

La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes

**Martha Lucía Vásquez, Enf. Ph.D.¹, Luz Ángela Argote, Enf. Mg. Enf.¹,
Edelmira Castillo, Enf. Ph.D.¹, María Elena Mejía, Enf. Mg. Enf.²,
María Eugenia Villaquirán, Enf. Mg. S.P.²**

RESUMEN

Propósito: Para contribuir a generar estrategias de solución a la problemática de salud sexual y reproductiva de los(as) adolescentes, el grupo de investigación *Cuidado de Enfermería* de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle realizó un estudio para evaluar el impacto de una intervención educativa encaminada a dar poder a los(as) adolescentes en sus derechos y deberes sexuales y reproductivos.

Metodología: El diseño fue series de tiempo, durante 12 meses y la muestra de 129 adolescentes escolarizados de ambos sexos. Las variables se midieron antes de la intervención educativa, 3 y 6 meses después.

Resultados: Después de la intervención, aumentó significativamente el porcentaje de adolescentes con actividad sexual genital, sobre todo entre las mujeres; asimismo aumentó el uso de prácticas anticonceptivas de doble protección. Sin embargo, una alta proporción de adolescentes continuó absteniéndose de la actividad sexual genital. No se presentaron casos de embarazo ni ITS después de la intervención. Los problemas relacionados con la sexualidad y el abuso físico también disminuyeron después de la intervención.

Conclusión: Es importante investigar las vivencias de los(as) adolescentes durante la intervención para descubrir lo que les llevó a la actividad sexual genital. La automedicación de anovulatorios y la falta de seguimiento de las instituciones de salud durante el uso de los mismos fue un hallazgo importante que sugiere mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar para las adolescentes.

Palabras clave: Sexualidad responsable; Adolescentes; Educación.

SUMMARY

Education and responsible sexuality among adolescents

Purpose: In order to contribute in generating strategies to solve reproductive and sexual health problems, the Nursing Care Research Group from the Nursing School at Universidad del Valle carried out this study to evaluate the impact of an education intervention to empower the adolescents about their sexual and reproductive right and duties.

Methodology: The design was time series; the study lasted 12 months and the sample were 129 male and female adolescents. The variables were measured before the intervention, 3 and 6 months after the intervention.

Findings: After the intervention, there was a significant increase of adolescents having genital sexual activity, especially among the girls. There was also an increase of double protection contraceptive practices. However, a high proportion of adolescents did not involve in genital sexual activity. After the intervention there were no pregnancies, nor STI cases. Problems related to sexuality and physical abuse also decreased after the intervention.

Conclusion: It is very important to study the adolescent's lived experiences during the intervention in order to understand the reasons to become sexually active. Self medication of contraceptive drugs and the lack of health institutions follow up of the adolescents using contraceptives is a finding suggesting the need to improve contraceptive health services for adolescents.

Key words: Responsible sexuality; Adolescents; Education.

La adolescencia marca una etapa de la vida llena de cambios complejos. En esta etapa los y las adolescentes deben prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse so-

1. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

2. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Recibido para publicación noviembre 12, 2004 Aprobado para publicación junio 27, 2005

cialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad.

La población actual de adolescentes en Colombia corresponde a 20% del total de la población¹. La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es de gran importancia dada la magnitud numérica del grupo adolescente y los riesgos y daños a que están expuestos. Algunos estudios muestran que las jóvenes entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir a causa de eventos relacionados con la reproducción que las mayores de 20; en las menores de 16 años este riesgo es seis veces mayor². La Encuesta Nacional de Demografía y Salud describe una serie de indicadores que muestran los riesgos y problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las(os) adolescentes³. En Colombia, los hombres inician su vida sexual en promedio a los 13.4 años y las mujeres a los 14.8 años; éstas tienen su primer hijo alrededor de los 16.2 años. En Cali, 61.4% de los hombres inician su vida sexual entre los 12 y 16 años y 44.5% de las mujeres lo hacen entre los 15 y 17 años⁴. Otro indicador que evidencia la relevancia de la problemática en las adolescentes es su tasa de fecundidad, que se ha incrementado en cinco años de 70 nacimientos por mil mujeres a 89 nacimientos por mil mujeres.

El estudio hecho en Colombia en 1995, sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos, mostró que sólo 11% de los adolescentes entre 15 y 19 años con vida sexual activa usan métodos anticonceptivos y 26.4% inician el uso de ellos después de haber tenido el primer hijo⁵. Para el año 2000, el uso de anticonceptivos se aumentó a 13% en el mismo grupo poblacional a pesar de que 100% de las mujeres mayores de 15 años conoce algún método³. En cuanto a la preferencia de los métodos anticonceptivos, el mismo estudio mostró que el condón (28%), el retiro (20.3%), la píldora (10.7%) y la inyección (5%) son los métodos más usados. Como se observa aún prevalece el uso, en una proporción significativa, de métodos ineficaces como el retiro, lo que puede incidir en el número de embarazos indeseados de la población adolescente. Esta situación es más preocupante entre la población de Cali pues 32% de las personas informaron que no utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual por descuido, porque confían en su pareja o porque no les gusta⁴.

