

**Descripción de las conductas sexuales de riesgo que se presentan en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio del municipio de Piedecuesta.**

**Asesora: Lina Patricia Méndez**

**Estudiantes de Psicología: Maritza,  
Cristina, Morales, Figueroa Ivonne,  
Maritza, Rueda, Cristancho**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA.**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA.**

**2011**

**Descripción de las conductas sexuales de riesgo que se presentan en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio del municipio de Piedecuesta.**

**Estudiantes de Psicología: Maritza  
Cristina Morales Figueroa Ivonne  
Maritza Rueda Cristancho**

**Asesora:**

**Lina Patricia Méndez**

**Proyecto de grado para optar el título de Psicólogo.**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA.**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA.**

**2011**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

---

---

**Floridablanca,** \_\_\_\_\_

*Dedicatoria*

*“Agradezco a Dios que me guio y me ilumino; para así permitirme cumplir y alcanzar una meta tan importante en el camino de la vida.*

*Gracias a la Directora del colegio, que creyó en mi propuesta y nos permitió llevar la tesis a feliz término.*

*A mis padres, mi hermana y mi novio, que me apoyaron incondicionalmente y me tuvieron mucha paciencia, además de enseñarme a tener la persistencia necesaria cada día. Los Amo”.*

*Ivonne Maritza Rueda Crisancho*

*A mis padres: que pusieron toda su confianza en mí, que nunca dejaron de apoyarme, siempre estuvieron pendiente de mí, aun cuando las cosas se tornaron difíciles, quienes fueron mi motivación día a día; a ellos les dedico el cumplimiento de esta gran meta en mi vida. Dios los guarde.*

*A todos los que estuvieron pendientes, a todos lo que desinteresadamente me brindaron su colaboración, también a los que dudaron de mí a los que equivocadamente pensaron que no lo lograría; en general a todos lo que se acordaron de mí en el desarrollo de este gran sueño. MUCHAS GRACIAS.*

*Maritza Cristina Morales Figueroa*

*AGRADECIMIENTOS:*

*En el marco del desarrollo de elaboración de la tesis necesaria para lograr el título profesional en Psicología, queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a diferentes personalidades que obraron como parte fundamental para este logro, demostrando su interés y apoyo incondicional frente a las diversas actividades enmarcadas en compromiso y dedicación.*

*Frente a lo anterior, es importante resaltar los partícipes de este logro de la siguiente manera:*

*UNIVERSIDAD: Por ser el centro de enseñanza que inculcó en nosotras la responsabilidad, el trabajo y la dedicación; por ser nuestro segundo hogar y por habernos permitido pasar dentro de sus instalaciones viviendo buenos y difíciles momentos que la carrera conlleva y por crear en nosotras el amor a nuestra carrera.*

*ASESORRES: Ps. Lina Patricia Méndez Por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en el marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la realización de este trabajo, además, por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante la misma.*

*DOCENTES: Queremos agradecer a todo el personal de docentes por enseñarnos con su paciencia, profesionalismo y cariño a ser una mejor persona para un futuro, sembrando de esta manera una semilla de capacidad y de fortalezas en nuestros corazones; para asumir, enfrentar y/o cumplir con responsabilidad, madurez y sensatez los retos que la vida nos trae día a día, por último, es ineludible resaltar que significan para todos un ejemplo de vocación a seguir.*

*COMPañEROS. Con quienes construimos conocimiento, compartimos mañanas, tardes y noches de estudio, momentos de nerviosismo en parciales y finales, en fin.*

*Diferentes entes que acogieron y apoyaron el desarrollo de la misma, dentro de los que más se resalta el colegio del municipio de piedecuesta (Santander), el cual nos abrió las puertas de su institución como pilar que marco el desarrollo, cumplimiento y culminación a las diferentes actividades planteadas para el desarrollo esta tesis.*

*A todos mil y mil gracias, ya que sin su valiosa colaboración y apoyo hubiese sido imposible la terminación de la TESIS.*

## Tabla de Contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
Justificación.....	18
Pregunta de investigación.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
Metodología.....	24
Resultados.....	28
Discusión.....	37
Conclusiones y Recomendaciones.....	45
Referencias.....	47
Anexos.....	50

## RESUMEN

**TÍTULO:** Descripción de las conductas sexuales de riesgo que se presentan en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio del municipio de Piedecuesta

**AUTOR(ES):** Maritza Cristina Morales Figueroa - Ivonne Maritza Rueda Crisancho

**FACULTAD:** Psicología

**DIRECTOR:** Lina Patricia Méndez

La presente investigación tuvo como objetivo principal responder la pregunta ¿Cuáles son las principales conductas sexuales de riesgo identificadas en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio del municipio de Piedecuesta? Tal estudio se realizó con criterios cuantitativo, transversal, descriptivo y no experimental. Con estos lineamientos, se evaluaron

585 menores escolarizados en edades entre los 14 a 18 años de edad, mediante la aplicación del Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA), diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia en 1997. El proceso se llevó a cabo en 4 fases: 1. Concertación con la institución, 2. Aplicación del instrumento,

3. Sistematización de la información, y 4. Análisis de datos para la discusión.

Como consecuencia, los resultados obtenidos del análisis del programa SPSS. De la población evaluada, 158 menores respondieron tener vida sexual activa. Las conductas de riesgo más notorias fueron el no uso del preservativo en un 54.4% de los cuales el 25.9% mencionó no hacerlo por disgustarle su uso. Otra práctica de riesgo encontrada fue estar bajo los efectos del alcohol durante la relación sexual en un 33,5%. La responsabilidad que se cuestiona durante este periodo del ciclo vital se refleja en el hallazgo de tan sólo un 5,7% de la población que se había aplicado el ELISA. El dato con mayor frecuencia sobre el inicio de la vida sexual fue de un 38.8% a los 15 años. En definitiva la actual investigación buscó señalar con resultados científicamente comprobables, la importancia de una sana educación sexual y la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes a nivel municipal, departamental y nacional, partiendo de hechos como las estadísticas reportadas por la Secretaría de Educación que expone diversos tipos de variables.

