

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL MARCO DEL
PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE
CIUDADANÍA EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA
POPAYÁN - 2009**

**MARTA LUCIA BASTIDAS MUTIZ
JHOANA ANDREA CASTILLO ERAZO
ZUCEL CAROLINA PLAZAS MEDINA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYAN
2009**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL MARCO DEL
PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE
CIUDADANÍA EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA.
POPAYÁN - 2009**

**MARTA LUCIA BASTIDAS MUTIZ
JHOANA ANDREA CASTILLO ERAZO
ZUCEL CAROLINA PLAZAS MEDINA**

Trabajo de investigación

ASESORES:

MARÍA DEL SOCORRO CHÁVEZ GÓMEZ
Enfermera Magíster Enfermería Materno infantil
Coordinadora Grupo Salud Reproductiva

Dr. DIEGO ILLERA RIVERA
Médico Magíster en Administración en Salud y Salud Ocupacional
Decano Facultad Ciencias de la Salud

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYAN
2009**

CONTENIDO

| | pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| OBJETIVOS | 15 |
| OBJETIVO GENERAL | 15 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 15 |
| 1. MARCO DE REFERENCIA | 16 |
| 1.1 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA (PESCC) | 16 |
| 1.1.1 Principios orientadores | 17 |
| 1.1.2 Componentes de la sexualidad | 19 |
| 1.1.3 Funciones de la sexualidad | 20 |
| 1.1.4 Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía | 21 |
| 1.1.5 Competencias Ciudadanas. | 21 |
| 1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA, 2003 | 24 |
| 1.3 LEY 1098 DE 2006: CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA | 26 |
| 1.4 SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES | 27 |
| 2. METODOLOGÍA | 29 |
| 2.1 TIPO DE ESTUDIO | 29 |
| 2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO | 29 |
| 2.2.1 Universo | 29 |
| 2.2.2 Unidad de Análisis | 29 |

| | pág. |
|---|------|
| 2.2.3 Tipo de muestreo | 29 |
| 2.2.4 Muestra | 29 |
| 2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 29 |
| 2.4 VARIABLES | 30 |
| 2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 30 |
| 2.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 32 |
| 2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 32 |
| 3. RESULTADOS | 34 |
| 3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL | 34 |
| 3.2 CONOCIMIENTOS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 35 |
| 3.3 ACTITUDES FRENTE A CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 44 |
| 3.4 PRÁCTICAS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 47 |
| 3.4.1 Prácticas en construcción de ciudadanía: competencias ciudadanas | 48 |
| 4. DISCUSIÓN | 70 |
| 4.1 CONOCIMIENTOS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 70 |
| 4.1.1 Conocimientos sobre PESCC | 70 |
| 4.1.2 Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos (DSR) | 70 |
| 4.1.3 Conocimientos en anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino | 71 |

| | pág. |
|--|------|
| 4.1.4 Conocimientos en anticoncepción | 72 |
| 4.1.5 Conocimientos sobre embarazo y aborto | 73 |
| 4.1.6 Conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA | 74 |
| 4.1.7 Conocimientos en prevención del cáncer de aparato reproductor masculino y femenino | 75 |
| 4.2 ACTITUDES FRENTE A CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 76 |
| 4.3 PRÁCTICAS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 80 |
| 5. CONCLUSIONES | 87 |
| 6. RECOMENDACIONES | 88 |
| BIBLIOGRAFÍA | 89 |
| ANEXOS | 94 |

LISTA DE TABLAS

| | pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 34 |
| Tabla 2. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de convivencia y paz. Popayán, 2009. (N=523). | 45 |
| Tabla 3. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de participación y responsabilidad democrática. Popayán, 2009. (N=523). | 46 |
| Tabla 4. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de pluralidad, identidad y valoración de las diferencias. Popayán, 2009. (N=523). | 46 |
| Tabla 5. Actitud de los estudiantes frente a su salud sexual y reproductiva. Popayán, 2009. (N=523) | 47 |
| Tabla 6. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de convivencia y paz. Popayán, 2009. (N=523) | 48 |
| Tabla 7. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de participación y responsabilidad democrática. Popayán, 2009. (N=523) | 49 |
| Tabla 8. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de pluralidad, identidad y valoración de las diferencias. Popayán, 2009. (N=523) | 49 |
| Tabla 9. Motivo para iniciar la vida sexual según género en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 61 |

LISTA DE FIGURAS

| | pág. |
|--|------|
| Figura 1. Nivel de conocimientos en construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 36 |
| Figura 2. Conocimientos sobre el PESCC en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 37 |
| Figura 3. Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 38 |
| Figura 4. Conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 39 |
| Figura 5. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 40 |
| Figura 6. Conocimientos sobre embarazo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 41 |
| Figura 7. Conocimientos sobre aborto en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 42 |
| Figura 8. Conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 43 |
| Figura 9. Conocimientos sobre prevención de cáncer del aparato reproductor masculino y femenino en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 44 |
| Figura 10. Actitudes frente a construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 45 |
| Figura 11. Prácticas en construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 48 |
| Figura 12. Uso del servicio de salud amigo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 50 |
| Figura 13. Uso del Servicio de Salud Amigo según edad en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 51 |

| | pág. |
|---|------|
| Figura 14. Razones para no usar el servicio de salud amigo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 52 |
| Figura 15. Inicio de vida sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 53 |
| Figura 16. Inicio de Vida Sexual según género en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 53 |
| Figura 17. Inicio de Vida Sexual según edad en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 54 |
| Figura 18. Inicio de Vida Sexual según religión en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 55 |
| Figura 19. Inicio de Vida Sexual según jornada en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 56 |
| Figura 20. Edad de inicio de Vida Sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 57 |
| Figura 21. Edad de inicio de vida sexual según jornada en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 58 |
| Figura 22. Edad de inicio de vida sexual según religión en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 59 |
| Figura 23. Persona con quien se inicio la vida sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 60 |
| Figura 24. Edad del primer compañero sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 61 |
| Figura 25. Uso del preservativo en la primera relación sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 62 |
| Figura 26. Uso del preservativo en relaciones sexuales posteriores en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 63 |
| Figura 27. Uso del preservativo en relaciones sexuales posteriores según el estrato en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 63 |

| | pág. |
|---|------|
| Figura 28. Número de parejas sexuales en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 64 |
| Figura 29. Tipo de relaciones sexuales en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 65 |
| Figura 30. Relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y sustancias psicoactivas en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 65 |
| Figura 31. Pareja actual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 66 |
| Figura 32. Uso de anticonceptivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 67 |
| Figura 33. Uso de anticonceptivos según genero en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 67 |
| Figura 34. Método anticonceptivo utilizado en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009 | 68 |
| Figura 35. Frecuencia del uso del condón en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009. | 69 |

LISTA DE ANEXOS

| | pág. |
|---|------|
| Anexo A. Acta de Consentimiento Informado | 94 |
| Anexo B. Encuesta Línea de Base | 95 |

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal que permitió determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad, ciudadanía y SSR en la población estudiantil de una Institución Educativa pública de la ciudad de Popayán, en el marco del PESCC. Se aplicó una encuesta estructurada a 523 estudiantes. El 97% de ellos poseen malos conocimientos sobre el PESCC y SSR. El 95% tienen actitudes negativas frente a las competencias ciudadanas y su SSR. El 85% no han utilizado el servicio de salud amigo, el 74% de ellos no sabía que existía este servicio. El 42% iniciaron su vida sexual, la mayor prevalencia se encontró en el género masculino, en los mayores de 14 años, en quienes no profesan ninguna religión y en la jornada de la tarde. La edad promedio de inicio de vida sexual fue de 14 años. El 60% de los estudiantes tuvieron su primera relación sexual con su novio (a). El 60% de las mujeres iniciaron su vida sexual motivadas por el amor, mientras que el 48% de los hombres por deseo. El 58% no utilizaron el preservativo en su primera relación sexual y el 64% de ellos no lo usaron en relaciones sexuales posteriores. Se evidencia que en la institución falta espacios institucionales en donde los jóvenes expresen sus inquietudes y reciban la orientación pertinente, desconocimiento de los servicios amigables que no permiten a los estudiantes adquirir bases sólidas para el ejercicio sano y responsable de su sexualidad y el auto-cuidado de su SSR.

PALABRAS CLAVES: Construcción de ciudadanía, competencias ciudadanas, salud sexual y reproductiva.

ABSTRAC

We conducted a descriptive study, quantitative cross allowed us to determine the knowledge, attitudes and practices in sexuality, citizenship and SSR in the student population of a public educational institution in the city of Popayan, in the context of PESCC. A structured questionnaire was administered to 523 students. 97% of them have bad knowledge about PESCC and SSR. 95% have negative attitudes towards citizenship competencies and SSR. 85% did not use the health service friend, 74% did not know there was this service. 42% started their sexual life, the highest prevalence was found in both sexes, in those older than 14 years, those who profess no religion and the day of the week. The average age of first sexual intercourse was 14 years.60% of students had their first sexual relationship with her boyfriend (a). 60% of women started their sexual life motivated by love, while 48% of men desire. 58% did not use condom at first intercourse and 64% of them are not used in subsequent sexual relationships. There is evidence that the institution needed institutional spaces where young people express their concerns and receive the relevant guidance, lack of friendly services that do not allow students to gain a solid foundation for healthy and responsible exercise of sexuality and self-care of SSR.

KEY WORDS: Construction of citizenship, citizen competencies, sexual and reproductive health.

INTRODUCCIÓN

La problemática de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a nivel mundial, nacional y local se ha valorado a través del tiempo por las consecuencias que generan las “relaciones sexuales” en adolescentes y jóvenes dándole primacía a lo biológico. Para conocer a fondo lo relativo a la SSR de la población adolescente y joven en particular, es necesario trascender a un enfoque mucho más integral que permita evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescentes y jóvenes, no solo en materia de genitalidad y sus consecuencias, sino de todo lo relacionado con educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

Desde los inicios de la Revolución Educativa, el desarrollo de la educación sexual en el país llevó al Ministerio de Educación a explorar la relación entre educación para la sexualidad y el desarrollo de competencias básicas, en especial competencias ciudadanas, y llevaron al diseño de una propuesta pedagógica, conceptual y operativa, que se validó y ajustó entre 2006 y 2007, con el desarrollo del Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, en conjunto con Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en 53 instituciones educativas que reúnen a 235 sedes y centros educativos de 5 regiones del país¹.

La propuesta se consolida hoy en el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de ciudadanía (PESCC), en el marco de competencias ciudadanas, que representa una oportunidad para responder a los retos educativos de la población adolescente y joven. En Popayán se socializó en Abril de 2009; y se inicio a partir de la fecha en diez instituciones educativas del municipio de Popayán, entre las cuales está el plantel educativo en el cual se desarrolló la presente línea de base.

La SSR incluye todo lo relacionado con la sexualidad humana, que a su vez integra como elementos fundamentales: las funciones de la sexualidad: comunicativa relacional, erótica, afectiva y reproductiva; los componentes: identidad de género, comportamientos culturales de género y orientación sexual y los contextos: identidad, familia, pareja y sociedad.

La SSR enmarcada en el Proyecto Pedagógico de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, tiene que ver con las relaciones, la convivencia, las

¹COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. El proyecto pedagógico y sus hilos conductores. [en internet] Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co>. [Citado el 12 de junio de 2009].

emociones y sentimientos y por supuesto con las decisiones que cada persona toma respecto a su propia sexualidad. Al momento de decidir, entra en juego una variedad de factores sociales, como el nivel de educación, la situación económica de los padres, el lugar de residencia, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, entre otros. Estos factores son conocidos como determinantes sociales y se refieren a las condiciones de vida y al impacto que tienen sobre la salud general de las personas.

Es así como los adolescentes y jóvenes al establecer relaciones significativas con padres, madres, educadores y pares, logran desarrollar un factor protector frente al inicio temprano de la actividad sexual, el uso de sustancias psicoactivas y las manifestaciones de violencia². Por el contrario la presión que ejerce el medio social y los pares se constituyen en factores que incrementan la posibilidad de iniciar la actividad sexual a edades tempranas lo cual se ve reflejado en el mayor número de embarazos no planeados, abortos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y el virus del papiloma humano.

La participación del Grupo Salud Reproductiva en el Equipo técnico Regional, para la implementación del Programa de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC) en el municipio de Popayán, el interés de los investigadores por ésta línea de investigación y la necesidad de adelantar un diagnóstico “Línea de base”, de la situación de SSR en la Institución Educativa, fueron los motivos que permitieron plantear el presente trabajo de investigación con el fin de recoger información que permitiera conocer la problemática específica de la población estudiantil y tener fundamentos más certeros para adelantar la propuesta pedagógica que se enmarca en el PESCC, aportando estrategias educativas innovadoras que permitan la consolidación de mejores formas de construcción de la salud sexual y reproductiva de los/las estudiantes.

² FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Servicios Amigables para jóvenes y adolescentes. Bogotá D.C. Colombia, 2007. [en internet] Disponible en: <http://www.unfpacolombia.org>. [Citado el 12 de junio de 2009].

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad, ciudadanía y SSR en la población estudiantil de una institución educativa pública de la ciudad de Popayán, en el marco del PESCC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente la población sujeto de estudio.
- Evaluar el grado de conocimientos en temáticas de sexualidad, ciudadanía y SSR.
- Identificar las actitudes y prácticas relacionadas con sexualidad, ciudadanía y SSR.
- Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas con las características socio-demográficas de la población estudiantil.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA (PESCC)

El PESCC es una estrategia educativa para formar seres humanos conscientes, con respecto al significado de la sexualidad en todas sus dimensiones.

El programa es una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional y el UNFPA. Su propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y de esa manera tomar decisiones que les permitan vivir una sexualidad sana, plena y responsable, que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás.³

El objetivo del PESCC es relacionar conocimientos, habilidades y actitudes de diversas áreas e incorporar los puntos de vista de los niños, las niñas, adolescentes y los jóvenes, y articularlos en la solución de cuestiones de la vida cotidiana que tienen que ver con su contexto, esto pretende lograr que todos los miembros de la comunidad educativa puedan tomar decisiones autónomas, informadas y responsables frente a la vivencia de su sexualidad, aún en contextos difíciles.

Un proyecto pedagógico para la sexualidad y construcción de ciudadanía implica que los adultos y estudiantes puedan construir colectivamente alternativas para comprender la sexualidad y a partir de ello, generar mejores maneras de educar para la convivencia.

El PESCC debe ser un proceso participativo que involucre a toda la comunidad educativa; transversal e impactar todas las áreas y niveles, los espacios institucionales y los no curriculares y, además partir de situaciones cotidianas, que se convierten en oportunidades pedagógicas para el desarrollo de las competencias necesarias para la construcción de un proyecto de vida con sentido.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Ibid.

El programa requiere una educación que propicie la argumentación y el diálogo que faciliten la toma de decisiones libremente; que fomente la reflexión sobre preconceptos, prejuicios y facilite formas de compararlos con información empírica y científica; que genere ambientes de confianza, basados en relaciones de afecto, en las que se valoren y tengan en cuenta todas las experiencias, las preguntas, aportes y necesidades, desarrollando así habilidades, a partir de una educación activa que propicie que los estudiantes construyan nuevos conocimientos, significados y posibilidades de vida.

Se centra en unos principios conceptuales y unos hilos conductores que permiten aprovechar cada experiencia de la vida cotidiana de los estudiantes en espacios pedagógicos.

Los principios son conceptos complejos, autónomos e integradores que son la base del proyecto, guían la manera en que los integrantes del programa deben abordar cada oportunidad pedagógica con los estudiantes a la vez que proporciona los elementos necesarios para que las instituciones educativas diseñen sus proyectos educativos institucionales, junto con el plan de estudios, el manual de convivencia y los proyectos pedagógicos para el PESCC.

Estos principios son: Ser Humano, Género, Educación, Ciudadanía, Sexualidad y Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

1.1.1. Principios orientadores

- Ser humano: La concepción de ser humano se refiere al carácter igualitario que poseen todos y cada uno de los individuos. Esta igualdad hace referencia a la dignidad que tienen los seres humanos, la cual es el fundamento para concebir de manera universal los derechos humanos y puede entenderse desde tres aspectos. El primero, es vivir como uno quiera, es decir la autonomía que tiene el individuo para desarrollar un proyecto de vida. El segundo, vivir bien, es decir, satisfacer las necesidades materiales y sociales de existencia y el tercero, vivir sin humillaciones, alcanzando una integridad física y moral.

Hablar de ser humano está estrechamente relacionado con sus derechos humanos, sexuales y reproductivos que garanticen el goce de una vida digna y el libre desarrollo de su personalidad.

- **Género:** El programa ofrece herramientas de identidad, autonomía y participación frente a las diferencias que han llevado a valoraciones desiguales de mujeres y hombres, a la vez que pretende desarrollar competencias en los hombres y las mujeres para que no repitan los cánones tradicionales y construyan nuevas condiciones que propendan a la igualdad y la equidad entre las personas.

Se reconoce a las mujeres y a los hombres como libres e iguales en dignidad y por consiguiente, sujetos activos sociales de derecho con potencial para alcanzar una convivencia pacífica, la integración en la diferencia, la participación en la sociedad y la promoción de comportamientos culturales de género nuevos y diferentes, equitativos para hombres y mujeres.

- **Educación:** Se concibe la educación como una aproximación pedagógica que promueve la construcción de conocimiento con sentido. Es decir, de un conocimiento que adquiere significación a partir de una razón de ser, una utilidad en la vida práctica y una finalidad evidente para el educando.⁴

El PESCC destaca que los objetivos de aprendizaje y las metodologías partan de asuntos relacionados con la cotidianidad, para atraer el interés de los estudiantes e involucrarlos en la toma de decisiones concernientes a su entorno, así la educación debe ser activa, es decir se debe dar la oportunidad de opinar, debatir y contribuir a la construcción de su conocimiento y de su desarrollo personal, lo cual les permite constituirse como seres activos en sociedad, conscientes del significado de poseer derechos y concededores de la importancia de respetar y reconocer los derechos de los demás.

- **Ciudadanía:** Se propone como una condición desde la cual las personas participan en la definición de su destino como individuos y como sociedad. Así, la ciudadanía se asume y se ejerce. Se asume cuando la persona se reconoce como integrante de un ordenamiento social y parte de las instituciones propias de ese ordenamiento, mediante la comprensión de los valores, las costumbres, las tradiciones, las normas, las formas de interacción y comunicación del contexto (familia, localidad, sociedad) en que habita. Se ejerce al participar en la construcción, la transformación y el mejoramiento de tales contextos.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. Módulo 1: La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. p.6-11 [en internet] Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co>. [Citado el 12 de junio de 2009].

- Sexualidad: La sexualidad se define como universo simbólico construido sobre una realidad biológica: el sexo, dimensión biológica, psicológica, cultural, histórica y ética, que compromete sus aspectos emocionales, comportamentales, cognitivos y comunicativos tanto para su desarrollo en el plano individual como en el social.

La sexualidad consta de unos componentes como: Identidad de género, Comportamientos culturales de género y Orientación sexual; y también consta de unas funciones: Comunicativa relacional, Reproductiva, Erótica y Afectiva.

1.1.2. Componentes de la sexualidad

- Identidad de género: Se define como la igualdad a sí mismo, la unidad y la persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en mayor o menor grado.

Según esto, la identidad de género hace referencia al sentimiento profundo de una persona de igualdad, unidad y persistencia como hombre, mujer o ambivalente, a través del tiempo y a pesar de los cambios físicos o psíquicos. Hoy, el asunto de identidad invita a hablar de subjetividad, dando a entender con ello las posibilidades de variación y dinamismo que se presentan en las personas en su autoconcepto como hombres y mujeres.

La identidad de género es diferente de identidad sexual, pues ésta última se refiere a la conciencia de la identidad asociada al conjunto de características biológicas, morfológicas, genéticas y fisiológicas que caracterizan a una persona como hombre o como mujer.

La identidad de género incluye el reconocimiento de la dignidad, pluralidad de identidades, valoración de sí mismo/a, desarrollo del juicio moral, proyecto de vida, libre desarrollo de la personalidad, identidad y sexualidad y el derecho a la información.

- Comportamientos culturales de género: Se refiere a los roles de género, a los gestos y las conductas asociados a cada uno, que aun cuando atribuidos más a uno que al otro, “son no obstante intercambiables y flexibles en función de factores de adaptación y acomodo”. Así, los roles de género están muy determinados por patrones culturales, que se transmiten y modifican de una

generación a otra e incluye la cultura y comportamiento de género, análisis crítico y flexibilidad en los comportamientos culturales de género y la equidad de género

- **Orientación sexual:** Hace referencia a la gran variedad de manifestaciones de la atracción sexo-erótica y sexo-afectiva. Abarca todas las posibles variaciones entre la orientación hacia personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual).

Este componente abarca la orientación sexo-erótica y afectiva, derecho a la libertad de elección y respeto a la diferencia, valoración de la diversidad y construcción de ambientes de respeto.⁵

1.1.3 Funciones de la sexualidad

- **Función comunicativa relacional:** Tiene que ver con las múltiples formas de expresar las maneras de sentir, pensar y hacer en relación con la sexualidad, que facilitan el desarrollo de procesos cognitivos, emocionales y comunicativos en las relaciones humanas.
- **Función reproductiva:** Se entiende como la posibilidad humana de producir individuos, que en gran medida sean similares (no idénticos) a los que los produjeron.

Esta función abarca el funcionamiento biológico, sexual y reproductivo, aspectos psicológicos y sociales de la reproducción, SSR y sus servicios, derecho a la vida, libertad, integridad física, psíquica y social.

- **Función erótica:** Se relaciona con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otros), en las que ocurren los procesos de activación de respuesta genital y corporal.

⁵ Ibid.

Aquí se incluye el reconocimiento del placer, el cuerpo como fuente de bienestar, expresiones eróticas, lenguaje del erotismo, derecho a la intimidad y la igualdad entre sexos.

- **Función afectiva:** Se entiende como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan. Se asume el amor como la forma de vida afectiva ideal.

Comprende el establecimiento de vínculos, construcción y cuidado de las relaciones, identificación, expresión y manejo de emociones propias y ajenas, expresión de afecto y el derecho a elegir el estado civil.

Todos estos componentes y funciones se articulan en tres contextos: Individual, de pareja, familiar y social de la sexualidad.⁶

1.1.4 Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. Es la formación del ciudadano para la democracia sexual y como tal debe estar enmarcada en un contexto de profundo conocimiento de los derechos humanos y de máxima valoración del respeto a los derechos de los demás, como regla máxima de convivencia humana. Esto implica profundo respeto por los estilos de vida sexual, de pareja y del género.