La violencia sexual es una forma de violencia que se ejerce sobre todo contra las mujeres. Durante el año 2000,

se efectuaron en Colombia 12.485 reconocimientos médicos por delitos sexuales, de ellos 86% se hicieron en mujeres. Más de 85% de los dictámenes se practicaron a menores de edad, el grupo más afectado fue el de las niñas entre los 5 y 14 años de edad⁶.

El panorama anterior indica que a pesar de contar en Colombia con una política clara en torno a la educación sexual⁷, aún no se ha incidido sustancialmente en la problemática de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Con el propósito de contribuir a generar estrategias de solución a la problemática de salud sexual y reproductiva de los(as) adolescentes, el grupo de investigación Cuidado de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, con el apoyo financiero de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, realizó un estudio para evaluar el impacto de una intervención educativa encaminada a dar poder a los y las adolescentes en torno a sus derechos y sus deberes sexuales y reproductivos y a promover una visión de las relaciones más equitativas de hombres y mujeres. El estudio se efectuó en dos instituciones de secundaria del Municipio de Jamundí, Valle del Cauca durante 2003-2004. Los objetivos específicos del estudio fueron:

- Determinar la utilización que las y los adolescentes hacen de los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Determinar la utilización que las y los adolescentes hacen de los recursos legales disponibles para controlar la violación de sus derechos y deberes sexuales y reproductivos.
- Determinar la proporción de embarazos, abortos e ITS en las y los adolescentes participantes.
- Describir la intención del comportamiento de las y los adolescentes participantes respecto al ejercicio de los derechos y deberes sexuales y reproductivos.
- Ejecutar una estrategia educativa para promover el ejercicio de los derechos y deberes sexuales y reproductivos en las y los adolescentes escolarizados.

En este informe no se informa lo referente a la intención del comportamiento respecto al ejercicio de los deberes y derechos de los(as) adolescentes pues es objeto de otro artículo.

Los resultados de la investigación mostraron que la actividad genital de los(as) adolescentes aumentó significativamente después de la intervención educativa, de igual manera aumentaron las prácticas de protección contra el

embarazo y las ITS; los hombres aumentaron de modo considerable el uso del condón y las mujeres el uso de anovulatorios. Sin embargo, la mayoría de los(as) adolescentes se abstuvieron de las relaciones genitales durante el período del estudio. Muy pocos(as) adolescentes comunicaron problemas relacionados con la sexualidad, abuso sexual y físico. Las mujeres informaron el abuso sexual con mayor frecuencia.

MARCO CONCEPTUAL

Para la presente investigación se utilizaron como referentes conceptuales la teoría del aprendizaje social y la teoría de la acción razonada. La teoría del aprendizaje social^{8,9} conocida también con los nombres de aprendizaje vicario o modelado, considera que los niños aprenden por imitación de los demás. Esto contrasta con las teorías del aprendizaje basadas en los principios clásicos de estímulo, respuesta seguida por recompensas para reforzar el aprendizaje. Bandura y Walter¹⁰ sugirieron que los niños aprenden nuevas conductas al observar lo que hacen otros niños y más aún, que los niños no necesitan recompensas directas para promover el aprendizaje. Los niños, según esto, aprenden por observación y modelan su conducta de acuerdo con lo que ven hacer a otros. En los adolescentes, esta forma de aprendizaje cobra especial valor dada la influencia de los pares y amigos durante esta etapa de la vida¹¹.

La teoría del aprendizaje social propone que las personas se comprometen en el cambio de conducta cuando: a) se sienten capaces de adoptar la nueva conducta; b) creen que los resultados de la conducta son positivos y que por ello recibirán beneficios; c) se les presentan modelos creíbles de la conducta; y d) se les proveen los conocimientos y destrezas específicos para ejecutarla.

La teoría de Acción Razonada^{12,13} asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición, tal como VIH/SIDA o embarazo y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud, tales como el uso de condones o pastillas anticonceptivas.

De acuerdo con esta teoría la intención de adoptar una conducta saludable está influida por su actitud sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personal-

mente beneficiosa y su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que hiciera respecto de la conducta. Por tanto, un(a) adolescente equilibrará una actitud positiva hacia posponer sus relaciones sexuales [el(a) adolescente pensará que no tener relaciones sexuales es «estar en la onda», «gracioso», «formidable», «retador»] y una actitud negativa [el(a) adolescente pensará que el no tener relaciones sexuales es para niños y es «horrible», «despreciable» o «apestoso»].

