

**CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE
AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON
LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, EN MUJERES DE 15 A
19 AÑOS DE EDAD ESCOLARIZADAS EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS PÚBLICAS URBANAS DE LA CIUDAD DE NEIVA-
HUILA COLOMBIA, AÑO 2012.**

ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Rosmary Garzón González

**Coordinadora Centro Investigaciones Corporación Universitaria Huila CORHUILA
Directora del Grupo de Investigación Bienestar en Salud**

Coautor: David Andrés Cangrejo Torres

Docente del programa de medicina Universidad Sur colombiana

Coautor: Paola Narváez Pantoja

**Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Oficina para la Mujer del Departamento de Nariño**

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer las características predominantes de las conductas de autodeterminación reproductiva y su relación con los factores socio demográficos, en mujeres e 15 a 19 años de edad escolarizadas en instituciones educativas públicas urbanas de la ciudad de Neiva-Huila, 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS: a través de un estudio cuantitativo de corte transversal, con un muestreo estratificado aleatorio por conglomerados de 1079 estudiantes de 15 a 19 años de edad de colegios públicos de la ciudad de Neiva y utilizando el cuestionario individual para mujeres en edad fértil de 13 a 49 años de edad, secciones 3, 6 y 7 de Profamilia, se indagó por las características socio demográficas de las adolescentes escolarizadas y las conductas de autodeterminación reproductiva como Nupcialidad, comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, nivel de conocimiento, uso y fuentes de obtención de métodos anticonceptivos. La sistematización de los datos se realizó a través

del programa SPSS V15 y el procesamiento a través del módulo de análisis de datos de muestras complejas, se hizo análisis bivariante para la asociación de los factores con las prevalencias de las conductas de autodeterminación reproductiva con la prueba ji-cuadrado de Pearson y de razón de verosimilitud y con el odds ratio y razones de prevalencias y sus intervalos de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariado con una regresión logística incondicional.

RESULTADOS: El 50.1% de las adolescentes poseen un noviazgo, el 38.1% refieren haber tenido relaciones sexuales vaginales. La edad media de la primera relación sexual fue de 14.9 años. El 89% ha participado en actividades de educación sexual y el 100% de ellas ha escuchado hablar de métodos anticonceptivos. Existe una mayor probabilidad de haber tenido relaciones sexuales en adolescentes mayores de 15 años de edad ($p < 0.001$) que viven en familias monoparentales o extensas ($p = 0.004$) y no perciben el embarazo como un problema ($p = 0.002$). El deseo de tener hijos actualmente se da en adolescentes con algún tipo de relación de pareja ($p = 0.002$), que no perciben el embarazo como un problema ($p = 0.001$), y en adolescentes que poseen una situación marital conyugal o viven en familias monoparentales ($p = 0.003$). El mayor uso de métodos anticonceptivos (MAC) se da en adolescentes con noviazgo ($p = 0.001$). Según los modelos explicativos, a medida que aumenta la edad también aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales vaginales, siendo mayor entre los de 18 con los de 15 años OR= 4.67, (IC 95%: 2.72, 8.02). Existe mayor probabilidad de desear tener hijos en mujeres que tienen pareja en comparación con las familias nucleares OR= 7,29 (IC 95%: 4.17- 12.7), como también en las de estrato 1 en comparación con las de estrato dos OR= 1.93 (IC 95%: 1.12- 3.32). El uso de MAC es mayor a medida que aumenta la edad, siendo mayor entre los de 19 comparado con los de 15 años OR= 2.93 (IC 95%: 1.45- 5.92), como también cuando considera el embarazo como un pequeño problema OR= 1.82 (IC 95%: 1.07- 3.07) y relaciones de pareja actual, siendo significativa entre noviazgo frente a una relación OR=6.79 (IC 95%:3.73, 12.37).

CONCLUSIONES: La percepción que poseen las adolescentes frente al embarazo como problema, influye en la toma de decisiones para el uso de métodos anticonceptivos. La totalidad de las adolescentes ha recibido educación sexual, pero existen falencias en el conocimiento de los métodos anticonceptivos. El deseo de tener hijos actualmente se da en mayor probabilidad en adolescentes que conviven con su pareja en comparación de quienes viven con otro tipo de familia, como también en las de estrato uno. La mayoría de las adolescentes no desean tener hijos actualmente, pero existen factores que las ponen en riesgo de un embarazo a temprana edad. Los métodos anticonceptivos de preferencia son el condón, y los hormonales y éstos los obtienen con mayor facilidad en farmacias y Profamilia.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

PALABRAS CLAVE: Autodeterminación reproductiva, mujeres adolescentes, fecundidad, comportamiento sexual.

INTRODUCCIÓN

El tema de la autonomía para la toma de decisiones ha sido uno de los elementos más importantes abordados desde la perspectiva de género. El interés se ha centrado en el estatus, la posición o situación de las mujeres, demostrando la importancia de las diferencias construidas socialmente entre hombres y mujeres en términos de poder, acceso y control de todo tipo de recursos materiales y simbólicos por parte de las mujeres, su mayor o menor autonomía para tomar decisiones en las esferas domésticas y extra domésticas, y el grado de libertad para moverse y participar socialmente fuera de sus hogares (31). Y es desde la toma de decisiones que ha querido pensarse el planteamiento de la autodeterminación reproductiva de las adolescentes en el espacio escolar para identificar las fortalezas, debilidades y los factores que más influyen en el desarrollo de su sexualidad.

Para poder identificar este proceso es necesario identificar que la Autodeterminación reproductiva es un derecho que comprende no solo la posibilidad de decidir ser o no ser madres, el número y espaciado entre los hijos, sino también el derecho a la vida privada y familiar, a casarse, fundar una familia, uso de métodos anticonceptivos y la protección de la maternidad. (9). En este sentido significa que toda persona es libre de decidir acerca de la posibilidad de procrear y regular su fecundidad.

Hablar de AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA, desde un enfoque de derechos y de salud pública, implica el derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, a estar libres de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de la mujer, a planear la propia familia; éste derecho ha sido definido en instrumentos internacionales como el derecho a determinar "libre y responsablemente" el número e intervalo de los hijos y a tener la información y los medios necesarios para hacerlo(33). Por lo anterior, cabe destacar que la autodeterminación reproductiva también se relaciona con la prevención de todo tipo de violencia y coerción que se ejerce hacia las mujeres y que afecta la vida sexual o reproductiva, desde esta visión de derechos, relacionados con la sexualidad y la reproducción, es donde el feminismo en su logro por la equidad de género ha luchado por que cada mujer reconozca sus derechos; ello implica la capacidad para identificar, reconocer y enfrentar situaciones de vulneración de derechos que puedan poner en peligro su integridad personal y exigir el cumplimiento de sus derechos a través de las funciones encaminadas a su garantía y protección.

Autodeterminación reproductiva tiene que ver con el derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas se relaciona con los principios más amplios de la autonomía corporal y se alude a él como derecho a la integridad física. Este principio tiene sus raíces en el derecho a respetar la dignidad humana, los derechos de libertad y seguridad de la persona, y el derecho a la intimidad. Este derecho protege a las mujeres de la invasión

o intrusión no deseada en sus cuerpos y otras restricciones no consensuales de la autonomía física. (33).