1.1.5 Competencias Ciudadanas. Las competencias ciudadanas son el conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y comunicativas, conocimientos y actitudes que, articulados entre sí, hacen posible que el ciudadano actúe de manera constructiva en la sociedad democrática. Las competencias ciudadanas permiten que los ciudadanos respeten y defiendan los derechos humanos, contribuyan activamente a la convivencia pacífica, participen responsable y constructivamente en los procesos democráticos, respeten y valoren la pluralidad y las diferencias, tanto en su entorno cercano como en su comunidad, país o a nivel internacional.⁷

Las instituciones educativas no son los únicos espacios apropiados para la formación de las competencias ciudadanas. Esta formación puede y debería

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

ocurrir también en la familia, a través de los medios de comunicación y en otros espacios de socialización. Sin embargo, las escuelas son lugares privilegiados porque, entre otras razones, son pequeñas sociedades en las que los estudiantes pueden poner en práctica las competencias ciudadanas que estén aprendiendo.

Las competencias ciudadanas se dividen en cuatro grupos: respeto y defensa de los derechos humanos, convivencia y paz, participación y responsabilidad democrática y la pluralidad, identidad y valoración de las diferencias.

Cada uno de los cuatro grupos de competencias ciudadanas está compuesto por competencias de distintos tipos:

- **Conocimientos:** Específicos de la sexualidad (propios de los componentes, funciones y contextos), por ejemplo: los derechos sexuales y reproductivos, los métodos de planificación familiar, los tipos de enfermedades sexuales y reproductivas y las formas de prevenirlas o manejarlas, o los aspectos biológicos de la sexualidad.
- **Competencias cognitivas:** Tales como la capacidad para comprender lo que pueden sentir o pensar los miembros del mismo género o de otro, frente a las diversas situaciones o elecciones; la capacidad de emprender acciones en contra de la discriminatorias por género u orientación sexual; la de prever las consecuencias de una acción determinada, en una relación de pareja o en el contexto familiar.
- **Competencias emocionales:** De igual forma, la escuela desarrolla capacidades para la identificación, la expresión y el control adecuados de las emociones propias y ajenas, así como la empatía.
- **Competencias comunicativas:** Entre las que se debe promover la asertividad para negociar con la pareja el momento de tener relaciones sexuales y de usar anticonceptivos o decidir el número de hijos. La utilización de diversos medios y formas, verbales y no verbales, para expresar los sentimientos y los pensamientos involucrados en los diferentes tipos de relaciones eróticas y afectivas. También competencias comunicativas como la escucha activa y el diálogo respetuoso en la pareja, en la familia y en la sociedad.⁸

⁸ Ibid. p. 18

La 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.⁹

En Colombia, la situación de SSR muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el

⁹ CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). [en internet] Disponible en: [http://: www.cinu.org.mx](http://www.cinu.org.mx). [Citado el 14 de Junio de 2009].

aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social.

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA, 2003

La política de SSR en Colombia, tiene como objetivo general mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

Las metas que propone la política de SSR son:

- Maternidad segura: reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
- Planificación familiar: incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población femenina.
- SSR en la población adolescente: reducir el embarazo en adolescentes en un 26% y mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14%.
- Cáncer de cuello uterino: alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.

- Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA: mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
- Violencia doméstica y sexual: incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación.

En el nivel territorial, es necesario fortalecer la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica, apoyar los procesos de evaluación de las entidades que hacen parte del SGSSS en cada departamento, distrito o municipio, y consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y los entes territoriales. De la misma manera, las IPS deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y mejorar los sistemas de información relativos a la implementación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) para la vigilancia en salud pública. Los mecanismos de control de costos en ocasiones ponen en peligro la calidad de las acciones y responden a problemas de desarticulación entre los niveles directivo y técnico y al bajo desarrollo de habilidades de gestión.

Estas condiciones dificultan la realización de acciones en el área de SSR en condiciones de equidad y calidad y se convierten en factores que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios.¹⁰

1.3 LEY 1098 DE 2006: CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El código de Infancia y Adolescencia tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna, igualmente establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.¹¹

El Código se fundamenta en la filosofía de la protección integral del niño recogida por la Convención Internacional de los Derechos del Niño de 1991 y la Constitución Política de 1991.

Reconoce a niños, niñas y adolescentes como personas autónomas, titulares de derechos y deberes que deben ser protegidos de manera integral, no sólo cuando sean vulnerados e incumplidos sino de manera permanente. También establece mecanismos que definen la responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en este tema.

El Código recoge la protección especial del interés superior del niño, niña y adolescente, y el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.

El código contempla la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre para asegurar que niños, niñas y adolescentes puedan lograr el máximo nivel de

¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Política nacional de salud sexual y reproductiva. 2003. [en internet] Disponible en: <http://www.mineducación.gov.co>. [Citado el 16 de junio de 2009]

¹¹ COLOMBIA. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia. [en internet] Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/leyes/.../ley1098081106.pdf. [Citado el 16 de junio de 2009]

satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos.

1.4 SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del UNFPA, presenta el modelo para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, en cumplimiento de la ley 1122 de 2007, el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010 y la Resolución 425 de 2008 reglamentaria.

Los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes pretenden adecuar los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes entre otras cosas en lo relacionado con su sexualidad y reproducción, con el fin de contribuir a vivencias responsables y enriquecedoras como garantía de derechos.

El embarazo no planeado en la adolescencia, las ITS, incluido el VIH/SIDA y la violencia sexual, deterioran la SSR de adolescentes y jóvenes del país.

La mayoría de ellos no conocen, ni ejercen sus derechos y toman decisiones sin la suficiente información y autonomía.

La falta de servicios sociales y de salud que les informen y orienten de manera adecuada y oportuna, contribuye a que los adolescentes y jóvenes estén en situación de vulnerabilidad.

Con estos servicios se pretende llegar a los adolescentes y jóvenes que hacen uso activo de los servicios de salud, a partir de los cuales toman decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y su reproducción, a los servicios de salud, que dan prioridad a la satisfacción de las necesidades de adolescentes y jóvenes, a las instituciones de salud que se convierten, en un agente transformador de su entorno y promueven cambios sociales tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes y jóvenes y a los gobernantes

que toman decisiones para responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes y al contexto en el que viven.¹²

¹² UNFPA COLOMBIA. Servicio amigable es salud para jóvenes. [en internet] Disponible en: <http://www.unfpacolombia.org/menuSuplzqui.php?id=16>. [Citado el 15 de Junio de 2009]

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO

2.2.1 Población. Conformado por 635 estudiantes de octavo a décimo de bachillerato de las dos jornadas de la institución educativa, 369 estudiantes en la jornada de la mañana y 266 en la tarde.

Se tomo este universo pues la literatura reporta que los jóvenes inician su vida sexual en edades comprendidas entre los 14 y 15 años, edad que corresponde a estar cursando el grado octavo. Se excluyó del estudio a los estudiantes del grado once ya que estaban próximos a terminar su año lectivo.

2.2.2 Unidad de Análisis. Los (as) adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.2.3. Tipo de Muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

2.2.4 Muestra. Se logró la participación de 523, equivalente al 82% de la población (322 estudiantes en la jornada de la mañana y 201 en la jornada de la tarde). Esto debido a la ausencia de los estudiantes en el momento de aplicar la encuesta.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En la muestra fueron incluidos quienes cumplieron los siguientes requisitos:

- Adolescentes que se encontraban matriculados en la jornada de la mañana y de la tarde de la institución educativa.
- Adolescentes de ambos géneros que estaban cursando los grados 8, 9, y 10 de dicho plantel educativo.

- Estudiantes con edades comprendidas entre 12-19 años.
- Estudiantes que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación previo consentimiento informado.

2.4 VARIABLES

- Variables Sociodemográficas: Género, edad, grado, procedencia, zona de residencia, estrato, tipo de convivencia, religión, afiliación al SGSSS y régimen de afiliación.
- Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad, ciudadanía y SSR.
- Conocimientos: hace referencia a la información que tienen los adolescentes sobre: PESCC, derechos sexuales y reproductivos, anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, anticoncepción, embarazo y aborto, ITS/VIH-SIDA y prevención de cáncer del aparato reproductor masculino y femenino.
- Actitudes: frente a SSR enmarcada en el grupo de competencias ciudadanas: convivencia y paz, responsabilidad y participación democrática, identidad, pluralidad y respeto por las diferencias.
- Prácticas: basadas en las competencias ciudadanas y las prácticas concernientes a la función erótica y reproductiva de la sexualidad.

2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo a la operacionalización de las variables se diseñó una encuesta cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes de los grados 8 a 10 en el marco del PESCC que adelanta el Ministerio de Educación Nacional.

Se realizó un cuestionario con preguntas estructuradas en su mayoría, el cual se sometió a revisión de expertos y prueba piloto, realizada en la institución educativa José Antonio Galán de la ciudad de Popayán a mediados de agosto de 2009, con un total de 20 estudiantes, el cuestionario fue ajustado con base en los resultados de la prueba.

En el cuestionario se realizaron 11 preguntas para determinar las características sociodemográficas de la población, 40 preguntas para evaluar el nivel de conocimientos, y 40 preguntas para valorar las actitudes. Se formularon 30 preguntas para establecer las prácticas de los adolescentes, 14 de ellas sobre construcción de ciudadanía y 16 sobre el ejercicio de su sexualidad.

Se obtuvo el aval de la institución para la aplicación de las encuestas a los estudiantes, ya que ésta hace parte de los planteles educativos en los que desea hacer el diagnóstico situacional para la implementación del PESCC. No se solicitó el consentimiento de los padres de familia, pues según lo establecido por el código de Infancia y Adolescencia, los adolescentes son personas autónomas frente a su sexualidad.

La recolección de información en la institución educativa se realizó acudiendo en los horarios concertados con el coordinador de cada jornada para ingresar a cada una de las aulas de clase. Se explicó el alcance y los objetivos del proyecto, los aspectos éticos y la forma de diligenciar el cuestionario previo manifiesto de consentimiento informado.

Cada uno de los cuestionarios fue revisado por el grupo de investigación antes de retirarse del sitio para garantizar que los datos quedaran completos.

La escala de medición para la variable conocimientos fue la siguiente:

- Excelente: 37 a 40 preguntas acertadas
- Bueno: 31 a 36 preguntas acertadas
- Regular: 25 a 30 preguntas acertadas
- Malo: menos de 25 preguntas acertadas

Para efectos del análisis los resultados se agruparon éstas escalas, de la siguiente manera:

- Buenos conocimientos: 31 a 40 preguntas acertadas.

- Malos conocimientos: menos de 30 preguntas acertadas

La escala de medición para la variable actitudes fue la siguiente:

- Actitud muy positiva: 37 a 40 actitudes acertadas
- Actitud positiva : 31 a 36 actitudes acertadas
- Actitud algo negativa: 25 a 30 actitudes acertadas
- Actitud muy negativa: menos de 25 actitudes acertadas

Para efectos del análisis los resultados se agruparon éstas escalas, de la siguiente manera:

- Actitud positiva: 31 a 40 preguntas acertadas
- Actitud negativa: menos 30 preguntas acertadas

La escala de medición para la variable prácticas en construcción de ciudadanía fue la siguiente:

- Buenas prácticas: 10 a 14 preguntas acertadas
- Malas prácticas: menos de 9 preguntas acertadas

2.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el paquete estadístico STATA V.10, a las variables cualitativas y cuantitativas se les realizó distribución por frecuencias, mientras que a las variables cuantitativas además se les realizó estadística descriptiva (mediante el cálculo de las medidas de tendencia central).

Se determinó si existe relación entre las variables: conocimientos, actitudes y prácticas con las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio, mediante el cálculo de la significancia estadística con $p < 0.05$ y el nivel de asociación con el cálculo de OR y el intervalo de confianza al 95%.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Prevalcieron los principios éticos de universalidad, respeto y beneficencia para conservar la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio.

- Se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación.
- Se respetó el derecho del individuo a ser parte de la investigación y renunciar en el momento en que lo considerara necesario.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL

Del total de la población sujeto de estudio el 61% (317/523) eran hombres. El rango de edades fue 12 a 19 años con una edad promedio de 15 años. El 36% (188/523) cursaban el grado octavo y el 33% (170/523) el grado noveno. El 77% (505/523) procedían de la ciudad de Popayán. El 98% (515/523) residían en la zona urbana. El 36% (190/523) pertenecían al estrato socioeconómico uno, y 35% (185/523) al estrato dos. El 50% (264/523) convivían dentro de un núcleo familiar completo, y el 21% (111/523) en un núcleo familiar incompleto representado por la figura materna. El 66% (345/523) eran católicos. El 81% (421/523) estaban afiliados al SGSSS, de ellos el 57% (238/523) pertenecían al régimen subsidiado. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.

| | n | % |
|--------------------|-----|----|
| GENERO | | |
| Masculino | 317 | 61 |
| Femenino | 206 | 39 |
| EDAD | | |
| < 14 años | 200 | 38 |
| 15-19 años | 323 | 62 |
| Edad Mínima: 12 | | |
| Edad Máxima: 19 | | |
| Promedio:15 | | |
| GRADO | | |
| Octavo | 188 | 36 |
| Noveno | 170 | 33 |
| Décimo | 165 | 32 |
| PROCEDENCIA | | |
| Popayán | 505 | 77 |
| Otros | 118 | 23 |

Tabla 1. (Continuación)

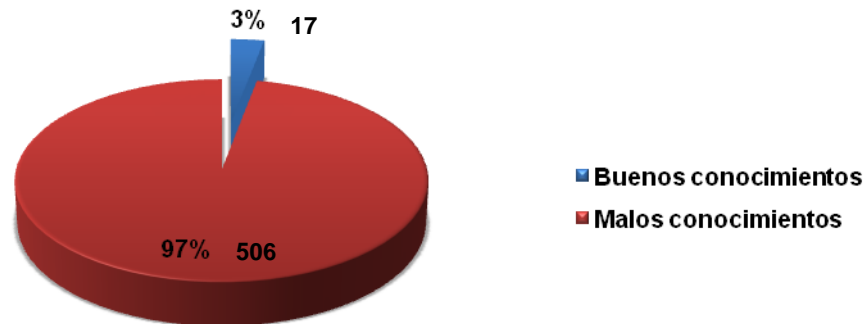
| | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| ZONA DE RESIDENCIA | | |
| Urbana | 515 | 98 |
| Rural | 8 | 2 |
| ESTRATO | | |
| Uno | 190 | 36 |
| Dos | 185 | 35 |
| Tres | 108 | 21 |
| CONVIVENCIA | | |
| Padre, madre y hnos | 264 | 50 |
| Madre y hnos | 111 | 21 |
| RELIGIÓN | | |
| Católica | 345 | 66 |
| Cristiana | 87 | 17 |
| Ninguna | 76 | 15 |
| AFILIACIÓN AL SGSSS | | |
| Si | 421 | 81 |
| No | 102 | 19 |
| RÉGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSSS | | |
| Subsidiado | 238 | 57 |
| Contributivo | 183 | 43 |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán - 2009

3.2 CONOCIMIENTOS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Al evaluar los conocimientos de los estudiantes se encontró que el 97% (506/523) poseen malos conocimientos en sexualidad, ciudadanía y SSR. (Ver Figura 1).

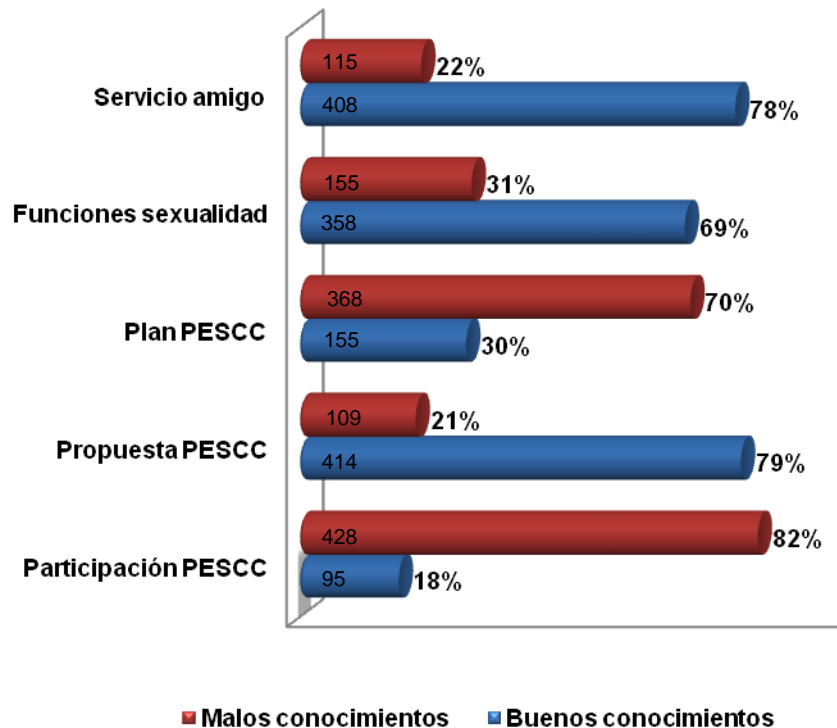
Figura 1. Conocimientos en construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán - 2009

Con respecto al conocimiento sobre PESCC, la mayoría de los estudiantes conoce la propuesta de educación para la sexualidad, las funciones que integran la sexualidad y el concepto del servicio de salud amigo. El 82% (428/523) no saben que los profesores y directivos no son los únicos que aportan y participan en el PESCC y el 70% (368/523) no saben que ellos también participan en la planeación de la educación para la sexualidad junto con los directivos, profesores y padres de familia. (Ver Figura 2).

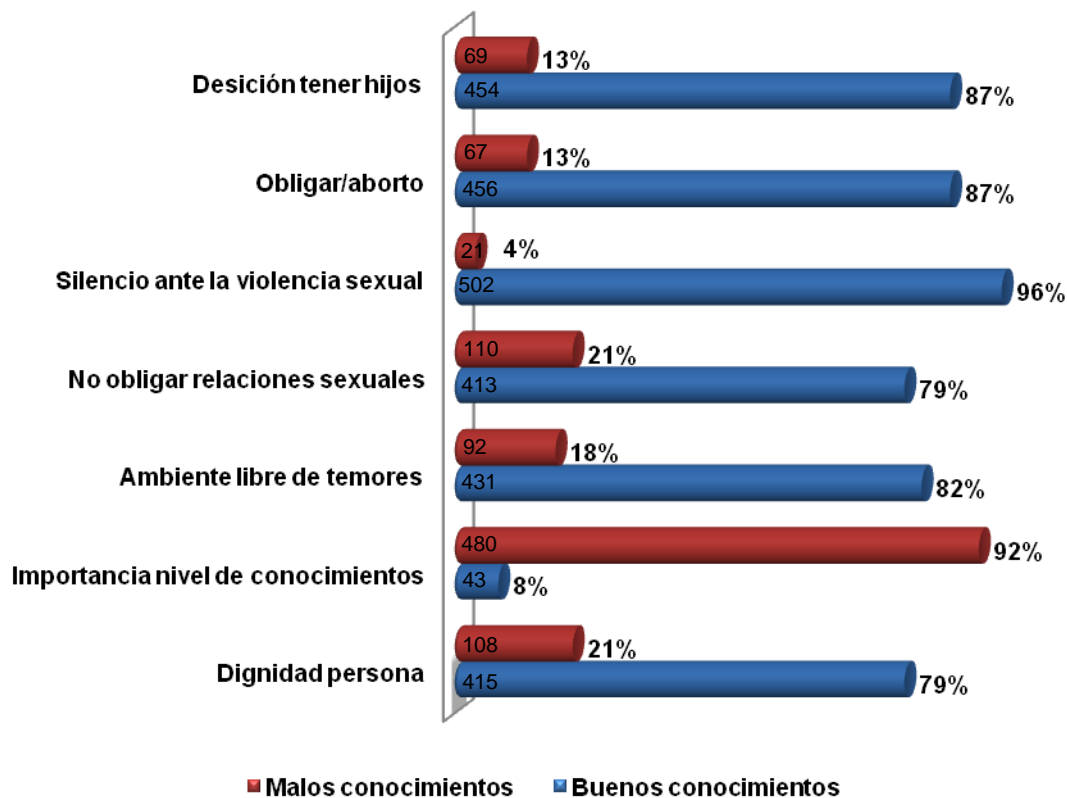
Figura 2. Conocimientos sobre el PESCC en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán - 2009

Con relación al conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, la mayoría de los estudiantes conocen sus derechos y el fundamento de estos. El mayor porcentaje de respuestas incorrectas, se obtuvo en lo relativo a la pregunta “Para el ejercicio saludable de mi sexualidad los mas importante es que yo tenga un buen nivel de conocimientos” donde el 92% (480/523) considera que lo más importante para el ejercicio saludable de su sexualidad es tener un buen nivel de conocimientos. (Ver Figura 3).

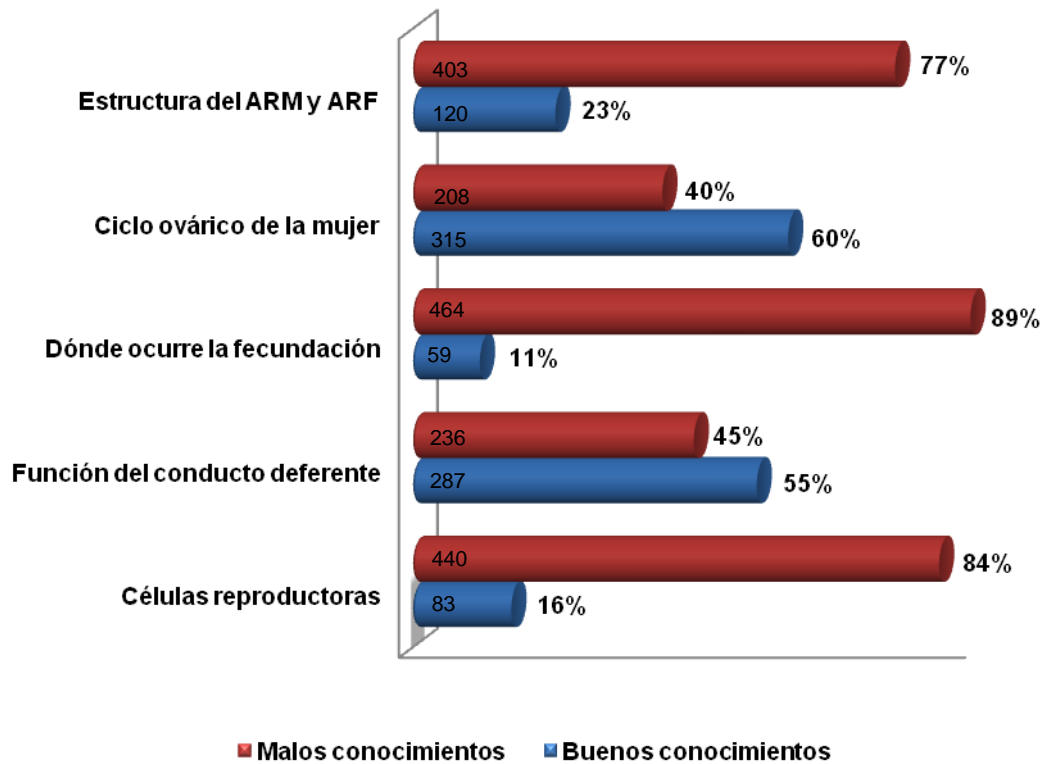
Figura 3. Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán - 2009

Con respecto al conocimiento sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, el 84% (440/523) desconocen cuáles son las células reproductoras masculina y femenina, el 89% (464/523) no saben dónde ocurre la fecundación y el 77% (403/523) no conocen cuál es la estructura interna del aparato reproductor masculino y femenino. (Ver Figura 4).