La intervención pedagógica que se iba a investigar durante el presente estudio se diseñó bajo el marco conceptual antes descrito. Esta intervención se espera que permita una experiencia formativa no tradicional, de preparación para la vida y centrada en el principio de la autonomía, que estimule la resolución de problemas, la reflexión, la creatividad y la responsabilidad en los(as) adolescentes participantes en el estudio. La estrategia pedagógica incluyó talleres con los(as) jóvenes, los maestros(as) y los padres de familia; estos talleres fueron espacios de participación, diálogo, reflexión, creatividad grupal para lograr el aprendizaje. Se utilizaron privilegiadamente juegos con consignas sencillas para llevar a cabo una tarea en grupo que permitiera reflexionar y producir nuevas ideas partiendo de los aportes que hacían las personas participantes. Al mismo tiempo se ofreció un servicio de consejería individual atendido por un psicólogo. La consejería permitió un acercamiento permanente con los jóvenes para aclararles dudas, asesorarlos en la promoción de la salud sexual y remitirlos y acompañarlos a los servicios de salud y de protección social cuando lo requirían. La estrategia pedagógica finalizó con un certamen cultural denominado Feria de la Salud, durante el cual los actores principales fueron los(as) jóvenes participantes en el estudio, que, a través del baile, el canto, la dramatización y un concurso compartieron el aprendizaje de los conceptos y las destrezas desarrolladas en los talleres con otros(as) adolescentes escolarizados del Municipio de Jamundí.

Kirby¹⁴ determinó que los programas de educación sexual tienen mejores resultados cuando dan un mensaje claro y coherente que se basa en información precisa, se centran en reducir uno o más comportamientos sexuales que pueden conducir al embarazo involuntario y a las ITS, tienen un marco teórico comprobado en cuanto al cambio de comportamientos de salud, usan métodos pedagógicos que hacen participar a los adolescentes, son específicos en

cuanto a la edad y motivan y capacitan a los maestros. La intervención educativa del presente estudio si bien no tenía todas las características descritas por Kirby si poseía muchos de los elementos propuestos por este autor.

METODOLOGÍA

Diseño y variables. Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con un diseño de series de tiempo para muestras pareadas, en el que se midieron las variables antes y después de ejecutar la intervención educativa. El estudio se desarrolló durante 12 meses; la primera medición se hizo tres meses antes de la intervención, la segunda a los tres meses de finalizada la intervención y, la tercera seis meses después; la intervención se desarrolló durante seis meses.

Las variables dependientes estudiadas fueron:

- Frecuencia de embarazo, aborto e ITS,
- Utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva a través del número de adolescentes que utilizaron los servicios de salud para iniciar métodos anticonceptivos y el número de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en controles subsiguientes en los servicios de salud.
- Utilización de los recursos legales disponibles para garantizar el respeto de los derechos y deberes sexuales y reproductivos a través del número de denuncias de casos de violencia sexual.
- La intención de comportamiento respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (la metodología y hallazgos sobre esta variable se presentan en otro artículo).

Las variables se midieron a través de un cuestionario auto-dilucidado, que se probó con adolescentes escolarizados y que evaluaron expertos en el área. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0; se utilizaron dos pruebas para comparar las tres mediciones: Q de Cochran y cuando las variables eran con escala nominal y la Q de Friedman cuando eran de tipo ordinal. Para comparar los resultados por género se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Población y muestra. La población de estudio estuvo conformada por 1.088 jóvenes de la sección de secundaria de dos instituciones educativas de carácter oficial. De esta población, se tomó inicialmente una muestra por conveniencia de 142 estudiantes con edades entre 13 y 18 años. Esta muestra correspondió a la totalidad de los estudiantes

de los grados 9.3 y 9.4 (79 estudiantes) de una institución y de los grados 8° y 9° (65 estudiantes) de la otra institución que dieron el consentimiento informado para participar en la investigación. El tamaño de la muestra para la segunda medición descendió en 10% debido a que algunos de los estudiantes abandonaron la institución por cambio de residencia a otro municipio, otros no aprobaron el año lectivo y, por tanto, no quedaron matriculados en el curso en el que se desarrolló la investigación. Para ser parte de la muestra definitiva del estudio, los(as) adolescentes debían asistir por lo menos a cuatro de los cinco talleres que se efectuaron en la intervención y no faltar al taller sobre «Derechos Sexuales y Reproductivos». La muestra definitiva fue de 129 adolescentes, de los cuales 54.2% eran mujeres; su edad osciló entre 11 y 17 años, con media de 14.25 y modo de 14 años tanto para hombres como para mujeres; sólo 2 (1.5%) adolescentes tenían 11 años y 3 (2.3%) adolescentes tenían 17 años.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Actividad sexual de los(as) adolescentes. De las(os) adolescentes 38.2% habían tenido relaciones genitales con anterioridad al estudio; de estos 63.3% eran hombres. Antes de la intervención, el porcentaje de adolescentes que tenían relaciones genitales en el momento del estudio fue 23.7%; esta cifra aumentó a 35.1% a los tres meses de la intervención y a 29.1% a los seis meses; estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Q de Cochran = 9.65, $p = 0.008$). En todas las mediciones, los hombres fueron los que informaron con más frecuencia tener actividad sexual actual: 40% antes de la intervención, 50% a los tres meses y 41% a los seis meses después en contraste con las mujeres que comunicaron 9.9%, 22.5% y 18.3%, respectivamente (Cuadro 1).