Por lo anterior y para poder medir el concepto teórico de Autodeterminación Reproductiva, se ha retomado el cuestionario individual para mujeres en edad fértil de 13 a 49 años de edad propuesto por PROFAMILIA, aplicando cuatro aspectos relevantes de dicho instrumento tales como: anticoncepción, preferencias de fecundidad, nupcialidad y comportamiento sexual, que responden a la caracterización del ejercicio de los siguientes derechos, vinculados a la autodeterminación reproductiva (38):

- Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio.
- Todas las personas tienen derecho a entrar libremente y con pleno consentimiento al matrimonio u otro arreglo en pareja, el cual estará disponible para todas las personas dentro de un marco de no discriminación y con la debida consideración a la capacidad evolutiva de las niñas y niños. Todas las personas tienen derecho al bienestar social relacionado con la familia, así como a otros beneficios públicos como aquellos relacionados con el empleo y la inmigración, independientemente de la forma de la familia que hayan elegido formar, incluyendo aquellas formas no definidas por la descendencia o matrimonio.
- Todas las personas tienen derecho al acceso a la información, educación y medios que necesiten para poder decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos; así como para decidir, de manera responsable y libre, el número y espaciamiento de sus hijos.
- Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones responsables y libres relacionadas con la reproducción y formación de su familia; incluyendo el derecho a decidir si tener o no hijos biológicos y adoptados, así como a todos los métodos seguros, efectivos, aceptables y asequibles de regulación de la fecundidad, y de tecnologías y tratamientos reproductivos.
- Todas las personas tienen derecho a la consejería y a otros servicios relacionados con la reproducción, infertilidad y terminación del embarazo, independientemente de su estado civil, dentro de un marco de no discriminación y tomando en consideración la capacidad evolutiva de las niñas y niños.
- Todas las mujeres tienen derecho a la información, educación y servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva, maternidad segura y aborto

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

seguro; que sean accesibles, asequibles, aceptables y convenientes para todas las usuarias.

La conducta reproductiva posee múltiples determinantes en salud, los cuales han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud, y no refiere a la simple ausencia de enfermedades en el campo reproductivo, sino, al proceso o bienestar mental, físico y social en su sexualidad. Esta definición amplia la posibilidad de decidir a las mujeres si se embarazan o no, de tener un embarazo y parto seguro, y de que las mujeres puedan regular su fertilidad y sean responsables de su conducta sexual. El énfasis está en la posibilidad de decidir sobre su reproducción, es decir la autodeterminación reproductiva. (39). De acuerdo con Gómez Pío Iván el adolescente, se encuentra en un período crítico, por los cambios psicobiológicos que presenta, buscando un rol sexual adecuado a su cultura e integración al ambiente en su entorno social. La importancia de los programas de salud sexual y reproductiva (SSR) radica en que los/as joven tienen derecho a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, y que los mismos las necesitan, considerando que:

- Casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años de edad.
- Aproximadamente el 10 por ciento de los nacimientos del mundo entero son de madres adolescentes. Cada año, 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años de edad, dan a luz.
- Los jóvenes menores de 16 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el parto, que las que tienen un poco más de veinte años de edad.
- Entre dos y cuatro millones de adolescentes de los países en desarrollo tienen abortos cada año en condiciones de riesgo.
- El 11 por ciento de los jóvenes de 15 a 19 años tienen una necesidad anticonceptiva insatisfecha (35)

La adolescencia es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que éste los transforma a ellos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo son las características predominantes de las conductas de autodeterminación reproductiva y su relación con los factores socio demográficos, en mujeres e 15 a 19 años de edad escolarizadas en instituciones educativas públicas urbanas de la ciudad de Neiva-Huila, 2012?

METODOLOGÍA: a través de un estudio cuantitativo de corte transversal, con un muestreo estratificado aleatorio por conglomerados de 1079 estudiantes de 15 a 19 años de edad de colegios públicos de la ciudad de Neiva y utilizando el cuestionario individual para mujeres en edad fértil de 13 a 49 años de edad, secciones 3, 6 y 7 de Profamilia, se indagó por las características socio demográficas de las adolescentes escolarizadas y las conductas de autodeterminación reproductiva como Nupcialidad, comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, nivel de conocimiento, uso y fuentes de obtención de métodos anticonceptivos.

Tabla N° 1. Variables del Estudio.

| VARIABLES | | |
|---|---|--|
| CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ADOLESCENTES | edad, religión, estrato socioeconómico, grado de escolaridad, número de hijos, número de embarazos, afiliación a sistema de salud, tipo de familia en la que vive | |
| CONDUCTAS DE AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA | Nupcialidad | Estado civil, Relaciones actuales de pareja, Relaciones pasadas de pareja, Vivencia de pareja, Causas de separación de pareja, |
| | Comportamiento sexual | Relaciones sexuales vaginales ,Uso del condón en la última relación sexual,Edad de la primera relación sexual, Planeación del inicio de las relaciones sexuales, Uso del condón en la primera relación sexual, Edad de la persona con la que tuvo relaciones sexuales, Ultima vez que tuvo relaciones sexuales, Parejas en los últimos doce meses, Número de parejas durante toda la vida, Participación en actividades de educación sexual, Conocimiento de IVE, Lugar de participación de actividades de educación sexual, Personas que le han hablado de sexualidad, Información de sexualidad por otros medios, Utilidad de la Información recibida sobre educación sexual |
| | Preferencias de fecundidad. | Deseo de tener hijos actualmente, deseo de hijos en el futuro, tiempo de planeación de un hijo, deseo de tener un hijo y no lograrlo, embarazo un problema, Uso de MAC, Número de hijos deseados, Preferencia de Uso de MAC, Aprobación del uso de MAC |
| | Nivel de conocimiento de los Mac | Mac escuchados, Mac conocidos, |
| | Uso de Mac | Uso actual de métodos Uso pasado de MAC, , Método actual usado, Razones de no uso de MAC |
| | Fuente de obtención de Mac | Conocimiento del Lugar donde se obtuvo el MAC, Conocimiento de Lugares de obtención, Obtención del MAC, Atención recibida en la obtención del MAC |

DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Los derechos sexuales y reproductivos permiten a los hombres y mujeres tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales: La Autodeterminación reproductiva y la adecuada atención en salud reproductiva (12).

La Autodeterminación reproductiva es entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en se sentido planear su propia familia. Decisiones que en el contexto del adolescente, poseen unos determinantes sociales, que hacen la vivencia de sus sexualidad una situación de vulnerabilidad. La situación económica, educativa, el acceso a los servicios de salud, la presencia de personas significativas en su contexto relacional, sus creencias, el vivir en el área rural o urbana, su nivel cognitivo, influyen en todos los aspectos de su vida sexual (12).

Los datos socio demográficos de las estudiantes escolarizadas arrojaron que frente a los tipos de familia se encontró, que en un 52.2% de las adolescentes pertenecen a una familia nuclear, seguido de una familia monoparental materna con un 25.1%, siendo éstos los tipos de familia más representativos. Igualmente se encuentra adolescentes en condición de familias sustitutas a cargo del bienestar familiar en un 0.8%. En concordancia con la ENDS2010 los niños y niñas en Colombia, viven en un 56% con ambos padres, en un 32% solo con la madre, en un 3% solo con el padre y con ninguno de los dos el 7% (19). Mostrando como las estructuras familiares han cambiado a través del tiempo. Como lo menciona Delucca, N.E y cols, las transformaciones en la organización familiar que se vienen produciendo en las últimas décadas han puesto en cuestión su consideración como una estructura con lugares y denominaciones del parentesco que podían suponerse invariantes. Poniendo el acento en su cualidad plural, no hablaremos de “la familia”, sino de “familias” (39).

El tipo de familia en el que las adolescentes se encuentran y que mencionaron haber tenido relaciones sexuales, es decir del 38.1%, el 18% de este porcentaje total, proviene de una familia nuclear y el 10.3% de familia monoparental materna. El 4.1% de familia extensa y el 1.9% de familia compuesta. De las adolescentes que viven solas, el 46% de ellas ya han tenido relaciones sexuales y el 100% de las que viven con su pareja también. De las adolescentes que están cargo del bienestar el 29.8%.

