas expresiones o significados, prioridades y jerarquías. Se debe a que la forma en que viven la sexualidad las mujeres tiende a ser diferente a los hombres porque parten de dos subculturas: la femenina y la masculina, que implican valores y roles distintos (Chávez, Petzelová y Zapata, 2009).

Por lo general, existe un control parental de la sexualidad femenina durante la adolescencia, el cual es expresado a través de consejos, restricciones y represiones referentes a la salud y la moral de una mujer, estableciéndose una orientación normativa respecto al comportamiento adecuado e inadecuado para este género, enmarcándose culturalmente a esta población dentro de una idea de amor romántico, sumisión y modelo familiar de domesticidad (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014; Chávez, Petzelová y Zapata, 2009). De acuerdo con esto, en un estudio realizado en la ciudad de Neiva por Bonilla y Cubillos (2000), encontraron que la iniciación sexual temprana y el embarazo precoz está influenciado por los estigmas en cuanto al rol de género, en especial el femenino, originado principalmente desde el hogar, en el que la educación sexual está basada en un enfoque moralista, machista y represivo sobre la sexualidad, lo que lleva a las adolescentes a ver en la iniciación sexual la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape.

La noción de seguridad de las personas, en relación al goce de las relaciones sexuales sin temor y al mejoramiento de su calidad, está estrechamente relacionada con la salud reproductiva, entendida según Chávez (2009), como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además, ésta implica el derecho de la mujer a obtener información sobre

planificación familiar, así como de los métodos para la regulación de la fecundidad y los servicios adecuados de salud para embarazos y partos sin riesgo.

Para la presente investigación, se identificó en los resultados, que existe una actitud de rango medio en temas como ciclo reproductivo femenino, revisión de genitales, acceso a información sobre anticonceptivos y planificación familiar, lugares dónde adquirir métodos anticonceptivos y comunicación con quien se va a tener relaciones respecto al uso de los mismos.

Lo anterior es explicado por Chávez (2009), ya que plantea que una actitud sana se relaciona con el ejercicio responsable de la sexualidad. La intención de adoptar una conducta saludable está influida por la actitud, en la medida en que ésta sea benéfica para la persona y se relacione con las expectativas de los demás. Por tanto, una adolescente adoptará una actitud positiva o negativa ante la posición de sus relaciones sexuales en la medida en que responda a las demandas de los factores externos en los cuales se ve inmersa.

Las actitudes que desarrollen las adolescentes en la actualidad, se vincula a un proceso más amplio de modernización de su sexualidad, que está orientado hacia la secularización de los valores sexuales, la flexibilización de las normas de género, una mayor igualdad en las relaciones sociales e interacciones sexuales, una individualización de los comportamientos y una creciente reflexividad del sujeto (Blanco, 2010).

Por tanto, es un proceso parcial y contradictorio, pues a pesar de los avances en conocimientos sobre sexualidad, adolescencia y equidad de género, coexisten valores y experiencias tradicionales con otras modernas, permaneciendo aún expectativas y relaciones de género asimétricas que moldean las opiniones y prácticas sexuales de las adolescentes directamente.

Cevallos (2014) en su investigación con adolescentes establece que en la actualidad persisten algunas percepciones vistas en el pasado que aumentan el riesgo sexual al que se ve expuesta ésta población, entre estos se encuentran el temor de que no se respete la confidencialidad en los servicios de salud, miedo de que los padres se enteren, vergüenza, información errónea sobre los riesgos del embarazo y de las ITS, miedo de procedimientos como exámenes de sangre o de la pelvis, temor de efectos secundarios, ignorancia de la necesidad de anticoncepción, incomodidad con el personal del establecimiento de salud y desconocimiento de los derechos legales a servicios de planificación familiar.

En relación a la dimensión de VIH/SIDA ITS, a pesar del aumento de los programas o estrategias de prevención en materia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y VIH avanzado (SIDA), las adolescentes continúan llevando a cabo conductas sexuales de riesgo. Según menciona Carratalá, Espada y Orgilés (2013): “Los modelos teóricos que explican las conductas sexuales de riesgo prestan especial atención al papel de los factores cognitivos y motivacionales como precursores o determinantes del comportamiento”, es decir, que no sólo es importante tener acceso a información sobre éstos temas, junto a un nivel de conocimiento adecuado sobre ITS, VIH y SIDA, es necesario considerar las actitudes hacia las conductas de protección, que al final condicionarán las prácticas sexuales saludables.

Las actitudes son consideradas como un factor de riesgo psicosocial para la infección por VIH/SIDA, en algunas investigaciones se ha identificado que los mitos, las posturas de la sociedad o las creencias transmitidas respecto al virus pueden influir en las actitudes que las adolescentes asuman frente a su sexualidad o a las personas diagnosticadas (Carratalá, Espada y Orgilés, 2013). En los resultados se observó que hay una actitud entre lo positivo y de distanciamiento de las personas que tienen el virus del VIH, lo cual se ha dado como una

construcción social de miedo al contagio de dicha enfermedad, viéndose a estas personas como una amenaza para la salud.