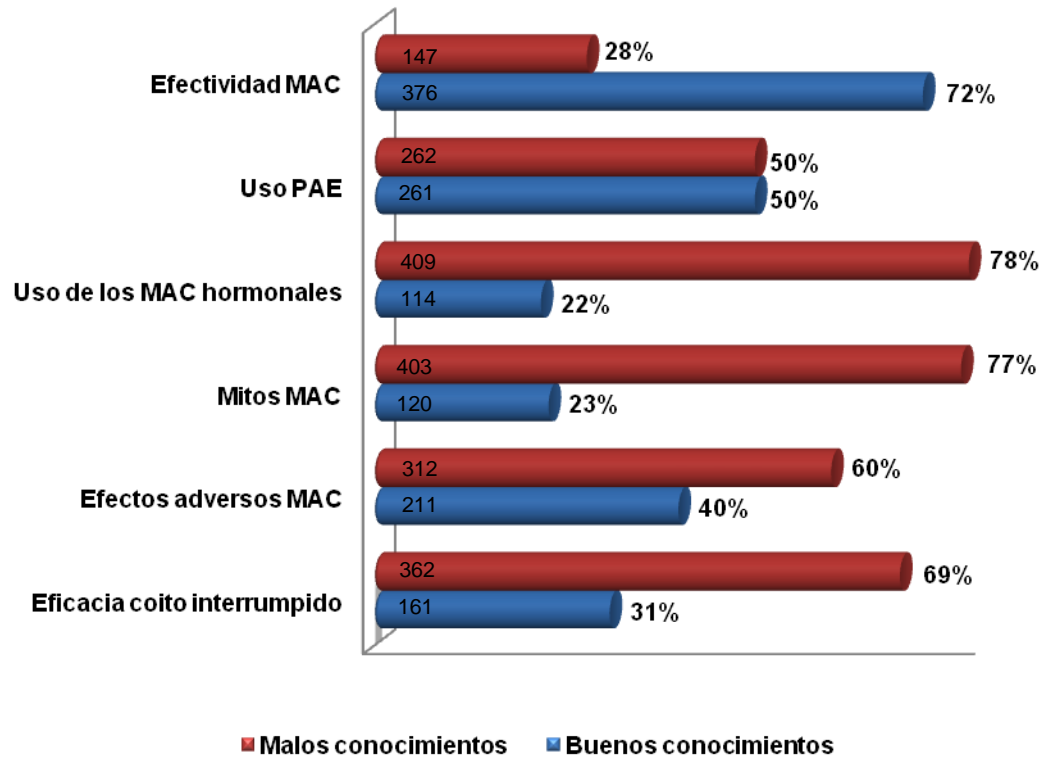
Figura 4. Conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán - 2009

Acerca de los Métodos Anticonceptivos (MAC), el 69% (362/523) desconocen la eficacia del coito interrumpido, el 60% (322/523) no saben cuáles son los efectos adversos de los métodos anticonceptivos, el 77% (403/523) tienen mitos sobre el uso de los mismos, el 78% (409/523) desconocen el uso correcto de los métodos anticonceptivos hormonales y el 50% (262/523) ignoran cuándo y en qué circunstancias se debe usar la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE). (Ver Figura 5).

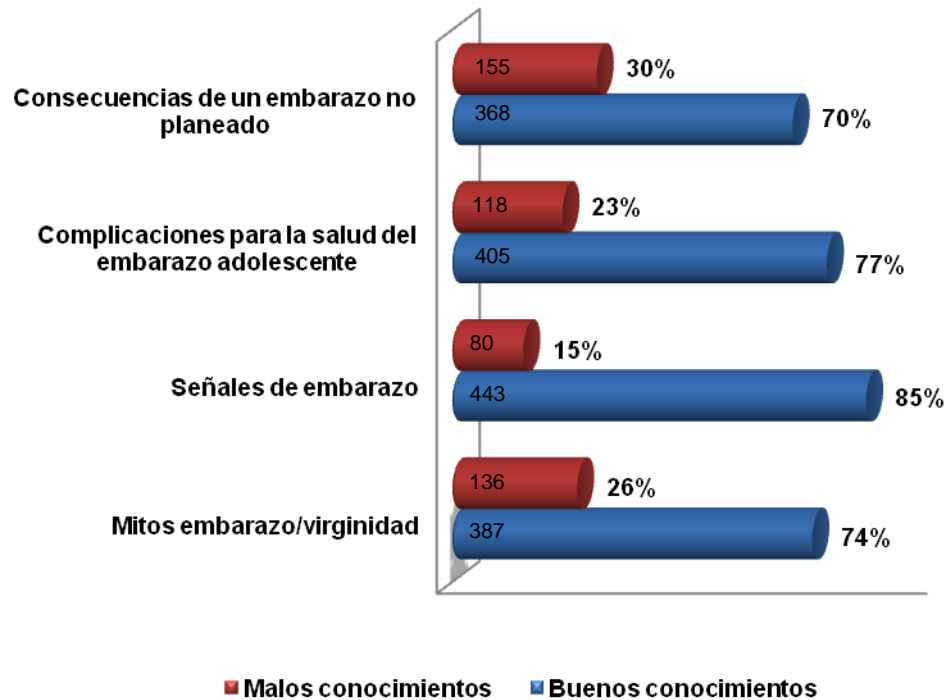
Figura 5. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Con respecto a los temas de embarazo, la mayoría de los estudiantes son conscientes que en la primera relación sexual se corre el riesgo de quedar en embarazo, reconocen las señales características de la gestación, identifican las complicaciones y consecuencias de un embarazo no planeado. (Ver Figura 6).

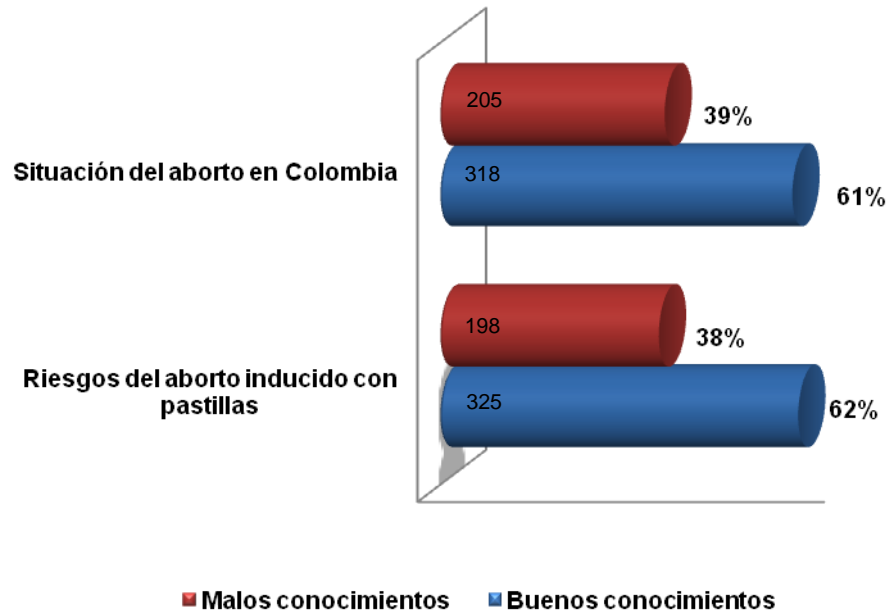
Figura 6. Conocimientos sobre embarazo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Con relación al aborto, el 38% (198/523) desconocen los riesgos del aborto inducido y el 39% (205/523) los aspectos legales relacionados con el aborto. (Ver Figura 7).

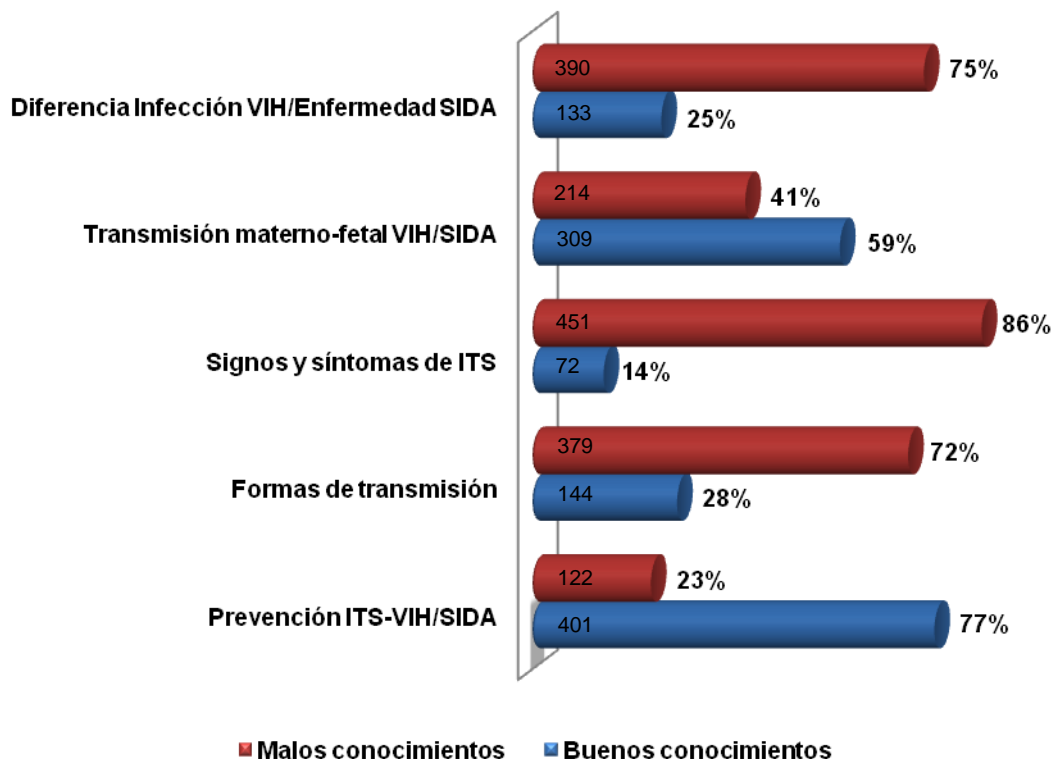
Figura 7. Conocimientos sobre aborto en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Sobre ITS-VIH/SIDA la mayoría reconoce al preservativo como método para evitar el contagio de ITS-VIH/SIDA y la transmisión materno-fetal del VIH/SIDA. El 72% (379/523) desconoce cómo se transmiten las ITS y el VIH/SIDA, el 86% (451/523) no saben los signos y síntomas de las ITS y el 75% (390/523) desconocen la diferencia entre ser portador del VIH y padecer el SIDA. (Ver Figura 8).

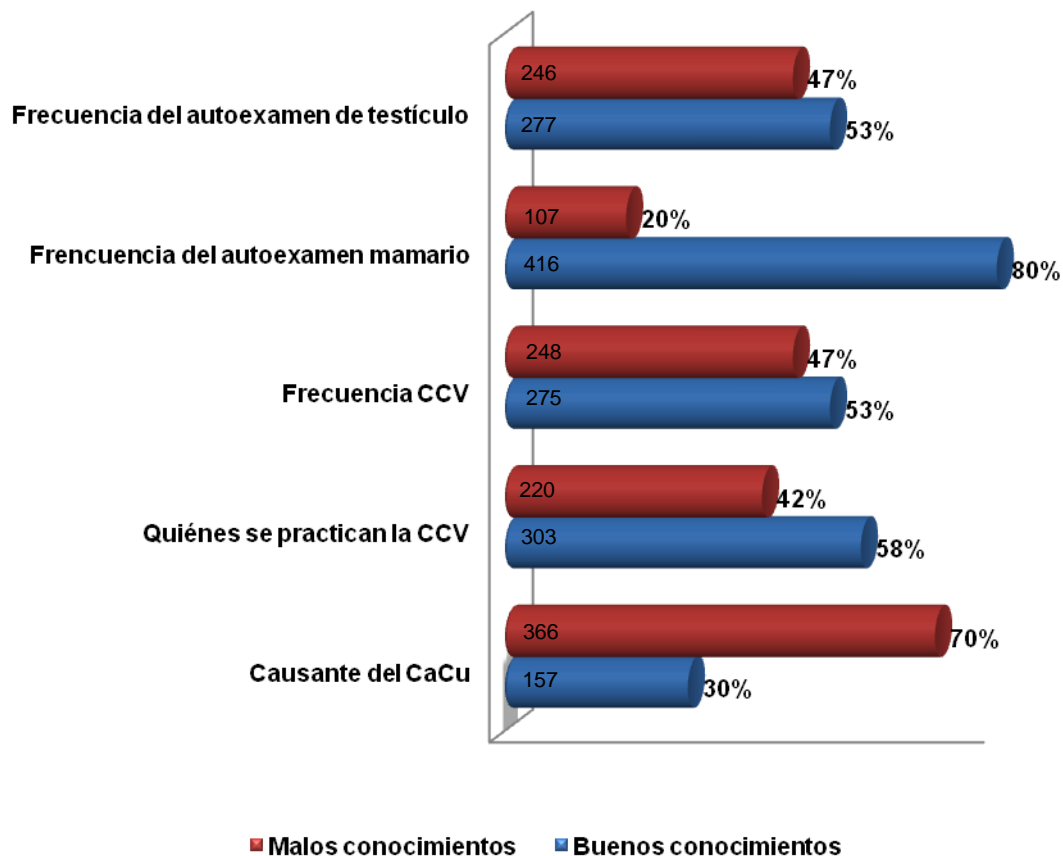
Figura 8. Conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Relativo a la prevención del cáncer del aparato reproductor masculino y femenino, la mayoría saben que toda mujer que haya iniciado su vida sexual debe practicarse la citología cérvico-vaginal anualmente, y que además para prevenir el cáncer de mama y testículo, el autoexamen se debe realizar una vez al mes. El 70% desconoce que el Virus del Papiloma Humano (HPV) es el causante del cáncer de cuello uterino (CaCu). (Ver figura 9).

Figura 9. Conocimientos sobre prevención de cáncer del aparato reproductor masculino y femenino en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.

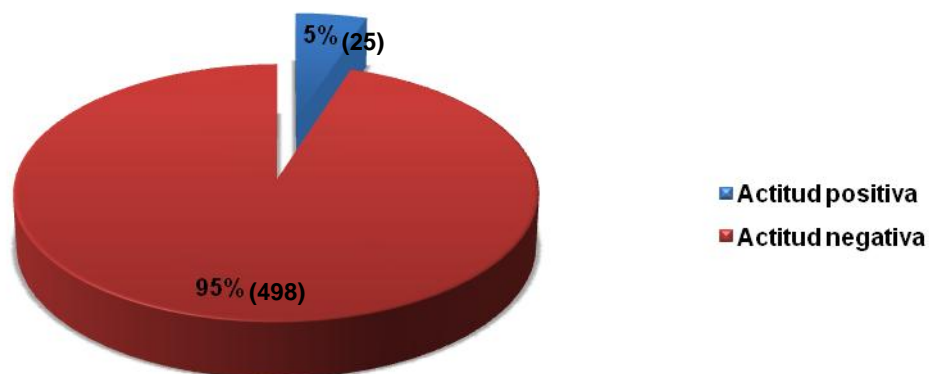


Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

3.3 ACTITUDES FRENTE A CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 95% (498/523) de los estudiantes tiene actitudes negativas frente a sexualidad, ciudadanía y SSR. (Ver Figura 10).

Figura 10. Actitudes frente a construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Tabla 2. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de convivencia y paz. Popayán, 2009. (N=523).

| Convivencia y paz | n | % |
|---|-----|-----|
| Se sienten incómodos si sus padres o hermanos les preguntan acerca de sus relaciones de pareja. | 446 | 85% |
| Si hay problemas o dificultades prefieres acudir a los amigos o compañeros de clase porque creen que en ellos se puede confiar. | 345 | 66% |
| Sienten pena al hablar o participar en discusiones relacionadas con la SSR. | 314 | 60% |
| Prefieren callar si están en desacuerdo con su profesor. | 362 | 69% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Tabla 3. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de participación y responsabilidad democrática. Popayán, 2009. (N=523).

| Participación y responsabilidad democrática | n | % |
|---|----------|----------|
| Actitud negativa frente al trabajo en grupo y estudiar en compañía de otros compañeros. | 338 | 64% |
| El debate en grupo no enriquece su punto de vista. | 299 | 57% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Tabla 4. Actitud negativa de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de pluralidad, identidad y valoración de las diferencias. Popayán, 2009. (N=523).

| Pluralidad, identidad y valoración de las diferencias | n | % |
|--|----------|----------|
| Actitud negativa frente a estudiar con un compañero homosexual. | 280 | 54% |
| No invitarían a comer a su casa a una persona infectada con VIH. | 390 | 75% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Tabla 5. Actitud de los estudiantes frente a su salud sexual y reproductiva. Popayán, 2009. (N=523)

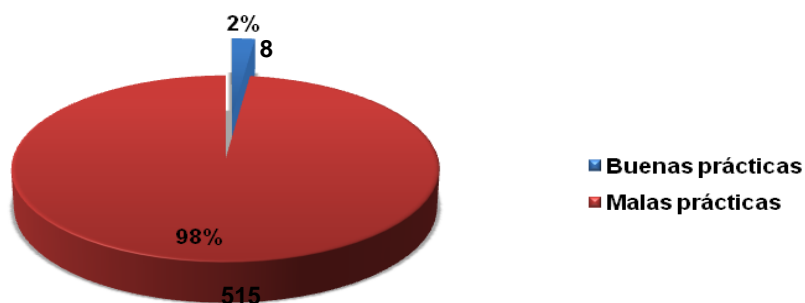
| Salud Sexual y Reproductiva | n | % |
|--|----------|----------|
| El uso del preservativo en una relación sexual disminuye el placer sexual. | 358 | 69% |
| Lo más importante de una relación sexual es que haya penetración. | 367 | 70% |
| La abstinencia no es la forma más segura para evitar riesgos en la SSR. | 366 | 70% |
| Frente a un embarazo no deseado, una mujer puede abortar ya que es libre de sus actos. | 262 | 50% |
| Los Métodos anticonceptivos no producen efectos benéficos para la salud de la mujer que los usa. | 379 | 72% |
| La píldora anticonceptiva de emergencia no debe utilizarse porque es abortiva. | 366 | 70% |
| Si una mujer usa Métodos anticonceptivos desde muy joven puede quedar estéril. | 451 | 86% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

3.4 PRÁCTICAS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En general, el 98% (515/523) poseen malas prácticas con respecto a sexualidad y construcción de ciudadanía. (Ver Figura 11).

Figura 11. Prácticas en construcción de ciudadanía y SSR en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

3.4.1 Prácticas en construcción de ciudadanía: competencias ciudadanas

- Convivencia y Paz:

Tabla 6. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de convivencia y paz. Popayán, 2009. (N=523)

| Convivencia y paz | n | % |
|--|-----|-----|
| No buscan ayuda de sus padres o profesores cuando se sienten desorientados o con problemas. | 418 | 80% |
| Si están en desacuerdo con sus padres no se dirigen hacia ellos con respeto para hacer entender su punto de vista. | 320 | 61% |
| Cuando sienten rabia no se detienen a pensar el por qué de sus sentimientos. | 396 | 76% |
| Pierden el control de sí mismos cuando tiene rabia y no miden sus consecuencias. | 358 | 68% |
| No aceptan de buena forma las críticas constructivas. | 400 | 77% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

- Participación y responsabilidad democrática

Tabla 7. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de participación y responsabilidad democrática. Popayán, 2009. (N=523)

| Participación y responsabilidad democrática | n | % |
|--|----------|----------|
| No dialogan con sus padres y/o profesores acerca de sexualidad. | 469 | 90% |
| No aceptan el diálogo abierto acerca de la sexualidad en su institución educativa. | 483 | 92% |
| Tiene dificultad para estudiar con otros compañeros y realizar trabajos en grupo. | 268 | 51% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

- Pluralidad, identidad y valoración de las diferencias

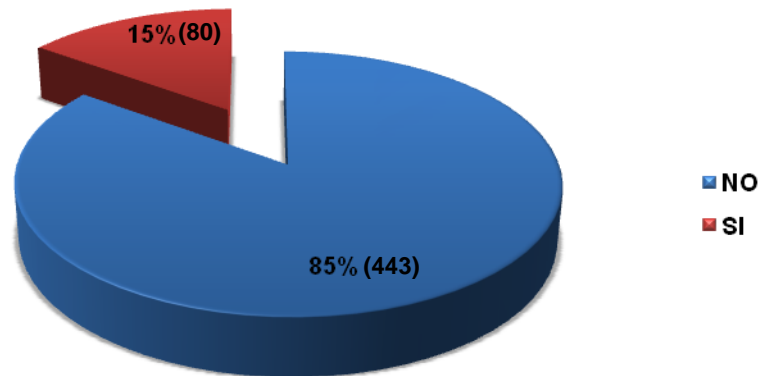
Tabla 8. Malas prácticas de los estudiantes frente a la competencia ciudadana de pluralidad, identidad y valoración de las diferencias. Popayán, 2009. (N=523)

| Pluralidad, identidad y valoración de las diferencias | n | % |
|--|----------|----------|
| Aceptan las situaciones de discriminación a las personas homosexuales. | 392 | 90% |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

- Prácticas en salud sexual y reproductiva: El 85% (443/523) no han utilizado el servicio de salud amigo para adolescentes y jóvenes. (Ver Figura 12)

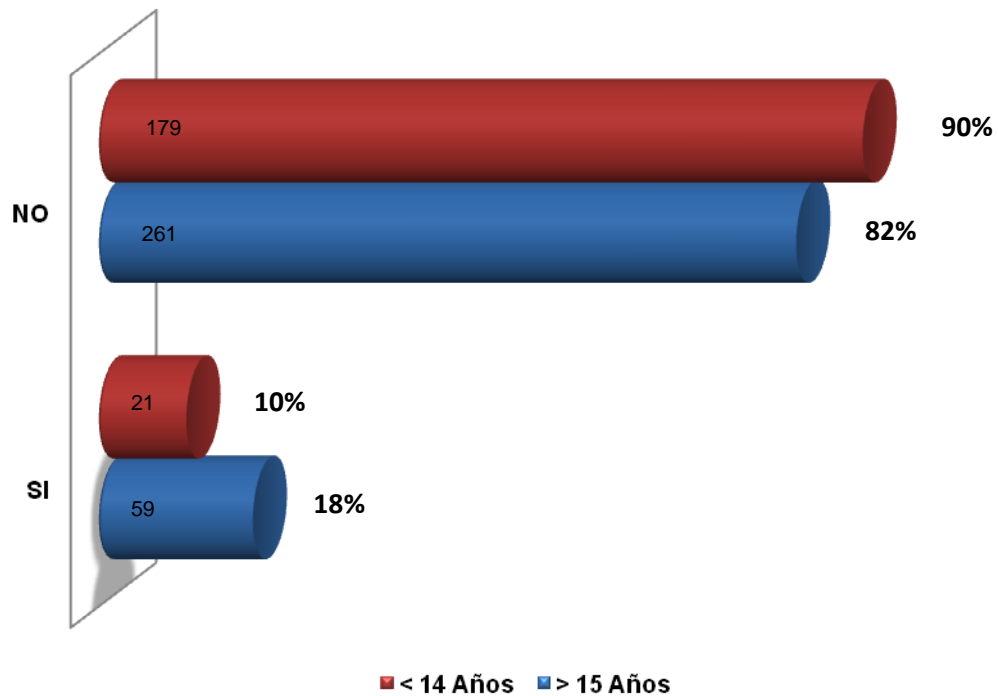
Figura 12. Uso del servicio de salud amigo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes no han asistido al servicio de salud amigo con relación a la edad la mayor prevalencia se encontró en los menores de 14 años con un 90% (179/200) frente, a los mayores de 14 años con un 82% (261/323). Si se encontraron diferencias significativas, $p=0.016$. Los menores de 14 años tiene 1.9 veces menos posibilidad de usar el servicio de salud amigo que los mayores de 14 años. OR 1.9 IC 95% [1.11 – 3.24]. (Ver Figura 13).