Frente al acceso de servicios de salud, importante para el ejercicio de los derechos reproductivos de las adolescentes, el estudio muestra que el 98.4% de ellas se encuentran

afiliadas a un régimen de salud, siendo el 55.9% en régimen subsidiado y el 42.5% en régimen contributivo. El 1.6% restante se encuentran como vinculadas, es decir no están afiliadas al sistema de salud. La cobertura en salud en el país, de acuerdo con las cifras reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, indica que el 91% de la población se encuentra cubierta y la población no cubierta corresponde a un 9%. Encontrando la cobertura en salud por encima del promedio nacional (40).

Continuando con las características socio demográficas, se encuentra que el 75.1% de las adolescentes profesan la religión católica, abriendo espacios a otras creencias de tipo religioso. Colombia ha sido un país caracterizado por profesar la religión católica, pero también demuestra la apertura a otras religiones. “Aunque el gobierno no mantiene estadísticas oficiales sobre la afiliación religiosa, algunos líderes religiosos aportaron sus opiniones al respecto. El Consejo Colombiano de Evangélicos (CEDECOL) argumenta que aproximadamente el 15 por ciento de la población es protestante, mientras que la Conferencia de Obispos Católicos Colombianos estima que el 90 por ciento de la población es Católica. Sin embargo, el diario El Tiempo (del 22 de marzo de 2007), basado en una encuesta nacional de opinión pública, reporta que sólo el 80 por ciento de la población dice ser Católica Romana (con una nota al pie que dice que no todos son practicantes activos), 13,5 por ciento pertenecía a grupos cristianos no católicos (católicos occidentales independientes del Vaticano, ortodoxos orientales, protestantes y grupos marginados), 2 por ciento sin afiliación religiosa y el restante 4,5 por ciento estaba afiliado con otros grupos religiosos, tales como con el Islam, Judaísmo, Budismo y religiones afro colombianas y animistas indígenas”(41).

El estudio señaló que no existe una asociación significativamente estadística entre las adolescentes que han tenido relaciones sexuales vaginales y su religión, lo que puede observarse que esto no influye en dicha decisión. Según un estudio realizado en España, los jóvenes españoles que manifiestan haber tenido relaciones sexuales, según su propia adscripción religiosa de esta forma: Católicos practicantes 68,3%, Católicos no practicantes 81,5%, Creyentes de otra religión 73,9%, No creyentes 81,4%, Indiferentes 82,0%, Ateos 88,8% y Agnósticos 90,6%, siendo los católicos practicantes los de menor vida sexual activa (43).

El grado escolar dónde mayor estuvo la muestra fue en el grado decimo con un 37.5%, seguido del grado once con un 34%. Esta tendencia fue dada por el intervalo de edad escogido para el estudio. En relación con la edad, se encontró una asociación significativamente estadística $p < 0.001$, en donde las estudiantes de 16 años fueron las que en mayor porcentaje ya habían iniciado su vida sexual, seguido de las de 17 años y 15 años. Según la ENDS2010 un 50% de las adolescentes entre los 15 y 19 años ya han tenido relaciones sexuales, entre ellas el 13% antes de cumplir los 15 años. La educación y el índice de riqueza también influyen en la edad mediana de la primera relación sexual.

En lo concerniente a conductas de autodeterminación reproductiva, en especial con la relación de embarazos, el 99.4% de las adolescentes no tienen hijos y el 0.6% si. El 3.6%

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

de la adolescentes han estado alguna vez o están embarazadas en la ciudad de Neiva. Debe aclararse que estos datos, provienen de adolescentes escolarizadas. En comparación con la ENDS2010 se encontró que en la población adolescente (en general, escolarizadas y no escolarizadas) del Huila el 19.3% alguna vez ha estado embarazada y a nivel nacional el 19.5%. El ser una adolescente escolarizada representa probablemente un factor protector para la prevención del embarazo adolescente. Estudios indican que un bajo nivel educativo está directamente relacionado con mayor fertilidad, probablemente a que mejor nivel educativo, mayores posibilidades de uso de anticonceptivos durante la relación sexual (44)

Entre las categorías a nivel individual más relevante, identificada como un factor protector del embarazo no deseado se encuentran la capacidad reflexiva y el proyecto de vida. La presencia de la primera sería clave para potenciar otros factores, principalmente la generación del proyecto de vida, el cual puede expresarse en la continuidad de los estudios y en la necesidad de concretar una independencia económica, ante el riesgo de establecer a futuro una relación de pareja inestable o ante la probabilidad de vivenciar violencia intrafamiliar. Estos dos hechos pueden modificar el proyecto de vida de la adolescente por lo que deciden postergar su actividad sexual o prevenir el embarazo a través del uso de métodos anticonceptivos (45). El estudio arrojó que la percepción de las adolescentes frente al embarazo como un gran problema es probablemente un factor protector para el inicio de una vida sexual temprana ($p=0.002$), como también para la prevención de un embarazo a temprana edad, encontrándose que hay una relaciones significativas entre percibir el embarazo como un gran problema y el uso actual de métodos anticonceptivos ($p=0.001$) y del condón ($p=0.041$). Así, quienes ven el embarazo como un gran problema tienen mayor probabilidad de usar métodos anticonceptivos y usar condón en sus relaciones sexuales, decisiones que influyen en gran medida en su proyecto de vida.

NUPCIALIDAD DE LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE LA CIUDAD DE NEIVA

La adolescencia media (14 a 16 años de edad) y la adolescencia tardía (17 a 21 años de edad), se caracterizan por el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, asimismo, diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y descubrir la abstracción de nuevos conceptos (adolescencia media). La adolescencia tardía se identifica porque se es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Se establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y respeto por la autonomía e intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología (36).

En este estudio, se encontró que las relaciones sexuales vaginales son más frecuentes en las adolescentes de 18 años (61%) y menos frecuentes en las de 15 años (25.7%) ($p < 0.001$)

evidenciando dichas características dadas en las etapas de la adolescencia. La probabilidad de haber tenido relaciones sexuales vaginales aumenta a medida que aumenta la edad, como también cuando no están seguras o no saben si iniciar su vida sexual después del matrimonio. Igualmente, aumenta la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales vaginales cuando la percepción de embarazo no es problema para las adolescentes en relación cuando si es un gran problema.

En este sentido las adolescentes empiezan a identificar personas significativas a su alrededor y tomar decisiones con respecto a si tienen o no una pareja, con quien se identifique y sienta una atracción erótica. El 50.1% de las adolescentes escolarizadas mencionan tener un noviazgo, el 46.8% de ellas ningún tipo de relación y el 3.1% otro tipo de relación de pareja. Este otro tipo de relación de pareja se describe así: el 2.7% de ellas vive con su pareja, y el 0.4% sostiene relaciones sin compromiso “Amigovios”. Observándose diversas formas de relaciones de pareja sostenidas en las adolescentes. Comparado con el Huila, respecto al tipo de pareja establecido, el 29% de las mujeres en edad fértil son solteras, el 22% casadas, 36% en unión libre (19) no hay dato específico de la relación vincular en el Huila, de la población adolescente.

En relaciones pasadas a la aplicación de la encuesta el 73.2% de las adolescentes mencionaron que sostenían un noviazgo. El estado civil que refieren las adolescentes fue soltera en un 97.3%, unión libre en un 2.5% y en un 0.2% casada. El 50% de las adolescentes mencionan que su pareja vive en otro sitio, y el 0.1% mencionó que una vez vivió con su pareja pero actualmente no. Vargas E., Henao J. y González C. (2007), mencionan en su estudio realizado, que con respecto a la decisión de unirse o casarse, se encontró que las dificultades conyugales de los padres y el maltrato parecen tener una influencia en la nupcialidad temprana, al generar situaciones vitales difíciles para las jóvenes y carencias afectivas que las llevan a buscar un compañero que les brinde afecto o que las “rescate” de las condiciones en las que se encuentran (47). Según este estudio para las adolescentes que viven en pareja, o en familias monoparentales tienen una mayor probabilidad de desear hijos actualmente.