**PALABRAS CLAVES:** Conductas sexuales de riesgo, uso del preservativo, consumo de sustancias psicoactivas, menores escolarizados, ETS, VIH - SIDA.

## ABSTRACT

**TITLE:** Description of risky sexual behaviors that occur in students in grades 9 10 and 11 basic secondary level of a college of Piedecuesta

**AUTHORS:** Maritza Cristina Morales Figueroa - Ivonne Maritza Rueda Crisancho

**FACULTY:** Psychology

**DIRECTOR:** Lina Patricia Méndez

The research question of this study was What are the main risk sexual behaviors identified in students in grades 9 10 and 11 basic secondary level of a college Piedecuesta? The study is quantitative, cross-sectional, descriptive, not experimental, and to give the same development was evaluated at 585 school children with ages ranging from 14 to 18 years old, through confidential questionnaires regarding sexual activity (CCVSA), designed by the Ministry of Health of Colombia in 1997. The process was conducted through 4 stages: 1. Consultation with the institution, 2. Implementation of the instrument, 3. Systematization of information, 4. Data analysis for discussion. Thanks to the results obtained from the analysis of SPSS. Of the evaluated population, 158 minors responded to have active sexual life. The more well-known risk factors were the nonuse of the preservative in 54,4% of which the 25,9% mentioned a displeasure in the use of preservative. Another practice of found risk was to be under the effects of the alcohol during the sexual relation in a 33.5%. The responsibility that is questioned during this period of the vital cycle reflects in the finding of only a 5.7% of the population that had been applied the ELISA. The data most frequently on the beginning of the sexual life went of 38,8% to the 15 years. The present investigation really looked for to indicate with scientifically provable results, the importance of one heals to sexual education and the prevention of conducts of risk in the adolescents at municipal, departmental and national level, starting off of facts like the statistics reported by the Secretariat of Education that sets out diverse types of variables.

**KEY WORDS:** sexual Conducts of risk, use of the condom, consumption of psychoactive

## Introducción

La adolescencia para autores como Ochoa (2009) es una etapa del ciclo de vida en la que se presentan diversos cambios tanto físicos como psicológicos, también se despierta el interés por las personas del sexo opuesto o del mismo sexo; es decir inician la búsqueda de su identidad sexual. Por consiguiente, esta etapa es un periodo propicio en cuanto a riesgos de salud sexual y reproductiva.

El adolescente vive día a día en realidades con un alto grado de contradicción que va de lo “eufórico y disfórico, egoísta y altruista, desea la soledad y el aislamiento pero recaba la vida grupal y la amistad” (p.6) (Weltsschmerz citado por Aguirre, 1994). Complementario a ello Aguirre (1994), argumenta que la adolescencia es una “invención occidental”, sustentándolo en el hecho en que las sociedades primitivas, el paso entre la niñez y la vida adulta, se daban por medio de los llamados “ritos de iniciación”; este proceso de estructuración en los ritos iniciáticos se han elaborado un tanto en “la suerte y en las evaluaciones concentradas únicamente en el rendimiento cognitivo, separado de la tarea de la búsqueda de identidad y de la construcción de la personalidad madura” (p.5).

Desde una postura más biológica y psicoanalítica, Freud y sus discípulos concluyen que la etapa de la adolescencia no es más que “una reactivación del conflicto edípico”, así, como la fase fálica da la apertura a la pre adolescencia, las transformaciones puberales dan un preludeo a la fase sexual objetal. En esta etapa se plantean nuevas relaciones objetales, ayudando así a “la nueva reconstrucción del yo y del desarrollo de nuevos mecanismos de defensa” (p.13) (Aguirre, 1994).

Como paralelo a las posturas biológicas, Margaret Mead en sus estudios etnometodológicos sobre los adolescentes Samoanos, concluye que la adolescencia “no

es un desarrollo biológico de carácter determinista, sino una configuración cultural” (p.15) (Aguirre, 1994). En cada uno de los contextos normativos y sociales se dan las pautas específicas para construir la adolescencia, presentando un determinismo cultural que lo envuelve, llegando al punto que hasta el aspecto biológico de la pubertad tiene una explicación diferente en cada cultura.

Además de las descripciones realizadas por los anteriores autores, se encuentra algunas características relevantes en esta etapa. Tales aspectos más relacionados al tema propuesto son lo biológico y los vínculos parento-filiales.

En el primer caso, se cuenta con diferentes rangos de edades según la literatura que se consulte. Estos rangos pueden ser desde “los 10 a los 14 años, que terminan al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo físico” (p.161) o como propone Posada et al., (1998), este periodo comprende edades entre los 15 y los 25 años; donde además se presenta la inclusión del individuo como parte activa de la sociedad, asumiendo derechos y responsabilidades en la misma. Por otra parte, Papalia y Olds (2001), consideran la adolescencia como “período de transición que fluctúa entre los 12 y 19 años; se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto” (p. 7). Otro rango de transición lo ofrece Santrock (2003) que define la adolescencia “como el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, que oscila entre los 10 y 12 años, hasta los 18 y 22 años de edad, implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales” (p.420). También agrega, cambios importantes como “Los genes heredados por los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento del peso y de estatura, las habilidades motoras, los cambios hormonales en la pubertad” (p.450).