En un estudio realizado por Sierra (2002) y Arias, Calderón y Rodríguez (2009), en las instituciones educativas Rodrigo Lara Bonilla, Mauricio Sánchez y Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva, los resultados muestran que las adolescentes de estas instituciones educativas presentan buena tolerancia frente a las personas diagnosticadas con VIH, además consideran que las personas con VIH pueden tener una vida normal, lo que representa un indicador de respeto y tolerancia. Resultados que concuerdan con la población en estudio, en el que la mayoría de las adolescentes se ubican en clasificaciones de nivel medio o alto en actitud, como el riesgo ante las ITS y la percepción hacia una persona con VIH/SIDA.

Por otro lado, en relación a la actitud de las adolescentes, sobre el trato hacia una persona con VIH, con actos como abrazar a estas personas y no ver el VIH como un castigo o asociado a una enfermedad de “prostitutas” y homosexuales, se evidencia que la misma se encuentra actualmente influenciada por estigmas y prejuicios culturales que se mantiene hacia quienes tienen VIH, que se asocian principalmente al constructo social del cumplimiento de roles de género (Uribe, 2013).

Uribe, Orcasita y Vergara (2010) mencionan que las adolescentes presentan una actitud más positiva a comparación de los hombres, ante las personas con VIH avanzado, esto determinado por la falta de conocimiento, donde consideran que todo aquel diagnosticado con esta enfermedad merece estar infectado, teniendo una actitud más neutra las mujeres que los hombres.

En la última dimensión, las conductas saludables entre las que se incluye el uso correcto del condón en las relaciones sexuales de cualquier tipo, tienen una relación directa con las percepciones positivas que las personas tienen sobre cada aspecto, en particular sobre la salud. Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012) establecen según la teoría del aprendizaje social de Bandura (1997), que los procesos cognitivos son fundamentales en la modificación del comportamiento, y añaden sobre la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980), que la conducta depende, entre otros aspectos, de actitudes personales, normas subjetivas y creencias (2012), lo que explica que la probabilidad de adoptar ciertos comportamientos y prácticas que promuevan la salud depende tanto de factores cognitivos-perceptivos, que a su vez han sido influenciado por factores modificantes.

Lo que indica claramente que una conducta saludable o no puede ser explicada en función de la información recibida de agentes externos, pero además, por las características de cada persona y de su particular forma de interactuar en su medio ambiente o contexto sociocultural.

Se observa que las mujeres muestran actitudes positivas sobre el uso del condón. Lo anterior contradice lo expuesto por Amador, Zacarías, y Villareal (2012), respecto a la responsabilidad en el uso del condón atribuida mayormente a los hombres que a las mujeres, éstas diferencias de género en la sexualidad de los y las adolescentes han sido encontradas también en estudios con población colombiana (Uribe, Vergara y Barona, 2009), en donde indican que las mujeres tienen mayor percepción del riesgo de adquirir una ITS, un mayor temor a quedar embarazada y al rechazo por parte del hombre en el uso del condón.

Así mismo, investigaciones a nivel regional y local documentan que las mujeres suelen presentar una mejor actitud ante el riesgo de contagio de una ITS, debido a un mayor

conocimiento respecto al tema y el miedo a que socialmente sea expuesta su actividad sexual (Sierra, 2002; Rojas y Vera, 2014). Además existe una fuerte influencia de la construcción social de una sexualidad masculina ligada a la infidelidad, mayor número de parejas sexuales, una actividad sexual indiscriminada sin protección y conductas sexuales riesgosas, lo cual reafirman su rol masculino y hombría (Cuellar, Delgado, Fierro, Oviedo y Silva, 2009; Fernández y Cuni, 2010).

En una investigación realizada por Sierra (2002) a jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana, se determinó que las actitudes sexuales se encuentran ligadas a una construcción social inmersa en creencias machistas que llevan a actitudes sexuales más restrictivas para las mujeres que para los hombres, además los estudiantes expresan las creencias, sentimientos y prácticas acerca de su sexualidad, constituida con elementos de las relaciones sociales teniendo en cuenta su género. Así mismo, en un estudio llevado a cabo a con 262 estudiantes de la Universidad de Castilla España, se menciona que socialmente existe una doble moral ante la sexualidad, donde se asume una mayor libertad para el hombre que para la mujer en las relaciones sexuales, la existencia de múltiples parejas, el inicio sexual a edades más tempranas y relaciones sexuales exentas de compromiso. Contrario a lo esperado para las mujeres, quienes tienen relaciones sexuales básicamente con una pareja en el marco de una relación estable y asociada al amor (Larrañaga, Yubero y Yubero, 2012). Se pueden relacionar los resultados obtenidos con las discrepancias sociales para las mujeres influyen en las actitudes hacia la reproducción, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de prácticas sexuales inequitativas, asimétricas y desiguales (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014).

Prácticas sexuales

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual que tienen las personas, de manera individual o grupal, de forma consistente y predecible. Estos patrones pueden tener connotaciones positivas o negativas en función de las consecuencias o el riesgo que impliquen para la Salud Sexual y Salud reproductiva de las adolescentes (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014).