Estos hallazgos son coherentes con los encontrados en

Cuadro 1
Relaciones genitales actuales según género

Relaciones genitales	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
Sí	40.0	9.9	50.0	22.5	41.0	18.3
No	60.0	90.1	50.0	77.5	59.0	81.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Q de Cochran 0 9.65; $p = 0.008$

H: Hombre M: Mujer

la Encuesta Nacional de Demografía y Salud³. El comienzo precoz de las relaciones sexuales en los hombres podría deberse a que se consideran parte del ritual de iniciación a la vida post infantil en los países latinoamericanos¹⁵ y a la presión que a menudo enfrentan los muchachos del grupo de compañeros o pares, pues las experiencias sexuales se consideran un logro y una demostración de competencia y no una ocasión para la intimidad y creación de vínculos afectivos¹⁶.

En este estudio llama la atención el aumento en la actividad genital entre las mujeres; que se podría explicar en parte porque el miedo a las relaciones sexuales desapareció como motivo de la abstinencia sexual entre las mujeres. Grunseit *et al.*¹⁷ consideran que los individuos desarrollan comportamientos más sanos a medida que aumentan los conocimientos, pues el temor nace de la ignorancia y de la falta de información. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que el hecho de recibir educación sexual no incide para que los jóvenes inicien su actividad sexual ya que recibir orientación les facilita tomar sus decisiones de manera responsable y fundamentada^{18,19}. En este estudio se encontró un aumento en la actividad sexual en ambos sexos después de la intervención educativa. Sin embargo, esto contrasta con la protección que los y las jóvenes realizaron para evitar el embarazo antes y después de la intervención. Los hombres y las mujeres se protegían antes de la intervención en 76% y 33%, respectivamente, en tanto que después de la intervención hubo un aumento notable en ambos sexos: 90% (a los tres meses) y 100% (a los seis meses) en los hombres y 87.5%, 78.6% en las mujeres. Este hallazgo indica que si bien se aumentó la actividad sexual entre

las(os) jóvenes, ellas(os) eran conscientes del riesgo de embarazo y tomaban las medidas necesarias. Es importante resaltar que después de la intervención educativa se encontraron prácticas de protección de embarazo que consideran la opción del «doble riesgo doble protección» como condón y relación monógama, condón y anovulatorios inyectables, condón y anovulatorios orales.

Es de interés enfatizar que 76.3 % de los(as) adolescentes no tenían actividad sexual antes de la intervención y los motivos o razones para abstenerse de las relaciones genitales fueron: no estar preparada(o) (46.9%), evitar el embarazo (11.7%), miedo (24.7%) a la relación sexual, a adquirir enfermedades, a defraudar a los padres y a la burla. Otros motivos para no tener relaciones genitales fueron: evitar el embarazo y las ITS (6.9%), no tener pareja (7.0%), no tener la oportunidad (5.9%), querer llegar virgen al matrimonio (2.4%) entre otros. Tres meses después de la intervención, 64.9% de los(as) adolescentes no tenían actividad sexual y adujeron motivos como: no estar preparados(as) (53.9%), evitar el embarazo (14.5%), no tener pareja (10.5%), evitar ITS y embarazo (7.9%), no tener oportunidad (5.3%) y miedo a enfermedades (1.3%). A los seis meses de la intervención, 70% de los(as) jóvenes continuaban sin actividad sexual por motivos similares como se observa en el Cuadro 2. Llama la atención que 3.5% de los hombres informaron como motivo de abstinencia el hecho que la pareja no deseaba la relación sexual, lo cual muestra que los jóvenes respetaban la decisión de la mujer en este aspecto.