Siguiendo con las apariciones fisiológicas Taylor, (2007) explica que el adolescente se encuentra en un proceso de desarrollo y crecimiento por tal motivo necesita del acompañamiento de su familia y del entorno social; porque durante la adolescencia se asumen diversos valores, comportamientos y estilos de vida que tendrán un impacto decisivo tanto en el desarrollo integral del adolescente como en su proceso de salud-enfermedad; por lo mencionado anteriormente es importante recalcar que más que brindar protección y cuidados, el acompañamiento a los adolescentes debe ir orientado a proporcionar y fortalecer el desarrollo de una estructura de auto-cuidado; para ello es necesario que exista el diálogo de forma permanente y progresiva con el fin de que las responsabilidades que todavía pueden estar aún referidas a los padres o adultos sean asumidas por el adolescente. Adicionalmente a este énfasis biológico el autor Taylor, (2007) explica: Las glándulas endocrinas son las responsables del crecimiento rápido, y uno de los principales efectos de la producción de hormonas gonadales es el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias en niños y niñas durante la pubertad. Estos cambios van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia; resulta un período de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo.

El segundo de los aspectos de esta descripción referido a la relación de padres e hijos, material como el de Posada, Gómez y Ramírez, (1998) postulan que "cuando el niño llega a la adolescencia el hogar no es el único medio de comunicación ni de relación pero si es la base y el centro de su desarrollo personal, emocional y psicológico" (p. 40); esto implica el paso a segundo plano altamente influyente de la socialización familiar que un engranaje difícil con el desarrollo social y sexual del

adolescente. Para el caso de Ochoa (2009) la relación padres e hijos, debe contar con conductas orientadoras, tiempo y enseñanza de temas importantes como la autoestima; de esta forma la autora considera la autoestima como tema clave para el desarrollo integral de la vida de los adolescentes que “consiste en conocerse a sí mismo, aceptarse, sentirse capaz de hacer lo que se tiene que hacer aunque existan fallas que se está dispuesto a rectificar cada día; lo que ustedes son, tienen y hacen constituye lo verdadero” (p. 22); esto promueve el autoconocimiento y la autoaceptación como temas para avanzar con los adolescentes.

Teniendo en cuenta este marco de referencia del adolescente donde los cambios a nivel hormonal, cerebral, social, familiar y personal son particulares y propician igualmente el desarrollo sexual del sujeto, es pertinente el abordaje de la sexualidad, comenzando por su definición para luego explorar ciertas categorías asociadas al tema.

Según Ceballos y Campo, (2006) el concepto de la sexualidad es parte importante de la personalidad y un elemento de la imagen y de la estima como individuos. “Está definida por características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que permiten, en conjunto, una visión del mundo y una relación con él. Con el adelanto de la edad de inicio de la pubertad en los niños y niñas se ha observado un interés más temprano en asuntos sexuales”. También plantea que el inicio de la actividad sexual cada vez es más temprano y con ello devienen dificultades en la prevención como la falta de información o autonomía para decidir sobre su bienestar. Complementario a esto, señalan que la edad de inicio de las relaciones sexuales guarda relación con una compleja interacción de factores biológicos y con otros que varían de acuerdo con el contexto sociocultural. Esto sugiere contextualizar lo que se ha

denominado conductas de riesgo, para especificar desde el campo de salud cual es el comportamiento a tener en cuenta.

Para Espada, Quiles y Méndez (2003) las conductas de riesgo “Son las que van en contra de la integridad física, emocional o espiritual de la persona y que pueden incluso atentar contra su vida”(p. 28) Algunas de ellas son: a. Relaciones sexuales precoces y sin protección, b. Consumo de alcohol y otras drogas, c. Conductas que propicien accidentes, d. Enfermedades de transmisión sexual, e. Embarazo no deseado, f. Situaciones que impliquen violencia, g. Conductas suicidas, h. Situaciones asociadas a deserción o disminución del rendimiento escolar, i. Conductas delincuentes, j. Trastornos de la conducta alimentaria. Por ende el nivel de implicación se mide por el alto nivel de riesgo; es decir a mayor riesgo menos responsable es la conducta, esto se corrobora en la investigación de Espada et al., (2003) quienes afirman que “el riesgo percibido en la enfermedad influye en la valoración de los costes de mantener conductas sexuales seguras y los beneficios de evitar la infección, pueden ser determinantes para decidir hacia qué lado se inclina la balanza” (p. 35).

Autores como Antón y Espada, (2009) consideran que “Las conductas sexuales de riesgo son aquellas que implican una exposición de la persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA)” (p. 344). Esto de alguna forma resume y comprende los aspectos más relevantes de las conductas de riesgo en el ámbito de la sexualidad.

Actualmente los adolescentes están iniciando su vida sexual activa a más temprana edad, esto se puede corroborar con los resultados de la investigación de Campo, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete (2004), cuando dicen que “el 75% de los

estudiantes se iniciaron sexualmente antes de los 16 años de edad y que los adolescentes con inicio temprano de relaciones sexuales son de menor edad que los de inicio posterior y con mayor frecuencia en hombres” (p15).

De igual forma estudios realizados en México por Gallegos, Villaruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou (2008) muestran que una proporción importante de adolescentes mexicanos practican relaciones sexuales exponiéndose a infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados. El 92.3% de los casos de SIDA reportados se infectó en la adolescencia o juventud y el 78% de ellos fue por contacto sexual. Asimismo, el 17.4% de los nacimientos en el 2005 correspondió a madres adolescentes, también se dice que el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas, se encuentra alrededor de una tercera parte de jóvenes entre 15 y 19 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida; el 19% de mujeres tuvieron su primera relación antes de los 12 años, mientras que el 99% de los hombres entre los 12 y 14 años.