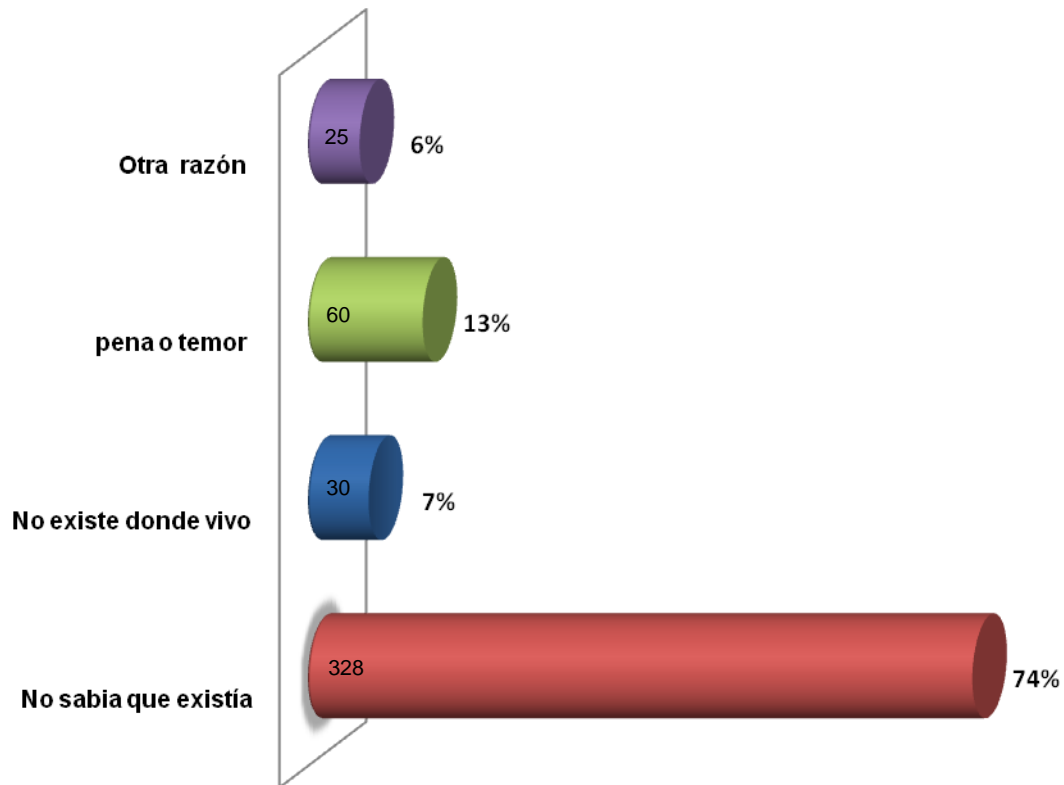
Figura 13. Uso del Servicio de Salud Amigo según edad en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

El 74% (328/443) de los estudiantes no han asistido al servicio de salud amigo por que no sabían que existían y el 13% (60/443) por pena o temor. (Ver Figura 14).

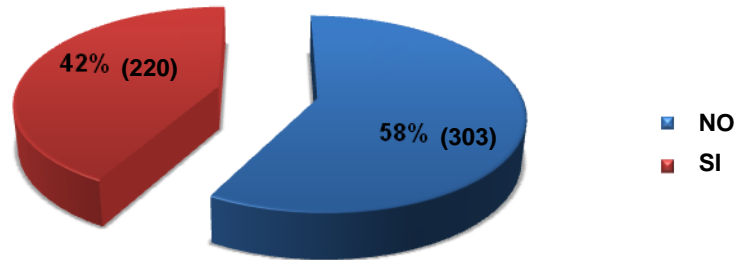
Figura 14. Razones para no usar el servicio de salud amigo en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

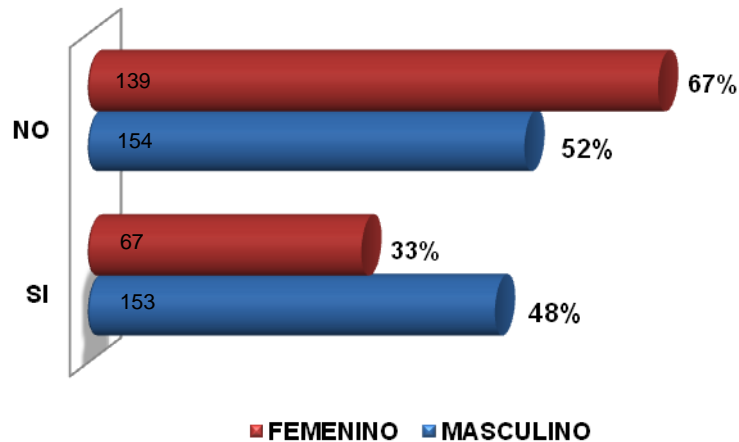
El 42% (220/523) iniciaron su vida sexual. (Ver figura 15). De quienes iniciaron una vida sexual con relación al género la mayor prevalencia se encontró en el género masculino con un 48% (153/317) frente a las mujeres con un 33% (67/206). Si se encontraron diferencias significativas, $p=0.000$. Las mujeres tiene 0.51 veces menos posibilidad de iniciar relaciones sexuales con relación a los hombres, OR 0.51 IC 95% [0.34-0.74]. (Ver Figura 16).

Figura 15. Inicio de vida sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

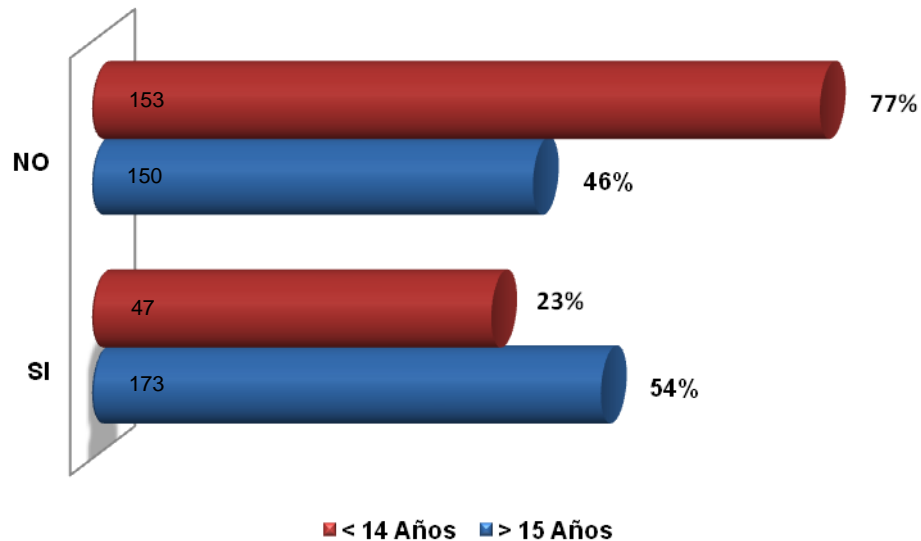
Figura 16. Inicio de Vida Sexual según género en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes iniciaron vida sexual con relación a la edad, la mayor prevalencia se encontró en los mayores de 14 años con un 54% (173/323) frente, a los menores de 14 años con un 23% (47/200). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.016$. Los menores de 14 años tiene 0.26 veces menos posibilidad de iniciar la vida sexual que los mayores de 14 años. OR 0.26, IC 95% [1.79 – 3.94]. (Ver Figura 17).

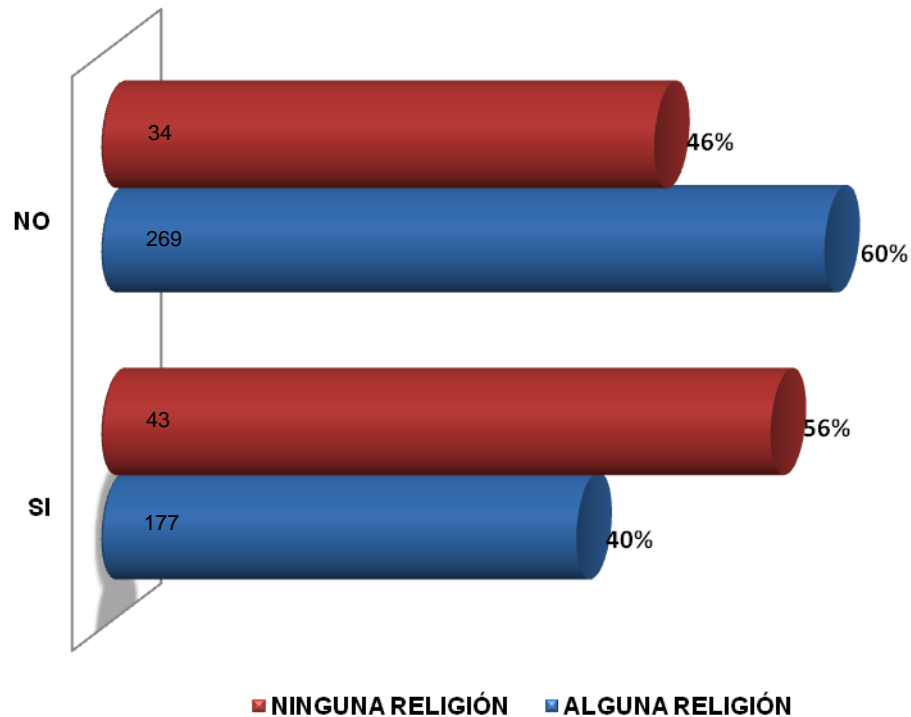
Figura 17. Inicio de Vida Sexual según edad en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes iniciaron la vida sexual con relación a la religión, la mayor prevalencia se encontró en quienes no practican ninguna con un 56% (43/77) frente a los estudiantes que practican alguna doctrina religiosa. Se encontraron diferencias significativas, $p=0.008$. Los estudiantes que no practican ninguna religión tienen 1.9 veces más posibilidades de iniciar la vida sexual en comparación con que los que practican alguna religión OR 1.9, IC 95% [1.17 – 3.13]. (Ver Figura 18).

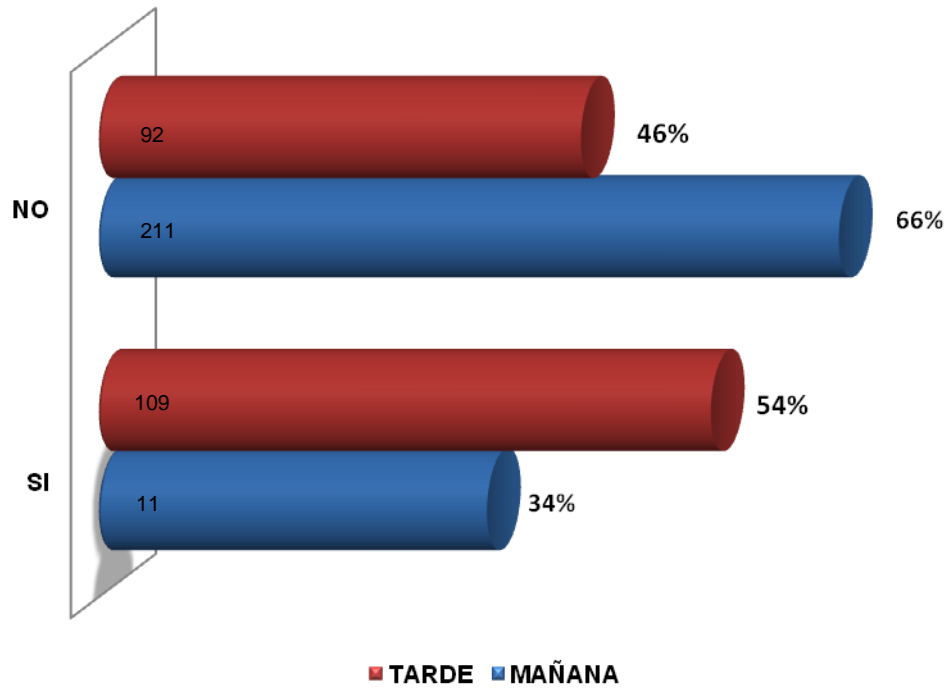
Figura 18. Inicio de Vida Sexual según religión en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes iniciaron vida sexual con relación a la jornada, la mayor prevalencia se encontró en la jornada de la tarde con un 54% (109/201) frente a la jornada de la mañana con un 34% (11/322). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.000$. Los estudiantes de la jornada de la tarde tienen 2.25 veces más posibilidad de iniciar la vida sexual que los estudiantes de la jornada de la mañana. OR 2.25, IC 95% [1.57–3.22]. (Ver Figura 19).

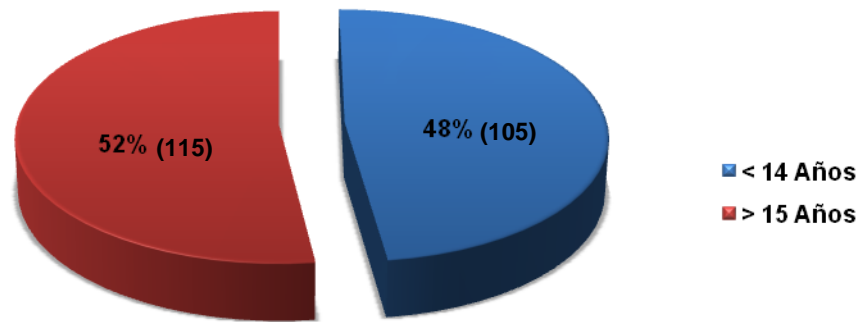
Figura 19. Inicio de Vida Sexual según jornada en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

El 52% (115/220) de los estudiantes iniciaron su vida sexual a los 15 años de edad o más, siendo el promedio de edad de 14 años. (Mínima: 8 años; Máxima: 17 años). (Ver Figura 20).

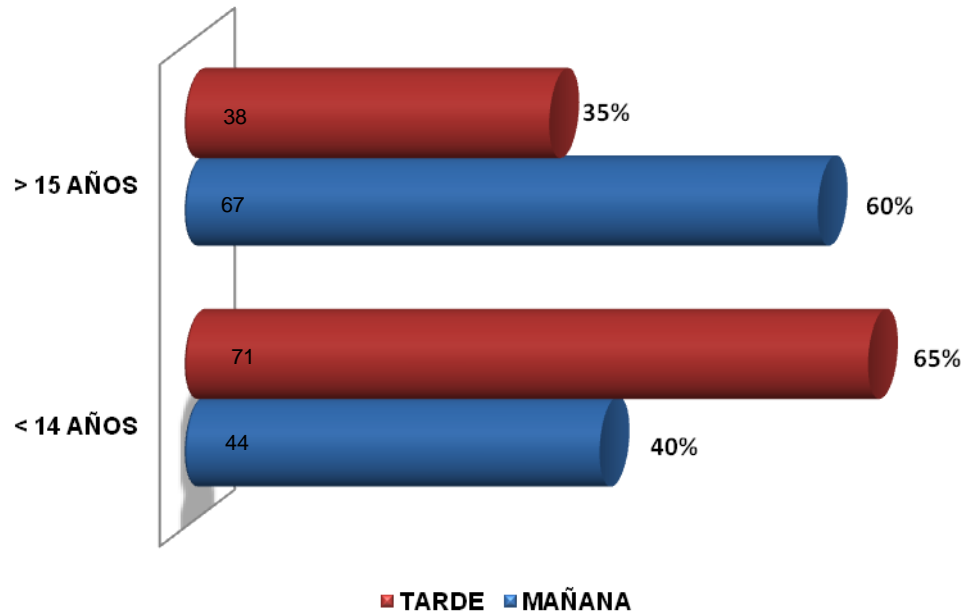
Figura 20. Edad de inicio de Vida Sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes iniciaron la vida sexual antes de los 14 años, la mayor prevalencia se encontró en la jornada de la tarde con un 65% (71/109) frente a la jornada de la mañana con un 40% (44/111). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.000$. Los estudiantes de la jornada de la tarde tienen 2.85 veces más posibilidad de iniciar la vida sexual antes de los 14 años que los de la jornada de la mañana OR 2.85, IC 95% [1.64 – 4.91]. (Ver Figura 21).

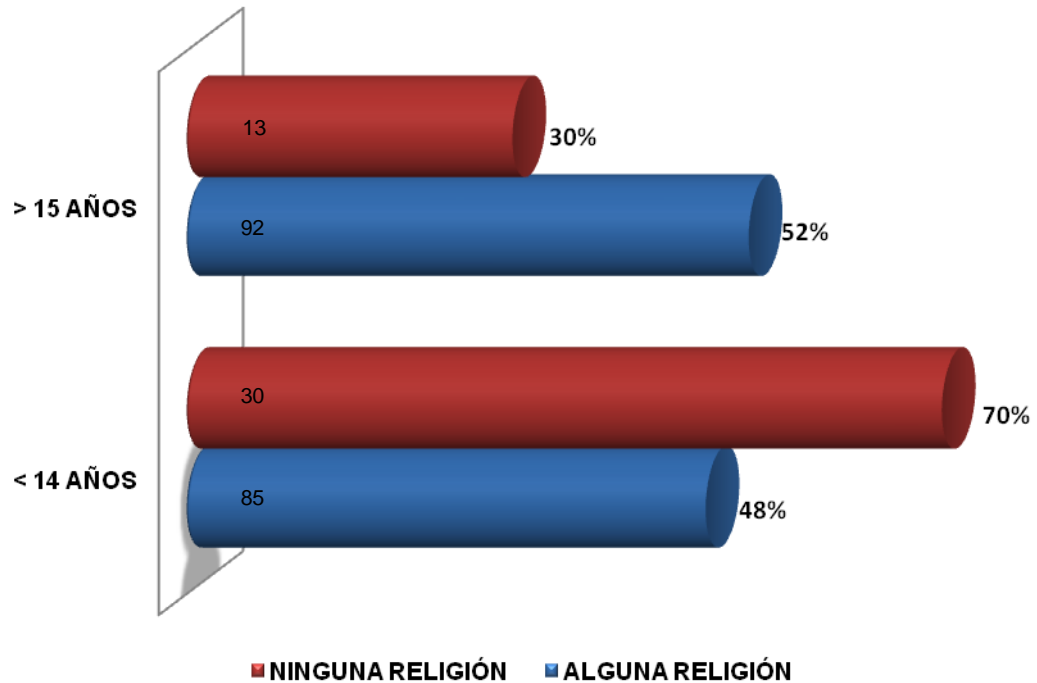
Figura 21. Edad de inicio de vida sexual según jornada en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

De quienes iniciaron su vida sexual antes de los catorce años con relación a la religión, la mayor prevalencia se encontró en los que no practican ninguna religión con 70% (30/43) frente a los que practican alguna religión con un 48% (85/177). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.010$. Los estudiantes que no practican ninguna religión tienen 2.49 veces más posibilidad de iniciar la vida sexual antes de los catorce años, con relación a los que practican alguna religión. OR 2.49, IC95% [1.22 – 5.10]. (Ver Figura 22).