Al analizar los motivos para no tener relaciones genitales según el género, se encontró que hombres y mujeres comunicaron *no estar preparada(o)* más frecuentemen-

Cuadro 2
Motivo para abstenerse de las relaciones genitales
según género

Motivo	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
No estar preparada(o)	11.7	35.2	17.3	33.3	16.3	41.9
Evitar embarazo	3.5	8.2	4.9	8.6	5.8	4.7
Miedo (relación, frustrar padres, burla)	9.4	15.3	6.2	0.0	1.2	8.2
Evitar ITS-embarazo	1.1	5.8	0.0	7.4	3.5	3.5
No tener pareja	4.7	2.3	4.9	4.9	4.7	2.3
Virgen al matrimonio	0.0	2.4	0.0	2.5	0.0	0.0
Pareja no quiere	0.0	0.0	2.3	0.0	3.5	0.0
No oportunidad	0.0	0.0	4.7	1.2	0.0	3.5

H: Hombre M: Mujer

Cuadro 3
Protección contra el embarazo

Protección	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
Sí	76.3	33.3	90.0	87.5	100.0	78.6
No	23.7	66.7	10.0	10.9	0.0	7.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

H: Hombre M: Mujer

Cuadro 4
Prácticas de protección contra el embarazo

Prácticas	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
Condón	73.7	2.6	18.9	1.6	16.3	41.9
Pastas	0.0	2.6	0.0	3.1	15.2	7.5
Inyección	0.0	0.0	0.0		1.2	8.2
Condón-pastas	0.0	0.0	0.0	3.1	3.5	3.5
Coito interrumpido	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
Ninguna	7.9	13.2	3.4	0.0	0.0	0.0

H: Hombre M: Mujer

te, siendo mayor la proporción de quienes informaron este motivo después de la intervención; *evitar el embarazo* se dio en segundo lugar y en mayor proporción por las mujeres como se observa en el Cuadro 2. Los hombres señalaron con más frecuencia *no tener pareja* y *no tener la oportunidad*, el miedo lo informaron las mujeres antes de la intervención y seis meses después de ésta.

Protección del embarazo. Es importante notar que durante el año que duró la investigación ni los hombres ni las mujeres comunicaron embarazos; dos (2) adolescentes (un hombre y una mujer) informaron embarazo antes de iniciar el estudio. Previa la intervención, 68.1% de los(as) adolescentes se protegían del embarazo en tanto que 89.1% y 92.3% lo hacían a los tres y a los seis meses después. Los hombres se protegían más que las mujeres en todas las mediciones pero el aumento en la proporción de mujeres que informó protegerse fue considerablemente mayor a los tres meses después de la intervención; esta proporción disminuyó a los seis meses (Cuadro 3).

El porcentaje de adolescentes sexualmente activos(as) que no se protegía del embarazo antes de la intervención disminuyó de modo notable después de ésta como se observa en el Cuadro 3; la disminución fue más notoria entre las mujeres. También se observaron cambios en las

Cuadro 5
Protección contra ITS

Protección	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
Sí	76.3	33.3	90.0	87.5	100.0	78.6
NO	23.7	66.7	10.0	12.5	0.0	21.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Q de Cochran = 7.4; 0.025

H: Hombre

M: Mujer

prácticas de protección del embarazo en las mediciones (Cuadro 4). El condón fue la forma de protección más común en todas las mediciones; como era de esperarse, las mujeres comunicaron prácticas de protección más diversas especialmente después de la intervención.

Protección de las ITS. Conviene destacar que en las mediciones seriadas de este estudio ningún(a) adolescente informó ITS. De los(as) adolescentes que comunicaron actividad sexual antes de la intervención, 66% se protegían contra las ITS; esta cifra aumentó a 78.3% a los tres meses y a 86.8% a los seis meses después de la intervención; los hombres dijeron protegerse en mayor proporción en las tres mediciones, lo que puede indicar que aun entre el grupo de adolescentes existe la creencia de que los hombres son los que se deben proteger de las ITS.

El porcentaje de adolescentes que no se protegían de las ITS disminuyó bastante después de la intervención en ambos sexos; sin embargo, es preocupante que una alta proporción de las mujeres declaró no protegerse en ambas mediciones (Cuadro 5).

El uso del condón fue la práctica de protección que se notificó con mayor predominio entre los(as) jóvenes. Antes de la intervención, los(as) adolescentes informaron tan sólo el condón como práctica de protección de ITS pero después de la intervención comunicaron el uso del condón aislado y el condón junto con otras prácticas como tener sexo con una o pocas personas, asearse los genitales después de la relación, escoger la persona, lo que da 71.7% de uso del condón. Los hombres manifestaron mayor diversidad de prácticas de protección a los tres meses del estudio (Cuadro 6).

Se observaron cambios en el informe sobre la frecuencia del uso del condón por los hombres como se muestra en el Cuadro 7; después de la intervención subió en forma notable el porcentaje de adolescentes que dijeron usar el condón todas las veces que tienen relaciones genitales.