Y así como las adolescentes deciden o no contemplar una relación de pareja, también toma decisiones de separación frente a la misma. Las causas de separación expuestas por las adolescentes es en primera instancia mutuo consentimiento, con un 40.7%, seguida de infidelidad de él con un 28.1% y en un 2.2% por infidelidad de ella. En un 0.8% por vivencia de la sexualidad y porque su pareja consumía sustancias psicoactivas. Y en un 0.4% por violencia contra ellas, y embriaguez habitual. Dichas causas demuestra las condiciones de vulnerabilidad que adolescentes están viviendo con respecto a la violencia, el consumo de drogas y alcohol.

En Colombia se identifica la asociación que existe entre: tener relaciones sexuales y consumir alcohol y cigarrillo tanto en los hombres como en las mujeres en el último mes. (48). En otros países el consumo de alcohol se ha asociado con una mayor prevalencia de relaciones sexuales. (49). Cada vez es mayor el uso de sustancias psicoactivas en

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

adolescentes escolarizados, entre ellas el éxtasis, la ketamina, la marihuana, la metanfetamina; y la mayoría de consumidores reportan el consumo asociado o múltiple. (50).

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE LA CIUDAD DE NEIVA

El estudio halló que el 38.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad de la ciudad de Neiva, han tenido relaciones sexuales vaginales. Comparado con el dato nacional el 49.8% de ellas ya han tenido relaciones sexuales vaginales (19). Ubicándose esta prevalencia por debajo del nivel nacional.

El 22.1% de las adolescentes planean tener sus relaciones sexuales después del matrimonio, el 50.1% no, y el 27% no sabe o no está segura. Vargas E. et al (2007). Menciona que algunas adolescentes reconocen que no planean sus relaciones sexuales, y que esto obedece a que es un tema del cual no consideran necesario hablar. Citando a Gage (1998) argumenta que esta dificultad para tratar el asunto abiertamente está relacionada con la percepción que se tiene de la desaprobación social hacia las relaciones sexuales en la adolescencia o hacia las relaciones premaritales o con la yuxtaposición de valores tradicionales y modernos que impiden a los jóvenes identificar lo que deben hacer (47). Percepciones que influyen en la toma de decisiones y empoderamiento de su sexualidad en las mujeres adolescentes, correspondientes al deseo o no de tener relaciones sexuales vaginales, usar el condón y usar algún método anticonceptivo. De las adolescentes que mencionaron haber tenido relaciones sexuales, el 57.5% de ellas utilizó el condón en su primera relación sexual, y el 45.6% lo usó, en su última relación sexual. Según este estudio la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales vaginales en las adolescentes, aumenta a medida que aumenta la edad, como también cuando no están seguras o no saben si iniciar su vida sexual después del matrimonio.

Un estudio cuantitativo realizado sobre las percepciones de un grupo de adolescentes concluye que existen diferencias significativas en las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto; en cuyas percepciones la familia ha sido la principal responsable de su formación, la cual se ha caracterizado por una diferenciación de géneros; indicando que aún hace falta sumar esfuerzos para lograr una correcta educación sexual en nuestros adolescentes, desde un enfoque de género(51).

Según la ENDS2010 el 34% de las adolescentes no unidas sexualmente activas usan condones y el 8% de las adolescentes unidas lo usan. De acuerdo con ello, en comparación con las adolescentes escolarizadas de Neiva, éstas usan el condón en una mayor proporción que el promedio nacional.

La edad de la persona con la que tuvieron sus relaciones sexuales en un 50.1% era mayor que ellas, el 43.4% era más o menos de la misma edad, el 4.9% más joven y el 1.6 no sabe o no recuerda. Esto obedece al desarrollo sexual propio de la adolescencia en una mujer.

Las adolescentes que más han tenido relaciones sexuales vaginales significativamente fueron son las de décimo y once, en relación con las de educación básica secundaria ($p=0.004$). Según la edad se encontró que las relaciones sexuales vaginales son más frecuentes en las adolescentes de 18 años (61%) y menos frecuentes en las de 15 años (25.7%) ($p < 0.001$). Lo que indica que las adolescentes están iniciando su vida sexual a temprana edad, pero a medida que aumenta la edad, también es más frecuente el número de sus relaciones sexuales vaginales.

La edad media de la primera relación sexual es de 14.9 años. En comparación con la ENDS 2010, entre las jóvenes que actualmente tienen 20 y 24 años el 14% tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, el 60% antes de cumplir los 18 años y el 82% antes de cumplir los 20 años de edad (19). Lo que puede observarse que las adolescentes escolarizadas de la ciudad de Neiva, están empezando su vida sexual mucho más temprano que la edad promedio nacional. Siendo éste un factor de riesgo para el embarazo a temprana edad. El número total de parejas hasta el momento de la encuesta, en las adolescentes sexualmente activas fue de 1.7, y en los últimos doce meses fue de 1.2.

En el tipo de relación actual de pareja se encontró diferencia significativa en relaciones sexuales vaginales, siendo mayor en quienes sostienen una relación de noviazgo o de otro tipo (54.4% y 95.9%) ($p < 0.001$). Lo que indica que las adolescentes están siendo sexualmente activas con su pareja, y por creencias socioculturales el uso del condón se está dando solo está siendo utilizado por la mitad de dichas adolescentes. Bernardita W. et al. (2007) identifica como factores individuales de riesgo que favorecen el embarazo en adolescentes, es el “amor romántico”, el no uso de métodos anticonceptivos, la baja autoestima, la “irresponsabilidad masculina” y la falta de conocimiento en sexualidad. El “amor romántico” se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo con la existencia de un sentimiento de amor idealizado (45).

En cuanto a la actividad sexual, los adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, las cuales, a nuestro modo de ver y coincidiendo con distintos autores, constituyen un contexto óptimo para ello (Wartenberg, 1999; Florsheim, 2003; Brown, Jejeebhoy, Shah & Yount, 2001; Mejía et al., 2000; Burgos, 2003; Vargas Trujillo & Barrera, 2002, 2003, 2004). Sin duda, en lo que a la actividad sexual se refiere, las relaciones románticas ofrecen a los y 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 (47).

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

EDUCACIÓN SEXUAL IMPARTIDA EN LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE NEIVA

El 89.2% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, escolarizadas, participaron en actividades de educación sexual. El lugar donde más han participado de las actividades en educación sexual, fue el colegio con un 80.6%. La escuela representa un 38.9%, PROFAMILIA un 25%, el hospital o centro de salud un 19% y la iglesia un 10.5%.

Al 99.4% de las adolescentes le han hablado de temas de educación sexual. La mamá lo ha hecho en un 79.4%, el Profesor en un 75%, la amiga en un 69%, el médico 57.7%, el novio un 45%, el papá un 35.2% y por último el sacerdote en un 7.5%.

En comparación con la ENDS 2010 Cuatro de cada cinco mujeres menores de 25 años (80 por ciento) han participado en actividades de educación sexual. El lugar más frecuentemente mencionado en los que las mujeres han participado es el Colegio (93 por ciento). Alrededor del 20 por ciento menciona la universidad y el hospital/centro de salud, mientras la escuela es mencionada por el 4 por ciento. Profamilia y la Iglesia son apenas mencionados por el dos por ciento de las menores de 25 años (19).

Las mujeres que más han participado son las de 15-19 años, solteras, hijas/nueras, nietas, hermana/cuñada u otra parienta del jefe de hogar; aquéllas que viven en hogares unipersonales o en familia nuclear completa o incompleta o extensa de jefe con otros parientes. La participación aumenta con el nivel educativo y es mayor en las zonas urbanas que en las rurales (19).