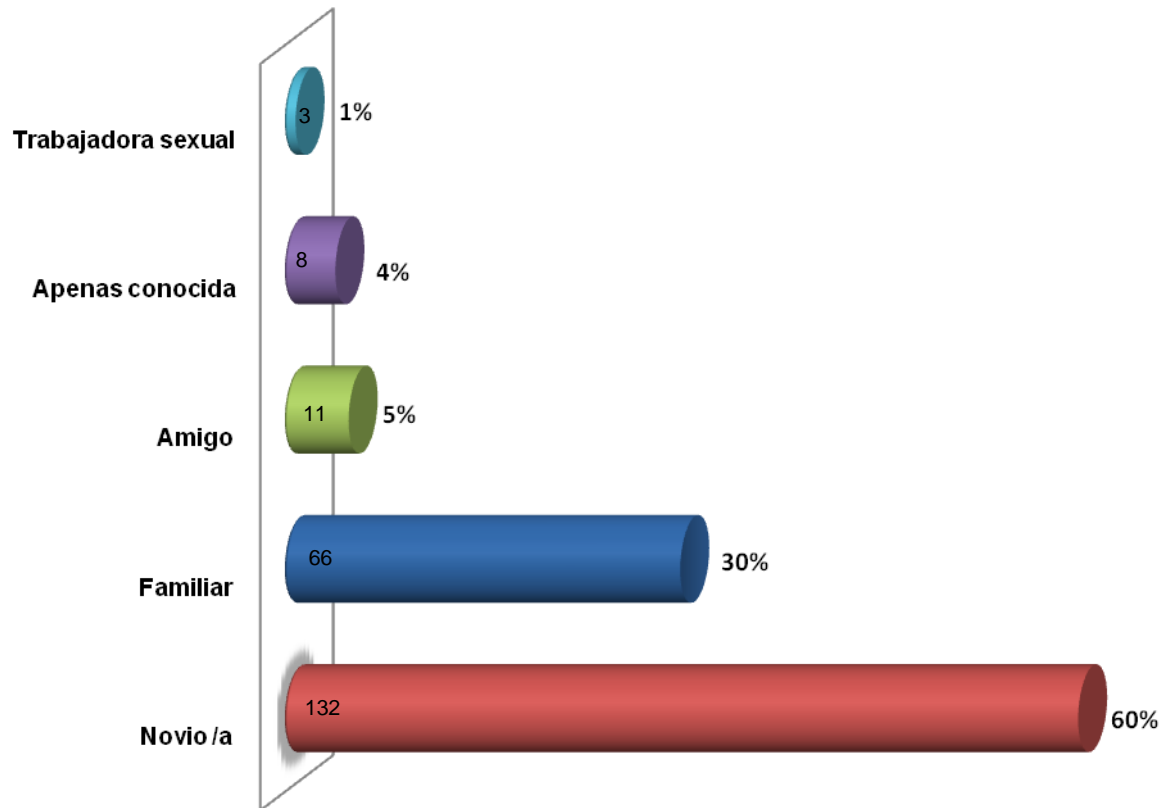
Figura 22. Edad de inicio de vida sexual según religión en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

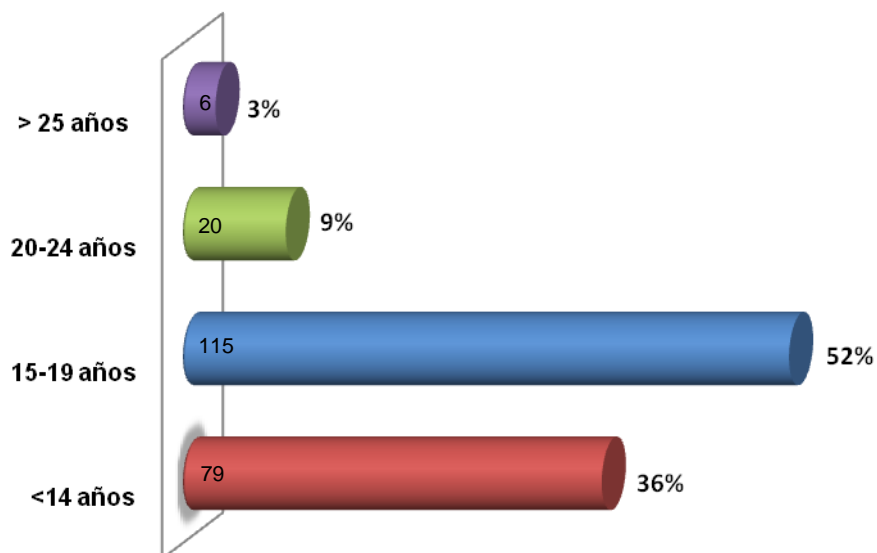
El 60% (132/220) de los estudiantes tuvieron su primera relación sexual con su novio (a) y el 30% (66/220) con un familiar. (Ver Figura 23). El primer compañero sexual tenía una edad entre 15 y 19 años con un 52% (115/220), con un promedio de edad de 16 años. (Ver figura 24). El 60% (40/67) de las mujeres iniciaron su vida sexual motivadas por el amor, mientras que el 48% (36/153) de los hombres por deseo y el 25% (38/153) por curiosidad. (Ver Tabla 9).

Figura 23. Persona con quien se inicio la vida sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Figura 24. Edad del primer compañero sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

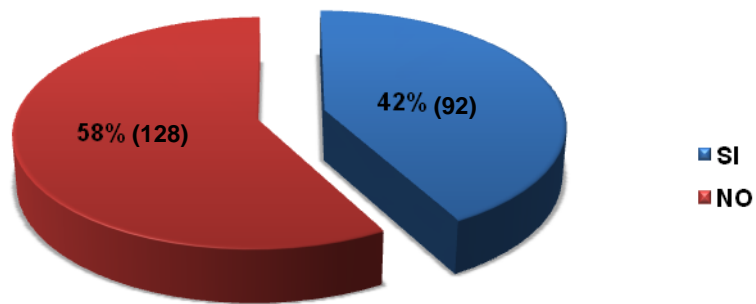
Tabla 9. Motivo para iniciar la vida sexual según género en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.

| | Hombres | | Mujeres | |
|-----------------------|---------|----|---------|----|
| | n | % | n | % |
| Amor | 36 | 24 | 40 | 60 |
| Deseo | 74 | 48 | 13 | 19 |
| Curiosidad | 38 | 25 | 11 | 16 |
| Presión del novio | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Presión de los amigos | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Dinero | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Otra Razón | 0 | 0 | 1 | 1 |

Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

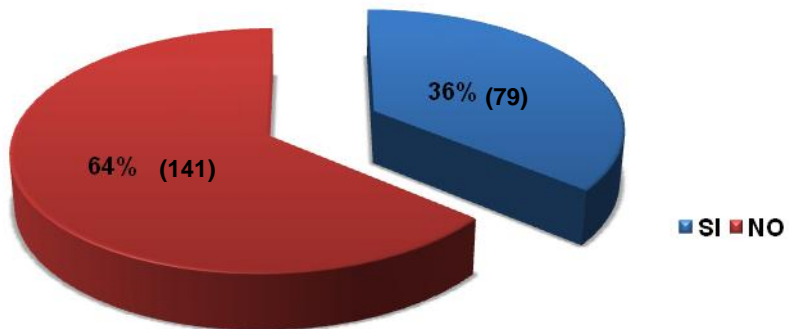
El 58% (128/220) de los estudiantes no utilizaron el preservativo en su primera relación sexual (Ver figura 25) y el 64% (141/220) de ellos no lo usaron en relaciones sexuales posteriores (Ver figura 26). De quienes no usaron el condón en sus relaciones sexuales posteriores con relación al estrato, la mayor prevalencia se encontró en el estrato uno con un 77% (56/69) frente a los demás estratos con un 58% (88/151). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.008$. Los estudiante que pertenecen al estrato socioeconómico 1 tienen 2.37 veces más posibilidades de no usar el condón en sus relaciones sexuales posteriores en comparación con los demás estratos. OR 2.37, IC 95% [1.24 – 4.52]. (Ver Figura 27).

Figura 25. Uso del preservativo en la primera relación sexual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



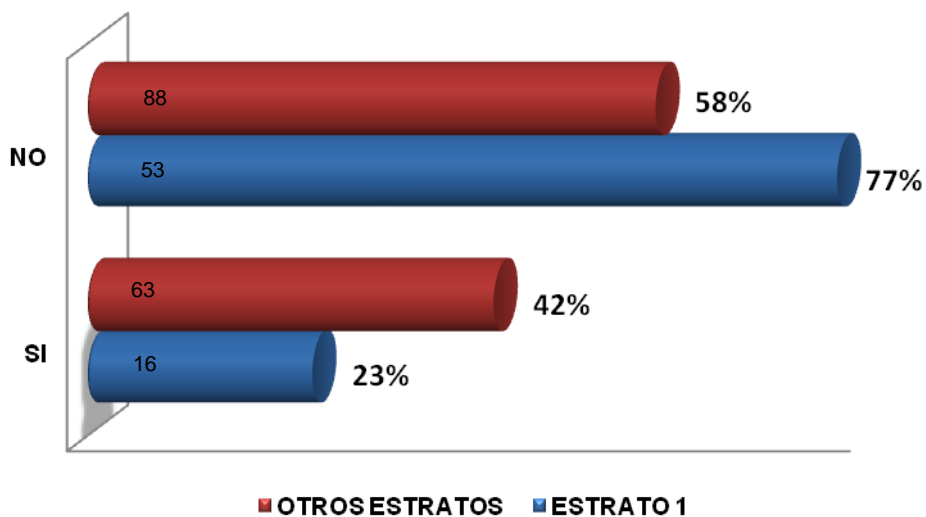
Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Figura 26. Uso del preservativo en relaciones sexuales posteriores en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

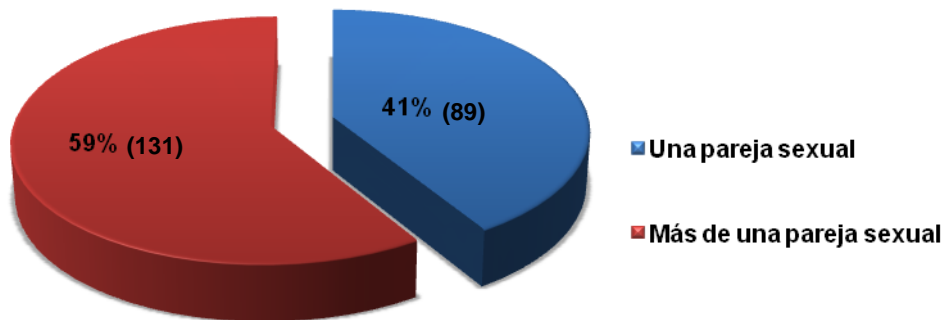
Figura 27. Uso del preservativo en relaciones sexuales posteriores según el estrato en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

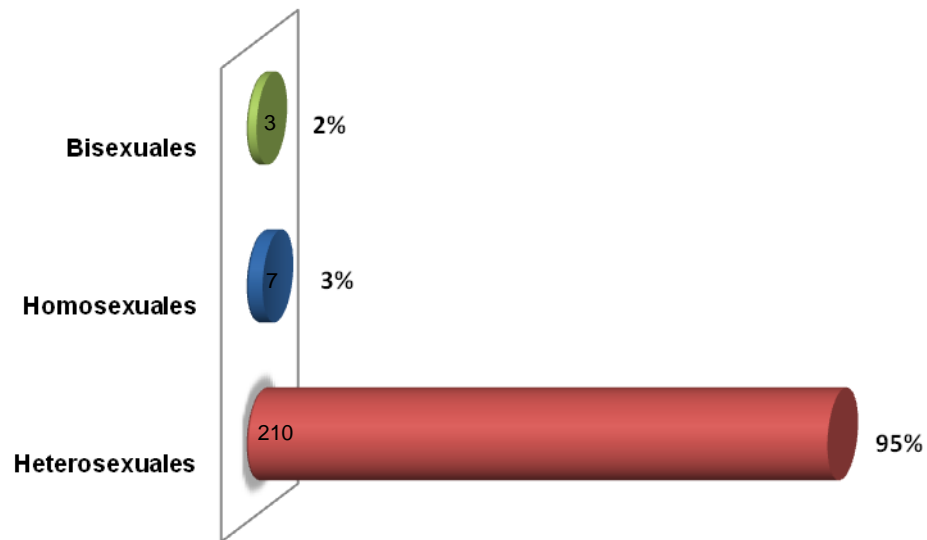
El 59% (131/220) han tenido más de una sola pareja sexual (Ver figura 28). El 95% (210/220) de sus relaciones sexuales fueron de tipo heterosexual (Ver figura 29). El 24% (52/220) han tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y sustancias psicoactivas. (Ver Figura 30).

Figura 28. Número de parejas sexuales en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



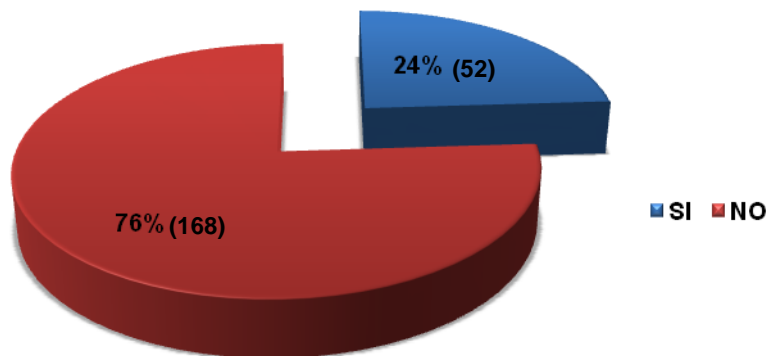
Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Figura 29. Tipo de relaciones sexuales en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

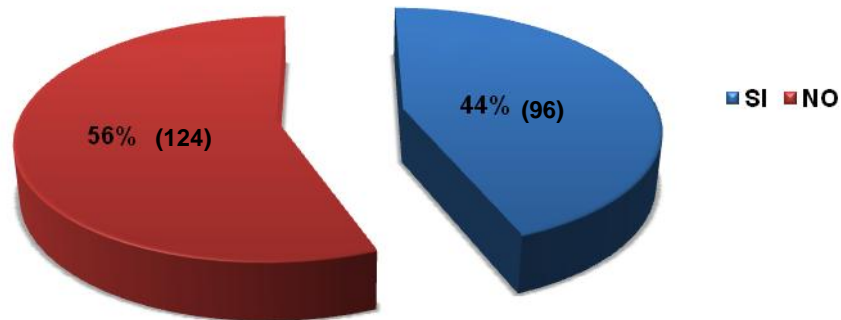
Figura 30. Relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y sustancias psicoactivas en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

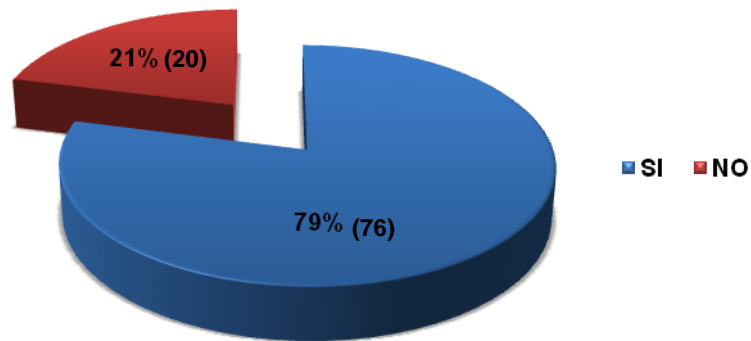
El 44% (96/220) tenían pareja en el momento de la encuesta (Ver figura 31). El 79% (76/96) de ellos utilizaban algún método anticonceptivo (Ver figura 32). De quienes no utilizan métodos anticonceptivos con relación al género, la mayor prevalencia se encontró en la mujeres con un 32% (12/37) frente a los hombres con un 14% (8/59) (Ver figura 33.). Se encontraron diferencias significativas, $p=0.0027$. Las mujeres tienen 3.06 veces más posibilidades de no usar algún método anticonceptivo en comparación con los hombres. OR 3.06, IC 95% [1.10 – 8.43].

Figura 31. Pareja actual en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



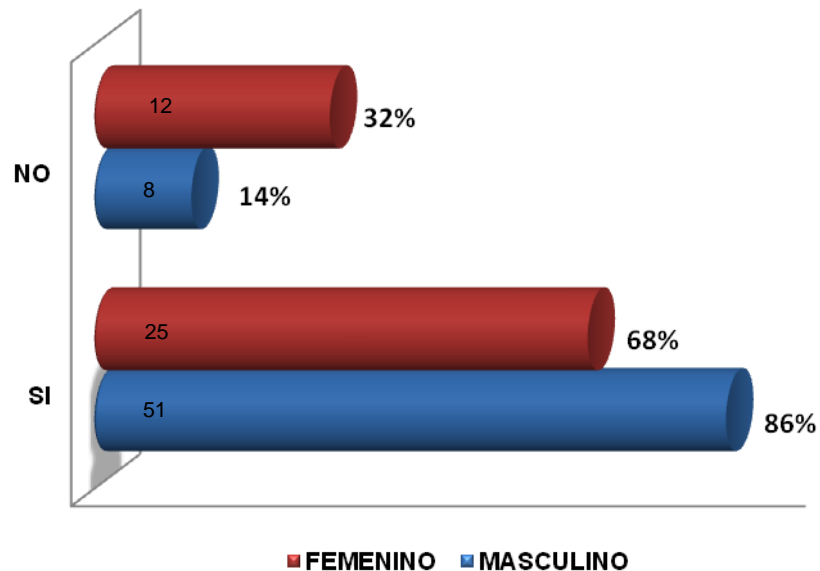
Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Figura 32. Uso de anticonceptivos en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

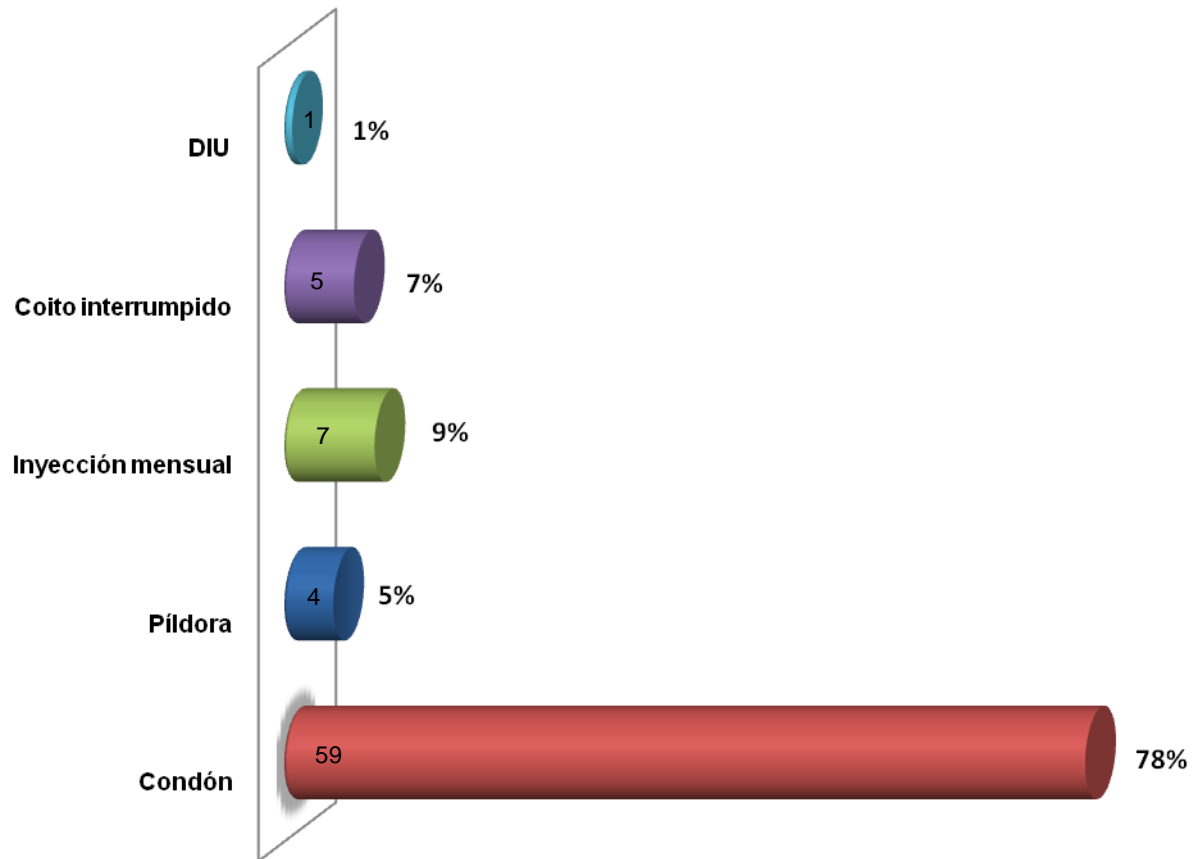
Figura 33. Uso de anticonceptivos según género en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

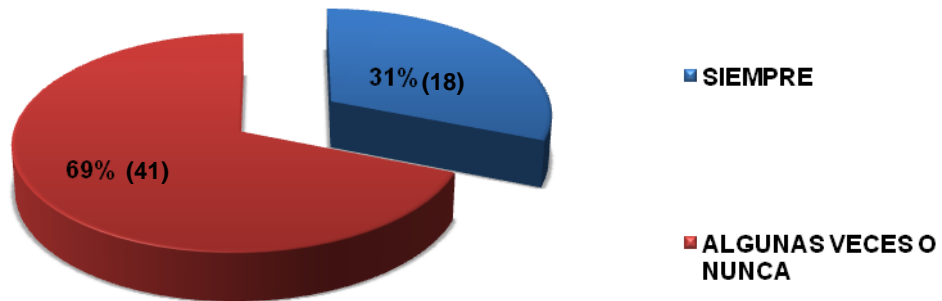
El método anticonceptivo más utilizado por los estudiantes fue el condón con un 78% (59/76) (Ver figura 34). El 69% de ellos (41/59) utilizan el condón algunas veces o nunca. (Ver figura 35).

Figura 34. Método anticonceptivo utilizado en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

Figura 35. Frecuencia del uso del condón en la población estudiantil de la institución educativa. Popayán, 2009.



Fuente: Base de datos Investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en el marco del programa educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en una institución educativa pública. Popayán – 2009

No se encontró relación entre los conocimientos y las actitudes con las características sociodemográficas de los estudiantes.

4. DISCUSIÓN

4.1 CONOCIMIENTOS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4.1.1 Conocimientos sobre PESCC. Con respecto al conocimiento de los estudiantes sobre el PESCC, se encontró que éstos no se reconocen como los principales agentes participativos de la educación para la sexualidad. Es necesario que éstos se apropien del programa ya que a partir de sus vivencias cotidianas y de sus necesidades se debe aprovechar los espacios en las aulas de clase para dar solución a sus inquietudes con el fin de promover en ellos la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre su propio cuerpo; el respeto a la dignidad de todo ser humano; la valoración de la pluralidad de identidades y formas de vida; y la vivencia y construcción de relaciones pacíficas, equitativas y democráticas.

4.1.2 Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos (DSR). El estudio muestra que los adolescentes se han apropiado mucho mejor de sus derechos sexuales y reproductivos. El empoderamiento es una manifestación de reconocer en los jóvenes su propia eficacia; la adquisición de control de sus vidas; así como el ganar habilidades para hacer las cosas y plantear proyectos de vida, a fin de conseguir autonomía y modificación en algunas prácticas. Además se observó que los estudiantes tienen la concepción errónea que para el ejercicio saludable de su sexualidad lo más importante es tener un alto nivel de conocimientos al respecto, contrario a lo que se reporta en la literatura donde la actitud positiva, las condiciones de armonía familiar y otros aspectos sociales y culturales contribuyen significativamente en la apropiación de conductas y hábitos de vida saludables relacionados con la SSR.