Los anteriores resultados si bien muestran que aunque

Cuadro 6
Prácticas de protección contra ITS

Prácticas	Porcentaje					
	Antes		3 meses		6 meses	
	H	M	H	M	H	M
Condón	65.8	7.9	39.1	17.4	16.3	41.9
Condón-pocas personas			6.5	0.0	15.2	7.5
Condón-escojer persona	0.0	0.0	0.8	0.0	1.2	8.2
Condón-aseo	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	3.5
Condón-visitar médico	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguna	15.8	10.5	8.7	0.0	0.0	0.0

H: Hombre M: Mujer

Cuadro 7
Frecuencia del uso del condón en los hombres

Frecuencia	Antes %	3 meses %	6 meses %
Todas las veces	37.8	56.7	52.0
Algunas veces	48.7	40.0	48.0
Nunca	13.5	3.3	0.0

Cuadro 8
Uso de anticonceptivos hormonales en las mujeres

Uso	Antes %	3 meses %	6 meses %
Sí	28.6	81.3	75
No	72.4	18.7	25

no todos los adolescentes con actividad sexual se protegían siempre contra el embarazo y las ITS, el hecho que se considere el condón en una proporción alta como práctica de prevención del embarazo y de las ITS es un aspecto positivo. No obstante, es importante señalar que aunque aumentó el número de jóvenes que usaban el condón, éste no era usado todas las veces durante la actividad sexual. Sobre este aspecto, Vásquez²⁰ sugiere que la frecuencia del uso cambia según la «categoría» del compañero sexual. Con una pareja estable o novia, se usan los condones como anticonceptivos; con una pareja «ocasional» se los utiliza para prevenir ITS y el VIH. También se ha documentado ampliamente que los jóvenes deben enfrentar ciertos obstáculos para usar condón como la disponibilidad, el costo, la naturaleza esporádica de su relación sexual, la falta de información sobre el uso correcto, las normas sociales que inhiben la comunicación entre la

pareja y los rígidos guiones o patrones sexuales sobre quien asume la responsabilidad de proponer el uso del preservativo²¹. Es probable que en este estudio la disponibilidad del condón, el costo y la frecuencia esporádica de las relaciones sexuales además de tener una pareja estable fueran motivos para que algunos adolescentes usaran el preservativo sólo pocas veces. Es necesario investigar en el futuro con detalle el uso del condón entre los(as) jóvenes para poder conocer más a fondo este aspecto de su actividad sexual. Es asimismo necesario explorar qué entienden los(as) jóvenes por pareja estable como método de prevención de ITS.

Uso de métodos anticonceptivos hormonales. Las mujeres informaron poco uso de anticonceptivos (28.6%) antes de la intervención; esta cifra aumentó de modo notorio a los tres meses (81.3%) después de la intervención, pero disminuyó ligeramente a los seis meses (75%); las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Cuadro 8). Las adolescentes que usaban anovulatorios manifestaron el principio y el control de los mismos en el centro de salud y al médico antes de la intervención. El lugar de comienzo de los anticonceptivos varió considerablemente después de la intervención así: Centro de salud y hospital (60%), droguería (30%) y automedicación (10%). Es preocupante la proporción elevada de adolescentes que iniciaron anticonceptivos por su cuenta; también preocupa el alto porcentaje de jóvenes (46.2%) que no asisten a ninguna institución o profesional de salud para obtener el seguimiento necesario durante el uso de los anovulatorios. Durante los talleres y el servicio de orientación se insistió para que los(as) adolescentes recurrieran a sus respectivos servicios y centros de salud. No obstante, en la práctica se observa que estos servicios no están preparados para recibir de manera apropiada a los(as) adolescentes por diversas razones. Por ejemplo, no se tienen franjas horarias adecuadas para ellos(as), los anticonceptivos los deben costear el(a) adolescente y no hay intimidad para que los(as) jóvenes no se sientan «al descubierto». Estas razones pueden llevar a los y las muchachas a frecuentar las droguerías y a automedicarse.

Problemas relacionados con la sexualidad. Sólo 5.3% de los(as) adolescentes comunicaron problemas relacionados con la sexualidad antes de la intervención, 0.76% a los tres meses y a los seis meses. De los siete adolescentes que informaron problemas antes de la intervención (dos hombres y cinco mujeres), tres mujeres contaron a alguien el abuso mientras que sólo un hombre lo hizo; dos

de las tres mujeres consultaron al médico. A los tres meses de la intervención, solamente una adolescente tuvo problemas y consultó al psicólogo. Esto muestra que quizá gracias a la intervención la adolescente buscó ayuda en una persona con formación apropiada para proporcionársela. A pesar de que el número de hombres que informaron problemas fue muy bajo, los resultados muestran que relatan menos estos problemas en comparación con las mujeres.

Abuso físico y sexual. La coacción sexual en los(as) jóvenes abarca una variedad de experiencias que van desde las formas sin contacto como el abuso sexual verbal y la observación forzada de la pornografía, así como el contacto no deseado o la estimulación mediante caricias, hasta el intento de violación, coito con penetración forzada (vaginal, oral o anal) y prostitución forzada. También incluye relaciones sexuales como resultado de fuerza física, intimidación, presión o extorsión, engaño, consumo forzado de alcohol y drogas, y amenazas de abandono o negativa de apoyo económico²². Los autores del abuso por lo general son personas que los(as) jóvenes conocen pero que muchas veces no denuncian porque creen que la coacción es una manera natural para llevar a cabo la actividad sexual o porque tienen temor de denunciarlos debido a las posibles represalias y porque desconocen que tienen derecho a ejercer su sexualidad libre de cualquier abuso o violencia sexual²³.