Según Constanza (2011), algunos factores como el género, la familia, la religión y la formación educativa previa, influyen a la hora de realizar prácticas sexuales, ya que juegan un papel importante en las decisiones que toman las adolescentes. Otros estudios agregan que la cultura, el estrato socioeconómico, la identidad sexual y la autoestima también determinan que las prácticas sexuales sean o no sean saludables.

Para el grupo estudiado, las prácticas en salud sexual son de nivel bajo y medio, esto se debe a que la mayoría de las adolescentes participantes entre los 15 a 19 años no son activas sexualmente, y con menor frecuencia se masturban o practican el sexo oral.

Correa, Rubino, Rey y Rodríguez (2013) identificaron que las diferencias por sexo, están relacionadas con patrones inculcados por la sociedad, donde se educa al hombre para la búsqueda del placer, desde una posición de dominación, fuerza y sometimiento de la mujer. En contraparte, el deseo de la mujer de apoyo, afecto, comprensión y confianza a través de los encuentros sexuales, se liga a patrones aprendidos como lo son la búsqueda de pareja tradicional, elementos relacionados con los sentimientos y la unión, vinculándose el inicio de las prácticas sexuales con tareas reproductivas como el alumbramiento, la crianza de los y las hijas, los cuidados físicos y el apoyo de la célula familiar.

Los autores anteriores resaltan la influencia que tiene la formación tradicional de las mujeres, a quienes desde edades tempranas, son estimuladas al inicio tardío de las prácticas sexuales. Por otro lado, el inicio precoz de las relaciones sexuales y en general las prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia, se han asociado también al consumo de alcohol y drogas (Castaño, 2013), situación contraria a los resultados obtenidos en la población estudiada, la cual el 100% del total de las adolescentes refieren no estar de acuerdo con el consumo de alcohol o de drogas al momento de tener relaciones sexuales.

Por otra parte, en cuanto a la masturbación, ha sido y sigue siendo una práctica tabú para muchas personas, ya que desde la religión, se separa del objetivo central de la sexualidad humana, la procreación. Sin embargo, el hecho de que a través de la historia dicha práctica haya sido penalizada, desde diversos sectores de influencia social, no quiere decir que la misma sea rara e infrecuente. En el último informe acerca de la conducta sexual de los estadounidenses (National Health and Social Life Survey) se pone de manifiesto que el 38% de las mujeres se habían masturbado en el último año (Sierra, Perla y Gutiérrez, 2010). En la investigación, se obtuvo que un 49,44% de las adolescentes no han realizado esta práctica.

Actualmente, se considera que la masturbación como fuente de autoerotismo es parte del derecho al placer sexual. Sierra, Perla y Gutiérrez (2010) apuntan que el autoerotismo genera bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual a la persona que lo practica.

En cuanto al sexo oral, en el contexto latinoamericano las caricias orogenitales son consideradas atípicas y sujeto de rechazo (Ospina y Manrique, 2007). En el estudio, para el total de adolescentes que participaron del estudio, el 49,44% obtuvo porcentajes de nivel bajo para la dimensión de salud sexual, lo cual sugiere que tanto la masturbación como el sexo oral

no son prácticas muy frecuentes para las adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de la ciudad de Neiva, Colombia.

Otros estudios agregan, que existe una sensación de culpabilidad por parte de la adolescente ante la violación de los estándares o normas de lo que la sociedad considera una conducta sexual apropiada, la masturbación y el sexo orogenital son prácticas sexuales que se han visto influenciadas por las fuertes connotaciones religiosas que marcan el contexto latinoamericano, así como por la presencia de mitos mediados por variables como el sexo y el lugar de residencia (Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005).

En cuanto a la salud reproductiva de las adolescentes que participaron del estudio, se puede agregar, que en general los resultados obtenidos son de nivel medio. Estos se asocian con la frecuencia en que las adolescentes se informan sobre métodos anticonceptivos, revisan sus genitales para detectar cambios o anomalías y discuten el uso de métodos anticonceptivos con la persona con quien tienen una relación de pareja o que tiene relaciones sexuales.

Para Hernández (2009), existen una serie de factores tanto a nivel personal como social, que influyen en las prácticas y conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes, lo que puede aumentar los riesgos a los que están expuestas las mismas en relación con su Salud Sexual. Entre estos se menciona la transmisión errónea de la información, la baja percepción de situaciones de riesgo, la dificultad de acceso a los servicios preventivos y la falta de habilidades sociales para conseguir asesoría.

En concordancia con lo anterior, algunos estudios detectaron un cierto déficit de información sobre los métodos anticonceptivos entre los más jóvenes, sobre todo en lo que respecta a la anticoncepción oral, el DIU, el diafragma y el preservativo femenino. Esto se

asocia, no sólo a la actitud de la adolescente, sino también a los recursos que el entorno le ofrece, ya que los medios de comunicación y las amistades son las principales fuentes de información, quedando rezagados los centros educativos y los servicios sanitarios; situación que limita las prácticas saludables por parte de las adolescentes en Salud Sexual (Serrano, 2005; Pérez, 2009).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, las adolescentes se muestran regularmente seguras sobre cómo discutir con la otra persona la forma en que se van a prevenir embarazos e ITS al tener relaciones sexuales, sin embargo una pequeña parte de la población estudiada refiere sentir vergüenza en cuanto a discutir éstos temas con la pareja. La pena que sienten para discutir el uso de anticoncepción, se puede relacionar con los resultados que se presentan en otro estudio a nivel local, en el cual se indica que el porcentaje de personas que usaron preservativo en su primera relación sexual es bajo, lo que expone a las adolescentes a efectos nocivos para su salud desde el momento en que inician su vida sexual (Cuellar y col., 2008).