Sin embargo, en otros países como España la elevada incidencia de embarazos no deseados en la adolescencia, así como la alta probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) ha hecho necesario el estudio y la comprensión de las variables que predicen y explican los comportamientos sexuales de riesgo de chicos y chicas adolescentes, por ejemplo el uso del preservativo. (Sánchez y Muñoz, 2005)

Referente a esto, se encuentra en la Tesis Doctoral realizada por Uribe, (2005) que la infección por VIH/SIDA compromete de forma significativa a los adolescentes lo cual queda demostrado por el incremento de los casos de VIH/SIDA en esta población, principalmente por las conductas de riesgo emitidas con relación a su sexualidad y la exposición a otros factores psicosociales. “Concretamente, factores como los conocimientos correctos, ideas erróneas, actitudes, susceptibilidad, autoeficiencia,

autoconcepto, autocontrol, habilidades sociales, búsqueda de sensaciones y las variables psicopatológicas han sido relacionadas con la infección por el VIH/SIDA” (p. 285). No obstante señala, que tanto el sexo, como la edad, el tipo de institución educativa y el nivel de escolaridad influye en esas ideas erróneas sobre el VIH/SIDA en los adolescentes Colombianos.

Precisamente en el contexto colombiano investigaciones como la de Ceballos y Campo (2006) se analiza que “la iniciación de la actividad sexual es cada día más pronta, con menos años cumplidos de edad, cuando la vulnerabilidad no es fácilmente admitida y se subestima el riesgo que se corre de un embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual” (p. 5). Por su parte, Campo, Silva, Meneses, Castillo, y Navarrete (2004) señalan en sus antecedentes que la edad de inicio de las actividades sexuales en adolescentes ha aumentado en forma paulatina durante las últimas décadas. Este hecho guarda una relación significativa con un número importante de conductas de alto riesgo con consecuencias negativas para la salud física y mental de los adolescentes. Por ejemplo, aquellos que inician relaciones coitales a menor edad que los pares presentan mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no planeados. De la misma forma, se ha observado que los jóvenes que inician relaciones coitales antes de llegar a la mayoría de edad presentan mayores prevalencias de consumo de cigarrillo y otras sustancias que pueden producir dependencia.

En estas investigaciones, poco se informa sobre la prevalencia de las relaciones sexuales en jóvenes estudiantes de secundaria. Los resultados de estas investigaciones señalan prevalencias que oscilan entre el 18.9 y el 58.0 por ciento. Sin embargo, estos estudios abarcan un amplio rango de edades, entre 10 y 24 años; de tal suerte que se

desconoce la prevalencia de relaciones sexuales en los tres primeros años de la segunda década de la vida, considerando que la prevalencia acumulada de relaciones sexuales se incrementa en la medida que se cumplen más años durante la adolescencia. También se encuentra como lo señala Musitu y Cava (2003) que el interés de agruparse del adolescente está relacionado al sentimiento de pertenencia y validación de identidad que le aporta y que “Además, estos grupos evolucionan también durante las distintas etapas de la adolescencia, desde los pequeños grupos de un mismo sexo en la preadolescencia hasta la pandilla integrada por chicas y chicos, y en la cual es probable que surjan parejas” (p. 182). Mientras Antón y Espada, (2009) encuentra otro aspecto interesante, esta vez frente al fenómeno de las ETS exponiendo que “se logra mayor concientización sobre la necesidad de protegerse frente al VIH y demás ETS, pero dicha concientización de algún modo sólo está presente cuando se llevan a cabo relaciones coitales de tipo vaginal, y no de tipo anal u oral” (p. 348).

Ahora, retomando los diversos conceptos mencionados es importante resaltar que la influencia del grupo de amigos y la de los medios de comunicación ante un comportamiento inadecuado de las conductas sexuales de riesgo y las conductas de riesgo, el predominio de éstas es de gran relevancia ya que como lo demuestran Sánchez y Muñoz (2005) en su estudio, “la variable más influyente es la actitud de los amigos, su influencia es más, que la de los padres con un porcentaje del 46% para los amigos y el 16% para los padres” (p. 12). Por tanto, Es pertinente capacitar a los adolescentes puesto que después de tener el apoyo de su red vincular primaria como base o pilar principal de formación, van a tener fuertes vínculos y apegos por sus pares o iguales.

Esta preocupación la tiene presente y se puede apoyar en el Ministerio de Protección Social de acuerdo a la modificación de la ley 100 surge la ley 1122 del 2008

en su decreto 0425 del 2008 determina un cambio en la cual define una metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Teniendo en cuenta el Artículo 17, “se dice que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección social”.

Por otra parte es importante resaltar la aplicación de programas enfatizados a temas como sexualidad y ETS, pero más aun al seguimiento de estos, y así los adolescentes tengan bases y/o conceptualizaciones apropiadas al respecto de dicho tema. En apoyo a esto, Uribe (2005) afirma que aunque los adolescentes tengan un buen nivel de conocimiento correcto y pocas ideas erróneas frente a la infección por el VIH/SIDA, es fundamental continuar con los programas informativos y educativos según cada una de las regiones geográficas y sus correspondientes variables sociodemográficas (sexo, edad, etc.).

## Justificación

El Ministerio de Educación Nacional en su Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, busca que las instituciones educativas desarrollen proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad. Los objetivos de tales proyectos están dirigidos a crear competencias básicas en los menores escolarizados, en cuanto a la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo. Estas competencias están vinculadas al respeto, la dignidad de todo ser humano, de manera que se valora la diversidad de identidad y formas de vida, y se promueve la vivencia y la construcción de relaciones de pareja, familiares y sociales.