De los 129 adolescentes estudiados, siete (5.3%) comunicaron el abuso sexual por parte de un familiar o de un desconocido antes de la intervención, cuatro (3.1%) a los 3 meses y una mujer a los seis meses de la intervención. Las mujeres informaron el abuso con mayor frecuencia en las tres mediciones; este hallazgo concuerda con lo que expresan algunos estudios²⁴. El hecho que los hombres no relaten el abuso puede deberse a estereotipos de género, según los cuales se considera signo de debilidad masculina denunciarlo o lo que es peor, que se conciba como algo inexistente para el hombre. Además, 9.2% (11 hombres y una mujer) declararon maltrato verbal o físico por parte del novio(a) antes de la intervención y 3% (un hombre y tres mujeres) a los tres meses. Llama la atención que la forma de maltrato más frecuente hacia los hombres radique en el maltrato verbal; sería importante explorar en profundidad este fenómeno. El abuso sexual por parte del novio(a) fue informado por 3.1% de los(as) adolescentes (igual número de hombres y mujeres) antes de la intervención y 0.8% (un hombre) a los tres meses; dos adolescen-

tes manifestaron abuso sexual de familiar o desconocido y maltrato del novio(a).

De los(as) 21 adolescentes que dijeron haber sufrido abuso físico o sexual antes de la intervención, la mayoría lo informaron a un amigo/a y en menor proporción a la mamá, y seis no informaron el abuso; a siete de los adolescentes que lo hicieron no se les dio ayuda. De los ocho adolescentes que comunicaron abuso sexual a los tres meses, sólo dos no lo informaron y los otros lo hicieron a sus padres y amigos(as). De los que dieron cuenta del abuso, apenas dos no recibieron ayuda; la ayuda en ambas mediciones consistió en consejos. La adolescente que comunicó abuso sexual de familiar o desconocido a los seis meses lo informó de manera inmediata a su padre.

Las mujeres reportaron más el abuso sexual en las tres mediciones, esto puede demostrar cómo las relaciones de género, en las cuales subyacen relaciones de poder, inciden para que sean las mujeres las principales víctimas de este flagelo. En muchas culturas, como signo de masculinidad, los hombres se sienten con derecho a exigir a la mujer la relación sexual y éstas a veces están de acuerdo con esto y creen que es su obligación hacerlo²⁴. Después de la intervención educativa, los(as) jóvenes reaccionaron más ante el abuso sexual pues buscaron ayuda aunque ésta se centró en familiares y amigos en lugar de hacerlo en los servicios de salud o de protección existentes. En ninguno de los casos las personas acudieron a entidades estatales como Bienestar Familiar o la Fiscalía.

IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO Y LA INVESTIGACIÓN

El aumento de la actividad genital entre los(as) adolescentes después de la intervención educativa es un hallazgo que se puede interpretar negativamente. Es decir, puede interpretarse que la intervención educativa incitó a los(as) jóvenes a tener actividad sexual genital y que, por tanto, no es recomendable desarrollar este tipo de estrategias educativas. Sin embargo, el mismo hallazgo se puede considerar como positivo si se percibe a la intervención educativa como un elemento «liberador» de mitos y tabúes, sobre todo para las adolescentes. Este hallazgo no se puede ver aparte de los resultados que muestran el aumento de las prácticas de protección del embarazo y las ITS. Sería importante investigar las vivencias de los(as) adolescentes durante la intervención para descubrir qué les llevó a la actividad sexual genital.

La automedicación de anovulatorios y la falta de seguimiento de las instituciones de salud fue un hallazgo importante que sugiere mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar. En este sentido es necesario considerar espacios alternativos, dentro de la institución educativa por ejemplo, para que los y las jóvenes discutan los acontecimientos importantes de su desarrollo como la menarquia, la espermaquia y la fecundidad entre otros y para que tengan acceso a la iniciación y control de anticonceptivos hormonales cuando sean necesarios. Además, se necesita continuar sensibilizando al personal de salud acerca de las realidades y las perspectivas de los muchachos(as) y aprender a animarlos para que acudan a los servicios de salud y soliciten ayuda cuando la necesiten. Para ello se requiere un enfoque más creativo en la forma de ofrecer servicios a los y las jóvenes, teniendo en cuenta la necesidad de guardar la confidencialidad y privacidad, contar con personal sensible a sus necesidades, salas de espera agradables y horarios de fácil acceso.