Las adolescentes estudiadas, muestran prácticas sobre uso del condón de nivel bajo y medio, ya que con menor frecuencia usan el condón, revisan la integridad del paquete que lo contiene y comprueban la fecha de vencimiento del mismo. En cuanto al uso del condón, estos resultados se asemejan con una investigación realizada por Cuellar y col. (2009) sobre conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar que poseen estudiantes universitario de la ciudad de Neiva, en el que la mayoría de mujeres adolescentes elegían anticonceptivos hormonales, en comparación con los anticonceptivos de barrera, los cuales usan con menor frecuencia, así como tampoco revisan la fecha de éstos al momento de utilizarlos, lo que las expone a infecciones vaginales y de transmisión sexual.

Como lo menciona Fuentes, Martín y Pérez (2008), lo más común es que entre dos tercios y tres cuartas partes de los encuentros sexuales se realizan sin protección. El descenso en su uso, se puede relacionar con que a medida que las adolescentes van estableciendo relaciones de largo plazo, son mayores las probabilidades de que utilicen métodos distintos del condón.

Dichas prácticas se consideran de alto riesgo, ya que se da intercambio de secreciones sexuales o sangre en las mismas. Además, estas prácticas no coinciden con la definición de sexo seguro, que se concibe como el uso de preservativos de manera continua, permanente y efectiva (Fuentes, Martín y Pérez, 2008). En coincidencia con el uso poco frecuente del condón para las adolescentes, se obtuvo que en las prácticas asociadas a VIH/SIDA e ITS las participantes contestaron con que en el pasado han tenido relaciones sexuales por presión de sus amistades.

El aumento de las ITS en adolescentes se ha asociado a diversos factores predisponentes tanto biológicos como psicosociales. Entre los factores biológicos se encuentra la falta de una memoria inmunológica a los patógenos, la presencia de ectropión cervical que hace más vulnerable el epitelio cilíndrico a la invasión de gérmenes como *NeisseriaGonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*, bajos niveles de estrógenos en la adolescencia temprana y una inadecuada lubricación durante la penetración aumenta el riesgo de trauma y facilita la entrada de agentes patógenos (Cannoni y Bórquez, 2011).

A nivel psicosocial, Cannoni y Bórquez (2011), exponen que el pensamiento concreto no abstracto, la falta de control de los impulsos, una poca capacidad de anticipar consecuencias, la monogamia en serie, la no planificación de la actividad sexual, la falta de un adulto referente, la presión de sus amistades, la falta de información y acceso a servicios de

salud amigables son factores que contribuyen al contagio de ITS durante la adolescencia. Para el grupo muestreado, el total de adolescentes participantes afirmaron nunca haber tenido y no tener actualmente una Infección de Transmisión Sexual.

Finalmente, es necesario apuntar, que las prácticas sexuales de riesgo tienen repercusiones en la salud pública, y deben ser estudiadas a mayor profundidad para el diseño de estrategias de intervención integrales para el abordaje de las necesidades de la población adolescente, la cual según se ha estudiado constituye un grupo vulnerable en temas de sexualidad.

Teniendo en cuenta los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de las adolescentes del presente estudio, y los resultados obtenidos en otros estudios a nivel internacional, nacional, regional y local sobre esta temática, se pudo encontrar similitudes en cuanto a la falta de información que las adolescentes están recibiendo sobre sexualidad. Así mismo las mujeres adolescentes son las que mejores actitudes presentan hacia el uso de métodos de anticoncepción, el trato de personas infectadas con VIH/SIDA y las atribuciones que se le dan a ésta infección en sus formas de contagio y las personas que la presentan.

Finalmente, en cuanto a las prácticas sexuales, se encuentran similitudes en cuanto a que las adolescentes presentan en nivel bajo y medio, que se traducen en prácticas sexuales de riesgo, como lo es el tener relaciones sexuales por presión de los pares, no hacer uso del condón o usarlo solo para prevenir los embarazos, más no para alguna infección de transmisión sexual; sin embargo, en cuanto al inicio de la actividad sexual, la presente investigación difiere de las otras en razón a que más de la mitad de las adolescentes estudiadas de 15 a 19 años aún no han iniciado relaciones sexuales.