Con lo mencionado anteriormente, esta investigación quiere hacer énfasis en el nivel primario de prevención o promoción de salud, es decir, todas aquellas acciones dirigidas a reducir la aparición de nuevos casos disminuyendo los factores psicosociales y promocionando los recursos personales. Igualmente desde la prevención secundaria donde el diagnóstico para contrarrestar el predominio de la enfermedad. Este análisis se acerca a identificar ciertas conductas sexuales de riesgo que se pueden evidenciar en el inicio de la vida sexual del escolar adolescente. De ahí que se consideró iniciar la investigación en un colegio de educación básica secundaria del municipio de Piedecuesta, para poder observar los resultados obtenidos y así mismo sentar las bases para la intervención de la población específica. Con la aplicación de este diagnóstico se busca también habilitar rutas replicables a los demás colegios del municipio, teniendo claras las conductas que predispongan o pospongan la iniciación sexual en el adolescente, y de esta forma modificar la forma como se ha venido abordando el tema;

que básicamente en muchos casos se limitaba a los aspectos biológicos y a los riesgos asociados a lo sexual.

Por consiguiente es necesario mencionar en este tipo de investigaciones la importancia que hacen los aportes de la psicología de la salud a la sociedad ya que tiene como fin la realización de programas donde el objetivo principal es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por lo anterior cabe mencionar las siguientes cuatro razones que Taylor (2003) considera importantes en el campo de la salud: (1) El hecho de que los psicólogos de la salud hacen gran énfasis en la prevención principalmente, modificando los comportamientos que ponen en riesgo a las personas mucho antes de que estas enfermen. Igualmente, se realizan esfuerzos por (2) concientizar a los padres de familia la importancia de una psico-educación positiva en cuanto a los comportamientos, actitudes y hábitos correctos en la niñez, para que la etapa de la adolescencia a pesar de tener una susceptibilidad a una serie de conductas de salud problemáticas como (consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, uso de drogas y riesgos sexuales), no se adquieran por la presión de los grupos de amigos o por que no se prevén los riesgos que se corre con la práctica de estos comportamientos erróneos. El autor también considera que es importante, (3) Enseñar a los jóvenes para que puedan identificar a tiempo una conducta de riesgo, que aprendan a afrontarla y como modificar los comportamientos relevantes para la prevención de dicho estatus de riesgo. Finalmente, se plantea (4) Concientizar para que las precauciones tomadas en la adolescencia pueden ser los mejores predictores de las enfermedades, conductas y comportamientos en el futuro.

Por otra parte, Zarate (2003) se refiere a la familia también, exponiendo "la familia es el pilar más importante en la etapa de la pre-adolescencia y adolescencia en

cuanto al tema de la sexualidad" (p. 8), por esto es considerable que la familia sea quien brinde los recursos y conocimientos claros a los adolescentes, que sean ellos quienes se preparen inicialmente, para lograr el efectivo desarrollo de la salud sexual de esta población. Complementario a esto, se encuentra también que una de las características más relevantes de la familia como institución socializadora es "la interacción de sus miembros a quienes va preparando y ejerce influencia en su desarrollo, cumple funciones vitales donde el vínculo y la autoridad viene cambiando como producto de la crisis actual de la que no es ajena" (p. 10). Con estos aportes, se puede suponer que se espera mucho de la familia, principalmente un liderazgo afectivo, con el fin de que cada individuo pueda enfrentar las diversas situaciones emocionales que se presentan en esta etapa de la vida. También es indispensable este acompañamiento para la adecuación a los cambios acelerados que como adolescente pueda encontrar.

Por todo lo mencionado anteriormente, la familia como institución socializadora y pilar en este proceso, debe aprender, desaprender y reaprender en forma permanente. Para ello son imprescindibles los contactos o conexiones interpersonales que dentro de ella se dan para conseguir relaciones exitosas, que a su vez estimulen la interacción saludable fuera de ella, lugar donde el adolescente va a continuar su desarrollo y más específicamente con sus pares, que en cierta medida serán parte de su compañía y guía. Esto solo se logra, teniendo buenas bases en cuanto a conocimientos y afecto de sus familiares en la etapa de la adolescencia. Por lo tanto, se espera que ésta etapa crucial para el desarrollo del ser humano del adolescente, se convierta en una competencia, dominio de recursos, actuación exitosa en la esfera personal y social. Esto debido a que cuando el adolescente está en riesgo puede enfrentar serios problemas con relación a su salud producto de eventos asociados a su vida sexual, como evitar abortos clandestinos,

enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados que puedan amenazar su salud física y mental y por consiguiente su desarrollo integral.

Esta investigación se apoya en los resultados publicados en las estadísticas obtenidas de las bases de datos de la secretaria de salud departamental, con relación a la incidencia de embarazos y contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en adolescentes. Por otra parte, la Secretaria de Salud Departamental en enero de 2009 a junio de 2010 en Bucaramanga reporta que 841 menores llevaron su embarazo a término en edades que oscilan entre 13 a 18 años distribuidos de la siguiente manera: 13 años 5 casos, 14 años 26 casos, 15 años 97 casos, 16 años 164 casos, 17 años 240 casos y 18 años 309 casos. El reporte de piedecuesta, revela que 226 menores que llevaron su embarazo a término en edades que oscilan entre 14 a 18 años distribuidos de la siguiente manera: 14 años 11 casos, 15 años 22 casos, 16 años 50 casos, 17 años 75 casos y 18 años 68 casos.

En cuanto a la incidencia de casos por el (VIH/SIDA) la secretaria de salud departamental muestra las siguientes estadísticas: existen 3.112 casos de personas infectadas desde el año de 1986 (cuando se presentó el primer caso en Bucaramanga) a 2009, para ese año dieron a conocer 17 casos. En el lapso de 1986 a 2009 se detectaron 1869 casos en Bucaramanga de los cuales 98 fueron en el municipio de Piedecuesta. De estos casos se presentaron 124 casos de género masculino y 54 casos de género femenino, correlacionados a edades entre 0 a 14 años. De ello, se presentaron 91 casos de 15 y 509 casos de 24 años. Por otra parte, la incidencia sobre el modo de transmisión fue: por vía sexual el 80%, vía sanguínea el 1% y vía perineal el 2%. En cuanto a la orientación sexual, la incidencia se encontró distribuida de la siguiente manera: Bisexual el 6%, Homosexual el 10% y Heterosexual el 58%.