La educación sexual impartida para las adolescentes en la ciudad de Neiva, se ha dado en mayor proporción, en comparación con el promedio nacional. Al igual que al nivel nacional, el colegio es el primer espacio, donde se educan en sexualidad y seguidamente el sistema de salud, siendo PROFAMILIA, líder en la educación de las adolescentes. De ello puede entender como la ENDS 2010, plantea que en los departamentos de Guainía, Vichada, Atlántico, Huila, Valle, Caquetá y Risaralda, se ha participado más en clases exclusivas sobre el tema (19).

Así como el colegio se convierte en un espacio fundamental para la educación sexual impartida en las adolescentes, la madre de las chicas es significativa en la educación sexual, siendo ésta quien en mayor proporción habla de sexualidad con las adolescentes, como también sus pares.

Las jóvenes que calificaron positivamente la educación sexual recibida en su familia, dijeron que ésta había trascendido la esfera reproductiva y había profundizado también en el ámbito del afecto y la comunicación, describiendo que sus madres les habían hablado con tranquilidad y claridad, y habían permanecido receptivas frente a sus dudas e inquietudes. Igualmente, señalaron que estas charlas fueron muy significativas para ellas, en la medida en que les permitieron reflexionar sobre sus deseos y prioridades y, por lo tanto, tomar decisiones más acertadas y seguras en relación con su vida sexual (47).

Se demostró significancia estadística en la relación entre uso del condón en la última relación sexual y la participación en actividades de educación sexual. ($p= 0.024$). Existiendo una mayor proporción de participantes en actividades de educación sexual en el grupo de las que usaron condón en la última relación sexual que en el grupo de las que no lo hicieron. No se encuentra significancia estadística respecto al uso de métodos anticonceptivos.

La percepción de utilidad que se encuentra frente a la utilidad de la educación sexual en las adolescentes escolarizadas de Neiva es: El 74% mencionan que la información sobre sexualidad recibida les ha servido mucho, en un 18% poco, y nada en un 7.3%. Según la ENDS 2010, el 86% de las mujeres creen que la educación recibida le ha servido mucho en su vida.

Se evidenció que la probabilidad de tener relaciones sexuales vaginales en las adolescentes no guarda relación estadística significativa con su participación o no en actividades de educación sexual ($p=0.880$). Entendiéndose, que el hecho de educar en sexualidad no incita a las adolescentes en iniciar su actividad sexual a temprana edad. Pero si se identifica como un factor protector para el uso del condón.

La información sobre sexualidad obtenida por otros medios, se da en un 67.3% a través de la televisión, por talleres en un 66.6%, revistas o libros en un 65.2%, internet en un 64.2%, la prensa en un 35%, y la radio en un 31.2%. Según la ENDS 2010 Las actividades sobre educación sexual en las que más han participado las mujeres fueron conferencias (61 por ciento), clases exclusivas de sexualidad (33 por ciento), talleres (23 por ciento), video conferencias (16 por ciento). En esta comparación puede observarse la necesidad de las adolescentes en varias alternativas para obtener conocimiento en sexualidad, como también la necesidad de evaluar el impacto de la educación sexual impartida, puesto que existe una insatisfacción percibida de poco o nada utilidad de un 25.3%.

Se encuentran estudios donde se concluye la falta de claridad en los conceptos relacionados con la sexualidad, y se expone la necesidad de dar educación sexual integral desde la niñez, trabajando la formación de valores, convivencia pacífica, equidad de género, fomento de la autoestima y promoción de proyectos de vida en diversos aspectos y en especial lo relacionado con la sexualidad, donde se priorice el tema de las relaciones sexuales. Los adolescentes exponen en el estudio, que no es suficiente el conocimiento de los métodos anticonceptivos sino que también se les facilite el acceso a éstos (52).

Según este estudio, hay una mayor probabilidad de que las adolescentes usen actualmente métodos anticonceptivos si consideran útil la educación sexual recibida, como también si consideran el embarazo como un problema y conocen un lugar donde vendan los métodos anticonceptivos.

Frente al conocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo, las adolescentes en un 76.4% conocen que se puede interrumpir el embarazo, cuando se pone en peligro la vida o la salud de la mujer. En un 72% cuando la mujer ha sido objeto de violación, y en un 71.2% cuando hay malformación del feto.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

A nivel nacional entre las mujeres de 15- 19 años de edad, el porcentaje de conocimiento frente a las situaciones de despenalización del aborto, en un 71.1% conocen que se puede abortar cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, en un 76.3% si la mujer es violada, y en un 72.3% si existe malformación del feto (19). Encontrándose en dicha comparación, prevalencias muy paralelas en cuanto al conocimiento de las causales, lo que hace pensar en un gran vacío de conocimiento no solo local, si no nacional que pone en situación de vulnerabilidad a las adolescentes frente a la vivencia de sus derechos sexuales y reproductivos, evitando el empoderamiento de sus cuerpos.

PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS

El desarrollo social, dado en el mundo globalizado, ha llevado a cabo transformaciones culturales, en torno a la fecundidad de las poblaciones, siendo una prioridad el descenso de la fecundidad, en especial en países del tercer mundo, para lograr un mayor desarrollo e independencia de la mujer. Con la aparición de los métodos anticonceptivos, a la mujer se le permitió regular su fecundidad y empoderarse de su cuerpo, atendiendo a las expectativas sociales relacionadas con su desempeño pleno como trabajadora o profesional; pero así como hay este tipo de expectativas, están otras, como la del papel exclusivo de la mujer como madre y cuidadora de hijos, propia del patriarcado, que traspasa o permea las decisiones en la salud reproductiva de las mujeres adolescentes. Al respecto se encontró que el 96.2% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, mencionaron no desear tener hijos actualmente.

Al preguntárseles por el deseo de tener hijos a futuro, estas contestaron en un 40% que no saben o están indecisas, en un 39% que les gustaría tener uno u otro hijo, el 19.3% ninguno o no más hijos y el 1.4% que no puede quedar embarazada. A nivel nacional las adolescentes de la zona urbana mencionan en un 69.1% les gustaría tener uno u otro hijo, en un 28.3% el deseo de no tener más hijos, indecisas 2.5% (19). Las expectativas sociales relacionadas con la fecundidad de la mujer, viene muy ligada a la percepción sobre el ser mujer que poseen las mujeres adolescentes, y la necesidad de regular la fecundidad de las mismas para protección de su salud, frente a las consecuencias de un embarazo en edades tempranas (46) La fecundidad de las mujeres afecta de manera esencial la mortalidad infantil, materna y de abortos¹.

¹ Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años (28–30). Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción céfalo pélvica. Las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual. Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo. Asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte. Los

El tiempo en que las adolescentes planean tener un hijo es: de seis a diez años el 35%, de uno a cinco años el 16.2%, más de quince años el 13.2%, de once a quince años el 11.7%, menos de un año el 4.6% y el 19.3% no sabe cuándo. A nivel nacional de las que desean tener hijos (69.1%), el 58.5% desea esperar dos o más años, el 8.8% lo desea antes de dos años y el 1.8% no sabe cuándo. Actualmente, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años de edad, ha estado alguna vez embarazada. El porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas bajó de 20.5% en el 2005, al 19.5% en el 2010 (19).

Las decisiones sexuales de las y los jóvenes están determinadas por aspectos tales como sus creencias frente a lo que significa ser hombre o mujer en la actualidad, sus expectativas con respecto a las relaciones románticas y sexuales y su papel en los procesos de seducción y conquista, sus necesidades de aceptación, reconocimiento y valoración, sus percepciones acerca de las normas que regulan la actividad sexual en el contexto familiar y social en el que se mueven, entre otros (27)

Existe una asociación significativa ($p=0.002$) entre la relación actual de pareja y el deseo de tener hijos actualmente. Así, quienes desean tener hijos actualmente la mayoría tienen algún tipo de relación de pareja.