Es aquí donde investigaciones como esta cobran valor, especialmente a nivel del departamento del Huila y del municipio de Neiva, pues se convierten en fuente principal para identificar las necesidades y requerimientos de la población adolescente, de tal forma que permitan impactar en ellos y generar cambios a través de la formulación y sobretodo, implementación de programas, donde se amplíen los espacios de participación y acceso a información que permitan adquirir y fortalecer habilidades desde edades tempranas, con el fin de afianzar en los y las adolescentes la toma de decisiones relacionadas con su Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Para conseguir esto, es esencial una mayor participación de los profesionales de Psicología, pues es la disciplina que a través de su marco metodológico puede identificar y priorizar las necesidades de la población en las distintas zonas del país, como por ejemplo en la ciudad de Neiva, además de medir la evolución que las personas presentan; todo esto amparado bajo las políticas, normas y proyectos estipulados, y así cumplir con las disposiciones nacionales e internacionales dictadas, enmarcadas dentro los derechos humanos fundamentales.

Conclusiones

Los Conocimientos sexuales de las adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de la ciudad de Neiva, se ubican en un nivel medio teniendo en cuenta los puntajes obtenidos en las cuatro dimensiones, por lo que se concluye que la formación e información en salud sexual y salud reproductiva que reciben las estudiantes no es del todo completa y significativa para las mismas, esto sugiere, que las intervenciones y capacitaciones realizadas por parte del sistema educativo y desde el seno familiar, deben reorientarse para garantizar la calidad, confiabilidad y responsabilidad en la toma correcta de decisiones de manera que permitan en las adolescentes el disfrute sano y placentero de la sexualidad.

Las Actitudes en salud sexual y salud reproductiva, a partir de las cuatro dimensiones estudiadas (salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA ITS y uso del condón), se encuentran en un nivel medio, teniendo en cuenta que son las actitudes hacia la sexualidad las que determinan la aplicación de los conocimientos y las prácticas sexuales. De acuerdo con esto, se concluye que las actitudes frente a temas de salud sexual y salud reproductiva de las adolescentes están influenciadas directamente por la construcción sociocultural de género, persistiendo el asociar de la feminidad a la sumisión y pasividad, esto a pesar del proceso de modernización que se está gestando en cuanto a la percepción de la sexualidad. La influencia social no se encuentra inmersa únicamente en este aspecto, sino que también en la conceptualización del VIH/SIDA y otras ITS, lo cual define la aceptación y empatía de las adolescentes hacia este grupo de población.

En cuanto a las Prácticas en salud sexual y salud reproductiva, las adolescentes de 15 a 19 años de la Institución Educativa que participaron de la investigación presentan un nivel

bajo, por lo que se concluye que factores como el género, rol de género, el grupo de pares y la educación previa, juegan un papel importante en los patrones de la actividad sexual. Por lo anterior, se evidencia que conocimientos y actitudes adecuadas no necesariamente se traducen en prácticas saludables para las adolescentes.

Recomendaciones

Institución Educativa Técnico Superior de Neiva

Se recomienda a la entidad rectora y administrativa encargadas de la educación y formación de los y las estudiantes, capacitar a los profesionales encargados de impartir la educación sexual en la institución de manera que puedan disiparse mitos que aún prevalecen y limitan la transmisión clara y veraz de la información en Salud Sexual y Salud Reproductiva, así como de la sexualidad en todos sus aspectos, esto con el propósito de que éstas temáticas se encuentren inmersas en la educación de las adolescentes.

Revisar los contenidos impartidos actualmente en la institución para identificar los puntos que pueden reforzarse y fortalecerse, tomando en cuenta la participación y aportes de especialistas en el área de la sexualidad, y en este caso de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Se recomienda el fortalecimiento de las estrategias educativas en sexualidad, ya que se observa una debilidad en conocimientos y actitudes sexuales de las adolescentes, lo que aumenta la exposición a prácticas sexuales de riesgo, teniendo en cuenta lo propuesto en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva promulgada en el año 2003 mediante el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía iniciado en 2005, con el fin de que las instituciones educativas incorporen la educación para la sexualidad al Proyecto Educativo Institucional (PEI).

Se requiere que el abordaje de las y los adolescentes en materia de sexualidad se realice de forma interdisciplinaria, ya que esta incluye aspectos físicos, emocionales,

psicológicos y socioculturales; los cuales no pueden ser delegados únicamente al profesional en educación.

Desde el sistema de salud y en conjunto con el sistema educativo, se sugiere la apertura de espacios para la preparación de la familia en el acompañamiento de la persona adolescente, para asegurar el derecho que tienen a la vivencia de una sexualidad plena y sana.

Proceso Metodológico

Implementar procesos de investigación cuantitativa de tipo comparativo y correlacional entre los y las adolescentes, teniendo en cuenta las edades antes de los 15 años, así como también de investigaciones de enfoque cualitativo, con el objetivo de que enriquezcan los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que se conozca a mayor detalle los factores que determinan los Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales de los y las adolescentes de las instituciones educativas, tanto públicas como privadas, de la ciudad de Neiva-Huila, con el objetivo de generar estrategias de acción que vayan dirigidos a mejorar la calidad en la intervención educativa que se realiza actualmente.

Por otro lado, se sugiere realizar procesos investigativos longitudinales que midan los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los y las adolescentes a lo largo de la educación secundaria, y de esta forma ver la evolución de los mismos en el proceso de formación, así como también análisis comparativos entre los estudiantes de instituciones públicas y privadas con el fin de verificar si hay dificultades en cuanto temas de la sexualidad y si éstos son similares o no en sus condiciones.