Los resultados de la investigación servirán para fundamentar políticas de educación sexual tendientes a mejorar la calidad de vida de los menores escolarizados. Teniendo en cuenta las estadísticas mencionadas anteriormente se puede decir que a mayor edad mayor número de casos de menores embarazadas, por consiguiente al momento de diseñar un programa de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva éste debe ir orientado a toda la infancia y adolescencia y así mismo servirá de base para futuras investigaciones en torno a la sexualidad del adolescente.

### Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las principales conductas sexuales de riesgo identificadas en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio del municipio de Piedecuesta?

### Objetivo General

Identificar las conductas sexuales de riesgo que se presentan en estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio público del municipio de Piedecuesta.

### Objetivos Específicos

Reconocer las prácticas sexuales de los estudiantes de los grados 9 10 y 11 de nivel básica secundaria de un colegio público del municipio de Piedecuesta.

Comparar si existen discrepancias de género en cuanto a las conductas sexuales de riesgo en los menores escolarizados.

Proponer estrategias preventivas de acuerdo a los resultados obtenidos en relación con las conductas sexuales de riesgo identificadas en la población objeto de estudio.

## Metodología

### Participantes

Se trabajó con 585 menores escolarizados de género masculino y femenino, en edades que oscilan entre los 14 a 18 años, seleccionados por medio de muestreo no probabilístico o dirigido; ya que el subgrupo de la población no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación; como ser estudiante de los grados: noveno, décimo y undécimo de educación básica secundaria de un colegio público del municipio de Piedecuesta, la asistencia al salón de clases el día de la aplicación del instrumento y los estudiantes que respondieron si a la primera pregunta del cuestionario.

Se gestionó con los directivos del colegio y los estudiantes participantes para lograr el consentimiento del proceso investigativo. Se especificó en qué consistía el consentimiento informado, (Ver Anexo 1) el anonimato de los estudiantes durante el desarrollo del cuestionario y de la investigación, y demás aspectos éticos.

### Instrumento

La evaluación se llevó a cabo a través del Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA). El Ministerio de Salud de Colombia (1997) diseñó el cuestionario confidencial sobre la vida sexual activa, para obtener información sobre la realización de determinadas conductas sexuales. Consta de un total de 27 preguntas, las primeras orientadas a recoger información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, estado civil, curso y estatus socioeconómico). El resto de las preguntas enfatizan en las relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de

parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, las formas de prevenir la infección por el VIH y la prueba de diagnóstico del VIH. El formato de respuesta es de opción múltiple y con respuestas “sí” o “no”, “todas las veces”, “algunas veces” o “ninguna vez” dependiendo de la pregunta. (Ver Anexo 2)

### Procedimiento

La presente investigación utilizó la recolección de datos a partir de la aplicación del cuestionario descrito anteriormente para dar respuesta a la pregunta de investigación, a través del análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Las fases del procedimiento fueron las siguientes:

#### **1. Fase de concertación con la institución:**

Se establecieron los acuerdos requeridos con las directivas de la institución para llevar a cabo la investigación. Se hizo la presentación de los objetivos, el impacto para la institución, las características del instrumento, el consentimiento informado y el carácter anónimo de la resolución del mismo. Se hizo una primera aplicación a manera de pilotaje y los resultados motivaron aún más a las directivas para ampliar la aplicación a un mayor número de estudiantes.

Se acordó aplicar el instrumento a toda la población de los grados novenos, décimos y undécimos, en horarios de clase, de la jornada de la mañana.

#### **2. Fase de aplicación del instrumento:**

En el momento de la aplicación del cuestionario se motivó a los estudiantes a responder de la manera más sincera posible, presentándoles el objetivo principal de estudio, así como la importancia de la responsabilidad en sus respuestas. Se dio a conocer el carácter anónimo del instrumento.

Se aplicó finalmente el instrumento a la totalidad de la población objeto de la investigación.

**3. Fase de sistematización de la información:**

Se llevó a cabo través de la elaboración de una base de datos en el programa estadístico SPSS, en el cual se ingresaron los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento. Esta base de datos permitió sistematizar los resultados por frecuencia de respuestas en cada ítem, convertidas en porcentajes para el análisis posterior.

**4. Fase de análisis de datos para la discusión:**

Al momento de hacer la discusión se tuvo en cuenta los resultados obtenidos de la sistematización de las preguntas del cuestionario, cifras reflejadas por el programa estadístico SPSS y la comparación y/o relación con investigaciones anteriores y el referente teórico.

La mayor contribución del presente proyecto está en relación con los resultados que se obtuvieron, los cuales favorecerán la implementación de programas de promoción y prevención para adolescentes, con temas relacionados con sexualidad y todo lo que ésta lleva consigo (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados o no planeados, problemas afectivos, etc.). Se considera además como uno de los propósitos del presente proyecto, contribuir a la construcción de conocimiento en torno al manejo saludable de la sexualidad en los jóvenes escolarizados de la institución investigada. Estos resultados podrán ser el punto de partida de investigaciones posteriores que puedan ser generalizables a nivel regional, departamental y nacional.

Es importante recalcar que con los resultados obtenidos se puede diseñar e implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por medio de modelos pedagógicos didácticos, en los cuales se trabajen temáticas como: autoestima, toma de decisiones, respeto por el propio cuerpo y el de los demás, confianza por las instituciones socializadoras, conciencia y manejo de creencias irracionales, programas de planificación familiar, programas para evitar patologías físicas y mentales, reconocimiento de problemáticas que pueden desencadenar consecuencias negativas a nivel familiar y académico.