Los hallazgos del presente estudio muestran que las mujeres aumentaron la actividad sexual después de la intervención; esto sugiere que mediante los talleres y la orientación en salud sexual y reproductiva se aclararon mitos y tabúes que impedían a las jóvenes tener relaciones sexuales sobre todo por miedo y no porque se debían asumir en un contexto de responsabilidad y de preparación como lo expresaron en las mediciones que siguieron a la intervención. Este hallazgo implica, de otro lado, un acompañamiento a las jóvenes mediante servicios de orientación y acceso a los métodos anticonceptivos a fin de fortalecer en ellas prácticas de sexo seguro y responsable.

Es necesario explorar en profundidad mediante investigaciones cualitativas cómo perciben las mujeres adolescentes la actividad sexual genital, la fertilidad y los riesgos a los que se exponen cuando no efectúan prácticas para protegerse del embarazo y especialmente de las ITS.

Otro hallazgo importante se relaciona con el abuso sexual de que fueron víctimas primordialmente las mujeres. Éstas y los muchachos que refirieron abuso, antes de la intervención y después de ella buscaron ayuda sólo ante sus padres o pares y nunca ante las instituciones legalmente constituidas para la protección de las personas víctimas de estos problemas como el Instituto de Bienestar Familiar, la Policía y la Fiscalía. Se requieren investigaciones que aclaren esta situación si se tienen en cuenta la perspectiva de las(os) jóvenes y sus familias, de la institución educativa y las instituciones de protección. También

es necesario investigar cómo se vincula el contexto cultural en el que viven los y las muchachos(as) con la coacción sexual y los factores que pueden prevenir la violencia sexual entre las parejas y la población en general.

REFERENCIAS

1. DANE. *Series y proyecciones* [en línea] 2005 [fecha de acceso 3 de marzo de 2004.] URL disponible en: http://www.dane.gov.co/inf_est/censo_demografia.htm
2. Family Care International (FCI) and Safe Motherhood Inter-Agency Group. *La sexualidad y el parto en la adolescencia* [en línea] URL disponible en: http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/s_facts.pdf
3. Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Printex Impresores Ltda; 2000.
4. Secretaría de Salud Pública Municipal. *Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en la población de Cali*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 2004. 73 pp.
5. ISS, Profamilia, Instituto de Cancerología. *Encuesta sobre CAP en adolescentes*. Bogotá: ISS, Profamilia, Instituto de Cancerología; 1995.
6. Fiscalía General de la Nación, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre la Vida y Fondo de Prevención Vial. *Forensis 2002. Datos para la vida*. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos; 2003. 298 pp.
7. Ministerio de Protección Social y del Trabajo. *Política nacional de salud sexual y salud reproductiva*. Bogotá: Ministerio de Protección Social y del Trabajo; 2003.
8. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1997.
9. Bandura A, Adams N. Analysis of self-efficacy theory to behavioral change. *Cogn Ther Res* 1977; 287-310.
10. Bandura A, Walters RH. *Social learning and personality development*. Austin: Holt, Rinehard and Winston; 1963.
11. Medellín G, Tascón EC. Crecimiento y desarrollo del adolescente. En Medellín G, Tascón EC (eds.). *Crecimiento y desarrollo del ser humano*. Tomo II. Bogotá: OPS; 1995. pp. 705-794.
12. Azjen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs; 1980.
13. Fishbein M, Azjen I. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading MA: Addison-Wesley; 1975.
14. Kirb D. *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
15. Otero L, Fernández M E. *Jóvenes de hoy. Perfiles de conducta masculina: datos comentarios útiles para agentes de promoción juvenil*. México: Editorial Pax; 1990.
16. OMS. *¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
17. Grunseit A, Kippax S. *Effects of sex education on young people's sexual behavior*. Reseña inédita encargada por el Programa Mun-

- dial sobre el SIDA. Ginebra: WHO; 1993.
18. Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, *et al.* Sexuality education and young people's sexual behavior: a review of studies. *J Adolesc Res* 1997; 12: 421-453.
 19. Brown A, Jejeebhoy S, Shah I, Yount KM. *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies*. Occasional paper. Ginebra: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2001.
 20. Vásquez ML. *Significado da regulação da fecundidade nos (nas) adolescentes numa comunidade urbano marginal*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2001.
 21. Sonenstein F, Pleck J, Ku L. *Why young men don't use condoms: Factors related to the consistency of utilization*. Washington, DC: Instituto Urban; 1995.
 22. Population Council. *El poder de las relaciones sexuales* [en línea]. [fecha de acceso 8 de junio de 2004]. URL disponible en: www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/powersex_spn.pdf.
 23. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999.
 24. UNFPA. *Reproductive health in refugee situations*. [en línea] [fecha de acceso 8 de mayo 2004]. Chapter four. Sexual and gender-based violence. URL disponible en: <http://www.unfpa.org/emergencies/manual/4.htm#The>