Limitaciones

Con respecto a la población de adolescentes de la Institución Educativa donde se llevó a cabo el presente proyecto de investigación, la limitación se encuentra en el número de las adolescentes que participaron del estudio y en el rango de edad utilizado, debido a que fueron estudiantes únicamente de la jornada de la mañana de la institución de edades entre los 15 a 19 años, por tanto los resultados obtenidos no permiten generalizar la información a toda la población de mujeres adolescentes de la institución, así como a población masculina; esto hace necesario llevar a cabo nuevas investigaciones que tomen el resto de la población, teniendo en cuenta hombres y mujeres, y de esta forma llegar a datos más cercanos que incluyan todos los adolescentes.

Referencias

- Arias, M., Barbosa, S. Y Rivera, R. (2007). Conocimiento y comportamiento sexual que presentan los y las estudiantes universitarios(as) que cursan el tercer y cuarto año de las carreras de las Escuelas de Medicina, Farmacia, Formación Docente y Psicología de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, durante los meses de marzo a noviembre del 2007. San José, Costa Rica. *Trabajo Final de Graduación de Licenciatura. Universidad de Costa Rica.*
- Bahamón, M., Vianchá, M y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Universidad del Norte, Colombia. Psicología desde el Caribe.* 31(2), 327-353.
- Bautista, L; Hakspiel; M; Rincón, A; Aragón, D; Roa, Z; Galvis, D. y Luna, A. (2012). Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia. *Salud UIS;* 44 (2): 21-33.
- Blanco, R. (2010). Sexualidades adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina Contemporánea. *Sexualidad Salud y Sociedad.* (6) ,144-152.
- Bulio, A. y Wright, M. (2009). Análisis descriptivo de los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de las pacientes atendidas en la unidad de ginecología adolescente del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el periodo febrero 2006-febrero 2008. San José, Costa Rica. *Trabajo Final de Graduación de Licenciatura. Universidad de Costa Rica.*
- Cannoni, G. y Silvana, B. (2011). Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Condes.* 22(1), 49-57.

- Cardona, J; Carmona, P. y Rosero, C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Salud Uninorte*; 29(2), 236-248.
- Carrillo, E; y Solís, N. (2015). Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de las comunidades Upis Belén y Belén, Chimbote, 2012. *In Crescendo: Ciencias de la Salud*. 2(1), 320-332.
- Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A. y Montoya C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos del alcohol y otras drogas. Medellín, Colombia. *Revista Cubana de Pediatría*. 85(1), 36-50.
- Constanza, S., Castaño J., Alejandra S., Hernández, J., Hoyos, Y., López, F., Manchego, K., Wilson, C., Noguera, V. y Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia) 2010. *Universidad del Norte, Colombia. Psicología desde el Caribe*. 28, 77-106.
- Cornellà, J. (2010). La sexualidad en la adolescencia. *Medicine-Programa de Formación Médica Acreditada Continuada*. 10(61), 4191-4195.
- Corona, F y Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica La Condes*. 26(1), 74-80.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década, CIDPA*. 12(21), 83-104.
- Díaz, J. (2013). Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. *Revista Chilena de Infectología*. 30(3), 303-310. Recuperado de:
<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n3/art05.pdf>

- Díaz, S. (2006). Identidad, Adolescencia y Cultura: Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 11(29), 431-457. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002906>
- Díez, B. (2009). La Abstinencia Sexual: Un Estilo de Vida Saludable. Puerto Rico Abstinence Puerto Rico. *EducationProgram (PRAEP)*. 20(1).
- Fernández, H. y Cuni, V. (2010). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Ciencias Médicas*. 14(3), 8-13. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S156131942010000300003&lng=es&
- Fernández, C. y López, L. (2011). La Educación Sexual como tema transversal de las instituciones públicas educativas de la básica primaria en Armenia, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*. 8 (2), 46-57.
- Freyre, E. (2004). La sexualidad del adolescente y problemas asociados. *Academia nacional de medicina*.
- Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. México. *Revista biomédica -Universidad Autónoma de Yucatán*. 9, 116-121.
- González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. Colombia. *Acta colombiana de Psicología – Universidad Católica de Colombia*. 12, 59-68.
- Libreros, L., Fuentes, L. y Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y*

Nutrición. 9(4), 1-3. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2011*. Nueva York, EUA.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Ginebra: World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center For Communication Programs.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Planificación familiar*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual:*

recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala: Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud. *Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología*.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington D.C.

Papalia, D; Wendkos, S. y Feldman, R. (2009). *Desarrollo Humano*. México, DF. *McGraw-Hill Undécima Edición*.

Rengifo, H.; Córdoba, A. y Serrano, M. (2012). *Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano*. Colombia. *Revista de salud pública*. 14(4), 558-569.

- Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., y Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 10(1), 481-494.
- Uribe, R., Vergara, V., y Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 7(2):,1513-1533.
- Vargas, R. (2007). Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. *Revista ABRA*, 36, 135-167. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). Universidad Nacional de Costa Rica
- Varela, S. y Paz, E. (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Revista Internacional de Andrología*. 8(2), 74-80. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X10700145>

Anexos

Anexo A. Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva



Universidad Surcolombiana
Facultad De Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología



Estimada estudiante:

En el programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación cuyo objetivo es conocer cuál es la situación de las estudiantes de 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior de la ciudad de Neiva sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de un cuestionario que mide esta temática. Es por esto que estamos solicitando su participación en esta prueba, respondiendo al cuestionario a continuación. Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados para realizar los análisis del proyecto de investigación.

Información básica:

Fecha de aplicación: día _____ mes _____ año _____

Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____ Edad: _____ Grado: _____

Se encuentra embarazada: si _____ no _____

Tiene hijos: si _____ no _____ en caso de ser afirmativo, indique el número de hijos: _____

Tiene pareja actual: si _____ no _____ en caso de ser afirmativo, indique el tiempo de _____

Instrucciones:

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una "X" en la celda que refleje más su forma de pensar o de sentir.
3. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
4. **Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.**
5. **Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.**
6. Si tiene alguna duda, por favor resuélvala con la persona que está a cargo de la entrega y recolección de los cuestionarios.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

Cierto	Falso	No Sabe
--------	-------	---------

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
1	SRC04.	La ducha vaginal previene el embarazo			
2	VSC23.	La gonorrea es una infección de transmisión sexual			
3	SRC02.	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo			
4	SSC05.	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas			
5	COC13.	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos			
6	COC07.	El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas			
7	COC11.	Los condones se pueden llevar en las billeteras			
8	SRC03.	Las píldoras anticonceptivas causan cáncer			
9	VSC01.	VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana			
10	VSC09.	El VIH es un virus que puede estar en el agua			
11	COC04.	El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual			
12	VSC08.	El VIH es un virus que puede estar en el aire			
13	VSC20.	Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA			
14	VSC18.	El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo			
15	SSC04.	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen			
16	COC02.	Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación			
17	VSC25.	La sífilis es una infección de transmisión sexual			
18	SSC03.	Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres			
19	VSC12.	El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada			
20	VSC04.	El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual			
21	SSC06.	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres			

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
22	VSC26.	Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado			
23	SRC13.	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos			
24	SRC12.	Tengo acceso a información sobre planificación familiar			
25	SRC10.	Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual			
26	SSC01.	La sexualidad está limitada a la genitalidad			
27	VSC11.	El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada			
28	COC15.	El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón			
29	COC01.	El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH			
30	SRC09.	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada			
31	SRC11.	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos			
32	COC05.	El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad			
33	VSC05.	SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			
34	COC06.	El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene			
35	SSC08.	En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja			
36	VSC21.	El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo			
37	VSC06.	El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo			
38	VSC19.	El SIDA no tiene cura			
39	SSC02.	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico			
40	COC12.	El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante			
41	SRC05.	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos			

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
42	COC10.	Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto			
43	SSC11.	El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas			
44	COC08.	El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol			
45	SSC09.	El acto sexual es mejor cuando se toma licor			
46	VSC16.	El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA			
47	VSC13.	El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada			
48	COC03.	Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua			
49	COC14.	Sé cómo se usa correctamente el condón			
50	COC09.	Los condones deben ser guardados en lugares frescos			
51	COC16.	Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales			
52	VSC27.	La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado			
53	VSC22.	Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida			
54	VSC24.	La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual			

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
55	SSA14.	Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"					
56	SSA11.	Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA					
57	SSA06.	La mujer vale más cuando es virgen					
58	SSA15.	Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"					

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

			Total- mente de acuerdo	De acuer- do	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
59	SRA05.	Puedo acudir a los servicios de salud sin temor					
60	VSA08.	Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual					
61	VSA07.	Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA					
62	SSA05.	La masturbación causa acné					
63	COA05.	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón					
64	SSA04.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres					
65	COA07.	Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón					
66	VSA01.	Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial					
67	SSA07.	El hombre vale más cuando es virgen					
68	SRA03.	Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos					
69	SRA01.	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual					
70	COA03.	Cuando se usa el condón no se siente nada					
71	SSA08.	El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer					
72	COA04.	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón					
73	SSA13.	La masturbación la practican exclusivamente los hombres					
74	VSA03.	Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH					
75	COA08.	Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón					
76	SRA04.	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada					

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
77	SRA02.	Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella					
78	VSA02.	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH					
79	COA06.	La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy jugada”					
80	SSA20.	Masturbarse es pecado					
81	SSA02.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres					
82	COA02.	Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza					
83	SSA21.	Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales					
84	VSA04.	La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece					
85	SSA19.	Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case					
86	SSA18.	Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo					
87	COA01.	Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón					
88	SSA17.	El acto sexual siempre debe culminar con la penetración					
89	SSA10.	Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual					
90	SSA12.	Me da vergüenza hablar sobre sexo					
91	SSA09.	Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo					
92	VSA05.	El SIDA es una enfermedad de prostitutas					

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

			Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
93	SRP04.	Reviso mis genitales para detectar cambios o anomalías					
94	SRP02.	Me informo sobre planificación familiar					
95	SSP01.	Me masturbo					
96	SRP01.	Me informo sobre métodos anticonceptivos					
97	SRP03.	Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo					

98	Ya he tenido relaciones sexuales	1. SÍ (PASE A LA PREGUNTA 99) 2. NO
----	----------------------------------	--

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

			Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
99	SSP02.	Practico el sexo oral					
100	COP01.	Uso el condón en mis relaciones sexuales					
101	SRP07.	Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales					
102	COP03.	Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto					
103	SRP06.	Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales					
104	COP02.	Tengo relaciones sexuales sin usar el condón					
105	COP04.	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo					

Por favor, responda afirmativa o negativamente a lo siguiente.