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del instrumento a los 585 participantes. La evaluación de conductas sexuales de riesgo, indaga si la persona ya inició su vida sexual, si la respuesta es negativa, no continúa con la resolución de las preguntas. Por tanto, el diligenciamiento completo del instrumento solamente lo realizan quienes contestan afirmativamente a la pregunta, si ya ha tenido relaciones sexuales. De los 585 encuestados, 158 respondieron afirmativamente esta pregunta y con base a estos resultados se hizo la sistematización y el análisis que se muestra.

Para la presentación de los resultados se tuvo en cuenta las preguntas más relevantes para el desarrollo de la investigación. En primer lugar se empezó por describir características demográficas de la población como el total de adolescentes por género y el grado de escolaridad; en segundo lugar, se presentan los resultados de las preguntas que hacen referencia al tipo de relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, las formas de prevenir la infección por el VIH y la prueba de diagnóstico del VIH, las cuales se respondieron de la siguiente forma: respuestas de opción múltiple y con respuestas “sí” o “no”, “todas las veces”, “algunas veces” o “ninguna vez” dependiendo de la pregunta. Los datos obtenidos en el desarrollo de la investigación son expuestos en tablas descriptivas.

Al analizar los datos obtenidos en la tabla 1, se observa que el 59% de quienes respondieron afirmativamente al inicio de su vida sexual, eran hombres, y el 41% eran mujeres.

Tabla 1.  
 Distribución por género de la población sexualmente activa

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	93	59%
Mujer	65	41%
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>100%</u>

En el análisis de porcentajes en cuanto al grado de escolaridad obtenidos en la tabla 2. Se evidencian los siguientes resultados de mayor a menor: el 40% de noveno grado, el 32% de undécimo grado y el 28% de decimo grado; se puede decir que la mayoría de los jóvenes inician su vida sexual a temprana edad entre los 14 y 15 años de edad y es un porcentaje considerable, como para pensar en hacer programas de educación y capacitación a temprana edad.

Tabla 2.  
 Distribución por escolaridad de la población sexualmente activa

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
9	63	40%
10	45	28%
11	50	32%
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>100%</u>

En la tabla 3, se pueden observar los siguientes resultados; el 94% de los encuestados han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina; el 35% han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca y un 21% han tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano.

Tabla 3.

Relaciones sexuales con penetración

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Pene en la vagina SI	148	94%
Pene en la boca SI	55	35%
Pene en el ano SI	33	21%

Según los resultados obtenidos en la tabla 4, se puede observar que la mayoría de los jóvenes entrevistados iniciaron su vida sexual a los 15 años de edad con un resultado del 36%, el siguiente porcentaje alto es el de los jóvenes de 14 años de edad con el 25%; estos resultados están en relación directa con los resultados de la tabla 2.

Tabla 4.

Edad de la primera relación sexual

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5	1	1%
9	1	1%
10	2	2%
11	6	4%
12	13	8%
13	17	10%
14	41	25%
15	57	36%
16	13	8%
17	5	3%
18	2	1%
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>100%</u>

Al analizar los resultados obtenidos en la tabla 5, se puede observar que la mayoría de los jóvenes encuestados no usó el preservativo en su primera relación sexual, con un resultado del 54%, frente a un resultado del 46% que si uso el preservativo en su primera relación sexual. No existe gran diferencia entre los porcentajes, pero de igual manera, el porcentaje de no uso del condón es significativo, aumentando así el riesgo de embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 5.  
Uso del preservativo en la primera relación sexual

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Si	72	46%
No	86	54%
Total	158	100%

Con los resultados obtenidos en la tabla 6, se puede observar que 20 de los jóvenes encuestados han tenido relaciones sexuales con 2 personas, el siguiente porcentaje alto revela que 7 jóvenes que han tenido relaciones sexuales con más de 3 personas, seguido de 5 jóvenes han tenido relaciones sexuales con más de 4 personas; para un total de 20%.

Tabla 6.  
Número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
2	20	13%
3	7	4%
4	5	3%
5	2	2%
7	1	1%
8	1	1%
Total	36	24%
1	122	76%
Total	158	100%

En el análisis de los resultados obtenidos en la tabla 7, se puede observar que el 95% de los jóvenes encuestados han tenido relaciones sexuales, de tipo heterosexual y el 5% han tenido relaciones sexuales, de tipo homosexual.

Tabla 7.  
 Tipo de relación sexual recientemente.

Tipo de relación sexual en los últimos 12 meses	Frecuencia	Porcentaje
Con personas del Mismo Sexo	8	5%
Con personas del Otro Sexo	150	95%
Total	158	100%

En la tabla 8, se puede observar que el 52% de los encuestados no usaron el preservativo en su última relación sexual y el 48% si lo uso, al igual que los resultados obtenidos en la tabla 5 la diferencia entre los porcentajes no es significativa, pero sigue predominando el no uso del preservativo, incrementando así el riesgo de embarazos no planeados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 8.  
 Frecuencia del uso o no del preservativo

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Si	77	48%
No	81	52%
Total	158	100%

Según los resultados obtenidos en la tabla 9, se puede observar que el 26% de los jóvenes encuestados no usó el preservativo porque le disgusta usarlo; el 13% porque

confía en la persona con la que tuvo la relación; el 10% porque solo tiene relaciones sexuales con la misma persona; el 8% porque le resultó difícil hablar del tema; el 7% por el afán del momento; el 4% porque se negaron a usarlo; el 3% porque era difícil conseguirlo en ese momento; el 2% porque estaba bajo el efecto de las drogas y el 1% porque no sabe usar el preservativo.

Tabla 9.

Razones referidas frente al no uso del condón en la última relación sexual.