El 6.9% de las adolescentes escolarizadas de Neiva, han deseado tener un hijo y no lo han logrado. La percepción que poseen las adolescentes, ante la situación de que si quedaran embarazadas en estos momentos, es que sería un gran problema en un 67.5%, no sería problema en un 17.1%, un pequeño problema en un 14.1% y no sabe un 1.3%. Dichas percepciones y planeación de hijos a futuro, tienen que ver con la planeación de su proyecto de vida, como también los recursos sociales y familiares que les estén rodeando, para la toma de sus decisiones reproductivas. Pantelides A. (2004) menciona unas características que influyen en la fecundidad de las adolescentes, como lo es el “estilo de vida”, que comprende desde acceso a la educación, al trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos (53).

Se evidenció que la probabilidad de tener relaciones sexuales vaginales en las adolescentes guarda relación estadística significativa con la percepción que tengan del embarazo ($p=0.002$). Así, las de mayor probabilidad de tener relaciones sexuales son las que perciben el embarazo como un pequeño problema (47.1%) y las de menor probabilidad son las que lo perciben como un gran problema (33.8%).

Pantelides A. (2004) expone que la unidad de análisis mayor es el país, y se puede demostrar que la fecundidad adolescente difiere según los países, lo que seguramente tiene que ver con el nivel de desarrollo y los denominadores comunes en la cultura. Sin embargo, muchos países —y los de América Latina no son la excepción— presentan

hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer ($< 2\ 500\ g$) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad. La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes. Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

desigualdades económicas, sociales y culturales, que establecen diferencias internas en la fecundidad adolescente, a veces mayores que las existentes entre países y concluye que para grandes grupos de adolescentes, no es evidente que la maternidad temprana tenga más costos que beneficios. Solamente en un contexto social que ofrezca a las y los jóvenes perspectivas de progreso que compitan exitosamente con los beneficios subjetivos de tener hijos, incluidos los afectivos, ellos y ellas se sentirán impulsados a modificar las conductas que los llevan a un embarazo, como ya lo han hecho los jóvenes de otras sociedades y los más privilegiados de aquella a la que pertenecen (53).

USO, RAZONES DE NO USO, CONOCIMIENTO Y FUENTES DE OBTENCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES

El 26.6% de las adolescentes escolarizadas de la ciudad de Neiva usan métodos anticonceptivos. Según la ENDS 2010 el 39.5% de las adolescentes unidas usan métodos anticonceptivos y el 20.8% de las adolescentes no unidas también lo hacen. (19)

Existe una asociación significativa ($p < 0.001$) entre la relación actual de pareja y el uso actual de métodos anticonceptivos. Así, quienes usan actualmente métodos anticonceptivos la gran mayoría tienen algún tipo de relación de pareja, en especial noviazgo, con un 78.9%. Igualmente el uso de MAC está relacionado ($p=0.002$) con la planeación que la adolescente tenga frente al quedar embarazada, Así mientras que la mayoría de quienes están usando métodos anticonceptivos planean tener un hijo de 6 a 10 años, los que no usan métodos lo planean en menos de 5 años.

Las razones de las adolescentes sexualmente activas para no usar métodos anticonceptivos en un 1.7% fue por estar embarazadas, el 4.3% porque desean un hijo, el 16.9% porque tienen oposición a usarlos, el 11.2% por falta de conocimiento, el 4% por problemas de salud, el 4.4% por sus efectos secundarios, el 4.4% por costo, el 5.2% por falta de tiempo, el 2.3% por mala atención, el 3% por muchos tramites, el 3.8% no conoce del servicio, el 3.3 demora en la asignación de citas y el 4.2% no sabía que tenía derecho. Otra razón de no uso, es porque tienen una orientación sexual homosexual (0.6%) y porque el novio no está (0.1%). A nivel nacional y en mujeres de 15 a 29 años, las razones de no uso de métodos anticonceptivos son: quiere más hijos 32.6%, oposición a usarlos 9.7%, infertilidad de la mujer 8.8%, miedo a efectos secundarios 8.6%, razones de salud 5.2%, el compañero se opone 5.9%, solo tiene sexo con otras mujeres 4.4%, falta de conocimiento 2.1%, razones de acceso o costo 0.3%. (19). Lo que evidencia la necesidad de desmitificar los métodos anticonceptivos, empoderar a las adolescentes en relación con sus derechos y facilitar el acceso a los servicios de salud, como también al acceso a los métodos anticonceptivos.

Un estudio realizado sobre la identificación de factores de riesgo y protectores del embarazo en adolescentes, menciona que a pesar del conocimiento con respecto a la existencia de MAC, Las adolescentes refieren que el no uso de MAC se debe a que no acuden a los centros de salud donde se distribuyen y se explica el uso de éstos, por miedo a

ser puestas en evidencia, principalmente frente a la familia. Asimismo, el no uso de MAC aparece asociado a una discriminación de género, ya que socialmente no se permitiría a las mujeres, pero sí a los hombres adolescentes, tener actividad sexual y utilizar anticonceptivos (45)

El 76.5% de las adolescentes desean tener uno o dos hijos, el 17.8% cero hijos y en un 4.8% de tres a cuatro hijos. Encontrándose similitud en los resultados nacionales de la ENDS 2010, donde el deseo de hijos por mujer es de 1.6 hijos por mujer.

El 81% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad aprueba el uso de los métodos anticonceptivos. El método anticonceptivo con mayor preferencia para las adolescentes es el condón con un 40.1% seguidamente de la inyección con un 35% y en un 10.6% la píldora. Igualmente la ENDS 2010, expone que en un 34% de las adolescentes sexualmente activas no unidas, prefieren el condón, seguido del inyectable con un 17%, y la píldora con un 11%. Mostrando una tendencia común en la preferencia de los métodos anticonceptivos y una aprobación en el uso de los mismos.

El 100% de las adolescentes entre 15 y 19 años han escuchado hablar de métodos anticonceptivos. Concordante con lo informado en la ENDS 2010 donde mencionan que el conocimiento en los métodos anticonceptivos es universal en Colombia entre las mujeres encuestadas, independiente de su estado de exposición y de su estrato socioeconómico (19).

El método más escuchado es el condón con un 99.4%, seguido de la inyección 91.3%, la píldora con un 87% y la esterilización femenina con un 53.8%. De la anticoncepción de emergencia han escuchado el 43.2% de las adolescentes. Los métodos anticonceptivos menos escuchados son el implante subdérmico con un 27.8%, el retiro con un 31.6%, vaginales con un 40.1%, la esterilización masculina con un 45.5%. y la abstinencia periódica con un 44.4% lo que puede estar influenciando en el uso y preferencia de los métodos.

El método anticonceptivo más conocido por las adolescentes es el condón con el 99.4%. Si bien el 100% de las adolescentes ha escuchado hablar de métodos anticonceptivos, el conocimiento acertado del uso de los mismos no es en su totalidad.

Según este estudio, El uso del preservativo en adolescentes sexualmente activas está asociado a si estas planifican con métodos naturales como el ritmo o el coito interrumpido y si poseen una relación sexual esporádica, en relación a un noviazgo. Se encontró significancia estadística ($p=0.013$) en la relación entre el uso del condón en la última relación sexual y el tipo de preferencia de uso de métodos anticonceptivos; encontrándose mayor probabilidad de preferencia de uso de métodos hormonales en el grupo de las que no usaron el condón en la última relación sexual.

Frente a las preguntas de conocimientos de los métodos respondieron acertadamente el 88.4% frente a la inyección, el 71.8% esterilización femenina, el 70.3% esterilización masculina, la píldora en un 73.8%, el implante subdérmico en un 62.4%, los vaginales en un 48.4%, la amenorrea por lactancia 49.1%, la abstinencia periódica en un 65.2%, el retiro

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

en un 61%, la anticoncepción de emergencia en un 64% y otros (métodos folklóricos) en un 23.4%. Revelando los vacíos en sus conocimientos frente a los métodos anticonceptivos y el riesgo a un embarazo, como también la importancia de evaluar la educación sexual impartida.