Martha Lucía Vásquez y col. (2005)¹³, a través de talleres vivenciales permitió comprender aspectos específicos de su autoestima, de los derechos y deberes sexuales y reproductivos, de su proyecto de vida, la regulación de la fecundidad y cómo tener estilos de vida saludables que hasta ese momento no se habían detenido a analizar, además lograron vencer diversos mitos sobre la sexualidad y la reproducción y las percepciones negativas que sobre sí mismos tenían.

¹³ VÁSQUEZ Martha Lucía y col. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. En: Revista Colombia Médica, Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre). p.17-18. [en internet] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28310103>. [Citado el 18 de agosto de 2009].

En contraste, Carmen Lourdes Herrera Flórez y col. (2005)¹⁴ encontró que el 36,2% de la población encuestada manifiesta saber cuáles son los derechos sexuales y reproductivos, porcentaje que resulta muy bajo si se tiene en cuenta que el estudio fue realizado con jóvenes escolarizados. El interés por el conocimiento acerca de los derechos sexuales y reproductivos (DHSR) no llega al 11% y la edad donde se concentra mayor interés por este tema son los 17 años con un 10,6%.

Aunque el estudio en los jóvenes de la institución educativa que nos ocupa, muestra que hay un buen nivel de conocimientos acerca de DSR sigue siendo necesario divulgar los derechos sexuales y reproductivos, como un primer paso para promover su apropiación e importancia para que los adolescentes y jóvenes se reconozcan y se les reconozca como ciudadanos activos y sujetos de derechos, teniendo en consideración que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Es importante señalar que este proceso de formación en derechos arranca desde temprana edad; para ello, sus contenidos y abordajes pedagógicos y metodológicos deben ajustarse a los requerimientos específicos de cada etapa de ciclo vital.

4.1.3 Conocimientos en anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino. Durante la adolescencia se presentan grandes cambios físicos relacionados con el crecimiento y con la preparación de los órganos para la reproducción, que llenan al adolescente de grandes inquietudes. El estudio señala que los jóvenes, tanto hombres como mujeres desconocen la estructura y función interna del su aparato reproductor y el del sexo opuesto. Este déficit de conocimientos los lleva a conocer su cuerpo, mediante conductas riesgosas solos o con la información que le brindan otros adolescentes que saben tan poco como ellos.

De manera similar, Rosiris Herrera Hernández (2000)¹⁵ en Costa Rica encontró que los varones conocen sobre la anatomía humana, los órganos sexuales y el sistema reproductor en términos generales. Sin embargo hay una debilidad en cuanto a conocimientos de los órganos sexuales internos, tanto del hombre como de la mujer. No relacionan las características sexuales secundarias como parte de la sexualidad. Conocen en forma general el funcionamiento de los órganos reproductores, con énfasis en lo masculino y con mucha confusión con respecto a

¹⁴ HERRERA FLÓREZ Carmen Lourdes y col. (2005). Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la población juvenil de Bogotá. 2005. p.12 [en internet] Disponible en: <http://integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/estadísticas>. [Citado el 18 de agosto de 2009].

¹⁵ HERRERA HERNÁNDEZ. Rosiris. Conocimientos sobre sexualidad humana en jóvenes de 18 a 20 años de edad de ambos sexos que trabajan. Un estudio desde la perspectiva de los procesos de socialización. 2000. p.2 [en internet] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n2/1072.htm>. [Citado el 20 de agosto de 2009].

lo femenino. Mientras que las mujeres conocen sobre sus órganos sexuales externos e internos, y utilizan los nombres correctos de ellos. También conocen sobre la anatomía masculina externa, no así la interna. Sobre el funcionamiento, los conocimientos son un poco mayor en lo que se refiere a su propio sexo, aunque expresaron confusión con respecto a aspectos como el ciclo menstrual, en cuanto a la duración del mismo y el momento más factible de fecundación del óvulo.

Contrario a esto, Ileana García Imia y col. (2001)¹⁶ en la Habana (Cuba) encontró que solo el 5% de los adolescentes no tenía conocimientos sobre la anatomía del aparato genital y pertenecía al grupo de edad de 10 a 13 años.

Fernando G. González (2004)¹⁷ en un municipio de Cundinamarca encontró que en relación con anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino el 44% de la población conoce que la menarquía y torarquía indican que existe la capacidad fisiológica de la reproducción.

4.1.4 Conocimientos en anticoncepción. Uno de los mayores déficits de conocimientos se encuentra alrededor de los métodos anticonceptivos. Los estudiantes desconocen cuáles son los métodos de planificación familiar más eficaces, así como el uso correcto de los mismos y los efectos adversos más comunes, lo cual se constituye en un factor que contribuye al incremento de embarazos no deseados.

Según la ENDS (2005)¹⁸ las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. Tan sólo el 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años utiliza métodos de planificación. Los métodos modernos más utilizados por las adolescentes son el condón 6,2%, la píldora 3,5% y la inyección 3,4%. El 16% de las adolescentes tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar.

¹⁶ GARCÍA IMIA Ileana y col. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. 2001. p.5 [en internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped07402.htm. [Citado el 20 de agosto de 2009].

¹⁷ GONZÁLEZ, Fernando G. 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. 2004. En: <http://portalweb.ucatolica.edu.co>. [Citado el 22 de agosto de 2009].

¹⁸ COLOMBIA. PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS-2005. Resumen de Prensa. [en internet] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas>. p.28 [Citado el 29 de agosto de 2009].

Fernando G. González (2004)¹⁹ en el estudio 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 encontró que el método anticonceptivo más utilizado tanto por hombres como por mujeres es el de ritmo con un 54.5%. Aunque la investigación no muestra que los estudiantes utilicen en gran medida el método del ritmo como método de planificación familiar, la mayoría de ellos desconocen que no es un método muy eficaz para evitar un embarazo.

Ricardo Alvarado y col (2005)²⁰ indica que los métodos anticonceptivos más conocidos por la población que participó en su estudio fueron el condón (96.9%) y las pastillas anticonceptivas (83.6%).

Sonia Moreno y col. (2006)²¹ en Venezuela, con relación a las condiciones que hacen posible que ocurra el embarazo, encontró que el 82.4% de los estudiantes consideraron que esto puede ocurrir en la primera relación coital y 78.4% aunque sólo tenga relaciones sexuales de vez en cuando, más aun si no usa algún método anticonceptivo. En el mismo estudio, Moreno encontró que la mayoría de los estudiantes tienen el conocimiento básico correcto relacionado en cómo se debe tomar la píldora anticonceptiva. En ese sentido señalan que si una chica tiene relaciones sexuales con coito de vez en cuando, deberá tomar una píldora al día durante 21 días (82%), no obstante sólo el 5.2% respondió acertadamente que es necesario tomarla todos los días a la misma hora, en tanto el 54% no sabe y el 40.8% dijo que es falso.

4.1.5 Conocimientos sobre embarazo y aborto. El nivel de conocimiento sobre embarazo y aborto arrojó resultados positivos: Los jóvenes saben que en la primera relación sexual se corre el riesgo de quedar en embarazo, conocen los síntomas que los alertarían a pensar que están en embarazo. Además, son conscientes que un embarazo a edad temprana trae consigo consecuencias tanto físicas como emocionales. Así mismo, conocen los riesgos que implica un aborto inducido con pastillas y la situación legal del éste en Colombia. Sin embargo la ENDS²² deja ver en sus resultados que las cifras de embarazo adolescente sigue en aumento al pasar del 19 al 21% entre el año 2000 y el 2005, una de cada cinco

¹⁹ GONZALEZ, Op. cit., p.6.

²⁰ ALVARADO, Ricardo y col. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). En: Revista Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. 2005. ISSN 1692-7273. p.43, 46 [en internet] Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/medicina>. [Citado el 31 de agosto de 2009].

²¹ MORENO, Sonia y col. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. 2006. p.11. [en internet] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>. [Citado el 31 de agosto de 2009].

²² COLOMBIA. PROFAMILIA. Op.cit. p.26

adolescentes entre los 15 y 19 años de edad está o ha estado alguna vez embarazada.

Lo anterior refleja en que hay consciencia en los estudiantes acerca de ésta problemática, sin embargo la falta de claridad en lo relativo a métodos anticonceptivos, lleva a pensar que para lograr prevenir el embarazo en ésta población, se requiere garantizar que los estudiantes puedan tener acceso a los servicios de salud amigables, sitios en los que se lograría dar información y educación personalizada basada en sus necesidades.

En el estudio de Sandra Moreno y col. (2006)²³ los estudiantes están consientes de los riesgos del embarazo en la adolescencia. El 69.2% reportaron que es verdadero que el bebé de una madre adolescente corre el riesgo de nacer con bajo peso. En tanto, sólo el 48% considera que puede nacer con malformaciones y el 66.4% reportó que puede morir al nacer. Igualmente, el 76% sugirió que la madre puede morir durante el parto, el 82.4% piensa que puede ocurrir depresión después del parto, otro 85.6% respondió que se le dificultaría terminar sus estudios.

4.1.6 Conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA. Los adolescentes son víctimas del desconocimiento sexual a causa, entre otras razones por la falta de información, los sentimientos de vergüenza propios de su edad y la actitud despreocupada con que practican su actividad sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Center for Disease Control (CDC), han reconocido que por cada año en el mundo aproximadamente 340 millones de personas en edades sexualmente activas, son infectadas por infecciones de transmisión sexual (ITS), donde la mitad de ellos son jóvenes.

La maduración sexual cada vez más temprana en los adolescentes los lleva a la búsqueda de experiencias sexuales a una edad cada vez más temprana, esta característica los condiciona a mantener un comportamiento arriesgado y los expone a las infecciones de Transmisión Sexual, lo cual se agrava por la falta de conocimiento real acerca de la misma.

La presente investigación revela que el conocimiento del VIH/SIDA es casi universal, debido al gran impacto que ha presentado esta entidad patológica los adolescentes conocen cada vez más las formas de transmisión, así como la forma

²³ MORENO, Op. Cit., p.12

de prevenir su contagio. Este resultado es similar al encontrado en el informe que expone la ENDS²⁴ de 2005 donde el 98% de las mujeres entrevistadas sabían sobre la infección por VIH/SIDA. El 77% de las mujeres que conocían sobre VIH/SIDA mencionó que el condón es la práctica más segura e importante de prevención.

Al contrario, Edgar Navarro Lechuga y col. (2003)²⁵, en su estudio, encontró que 15% de los adolescentes encuestados presentó muy buenos conocimientos sobre VIH/SIDA. El 70% no sabía que el condón prevenía el contagio, que era una herramienta eficaz contra el VIH, y tampoco sabía cómo utilizarlo.

Con relación a las ITS algunos estudiantes, particularmente los de la jornada de la mañana desconocen los signos y síntomas que los harían sospechar de una ITS. Esto se asemeja a lo encontrado en la ENDS 2005²⁶ donde se encuentra que las mujeres que dijeron saber sobre ITS el 30% no identifica síntomas de la infección en mujeres, porcentaje mayor al reportado en el año 2000 cuando solamente el 16% de las entrevistadas dijo desconocer los síntomas.

4.1.7 Conocimientos en prevención del cáncer de aparato reproductor masculino y femenino

- **Cáncer de cuello uterino:** El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo cáncer en la mujer en frecuencia en todo el mundo después del cáncer de mama y es la principal causa de muerte en la mujer en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde ocurre el 80% de los casos de cáncer de cuello uterino. Se estima que causa alrededor de 500.000 muertes al año en todo el mundo. Su frecuencia es mayor en países en desarrollo.

Las conductas riesgosas de los adolescentes, como el inicio temprano de relaciones sexuales, la promiscuidad y las relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y sustancias psicoactivas se constituyen en un factor de riesgo para adquirir VIH/SIDA y otras ITS como el HPV, agente etiológico del cáncer de cuello uterino.

²⁴ COLOMBIA. PROFAMILIA, Op. cit., p.40

²⁵ NAVARRO LECHUGA Edgar y col. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. 2005. p.4. [en internet] Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/article/viewFile/96/177>. [Citado el 3 de septiembre de 2009].

²⁶ COLOMBIA. PROFAMILIA, Op. cit., p.41

Los estudiantes poseen conocimientos sobre las prácticas de autocuidado para prevenir a tiempo el cáncer de cuello uterino, sólo que desconocen que el HPV es el causante de esta entidad patológica y se transmite a través de relaciones sexuales. La incidencia de HPV es alta en los resultados de citologías de mujeres jóvenes, por lo cual es de gran importancia implementar estrategias que sensibilicen a esta población vulnerable en la apropiación de conductas saludables que a futuro disminuyan la tasa de mortalidad por esta enfermedad.

- **Cáncer de mama y Cáncer de testículo:** La investigación muestra que los adolescentes saben cuándo deben realizarse el autoexamen de mama y testículo, si bien el cáncer de mama y de testículo en los adolescentes es de baja frecuencia, se hace importante que se apoderen de esta práctica y de esta manera, aprenderán a conocer su cuerpo e identificar anomalías en un futuro.

4.2 ACTITUDES FRENTE A CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uno de los objetivos de los investigadores fue valorar las actitudes de los estudiantes frente a construcción de ciudadanía y SSR y se encontró en general que las actitudes al respecto fueron negativas.

Los estudiantes no se sienten cómodos al hablar de sus relaciones de pareja con su familia, sienten pena al hablar de SSR y acuden a sus amigos cuando tienen problemas. Resultados similares encontraron Elvia Jiménez y col. (2004)²⁷, en Barranquilla, en el que los estudiantes prefieren tratar temas de sexualidad con sus amigos (33.3%) y compañeros (23.7%) que con sus profesores (8.2%) o psico-orientadores (9.4%); las principales razones son porque se llevan bien con ellos (65.4%), los entienden (58.9%) y los pueden orientar (41.9%). Sin embargo, cuando tienen alguna duda relacionada con su sexualidad recurren en primera instancia a sus padres (35.5%) y a sus amigos (24.2%). Gladys E. Canaval y col (2006)²⁸ expone que la mayoría de las adolescentes expresaron temor a tratar

²⁷ JIMÉNEZ Elvia y col. Barranquilla. Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Reflexiones metodológicas desde la perspectiva de la comunicación para el cambio social. 2004. p.80-81. [en internet] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/268/26800104.pdf>. [Citado el 10 de septiembre de 2010].

²⁸ CANAVAL Gladys E. y col. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. En: Revista Investigación y educación en enfermería, ISSN 0120-5307, Vol. 24, N°. 1, 2006, p. 26-35. [en internet] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165575>. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

temas de sexualidad con los padres porque estos asuntos son considerados como un tabú a nivel familiar.

Los adolescentes no se destacan por sus destrezas comunicativas, especialmente con sus padres y otros adultos que los quieren, comienzan a ver en ellos una especie de autoridad que lleva al joven a sentirse desafiado y trata de incumplir la reglas o normas en su hogar, ya que es una etapa crítica, donde se deja de ser niño, pero aun no se es adulto, crea confusión y rebeldía en los adolescentes, los cuales buscan a personas de su misma edad para poder hablar y expresar lo que siente y los cambios que están experimentando. Por lo tanto los padres constituyen modelos muy importantes y significativos para el adolescente.

Con este estudio se puede determinar que la comunicación con los jóvenes debe trascender hacia un ámbito donde participen todas las personas con las cuales interactúe, como lo son entorno familiar, y social.

Los estudiantes piensan que no es bueno el trabajo en equipo y consideran que el debate en grupo no enriquece su punto de vista y además prefieren callar cuando están en desacuerdo con el profesor.

Según Aurora de la Vega y col. (2006)²⁹ describe que la actitud crítica de los adolescentes es característica fundamental del desarrollo de la personalidad en un grupo. La generación de una actitud crítica y reflexiva en relación con el actuar social de sus conciudadanos favorecerá la interiorización de sus derechos y deberes, así como la identificación de la corresponsabilidad de todo individuo acerca de su entorno; estas actitudes coadyuvarán a la formación de ciudadanos con capacidad de discernir entre lo correcto e incorrecto. Para que este sentido de pertenencia se desarrolle, se deberá considerar desde la adolescencia la vigencia de valores ciudadanos, como la solidaridad, la tolerancia, la responsabilidad, el respeto, la justicia, entre otros. En esta dimensión, será fundamental fomentar en el adolescente su capacidad de empatía, la cual le permita la toma de decisiones acordes con los intereses sociales y con la búsqueda del bien común.

El estudio deja ver en forma clara que los estudiantes no aceptarían estudiar con un compañero/a homosexual. De la misma manera, Marta Garchitorena González,

²⁹ DE LA VEGA Aurora y col. El uso de medios audiovisuales para la construcción de ciudadanía en la escuela. Revista Semestral del Departamento de Educación, Vol. XV N° 28, Marzo 2006. p.7 [en internet] Disponible en: http://pergamino.pucp.edu.pe/educacion/files/educacion/uso_medios_audiovisuales.pdf. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

(2008)³⁰, en su estudio expone que los hombres y mujeres encuestados no tienen actitudes de aceptación de las conductas de tipo homosexual. La homofobia es alta en la mayoría de los sujetos encuestados ya sea de la zona rural como de la urbana, que manifiestan ser heterosexuales. Tanto jóvenes LGTB como jóvenes heterosexuales, comparten la idea de que el centro educativo y el ámbito familiar son entornos claramente hostiles hacia la homosexualidad. Ese rechazo está presente en todos los ámbitos de la vida, en el hogar familiar, en la calle, en los grupos de iguales, en la escuela, en los medios de comunicación y en la cultura en general.

En el estudio, una gran parte de los estudiantes piensan que el preservativo disminuye el placer sexual a pesar de conocer que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas el VIH/SIDA. Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes, población expuesta a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades.

Resultados similares encontró Herio de Jesús Toledo Vila y col. (2002)³¹ donde los jóvenes con vida sexual y que no usaban el preservativo en sus relaciones sexuales, el 81% sabían que el VIH se transmitía por contacto sexual con una persona infectada sin protección y que el SIDA se prevenía con el uso del condón; en esa misma proporción (81 %) lo saben los que sí lo usan, por lo tanto no es por desconocimiento o ignorancia, sino que argumentan disminución de la sensibilidad (54 %), les da pena adquirirlos (14%), o que son muy costosos (10%).

Así mismo, Nahyr López y col. (1999)³² determinó que entre las razones por las cuales los jóvenes no utilizan condones en las relaciones sexuales, las que tuvieron mayor frecuencia fueron: no les gusta (29%), disminuye la sensibilidad (26%), cree que la pareja no tiene SIDA (25%) y porque no tiene condones en el momento (21%).

³⁰ GONZÁLEZ, Garchitorena. Adolescencia y diversidad sexual. 2008. [en internet] Disponible en: <http://www.adolescentesencrisis.org/portals/0/Ponencias/Ponencias21/Marta%20Garchitorena.%20Adolescencia%20y%20diversidad%20sexual.pdf>. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

³¹ TOLEDO VILA, Herio de Jesús y col. Los adolescentes y el SIDA. En: Revista Cubana Med Trop 2002; 54(2):152-7. p.152-153. [en internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol54_2_02/mtr12202.pdf. [Citado el 15 de septiembre de 2009].

³² LÓPEZ Nahyr y col. (2000). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. En: Revista Colombia Médica. vol32, numero 001. 2000 p.6. [en internet] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28332107.pdf>. [Citado el 15 de septiembre de 2009].

La investigación reveló que los estudiantes piensan que la abstinencia no es la forma más segura de evitar riesgos en SSR. La abstinencia sexual total es la manera más eficaz de protegerse contra el embarazo y la infección por el VIH. Las exhortaciones de abstinencia parecen funcionar mejor cuando van dirigidas a jóvenes que todavía no están sexualmente activos de ahí la importancia de que los adolescentes que practican la abstinencia necesitan respaldo social de parte de los miembros de la comunidad y desarrollo de aptitudes específicas, tales como autocontrol, comunicación y un alto grado de motivación.

Los mismos resultados encontró José Miguel Cruz-Arias y col, (2005)³³ en su estudio sobre Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA donde expone que al cuestionárseles a los estudiantes sobre cómo creían que podrían evitar el VIH/SIDA, el 35% de los varones respondieron que educándose, el 33.3% con preservativos, el 26.3% con abstinencia; entre las mujeres el 33.3% afirmó que se podía evitar con fidelidad, el 32.6% con preservativos y el 3.2% con abstinencia.

La mayoría de los estudiantes poseen actitudes negativas sobre el uso de anticonceptivos. Gloria Sepúlveda y col, (2008)³⁴ expone que el 68% de los hombres y el 63% de las mujeres creen que los métodos anticonceptivos pueden causar problemas de salud a las personas que lo utilizan. Esto ocurre porque no se ha brindado información clara, completa y veraz al respecto, por ello es necesario la implementación y mejoramiento de los programas de salud sexual y reproductiva.

Un porcentaje considerable de los estudiantes encuestados creen que la píldora anticonceptiva de emergencia es abortiva. Paola Brenes Hernández y col., (2004)³⁵ describe que la anticoncepción de emergencia (AE) ha sido un tema polémico en su manejo público y con el personal de salud. La controversia en torno a la PAE, se debe en muchos casos, a mitos o estereotipos, que son importantes de conocer para llevar a cabo una adecuada labor de desmitificación y acercamiento a la realidad.

³³ CRUZ-ARIAS, José Miguel y col. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en una población de estudiantes de secundaria de San Francisco de Macorís. 2005. [en internet] Disponible en: <http://bvssdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2005/66/01/RMD-2005-66-01-008-015.pdf>. [Citado el 20 de septiembre de 2009].

³⁴ SEPÚLVEDA Gloria y col. Conocimientos y creencias sobre el uso métodos anticonceptivos en adolescentes de noveno a once grado de un colegio de Bogotá. 2008. p.45 [en internet] Disponible en: <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria>. [Citado el 20 de septiembre de 2009].

³⁵ BRENES HERNÁNDEZ Paola y col. Anticoncepción de emergencia: aspectos generales para la toma de decisiones. 2004. p.21. [en internet] Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/ac/ae_decisiones.pdf. [Citado el 21 de septiembre de 2009].

La gran mayoría de los estudiantes piensan que en una relación sexual lo más importante es que haya penetración. En contraste, Barella Balboa y col., (2002)³⁶ expone que los adolescentes piensan que la penetración no es lo más importante en la relación sexual (74.5%).

El VIH y el SIDA son capaces de extraer lo mejor de las personas. Pero también pueden poner en evidencia lo peor. Hacen emerger lo mejor cuando las personas se unen de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados a aquellos afectados por la epidemia. Ponen en evidencia lo peor cuando estos últimos resultan estigmatizados, condenados al ostracismo y maltratados profundamente por las personas que aman, por su familia y por sus comunidades. Tales acciones, no pocas veces, conducen a la discriminación y a la violación de los derechos humanos. Esto refleja la presente investigación, pues la mayoría de los estudiantes no invitarían a su casa a una persona infectada con VIH-SIDA.