			Sí	No
106	SSP03.	Soy una persona sexualmente activa		
107	VSP02.	He tenido alguna infección de transmisión sexual		
108	SRP05.	Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual		
109	VSP03.	He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades		
110	VSP04.	He pagado para tener relaciones sexuales		

Por favor, responda afirmativa o negativamente a lo siguiente.

			Sí	No
111	VSP01.	En la actualidad tengo una infección de trasmisión sexual		

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN

Anexo B. Consentimiento informado



Universidad Surcolombiana
Programa de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada(o) con CC....., como padre/madre/acudiente de la adolescente....., identificado con T.I. o C.C.:..... manifiesto que he sido informado y autorizo a mi hija para que participe en el proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres adolescentes de los 15 a 19 años de la Institución Educativa Técnico Superior jornada mañana de la ciudad de Neiva”** realizado por las estudiantes de Psicología de la Universidad Surcolombiana Liceth Paola Liscano Martínez y Karen Andrea Vargas Monje que están siendo asesoradas por el psicólogo y docente Manuel Sánchez.

Me han explicado que el estudio permitirá conocer los conocimientos, las actitudes y las prácticas que poseen las adolescentes escolarizadas de 15 a 19 años con respecto a la salud sexual y reproductiva, y con los resultados obtenidos aportar a la realización de proyectos de educación sexual con datos e información más acertada de acuerdo a la realidad de las estudiantes de la institución educativa, de esta forma beneficiar a los padres de familia y a las adolescentes al recibir información y orientación para un buen ejercicio de su sexualidad.

De igual forma sé que la investigación incluye contestar un cuestionario dividido en cuatro dimensiones que son: salud sexual, salud reproductiva, uso del condón e infecciones de transmisión sexual, en las que en cada una se abordan los conocimientos, actitudes y prácticas mediante preguntas cerradas de selección múltiple con única respuesta. El cuestionario se contestará en un único día con una duración máxima de 60 minutos.

Finalmente, me comunicaron que la información será utilizada de manera confidencial, sólo para fines académicos de esta investigación y sus resultados serán socializados para darnos a conocer lo que se obtuvo y mostrarnos un panorama real sobre la salud sexual y reproductiva de nuestros hijos.

Firma
Padre/madre de familia o acudiente

Fecha _____

Anexo c. Autorización al rector de la Institución Educativa Técnico Superior de Neiva



Universidad Surcolombiana
NIT 891.180.084-2



SC 7384 - I

GP 205 - I

CO - SC 7384 - I

Neiva, 31 de agosto 2015

Magister
OSCAR AURELIO MUÑOZ SOLANO
Rector
Institución Educativa Técnico Superior
Neiva

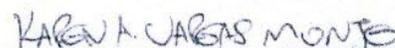
Cordial Saludo,

Nosotras LICETH PAOLA LISCANO MARTÍNEZ y KAREN ANDREA VARGAS MONJE, identificadas con cédula de ciudadanía N° 1.081.410.774 La Plata y 1.075.275.766 Neiva, respectivamente, estudiantes de noveno semestre de Psicología de la Universidad Surcolombiana, nos dirigimos a usted por medio de la presente con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo nuestro proyecto de investigación (tesis), el cual tiene como nombre CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS, cuyo método es de tipo cuantitativo descriptivo, y el instrumento a usar será un cuestionario que mida los conocimientos y las prácticas de la sexualidad en las adolescentes. Nos interesa poderlo realizar en su institución educativa debido a que es una de las instituciones más reconocida y con años de trayectoria a nivel educativo en la ciudad de Neiva, además porque cuenta con varios grados en secundaria, lo que nos facilitará la escogencia de la muestra poblacional para nuestro proyecto. Nos comprometemos a entregarle una copia del trabajo realizado y los resultados obtenidos en la investigación.

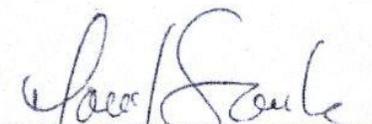
Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

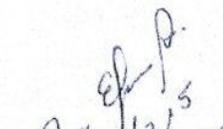
Atentamente,


LICETH PAOLA LISCANO MARTÍNEZ


KAREN ANDREA VARGAS MONJE

Estudiantes de Psicología
Universidad Surcolombiana


MANUEL G. SÁNCHEZ
Asesor de Tesis
Universidad Surcolombiana


1-09/015
8:00 a.m.