A nivel nacional se encuentra un conocimiento del Condón 98.9%, píldora 98.8%, inyección 97.9%, esterilización femenina 96.5%, por otro lado, entre los métodos menos conocidos están la amenorrea por lactancia, que usualmente no se conoce como método de planificación familiar en Colombia y los métodos vaginales (19).

En todos los grupos de mujeres, a nivel nacional, el grado de conocimiento de los métodos modernos es mayor que el de los tradicionales. Destacan que entre las mujeres que reportaron no tener experiencia sexual, el nivel de conocimiento de métodos llega al 99%. Dicha afirmación también se halla en este estudio, reconociendo que el conocimiento de la planificación familiar ha llegado a todas las mujeres (19).

El 93.7% de las adolescentes tienen conocimiento de un lugar donde venden métodos anticonceptivos. El lugar más conocido por las adolescentes es PROFAMILIA con un 81%. La farmacia con un 76.9%, el puesto de salud con un 65,8%, el Hospital con un 64.5%, la Clínica con un 62.3% y finalmente el supermercado con un 35.4%. Este conocimiento es dado, debido al impacto positivo que ha tenido PROFAMILIA en la ciudad de Neiva, concerniente al ofrecimiento de servicios y el brindar educación sexual en la mayoría de las instituciones educativas.

El 69.2% de las adolescentes no han usado métodos anticonceptivos. El 18.8% de las adolescentes que han usado métodos anticonceptivos, los ha obtenido en la farmacia, seguido de Profamilia con un 5.4% y el puesto de salud en un 2.5%. La clínica y el hospital representan un 1.5% y 1% respectivamente. El supermercado en un 0.5% y la pareja en un 0.1%. Comparado con el dato de la población general donde 53.2% lo obtienen en el hospital, clínica o puesto de salud, el 23.9% en la droguería o farmacia, el 17.9% en PROFAMILIA (19). Estos datos diferencian a nivel nacional, por el contexto de la ciudad. Es más asequible para las adolescentes la farmacia o Profamilia, por la ausencia de trámites para adquirir su método anticonceptivo, como también por el desconocimiento del servicio de salud amigable dentro de sus empresas promotoras de salud. La percepción de la atención recibida en general es positiva, lo que contribuye a que las adolescentes continúen adquiriendo su servicio.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

CONCLUSIONES

El deseo de ser madres en adolescentes puede observarse en una mayor probabilidad en adolescentes que poseen una situación marital, seguido de las familias monoparentales y nucleares en comparación de quienes viven solas. Sin embargo quienes viven solas o con su

pareja, presentan una mayor prevalencia de haber tenido relaciones sexuales, en relación con otros tipos de organización familiar.

Se identifica un riesgo frente al embarazo a temprana edad, concerniente al inicio de las relaciones sexuales dado a los 14.9 años. Sin embargo el porcentaje de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas, es menor al promedio nacional. Las estudiantes están iniciando su vida sexual a temprana edad, ubicándose su inicio en estudiantes de grado séptimo y octavo. Pero a medida que aumentan su edad son más frecuentes sus relaciones sexuales. Aunque comparado los datos, con la prevalencia de las que han tenido relaciones sexuales vaginales a nivel nacional, las adolescentes de Neiva, están ubicadas por debajo de la prevalencia nacional.

Las adolescentes escolarizadas de Neiva, usan el condón en una mayor proporción que el promedio nacional, aunque solo un poco menos de la mitad lo usa, colocándola en situación de riesgo frente una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado.

La educación sexual impartida para las adolescentes en la ciudad de Neiva, aún no alcanza su cobertura total, aunque ésta, se ha dado en mayor proporción, en comparación con el promedio nacional y al igual que al nivel nacional, el colegio es el primer espacio, donde se educan en sexualidad y seguidamente el sistema de salud. Las adolescentes perciben de forma positiva ser educadas en sexualidad y se evidencia que la probabilidad de tener relaciones sexuales vaginales en las adolescentes no guarda relación estadística significativa con su participación en actividades de educación sexual, pero sí con la conducta de usar condón. La mamá y el profesor son quienes más le han hablado de sexualidad a las estudiantes.

Frente al conocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo, aún el total de las adolescentes no conocen de este derecho. Dichos resultados son muy similares a los arrojados a nivel nacional, lo que las ubica en una situación de vulnerabilidad por su desconocimiento.

La mayoría de las adolescentes escolarizadas, actualmente no desean tener hijos, aunque en un futuro contemplan la idea de tener. El tiempo de años que desean planear un hijo es muy variable de acuerdo al análisis del proyecto de vida que éstas contemplan. Existe una percepción amplia de las adolescentes que consideran que al quedar embarazadas actualmente no sería un problema, lográndose identificar un deseo inconsciente de ser madres, con respecto a la situación de amor idealizado que se vive en la etapa de la adolescencia.

Las razones de no uso de métodos anticonceptivos (MAC) por parte de las adolescentes evidencia la necesidad de desmitificar los MAC, empoderar a las adolescentes en relación con sus derechos y facilitar el acceso a los servicios de salud, como también al acceso a los mismos sin obstáculos.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Se encuentra una similitud a nivel nacional con el deseo del número de hijos en las adolescentes, siendo este de 1.6 hijos por mujer.

La mayoría de las adolescentes aprueba el uso de métodos anticonceptivos y al igual que a nivel nacional, el método preferido es el condón, seguido de la inyección y por último la píldora. La totalidad de las adolescentes han escuchado hablar de MAC, pero no todas conocen el uso adecuado de los mismos. El método más conocido entre las adolescentes es el condón, luego la inyección y la esterilización femenina. Puede observarse vacíos de conocimiento frente al uso adecuado de métodos anticonceptivos, lo que las pone en una situación de riesgo frente al embarazo no planeado.

El uso del preservativo en adolescentes sexualmente activas está asociado a si estas planifican con métodos naturales como el ritmo o el coito interrumpido y si poseen una relación sexual esporádica, en relación a un noviazgo.

La mayoría de las adolescentes conocen un lugar donde venden métodos anticonceptivos, siendo PROFAMILIA y la farmacia los lugares más conocidos, pero donde más lo obtienen es en la farmacia, seguido Profamilia. Estos datos diferencian a nivel nacional, por el contexto de la ciudad. Es más asequible para las adolescentes la farmacia o Profamilia, por la ausencia de trámites para adquirir su método anticonceptivo, como también por el desconocimiento del servicio de salud amigable dentro de sus empresas promotoras de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, OMS. Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra: OMS, 2002.
2. Rodríguez R, Russell J S, Maddaleno M, & Kastrinakis M. The legislative and policy environment for adolescent health in Latin America and the Caribbean Pan American Health Organization. Wk Kellogg Foundation [en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/legislative.pdf>. 1999. Consultado el 20 de 10 de 2010.
3. Ministerio de la Protección Social y Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de Salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá, 2008.