Edgar Navarro Lechuga, y col. (2005)³⁷ indica que sólo el 0.9% se mostró de acuerdo con más del 60% de las preguntas relacionadas con rechazo a personas infectadas con VIH-SIDA.

4.3 PRÁCTICAS EN CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es de vital importancia para los adolescentes y jóvenes que se les brinde la oportunidad de acceder a los servicios de salud amigable ya que según la encuesta realizada en La Institución Educativa , la gran mayoría de los estudiantes no han asistido a un servicio de salud amigo para adolescentes y jóvenes porque no sabían que existía dicho servicio, lo que indica que no se está dando a conocer a esta población los servicios a los que tiene derecho según lo consignado en la Ley 1122 de 2007 que modifica el SGSSS, en el Art. 33, enuncia que definirá el Plan Nacional de Salud Pública cuyo objetivo es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, y entre sus contenidos se encuentra la promoción de la SSR y lo consignado en el Art. 45 de la constitución política sobre la protección al adolescente y el derecho que tiene a la formación integral, donde “Estado y Sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los

³⁶ BALBOA, Barella y col. (2004). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. 2004. p.4. [en internet] Disponible en:<http://www.terra.es/personal/barellab/publcmfa.PDF>. [Citado el 21 de septiembre de 2009].

³⁷ NAVARRO LECHUGA. Op. Cit. p.6

organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”.

Durante mucho tiempo en Colombia el inicio de la vida sexual fundamentalmente era determinado por el matrimonio, y se observa que éste comenzaba después de la mayoría de edad, en la mayoría de los casos, sin embargo, después de la década de los cincuenta, los movimientos de liberación sexual alrededor del mundo desencadenaron fenómenos de liberación femenina, de un despertar del adolescente, en el plano de la sexualidad, cada vez más temprano. En el presente estudio se encontró que el 42% ya habían iniciado su vida sexual, a una edad promedio de 14 años. Esta cifra es menor a la reportada en la ENDS (2005)³⁸, donde la edad promedio de la primera relación, sexual fue de 18.3 años. Igualmente, Adalberto Campo Arias y col. (2004)³⁹ en Bucaramanga, encontró que el 75% de los estudiantes se hicieron sexualmente activos antes de los 16 años. En contraste, Edgar Navarro Lechuga y col (2003)⁴⁰ en Barranquilla reporto que en la población estudiada el 32.6% había iniciado ya su vida sexual con una edad promedio de 13 años, menor a la encontrada en la presente investigación.

La investigación también revela que el primer compañero sexual tenía una edad promedio de 16 años, lo que indica que los adolescentes están estableciendo vínculos sexuales con personas de su misma edad y que en algunos casos la diferencia de edades es de más o menos tres años, al comparar con diferentes estudios realizados como el de Ricardo Alvarado y col (2005)¹⁹ en Nocaima (Cundinamarca) expone que la edad del primer compañero sexual se encuentra entre 16 y 35 años, donde el promedio fue de $22,5 \pm 4,62$ años, la cual supera la encontrada en la investigación realizada.

Según Feldman J. y Middleman A. (2002)⁴¹ respecto a la diferencia de edad de la adolescente en relación a la pareja con la cual se establece un vínculo sexual, se encuentra que la pareja del sexo masculino es de la misma edad o no mayor de 3 años, mientras que en el total de la población femenina, al menos un 25% refieren que su compañero sexual tiene 4 años o más que su edad actual, esta cifra también supera a la encontrada en un estudio publicado en la revista *Gynecology And Obstetrics* del 2000, donde la diferencia entre éstos fue de 4 años de edad.

³⁸ COLOMBIA. PROFAMILIA. Op. cit., p.18

³⁹ CAMPO ARIAS, Adalberto y col. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. 2004. p.187 [en internet] Disponible en: <http://www.google.es/search?sourceid>. [Citado el 28 de septiembre de 2009].

⁴⁰ NAVARRO LECHUGA, Op. Cit. p.6

⁴¹ FELDMAN J. y col. Adolescent Sexuality and Sexual Behavior. *Gynecology and Obstetrics* 2002, 14; 489 – 493. [en internet] Disponible en: http://www.ur.edu.co/medicina/CienciasSalud/documentos/vol5n1/05_embarazo_vol5n1.pdf. [Citado el 28 de septiembre de 2009].

El estudio muestra que el principal motivo para iniciar la vida sexual en los hombres fue por deseo y por curiosidad a diferencia que en la mujer fue por amor; este mismo patrón se repite en las demás investigaciones con población adolescente. Elvia Vargas Trujillo y col. (2007)⁴² encontró que las adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, los hombres por la curiosidad, el deseo de experimentar y de saber lo que se siente y la conjunción de otros factores como la influencia, directa e indirecta, del grupo de referencia, la atracción y el deseo.

En lo que a la actividad sexual se refiere, las relaciones románticas ofrecen a las adolescentes experiencias de aprendizaje de gran importancia que dependiendo de su naturaleza y de la calidad de la relación, pueden conducirlos o no, a una vivencia satisfactoria de la sexualidad, así como a tomar decisiones planificadas y sistemáticas frente a su vida sexual y reproductiva.

La gran mayoría de los estudiantes encuestados, iniciaron su vida sexual con el novio(a). El mismo resultado se encontró en el estudio realizado por Ricardo Alvarado y col (2004)⁴³ donde encontró que el 87.6% de los estudiantes tuvieron su primera relación sexual con el novio y la decisión fue tomada por sí mismos.

El inicio de la vida sexual en adolescentes y jóvenes cada vez se produce a edades más tempranas lo que se constituye en un factor de riesgo que lleve a la práctica de diferentes comportamientos de riesgo, especialmente de aquéllos que se relacionan con el uso inconsistente de preservativo. En este estudio la mayoría de los estudiantes no usaron el condón en la primera relación sexual ni posterior a ésta incrementando no sólo el riesgo de un embarazo no deseado, sino el contagio de ITS, VIH-SIDA. Resultados similares se encontraron en el estudio de Guillermo Augusto Ceballos Ospino y col (2005)⁴⁴, donde el uso del condón en la primera relación sexual fue de 40.7% en varones comparado con 30.4% en mujeres. Los adolescentes se están apropiando cada vez menos del uso del condón en la primera relación sexual por considerar que en ésta no se corre ningún riesgo, sumado también a los mitos que existen en cuanto a su uso.

⁴² VARGAS TRUJILLO, Elvia y col. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Acta Colombiana de Psicología 10(1): 49-63, 2007. p.52-53 Departamento de psicología, Universidad de Los Andes (Bogotá) 2007. [en internet] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000100006&script=sci_arttext&tlng=pt. [Citado el 30 de septiembre de 2009].

⁴³ ALVARADO, Op, cit., 46

⁴⁴ CEBALLOS OSPINO, Augusto y col (2005). Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. 2005. p.2 [en internet] Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA82/R82_AO_C1.PDF. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

Marietha A. Amado Camacho y col (2007)⁴⁵ encontró el mismo patrón de comportamiento de los adolescentes frente al uso del condón, el cual reporto que el 65.1% de las mujeres que tenían experiencia sexual, respondieron que había utilizado preservativo en su primera relación sexual. Respecto al uso de preservativo en la vida sexual activa, sólo 15.1% respondieron que lo habían utilizado en todas y cada una de sus relaciones sexuales. Janeth Mosquera y col (2003)⁴⁶ encontró que los jóvenes hombres consideraban que las condiciones inesperadas en que se sostienen las relaciones sexuales, no favorece el uso del condón. Además, los hombres entre los 15 y 18 años que han tenido relaciones sexuales, reconocieron que prefieren no usar el condón, porque lo consideran incómodo y sin él, la relación es más placentera. Además, en sus testimonios expresaron que a las mujeres tampoco les gusta el condón. Aunque los (as) jóvenes de 12 a 14 años, no tenían experiencia personal en el uso del condón, perciben a éste como un método no agradable, por los comentarios que han escuchado de sus pares.

La investigación revelo que un gran porcentaje de los estudiantes encuestados han tenido más de una pareja sexual, además dichas experiencias sexuales han sido en su gran mayoría heterosexuales y también un pequeño porcentaje de estudiantes han sostenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y sustancias psicoactivas. En el momento de analizar la encuesta la mayoría de los estudiantes manifestaron no tener pareja actual. Al compara estos resultados con estudios similares, el Dr. Herio de Jesús Toledo Vila y col (2002)⁴⁷ reporta que el 22% de los estudiantes tuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol. Bajo el efecto de éste o fármacos psicotrópicos, se produce un inicial aumento de la libido, con un poder de raciocinio pobre, por lo cual, recordar las enseñanzas morales y de pudor aprendidos en casa es una proeza y menos recordar y racionalizar lo aprendido sobre “sexo seguro” y protección, y aún peor, adquirir un preservativo. En el mismo estudio se encontró que el 26% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales con parejas que acababan de conocer, 92% tuvieron relaciones heterosexuales. Con respecto al número de pareja sexual 48% solo habían tenido una pareja sexual en el último año, 15% más de una. Edgar Navarro y col (2003)²¹ encontró que de los estudiantes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales 14.8% habían usado alcohol y/o drogas, 26.7% han sido promiscuo en los últimos seis meses, 7.4% han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, 27.4% con personas a quienes no han conocido bien, y 82.4% utiliza el condón de manera ocasional. Es de gran importancia resaltar

⁴⁵ AMADO CAMACHO, Marietha A. y col. Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva en Tunja. 2007. p.6 En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/798/79810214.pdf>. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

⁴⁶ MOSQUERA Janeth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. 2003. p.210-211 En: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/MPF.pdf>. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

⁴⁷ TOLEDO VILA, Op. Cit., p.151

que el consumo de sustancias como el alcohol, el cigarrillo y las drogas, así como fenómenos como la promiscuidad, son otros de los elementos característicos de la época, que se ven reflejados en aumento de la prevalencia de las ITS. De hecho, el haber tenido relaciones sexuales con más de una persona es un factor de riesgo de más relevancia como práctica sexual riesgosa. Por esta razón, la educación sexual debe iniciarse desde la etapa de la niñez, y de una manera conjunta por los padres y educadores, especialmente en donde la característica de la transmisión se ha cambiado de un patrón de homosexualidad al de heterosexualidad, donde factores como la promiscuidad e inestabilidad de pareja sexual cobran mayor importancia.

Con respecto al uso de los métodos anticonceptivos se encontró que los estudiantes en su gran mayoría si han usado algún método de planificación familiar, siendo el condón el más utilizado, seguido de la inyección mensual. Según la ENDS (2005)⁷: Refiere que en el grupo de mujeres que en 2005 tenían entre 15 y 19 años, el 80% de las mujeres dijo no estar utilizando, en el momento ningún método anticonceptivo. De dicho grupo, un poco más de la tercera parte, el 38.2%, dijo haber usado “alguna vez” métodos anticonceptivos. La encuesta ahondó en el uso del condón masculino, por ser el método más recomendado para esta población pues ofrece la doble protección: prevención de embarazos y de ITS y VIH/SIDA. Al respecto, los datos refieren que sólo el 28% de estas mujeres lo han usado alguna vez, cifra que disminuye a un 6.2% cuando se pregunta por el uso actual de este método. Al indagar sobre el uso actual de alguna vez con métodos anticonceptivos en mujeres de 15 -19 años se encontró que las mujeres no usan actualmente un método de planificación.

Así mismo, Gladys Eugenia Canaval y col (2006)⁴⁸, expone que los adolescentes piensan que el MAC es un asunto que debe asumir la mujer y no se responsabilizan de su uso. El 45% de los adolescentes varones consideran la anticoncepción como responsabilidad de la mujer. Por su parte, reportan en uno de sus estudios con varones adolescentes, que sólo el 30% de ellos usan los anticonceptivos, 26% manifestó que la anticoncepción no es responsabilidad masculina, 35% expresó, entre las razones para no usar anticonceptivos, que estos afectan las sensaciones durante el acto sexual podrían referirse al uso del condón, método más conocido para el 40% de los adolescentes de ese estudio.

También se puede apreciar en la investigación que los estudiantes no usan el condón como método de planificación familiar en todas y cada una de sus

⁴⁸ CANAVAL, Op.cit., p.4

relaciones sexuales. Resultados similares encontró René G. García y col (2006)⁴⁹ donde el 21% de los adolescentes usaban siempre el condón, 50% a veces y el resto, no lo usaba nunca. Los criterios o razones emitidas por las encuestadas para justificar el hecho de no usar del preservativo fueron que les resultaba incómodo y que a la pareja no les gustaba; en Otros motivos se agruparon razones como que no les gustaba, la estabilidad y la confianza en la pareja, el olvido, etcétera. Lescano y Piascente, citados en esta investigación en Cuba menciona para reflexionar "tenemos 2 metros cuadrados de piel para sentir y 5 sentidos, lo que sucede es que existe una cultura que nos hace pensar que el sexo es solo genital y no es así. Con el uso habitual del preservativo uno se acostumbra y puede sentir lo mismo. Además hay que ampliar el repertorio de sentidos para gozar igual o más con el preservativo".

En la investigación se encontró gran relación entre género y edad con el inicio de vida sexual, los hombres iniciaron vida sexual a edades más tempranas en comparación con las mujeres. En contraste, José Ramón Cutié S. y col. (2005)⁵⁰ expone que el 46,9% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. En cuanto a los hombres el 26,9% comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años.

Además, se encontró relación entre la religión con el inicio de vida sexual, los adolescentes que no practicaban ninguna doctrina religiosa iniciaron su vida sexual en comparación con los que practican alguna, quizás esto se debe a que no existe un sistema de creencias espirituales y morales que limiten el inicio de experiencias sexuales. Así mismo, Nidia Rosibel Reyes Turcios (2005)⁵¹ expone que la pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Se encontró relación entre el género y estrato socioeconómico con el uso del condón, ya que los hombres utilizan con más frecuencia el condón en comparación con las mujeres, y lo utilizan menos las personas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. Resultados similares con respecto al uso del

⁴⁹GARCÍA René G. y col. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes. En: Revista Cubana Med Gen Integr 2006;22(1). p.3 [en internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm. [Citado el 5 de noviembre de 2009].

⁵⁰ CUTIÉ S., José Ramón y col. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. En: Revista Chilena de obstetricia y ginecología; 2005. vol. 70(2): 83-86. [en internet] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art04.pdf>. [Citado el 6 de noviembre de 2009]

⁵¹ REYES TURCIOS Nidia Rosibel. Factores que predisponen la ocurrencia en embarazos en adolescentes. Colonia Flor del campo. Comayagua. Honduras. 2005. p.34 [en internet] Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/68.pdf. [Citado el 7 de noviembre de 2009].

condón por género encontró Alberto Villaseñor-Sierra y col. (2003)⁵² en donde el uso constante del condón (“siempre”) fue mayor en varones (35.4%) que en las mujeres, quienes reportaron el uso del condón por su pareja (15.3%) ($p < 0.001$). Este mismo estudio, muestra diferencias sobre el uso del condón en los estratos socioeconómicos más bajos, reportando que en los varones, una mayor frecuencia en el uso constante del condón se asoció en forma directa con el estrato socioeconómico ($\chi^2 = 16.8$, $p = 0.001$), mientras que en las mujeres, el uso constante del condón por sus parejas presentó un comportamiento bimodal, con una mayor frecuencia en los estratos medio y marginado. Considerando a adolescentes de uno u otro género, hubo una mayor frecuencia en el uso constante del condón en estratos socioeconómicos alto y medio que en el bajo y marginado ($\chi^2 = 13.2$ gl (v) 3; $p < 0.005$).

⁵² VILLASEÑOR-SIERRA Alberto y col. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. 2003 p.5 [en internet] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15447.pdf>. [Citado el 7 de noviembre de 2009].

5. CONCLUSIONES

Los estudiantes de la Institución Educativa de Popayán que participó en el estudio presentan déficit de conocimientos en los temas relacionados con la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino/femenino y de manera mucho más marcada en métodos anticonceptivos. Este déficit de conocimientos se ve reflejado en las prácticas que ellos tienen y que se constituyen en factores de riesgo no sólo para el embarazo no deseado sino para el contagio de ITS/VIH-SIDA.

Los estudiantes poseen actitudes negativas frente a las competencias ciudadanas de convivencia y paz, participación y responsabilidad social, pluralidad, identidad y valoración de las diferencias y salud sexual y reproductiva, reflejadas a su vez con las malas prácticas frente a estas competencias.

Si bien la gran mayoría de los estudiantes no han iniciado su vida sexual, quienes la iniciaron poseen conductas sexuales riesgosas como: el no uso de preservativo en la primera relación sexual y posterior a ella, múltiples parejas sexuales y el no uso de métodos anticonceptivos que en el futuro se reflejaría en deserción escolar, embarazos no deseados, abortos, ITS entre otras.

Dentro de los factores protectores frente al inicio temprano de la actividad sexual se encuentra: la religión (católica), la jornada escolar (mañana), la edad (menores de 14 años) y los estrato socioeconómico altos se constituyen en factores protectores para el uso del condón.

El presente estudio permite evidenciar que la forma como se ha manejado hasta el momento la educación sexual, en la institución tiene muchos vacíos, como: falta de espacios institucionales en donde los jóvenes expresen sus inquietudes y reciban la orientación pertinente, desconocimiento de los servicios amigables, que no permiten a los estudiantes adquirir bases sólidas para el ejercicio sano y responsable de su sexualidad y el auto-cuidado de su SSR.

6. RECOMENDACIONES

A pesar que los estudios sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes son innumerables, se hace preciso seguir conociendo la situación de los adolescentes y en especial de los de la región a fin de identificar de manera más real la problemática y hacer un mejor abordaje de la situación, que permita que los y las adolescentes tengan mejores prácticas para el auto-cuidado de su SSR

Se requiere continuar con el proceso investigativo que contribuya a responder muchos interrogantes que deja el presente estudio, para lo cual se sugiere adelantar investigaciones con enfoque cualitativo, que permitan hacer análisis a fondo y así contribuir a mejorar las acciones que se han emprendido, garantizando el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, mediante la interdisciplinariedad e intersectorialidad.

Es pertinente que la Universidad del Cauca a través del Programa de Enfermería y el Grupo Salud Reproductiva, se involucre a las acciones del PESCC en la institución, para contribuir al fortalecimiento de las acciones que se están emprendiendo.

BIBLIOGRAFÍA

ALVARADO, Ricardo y col. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). En: Revista Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. (2005) ISSN 1692-7273. p.43, 46 [en línea] Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/medicina>. [Citado el 31 de agosto de 2009].

AMADO CAMACHO, Marietha A. y col. Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva en Tunja. (2007) p.6 [en línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/798/79810214.pdf>. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

BALBOA, Barella y col. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. (2004) p.4 [en línea] Disponible en: <http://www.terra.es/personal/barellab/publcmfa.PDF>. [Citado el 21 de septiembre de 2009].

BRENES HERNÁNDEZ, Paola y col. Anticoncepción de emergencia: aspectos generales para la toma de decisiones. (2004) p.21 [en línea] Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/ac/ae_decisiones.pdf. [Citado el 21 de septiembre de 2009].

CAMPO ARIAS, Adalberto y col. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. (2004) p.187 [en línea] Disponible en: <http://www.google.es/search?sourceid>. [Citado el 28 de septiembre de 2009].

CANAVAL, Gladys E. y col. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Revista Investigación y educación en enfermería, ISSN 0120-5307, Vol. 24, N°. 1, (2006), pg. 26-35. [en línea] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165575>. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

CEBALLOS OSPINO, Augusto y col. Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. (2005) p.2 [en línea] Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROS_ANTERIORES/REVISTA82/R82_AO_C1.PDF. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

COLOMBIA. Ley 100 de 2003. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. [en línea] Disponible en: <http://www.mineducación.gov.co>. [Citado el 16 de junio de 2009]

COLOMBIA. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia. [en línea] Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/leyes/.../ley1098081106.pdf. [Citado el 16 de junio de 2009]

_____. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Programa de educación para la sexualidad y construcción de Ciudadanía. El proyecto pedagógico y sus hilos conductores. [en línea] Disponible en: <http://www.mineduccion.gov.co>. [Citado el 12 de junio de 2009].

_____. Programa de educación para la sexualidad y construcción de Ciudadanía. Módulo 1: La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. p.6-19 [en línea] Disponible en: <http://www.mineduccion.gov.co>. [Citado el 12 de junio de 2009].

_____. PROFAMILIA. Programa salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS-2005. Resumen de Prensa. [en línea] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas>. p.18, 26, 28, 40, 41 [Citado el 29 de agosto de 2009].

CRUZ-ARIAS, José Miguel y col. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en una población de estudiantes de secundaria de San Francisco de Macorís. 2005. [en línea] Disponible en: <http://bvdsdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2005/66/01/RMD-2005-66-01-008-15.pdf>. [Citado el 20 de septiembre de 2009].

CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). [en línea] Disponible en: <http://www.cinu.org.mx>. [Citado el 14 de Junio de 2009].

CUTIÉ, S. José Ramón y col. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Revista Chilena de obstetricia y ginecología; vol. 70(2) (2005) p. 83-86. [en línea] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art04.pdf>. [Citado el 6 de noviembre de 2009].

DE LA VEGA, Aurora y col. El uso de medios audiovisuales para la construcción de ciudadanía en la escuela. En: Revista Semestral del Departamento de Educación, Vol. XV N° 28, Marzo 2006. p.7 [en línea] Disponible en: http://pergamo.pucp.edu.pe/educacion/files/educacion/uso_medios_audiovisuales.pdf. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

FELDMAN, J. y col. Adolescent Sexuality and Sexual Behavior. Gynecology and Obstetrics 2002, 14; 489 – 493. [en línea] Disponible en: http://www.ur.edu.co/medicina/CienciasSalud/documentos/vol5n1/05_embarazo_vo5n1.pdf. [Citado el 28 de septiembre de 2009].

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Servicios Amigables para jóvenes y adolescentes. Bogotá D.C. Colombia, 2007. [en línea] Disponible en: <http://www.unfpa.org>. [Citado el 12 de junio de 2009].

GARCÍA IMIA, Ileana y col. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. (2001) p.5 [en línea] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped07402.htm. [Citado el 20 de agosto de 2009].

GARCÍA, René G. y col. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes. En: Revista Cubana Med Gen Integr 2006;22(1). p.3 [en línea] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm. [Citado el 5 de noviembre de 2009].