4. Corcoran J. Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence* 1999; 34: 603- 619.
5. Pastsdaughter C, Kelley B, Babington L, Dyer J. A comparison of sexual risk behaviours of Dominicans adolescents in their homeland and the United States. *J Multicult Nurs Health* 2005; 11: 63-68.
6. Trani F, Gnisci F, Nobile CG, Angelillo IF. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. *J Pediatric Child Health* 2005; 41: 260-264.
7. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, 2000.
8. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Manual de Salud para la Atención del Adolescente. Serie Paltex. 1999.
9. Ministerio de Educación Nacional. Perfil educativo del Departamento del Huila y Municipio certificado de Neiva. Bogotá, 2004.
10. Organización de las Naciones Unidas, ONU. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York, 1995.
11. Organización de las Naciones Unidas, ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM): Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Nueva York, 1996.
12. Rebecca C J, Bernanrd D, & Mahmoud F. Salud reproductiva y derechos humanos. PROFAMILIA Colombia. Bogotá, 2003.
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Prevención del Embarazo Adolescente en la Región Andina [en línea]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/pid/5420>. Consultado el 10 de Noviembre de 2011.
14. Godeau E , Saoirse N, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-years-old students at their last sexual intercourse results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162(1):66-73.
15. Ceballos G A, Campo Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: Una encuesta transversal. *Colomb Med*. 2007; 38: 185-90.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

16. Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. *Medunab* 2009; 12: 86-90.
17. Ceballos G A, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Medunab* 2005; 8: 171-175.
18. Ceballos G A, Campo Arias A. Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Duazary* 2005; 2: 4-10.
19. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Bogotá, 2010.
20. Florez C E, & Soto V. Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. 2006.
21. Campo-Arias A. et al. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33: 367-77.
22. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, 2003.
23. Alcaldía de Neiva. Perfiles epidemiológicos de Neiva 2007, 2008 y 2009. Neiva: Universidad Surcolombiana. Neiva, 2008–2009-2010.
24. Vanegas J, & Oviedo M. La Maternidad, la paternidad y la sexualidad en madres y padres adultos y madres adolescentes. Neiva - Huila: Universidad Surcolombiana. Neiva, 2007.
25. Canaval E G, Cerquera G, Hurtado N, & Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia, 26 - 35. Medellín, 2006.
26. Rubio E. *Antología de la Sexualidad Humana*. México: ed. Conapo; 1994.
27. Vargas E. ¿Por qué ha fracasado la educación sexual en Colombia? *Diario El Espectador*. 25 abril de 2008 [en línea]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/articulo-ha-fracasado-educacion-sexual-colombia>. Consultado el 18 de Noviembre de 2011.

28. Centro de Derechos de la Mujer CDM. Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes. Honduras 2006.
29. Stolckle V. La Mujer es Puro Cuento: la cultura del género. Buenos Aires. Desarrollo Económico – Revista de Ciencias Sociales. 2006; 45: 523-546.
30. Ramírez D, Nazar A, Mariaca R, Olivera M. Género y negociación reproductiva: un estudio de una comunidad rural de Chiapas. México. Revista Mexicana de Sociología. 2005; 67: 687-727.
31. Ramírez D, Nazar A, Mariaca R, Olivera M. Género y negociación reproductiva: un estudio de una comunidad rural de Chiapas. México. Revista Mexicana de Sociología. 2005; 67: 687-727.
32. González A. & Castellanos B. Sexualidad y Géneros: una re conceptualización educativa en los umbrales del tercer milenio. Santa Fe de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio 1996.
33. Peláez J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Artículo de Revisión [en línea]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin05208.htm. Consultado el 10 de noviembre de 2011.
34. Amuchástegui Herrera A, Rivas Zivy M. Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para una discusión. Revista Estudios Demográficos y Urbanos. México. 2004; 19: 543-597 [en línea]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31205703>. Consultado el 12 de junio de 2010.
35. Gómez P. Anticoncepción Pasado, Presente y Futuro. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina Departamento de Obstetricia y Ginecología, ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010
36. Ministerio de Protección Social de Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Bogotá, 2000.
37. Fonseca H, Greydanus D. Sexuality in the Child, Teen, and Young Adult: Concepts for the Clinician. Journal Pediatrics & Human Development. Lisbon. 2007; 34: 275-292.
38. Federación Internacional de Planificación Familiar, IPPF. Derechos sexuales: Una declaración de la IPPF. 2008; 20-21.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

39. Delucca, N, Gonzalez O, Martinez M. Modalidades en la diversidad de los vínculos familiares. Revista de psicología Universidad Nacional de la Plata. Argentina 2010; 4:105-123 [en línea]. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4841/pr.4841.pdf. Consultado el 19 de Noviembre del 2012.
40. Contraloría General de la República. Informe N° 3. Seguimiento en tiempo real los recursos del sector salud en Colombia. Colombia 2012 [en línea]. Disponible en
http://www.contraloriagen.gov.co/tiempo-real/informes/Informe_salud_3.pdf. Consultado el 19 de Noviembre del 2012.
41. Holland C L. Programa Latinoamericano de estudios socio religiosos. PROLADES. Traducido al Español por Luna Hernández C. Septiembre 2010 [en línea]. Disponible en:
http://www.prolades.com/encyclopedia/countries/spanish/rel_colombia09spn.pdf. Consultado el 20 de Enero de 2012.
42. Caballero R, Villaseñor A. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. Revista. Saúde Pública Brasil. 2001; 35(6):531-8
43. Elso J. La voz de los adolescentes. Ed. PPC [en línea]. Disponible en:
http://prensa.grupo-sm.com/files/dossier_de_la_prensa_voz_adolescentes.pdf. Consultado el 17 de Abril de 2012.
44. Araújo Maranhão T, Oliveira Gomes K, Costa de Oliveira D. Couple And Family Relationships Of Adolescents Post-Pregnancy. Revista Acta Paul enferm. Brazil 2012; 25, 3. 371-377 [en línea]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a09.pdf. Consultado el 01 de Noviembre del 2012.
45. Baeza B, Póo A, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile 2007; 72(2):76-81
46. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista Desarrollo y Sociedad. Colombia 2012; 69. 133-184.
47. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Acta Colombiana De Psicología. Colombia 2007. 10 (1): 49-63

48. Campo-Arias A, Ceballos G A, Herazo E. Factores Asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes de Santa Marta, Colombia, en el año 2004. Rev Col Obst y Ginec 2008 Nov; 59(4): 276-284.
49. Latimer W W, Rojas C V, Mancha B E. Severity of alcohol use and problem behaviors among school-based youths in Puerto Rico Revista Panamericana de Salud Pública. 2008 May; 23(5): 325–332.
50. Chen WJ, Fu TC, Ting TT, Huang WL, Tang GM, Hsiao CK, Chen CY. BMC Use of ecstasy and other psychoactive substances among school-attending adolescents in Taiwan: national surveys 2004-2006. Public Health. 2009 Jan 21; 9:27.
51. Calero, J L, & Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista Cubana de Salud Pública, 2001: 50-57.
52. Vanegas de Ahogado B C, Plata de Silva R C, & Pabón Gamboa M. Concepto de adolescentes y adultos acerca de aspectos que se deben contemplar en la educación sexual integral para prevenir el embarazo precoz. de Universidad el Bosque, Programa de Enfermería [en línea]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/TrabajosGrado/Diciembre2009/CONCEPTO_ADOLESCENTES_Y_ADULTOS.pdf. 2009. Consultado el 09 de Octubre de 2010.
53. Pantelides E A. Aspectos Sociales Del Embarazo y La Fecundidad Adolescente En América Latina. Centro de Estudios de Población (CENEP) Argentina 2004 [en línea]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.

RESEÑA AUTORES

ROSMARY GARZÓN GONZALEZ

Psicóloga nacida en Neiva, Huila – Colombia, egresada de la Universidad Surcolombiana, Candidata a Magister en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad el Bosque. Coordinadora del Centro de Investigaciones de la Corporación Universitaria del Huila CORHUILA. Directora del Grupo de Investigación Bienestar en Salud e investigadora del Grupo CRECER. Docente Catedrática de la Universidad Surcolombiana en el programa de Psicología. Con experiencia en investigación en las líneas de salud sexual y salud reproductiva, género y promoción de la salud. Voluntaria del Programa de Jóvenes de la Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA COLOMBIA.

**MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

DAVID ANDRES CANGREJO TORRES

Médico, Universidad Surcolombiana, candidato a Magister en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad el Bosque. Docente del programa de medicina Universidad Surcolombiana.

PAOLA NARVAEZ PANTOJA

Psicóloga, Universidad de Manizales, Candidata a Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva- Oficina para la Mujer del Departamento de Nariño.