GONZÁLEZ, Fernando G. 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. 2004. [en línea] Disponible en: <http://portalweb.ucatolica.edu.co>. [Citado el 22 de agosto de 2009].

GONZÁLEZ, Garchitorena. Adolescencia y diversidad sexual. 2008. [en línea] Disponible en: <http://www.adolescentesencrisis.org/portals/0/Ponencias/Ponencias21/Marta%20Garchitorena.%20Adolescencia%20y%20diversidad%20sexual.pdf>. [Citado el 10 de septiembre de 2009].

HERRERA FLÓREZ, Carmen Lourdes y col. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la población juvenil de Bogotá. 2005. p.12 [en línea] Disponible en: <http://integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/estadisticas>. [Citado el 18 de agosto de 2009].

HERRERA HERNÁNDEZ, Rosiris. Conocimientos sobre sexualidad humana en jóvenes de 18 a 20 años de edad de ambos sexos que trabajan. Un estudio desde la perspectiva de los procesos de socialización. 2000. p.2 [en línea] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay2n2/1072.htm>. [Citado el 20 de agosto de 2009].

JIMÉNEZ, Elvia y col. Barranquilla. Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Reflexiones metodológicas desde la perspectiva de la comunicación para el cambio social. 2004. p.80-81. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/268/26800104.pdf>. [Citado el 10 de septiembre de 2010].

LÓPEZ, Nahyr y col. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. En: *Revista Colombia Médica*. vol. 32, no. 001. p.6 (2006). [en línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28332107.pdf>. [Citado el 15 de septiembre de 2009].

MORENO, Sonia y col. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. 2006. p.11-12. [en línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>. [Citado el 31 de agosto de 2009].

MOSQUERA, Janeth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. 2003. p.210-211 [en línea] Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/MPF.pdf>. [Citado el 1 de noviembre de 2009].

NAVARRO LECHUGA, Edgar y col. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. 2005. p.4,6. [en línea] Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/article/viewFile/96/177>. [Citado el 3 de septiembre de 2009].

REYES TURCIOS, Nidia Rosibel. Factores que predisponen la ocurrencia en embarazos en adolescentes. Colonia Flor del campo. Comayagua. Honduras. 2005. p.34 [en línea] Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/68.pdf. [Citado el 7 de noviembre de 2009].

SEPÚLVEDA, Gloria y col, (2008). Conocimientos y creencias sobre el uso métodos anticonceptivos en adolescentes de noveno a once grado de un colegio de Bogotá. 2008. p.45 [en línea] Disponible en: <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria>. [Citado el 20 de septiembre de 2009].

TOLEDO VILA, Herio de Jesús y col. (2002). Los adolescentes y el SIDA. *REV CUBANA MED TROP* 2002; 54(2):152-7. 2002. p.152-153. [en línea] Disponible

en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol54_2_02/mtr12202.pdf. [Citado el 15 de septiembre de 2009].

UNFPA COLOMBIA. Servicio amigable es salud para jóvenes. [en línea] Disponible en: <http://www.unfpacolombia.org/menuSuplzqui.php?id=16>. [Citado el 15 de Junio de 2009]

VARGAS TRUJILLO, Elvia y col. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Acta Colombiana de Psicología. 2007. vol.10 No. 1 49-63 p.52-53 Departamento de psicología, Universidad de Los Andes (Bogotá) [en línea] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000100006&script=sci_arttext&tlng=pt. [Citado el 30 de septiembre de 2009].

VÁSQUEZ, Martha Lucía y col. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. En: Revista Colombia Médica, Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre). p.17-18. [en línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28310103>. [Citado el 18 de agosto de 2009].

VILLASEÑOR-SIERRA, Alberto y col. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. 2003. p.5 [en línea] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15447.pdf>. [Citado el 7 de noviembre de 2009].

Anexo A.
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL MARCO DEL PROGRAMA
EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA EN UNA
INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA.
POPAYÁN – 2009

Popayán, fecha _____

Yo, _____ identificado (a) con C.C.

T.I. No. _____ De _____ en uso de mis facultades físicas, mentales y en forma voluntaria, **ACEPTO** participar voluntariamente en el trabajo de investigación **CAP CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL MARCO DEL PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA EN LA INSTITUCION EN QUE ESTUDIO.**

He sido informado (a) por el Grupo de Investigación acerca del Propósito, duración, la finalidad del estudio, utilidad, posibilidad de publicación y divulgación una vez terminado.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

C.C. ó T.I

Anexo B.
Encuesta Línea de Base

PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA

Número de encuesta

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Esta encuesta permitirá recoger información para contribuir al desarrollo del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, por lo cual el aporte que usted haga, es muy importante para su Institución Educativa.

Le solicitamos la conteste con absoluta **tranquilidad** y con toda **sinceridad**.

No sienta temor en contestar lo que sabe, piensa, siente, o hace; los datos se manejarán de manera confidencial.

El cuestionario es anónimo (sin nombre), por lo cual nadie se enterará de lo que usted responda

CAPITULO 1 – Datos Generales (Socio demográficos)

1. Grado que cursa actualmente _____

2. Marque el género al cual pertenece:

0 Hombre 1 Mujer

3. ¿Cuántos años tiene usted? _____ años

4. ¿Donde nació usted?

Municipio _____

Departamento _____

5. ¿Cuál es el estrato económico al que pertenece, según el recibo de energía? _____

6. ¿Hace Cuánto tiempo vive en ésta ciudad?
___ meses ___ años

7. Su casa se encuentra ubicada en el:
Municipio _____

1 Zona urbana Comuna No. ____
Barrio _____

0 Zona Rural

Vereda _____

8. ¿Con quién vive usted actualmente?

| | | | |
|-----|--------------------------------|--|--|
| 8.1 | Padre, Madre y Hermano(s) | | |
| 8.2 | Solo madre y hermanos | | |
| 8.3 | Solo padre y hermanos | | |
| 8.4 | Solo padre y madre | | |
| 8.5 | Solo con los hermanos | | |
| 8.6 | Otros familiares | | |
| 8.7 | Amigos o compañeros de estudio | | |
| 8.8 | Solo(a) | | |
| 8.9 | Con otras personas | | |

Quienes? _____

9. ¿Qué religión practica usted?

| | | | |
|-----|-------------|--|--|
| 9.1 | Católica | | |
| 9.2 | Protestante | | |
| 9.3 | Evangélica | | |
| 9.4 | Cristiana | | |
| 9.5 | Ninguna | | |
| 9.6 | Otra | | |

Cuál? _____

10. Tiene carné de Salud?

| | | | |
|------|-------|--|--|
| 10.1 | SI | | |
| 10.2 | NO | | |
| 10.3 | NO Sé | | |

11. Si tiene carné de Salud sabe a qué régimen pertenece?

| | | | |
|------|--------------|--|--|
| 11.1 | Subsidiado | | |
| 11.2 | Contributivo | | |
| 11.3 | Vinculado | | |
| 11.4 | Desplazado | | |
| 11.5 | Prepagada | | |

CAPITULO 2 – CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y CIUDADANÍA

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN TRES Y ALGUNAS CUATRO OPCIONES DE RESPUESTA.-

MARQUE CON “X”, SÓLO UNA RESPUESTA:

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 1. De acuerdo a la Política de Educación para la sexualidad y Construcción de Ciudadanía quienes aportan y participan en los planes y programas de la Institución Educativa en la que estudio, son los profesores y directivos. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 2. La propuesta de Educación para la Sexualidad pretende: “Asegurar que las escuelas favorezcan la vida saludable, el ejercicio de la ciudadanía y los aprendizajes básicos para la vida” | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 3. Para planear la educación para la sexualidad en la Institución Educativa donde estudio deben basarse en lo que proponen Directivos, Profesores y Padres de Familia. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 4. Las funciones: reproductiva, erótica, afectiva y comunicativa integran la sexualidad | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 5. Un Servicio de Salud Amigo de los jóvenes y adolescentes es el que brinda atención integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, dando asesoría gratuita y ofreciéndole alternativas para que cuide su salud en general. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 6. Los derechos humanos se fundamentan en la dignidad de la persona humana. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 7. Para el ejercicio saludable de mi sexualidad lo más importante es que yo tenga un buen nivel de conocimientos | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 8. En la institución educativa donde estudio, todos y todas tenemos derecho a un ambiente escolar libre de temores y amenazas | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 9. Su pareja no puede obligarlo(a) a tener relaciones sexuales | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 10. Cuando una persona es víctima de violencia o acoso sexual lo mejor que puede hacer es quedarse callada | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 11. Si una mujer queda en embarazo sin planearlo, su novio puede obligarla a abortar | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 12. Está en mis manos decidir si quiero o no tener hijos, cuántos y en qué momento | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 13. ¿El ovario es la célula reproductora femenina y el testículo la célula reproductora masculina? | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| 14. ¿El conducto deferente permite el paso de los espermatozoides desde el epidídimo hasta la uretra, durante la eyaculación? | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuando se tienen relaciones sexuales, la fecundación ocurre dentro del útero? | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿En el ciclo ovárico de la mujer, la ovulación corresponde a la época en la cual la mujer puede quedar embarazada? | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales hacen parte del aparato reproductor femenino? | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 18. El método del retiro o coito interrumpido es muy efectivo para evitar el embarazo | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 19. Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas pueden producir efectos como: náuseas, mareos, dolor de cabeza y dolor en los senos. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 20. Una mujer que queda embarazada cuando utiliza algún anticonceptivo, corre riesgo de tener un hijo deforme | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 21. Si una mujer va a utilizar la píldora o la inyección mensual como método anticonceptivo, lo ideal es que empiece a usarla: | | |
| Entre el quinto y séptimo día de la menstruación <input type="checkbox"/> | El Primer día de la menstruación <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 22. La píldora de emergencia se utiliza cuando una persona es violentada sexualmente, no se usa condón o éste se rompe.- El momento en que se debe tomar la píldora anticonceptiva de emergencia es: | | |
| Hasta 6 días después de la relación Sexual <input type="checkbox"/> | En las primeras 72 horas después de la relación sexual <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 23. Una mujer que usa algún método anticonceptivo tiene el 100% de seguridad, que no quedará en embarazo | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 24. La primera vez que una mujer tiene relaciones sexuales no puede quedar en embarazo porque es virgen. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 25. La primera señal que indica que una mujer puede estar en embarazo, es la falta o ausencia de menstruación. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 26. El embarazo en una mujer adolescente o muy joven, puede producir más complicaciones para la salud de la madre y del niño | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 27. Un embarazo no planeado y a temprana edad es algo muy normal, aceptado y sin consecuencias para los padres y el bebé. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| 28. El aborto provocado con pastillas no causa ningún riesgo para la salud de la mujer que se lo practica. | | | |
| De acuerdo | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 29. En Colombia toda mujer que quede en embarazo sin desearlo, puede practicarse el aborto porque es un derecho Constitucional | | | |
| De acuerdo | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 30. El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual pueden evitarse si se usa preservativo durante toda la relación sexual con penetración. | | | |
| De acuerdo | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 31. Las infecciones de transmisión sexual, el VIH/Sida y el virus del papiloma se pueden transmitir por: | | | |
| La picadura de un mosquito <input type="checkbox"/> | Tener relaciones sexuales con varias parejas y sin condón <input type="checkbox"/> | Sentarse en un sanitario sucio <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 32. Una o más de las siguientes manifestaciones son muy características en un hombre o una mujer con infección de transmisión sexual: | | | |
| Nauseas, vómito y malestar general <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza, tos, y secreción nasal <input type="checkbox"/> | Úlceras, verrugas, ampollas, secreción por genitales <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 33. Cuando una mujer embarazada está infectada con el virus del Sida, puede transmitirlo a su bebe | | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 34. Si una persona es VIH positiva o portadora del virus, no significa que tenga SIDA por lo cual con un buen control y tratamiento puede continuar su vida normal. | | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 35. El causante del cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano (HPV) | | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 36. La citología cervico-uterina deben practicársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual. | | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |
| 37. Para detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino, la citología cervico-uterina debe hacerse: | | | |
| Una vez al mes <input type="checkbox"/> | Una vez cada año <input type="checkbox"/> | Cada tres años <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 38. Para prevenir el cáncer de mama, tanto hombres como mujeres deben realizarse el auto-examen mamario: | | | |
| Cada mes <input type="checkbox"/> | Cada seis meses <input type="checkbox"/> | Cada año <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |
| 39. Los hombres deben hacerse el auto-examen de sus genitales para detectar cáncer de testículo y de pene, al menos | | | |
| Cada 8 días <input type="checkbox"/> | Cada mes <input type="checkbox"/> | Cada año <input type="checkbox"/> | |
| 40. Si yo no tengo dolencias o problemas de salud no es necesario acudir a los servicios de salud | | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | |

CAPITULO 3 - ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y CIUDADANÍA

**LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES TIENEN TRES OPCIONES DE RESPUESTA.-
MARQUE CON UNA X SÓLO UNA RESPUESTA:**

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. Me siento cómodo(a), si mis padres o hermanos mayores me preguntan acerca de mis relaciones de pareja | | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> | No tengo ni he tenido pareja <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 2. Si hay problemas o dificultades, lo mejor es acudir a los amigos o compañeros de clase, porque en ellos se puede confiar | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 3. Pienso que es bueno realizar trabajos en grupo y estudiar en compañía de otros(as) compañeros(as) | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 4. Hablar o participar en discusiones relacionadas con la sexualidad, salud sexual y reproductiva me daría pena | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 5. Si mis amigos, amigas o familiares están tristes, pienso que podría consolarlos | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Creo que el debate en grupo enriquece mi punto de vista | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 7. Si no se puede por las buenas, es mejor por las malas. | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 8. Pienso que pelear es la mejor forma de hacerse respetar | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Cuando estoy en desacuerdo con mi profesor(a), siento miedo y prefiero quedarme callado | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 10. Ante el malgenio y la ira es bueno buscar una estrategia para calmarse | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 11. Mis decisiones deben estar de acuerdo a lo que piensen mis compañeros(as) y amigos(as) | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 12. Yo pienso que a un Servicio Amigo de los jóvenes y adolescentes en el que se brinda asesoría en cuanto a salud sexual y reproductiva, deben asistir sólo los y las estudiantes que han empezado a tener vida sexual. | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 13. Pienso que mi Institución Educativa debería dar espacios de participación a los estudiantes | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 14. Considero que la Educación para la Sexualidad en la Institución Educativa donde estudio debería ser un proceso participativo | | |
| De acuerdo <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| 15. Para lograr lo que quiero, si no lo consigo hago amenazas a los demás | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 16. En una familia, la(s) hija(s) son las que deben realizar los oficios domésticos. | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 17. Lo que pasa en mi país afecta mi vida | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 18. La madre es la principal responsable del cuidado y crianza de los hijos. | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 19. Los hombres son mejores líderes que las mujeres | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 20. ¿Usted aceptaría estudiar con una/un compañero homosexual? | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 21. La planificación familiar es responsabilidad únicamente de la mujer | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 22. En un acercamiento sexual, uno(a) debería hacer todo lo que quiera el otro(a). | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 23. Si tengo o voy a tener una pareja estable no será necesario usar preservativo. | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 24. El uso de preservativo en una relación sexual no disminuye el placer sexual | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 25. Una mujer que quede embarazada sin desearlo, puede tomar la decisión de abortar porque ella es libre de sus actos | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 26. La mejor forma de cuidar la salud sexual y reproductiva cuando una pareja tiene relaciones sexuales, es la doble protección es decir: "Usar preservativo y un buen anticonceptivo" | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 27. Para una persona que no ha iniciado la vida sexual, lo mejor sería abstenerse de las relaciones sexuales, porque es la forma más segura de evitar riesgos en la salud sexual y reproductiva | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 28. Para estar a la moda en cuanto a la sexualidad y salud sexual reproductiva, lo mejor es tener relaciones sexuales con más de una pareja. | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 29. Lo más importante en una relación sexual es que haya penetración | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 30. Utilizar el condón permite tener relaciones sexuales más seguras | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 31. Los métodos anticonceptivos producen efectos benéficos para la salud de la mujer que los usa | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 32. Si una mujer usa anticonceptivos desde muy joven puede quedar estéril | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 33. Si un compañero de su grupo resulta VIH positivo, debería ser expulsado del colegio | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 34. ¿Invitaría usted, a comer a su casa a una persona que está infectada con el virus del Sida? | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 35. La píldora de emergencia no debería utilizarse, porque es abortiva | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 36. Una mujer adolescente que tiene relaciones sexuales, no debe ser discriminada, ni catalogada como inmoral | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 37. Si usted decidiera buscar asesoría en salud sexual y reproductiva, sus padres y profesores(as) no deberían darse cuenta | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 38. En la Institución Educativa donde estudio, deberían dar información acerca de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 39. Si en la Institución Educativa donde estudio, me informan sobre los Servicios de Salud Amigos de los jóvenes y adolescentes, yo no acudiría por temor a ser juzgado por profesores y compañeros de estudio | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 40. Si no tengo dolencias o enfermedades, no es necesario acudir a los servicios de salud | | | | | |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

CAPITULO 4. PRACTICAS RELACIONADAS CON SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y CIUDADANÍA

PARA LAS PREGUNTAS 1 HASTA LA 14, HAY CUATRO OPCIONES DE RESPUESTA, MARQUE X SÓLO UNA OPCIÓN:

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Si en la institución educativa donde estudio, me solicitan participar en la construcción de planes para una mejor educación, yo dejo que otros opinen por mí. | | | | | | | |
| Siempre | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 2. Cuando me siento desubicado, desorientado o con problemas y sin saber cómo resolverlos, busco la ayuda de mis padres o de los profesores(as) | | | | | | | |
| Siempre | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | No sé | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 3. Si en mi familia no estoy de acuerdo con el punto de vista de mis padres, me dirijo a ellos con respeto para hacerles entender el mío | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 4. Hablo o dialogo con mis padres y/o profesores(as) acerca de la sexualidad | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 5. En la Institución educativa donde estudio, yo apporto al diálogo abierto acerca de la sexualidad | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Cuándo siento rabia o me da mal genio me detengo a pensar el porqué de mis sentimientos | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 7. Cuando no consigo lo que quiero hago amenazas, para lograrlo | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 8. Pierdo el control de mí mismo(a), cuando tengo rabia, y no mido las consecuencias | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Cuando tengo problemas o diferencias con alguien, me enfado y me vuelvo violento(a) | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 10. Si tengo diferencias con mi profesor, o mis compañeros(as) de grupo los trato en forma descortés | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 11. Se me dificulta estudiar con otros compañeros(as) y realizar trabajos en grupo | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 12. Cuándo me realizan críticas constructivas no las acepto de buena forma | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 13. Cuando me da rabia o me enojo, busco alternativas para calmarme y no causar daño a otros(as) | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 14. Rechazo las situaciones de discriminación a las personas homosexuales | | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | No sé <input type="checkbox"/> |

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN QUE VER CON COSAS MÁS ÍNTIMAS; NO TEMA RESPONDER CON TODA SINCERIDAD, RECUERDE QUE TODO SE MANEJARÁ EN FORMA CONFIDENCIAL Y NADIE CONOCERÁ SUS RESPUESTAS, PORQUE LA ENCUESTA NO LLEVA SU NOMBRE. MARQUE CON X SÓLO UNA OPCIÓN DE ACUERDO A SU REALIDAD.

| | |
|--|-----------------------------|
| 15. ¿Ha asistido alguna vez a un Servicio de Salud Amigo? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 16. ¿Si no ha asistido, la razón por la cual no lo ha hecho es? | | |
| No sabía que existía el servicio <input type="checkbox"/> | Pena o temor <input type="checkbox"/> | Otra razón <input type="checkbox"/> |

¿Cuál? _____

| | |
|--|-----------------------------|
| 17. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

SI SU RESPUESTA ES **NO**, ENTREGUE LA ENCUESTA, NO NECESITA SEGUIR RESPONDIENDO

SI SU RESPUESTA ES **SI**, CONTINÚE.....

18. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? _____ Años

19. ¿Qué edad tenía la persona con la que usted estuvo en su primera relación sexual? _____ Años

20. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta el momento? _____

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| 21. ¿Quién fue la persona con quien tuvo su primera relación sexual? | | | | | |
| Novio(a) <input type="checkbox"/> | Amigo(a) <input type="checkbox"/> | Familiar <input type="checkbox"/> | Apenas conocido(a) <input type="checkbox"/> | Prostituta <input type="checkbox"/> | Otro(a) <input type="checkbox"/> Cuál? _____ |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| 22. ¿Qué lo(a) motivó a tener su primera relación sexual? | | | | | |
| Amor <input type="checkbox"/> | Deseo <input type="checkbox"/> | Curiosidad <input type="checkbox"/> | Presión del novio(a) <input type="checkbox"/> | Presión de los amigos(as) <input type="checkbox"/> | Ganar dinero <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|-----------------------------|
| 23. ¿En la primera relación sexual usaron el preservativo o condón? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 24. Posterior a su primera relación sexual ha usado el preservativo o condón para protegerse: | | |
| Siempre <input type="checkbox"/> | Algunas veces <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|---|
| 25. Sus relaciones sexuales han sido con personas: | | |
| Del sexo opuesto <input type="checkbox"/> | De su mismo sexo <input type="checkbox"/> | De Ambos sexos <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|-----------------------------|
| 26. ¿Ha tenido alguna vez, relaciones sexuales bajo efectos del alcohol u otras drogas alucinógenas? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|-----------------------------|
| 27. ¿Actualmente tiene una pareja con la cual tiene relaciones sexuales? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

SI SU RESPUESTA ES **NO** ENTREGUE LA ENCUESTA, NO NECESITA SEGUIR RESPONDIENDO

SI SU RESPUESTA ES **SI** CONTINÚE RESPONDIENDO.....

| | |
|---|-----------------------------|
| 28. ¿Usa actualmente usted o su pareja, algún método anticonceptivo? | |
| No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|---|--|--|--|
| 29. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos usa usted o su pareja? (marque con X él o los que usan. Puede marcar más de una opción si usted o su pareja usan más de uno) | | | | | | | |
| Condón <input type="checkbox"/> | Píldoras <input type="checkbox"/> | Inyecciones <input type="checkbox"/> | Coito interrumpido <input type="checkbox"/> | Dispositivo Intrauterino <input type="checkbox"/> | Espermicidas <input type="checkbox"/> | Píldora de emergencia <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____ |

| | |
|---|---|
| 30. ¿Si contestó que usa el condón, con qué frecuencia lo usa? | |
| Siempre (En toda relación sexual) <input type="checkbox"/> | Solo algunas veces <input type="checkbox"/> |

**! Muchas gracias por aportarle a su Institución Educativa!
! Y a una buena Educación para la Sexualidad!**