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Le disgusta usarlo	41	26%
Confía en la persona con quien tuvo esa relación	21	13%
Solo tiene relaciones sexuales con esa persona	16	10%
Le resultó difícil hablar del uso del preservativo	13	8%
El afán del momento	11	7%
Se negó a usarlo	7	4%
Era difícil conseguirlo en ese momento	5	3%
Estaba bajo el efecto del alcohol a las drogas	4	2%
No sabe usar el preservativo	2	1%

Los resultados de la tabla 10 muestran que el 33% de los jóvenes encuestados tuvieron relaciones sexuales bajo los efectos del licor; el 6% bajo el efecto de la marihuana; el 3% bajo el efecto de pastillas alucinógenas, el 2% bajo el efecto de la cocaína y el 1% bajo el efecto de pastilla tranquilizantes; porcentajes considerables a tener en cuenta para manejar educación en los jóvenes, ya que con esta conducta se

aumenta el riesgo de embarazos no deseados, y la infección por enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 10.

Frecuencia de relaciones sexuales bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Bajo el efecto de licor	53	33%
Bajo el efecto de la marihuana	10	6%
Bajo el efecto de pastillas alucinógenas	3	3%
Bajo el efecto de la cocaína	2	2%
Bajo el efecto de tranquilizantes	1	1%
Bajo el efecto del bazucó	0	0%
Bajo el efecto de heroína	0	0%
Bajo el efecto de inhalantes	0	0%

Al analizar los resultados obtenidos en la tabla 11, se puede observar que el 63% de los jóvenes encuestados, refieren que para evitar el SIDA tienen relaciones sexuales con la misma persona; el 60% usa el preservativo; el 55% manifiesta ponerse de acuerdo sobre la protección; el 48% habla con la pareja sobre el riesgo; los porcentajes afirmativos son relativamente significativos y da manifiesto de una conducta protectora.

Tabla 11.

Reporte de prácticas consideradas como protectoras de infección por VIH

<u>Ítems</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Tener relaciones con una misma persona		
SI	99	63%
NO	59	37%
Usar el preservativo		
SI	94	60%
NO	64	40%
Ponerse de acuerdo sobre la protección		
SI	87	55%
NO	71	45%
Hablar con la persona sobre el riesgo		
SI	75	48%
NO	83	52%

Según los resultados obtenidos en la tabla 12, se puede observar que solo el 6% de los encuestados se ha practicado el examen de ELISA; lo que quiere decir que es un porcentaje bajo con relación a la población encuestada y hay que tener en cuenta que existen jóvenes que tienen diferente número de parejas sexuales; por consiguiente el riesgo es aun mayor y la prevención contra la enfermedad menor.

Tabla 12.

Frecuencia de práctica del examen de ELISA

<u>Ítems</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	9	6%
No	149	94%
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>100%</u>

En la tabla 13 se puede observar que el 87% refiere no haber tenido enfermedades de transmisión sexual y solo el 13% refiere desconocer si ha padecido de alguna ETS; teniendo en cuenta el contexto educativo de los menores evaluados, podríamos inferir que este porcentaje alto que refiere no haber tenido una ETS, no tienen en su mayoría el conocimiento suficiente frente a los signos y síntomas de estas infecciones. Dentro del pensum académico no hay asignaturas de educación sexual o temas afines.

Tabla 13.  
 Antecedentes de Enfermedades Sexuales.

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
No	137	87%
No Se	21	13%
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>100%</u>

## Discusión

Como se ha observado, según las estadísticas departamentales gran parte de la población adolescente ha contraído VIH-SIDA y embarazos no deseado. En el primer reporte se encontró que el número total de personas infectadas desde el primer reporte, fue de 3112 personas en Bucaramanga, lo cual marca un antecedente importante para el estudio de conductas sexuales de riesgo. Por otra parte, en el caso de los embarazos se investigó y halló que en lapso de un año (2009-2010), 841 menores entre 13 y 18 años estaban en dicha condición.

Con la inquietud a nivel social, médico y psicológico que generan este tipo de resultados las distintas ramas de la salud deben problematizar sobre la efectiva realización de la intervención educativa y manejo de programas de promoción y prevención con el fin de disminuir algunas de las conductas sexuales de riesgo en los menores escolarizados. Adicionalmente rastrear como la diferencia de género, las diferentes practicas de relación sexual, las relaciones a temprana edad, el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el uso de sustancias psicoactivas, la prevención de ETS y del VIH/SIDA, ya que tienen relación con las alarmantes estadísticas.

Por eso, en este estudio uno de los aspectos socio-demográficos que se tuvieron en cuenta fue el género, ya que la iniciación de una relación sexual ocurre cada vez más en estadios tempranos de la vida. De la población evaluada el porcentaje más alto fue el de los hombres que respondieron tener vida sexual activa y el porcentaje más bajo fue para el caso de las mujeres; aunque no se muestra una diferencia significativa entre los dos géneros. Esto, bien puede ser apoyado por lo expuesto por Ceballos y Campo

(2006) cuando refieren en su investigación “que los varones informaron con mayor frecuencia relaciones sexuales que las mujeres” (p. 7). (Ver tabla 1).

En cuanto a las diferentes prácticas de relación sexual, la presente investigación reveló que: la mayoría de los encuestados ha tenido relaciones sexuales tipo pene vagina, y de menor porcentaje pero en igualdad relaciones sexuales de tipo anal y oral. En comparación a esto, la investigación de Vinaccia, Quinceno, Gaviria, Soto, Gil y Ballester (2007), muestran porcentajes de: relaciones que implican coito vaginal con porcentaje alto (38%), relaciones sexuales por vía oral (9%), y en la penetración anal el (32%); (Ver tabla 3) al observar estos porcentajes surge preguntas como ¿Qué tan frecuente es el uso del preservativo en cada una de las prácticas?; teniendo en cuenta que en este caso se puede dar la alternativa de evitar un embarazo no deseado. Incluso, en el caso de la penetración anal, donde no hay riesgo de embarazo, es preciso indagar sobre el uso de preservativo ya que el riesgo por infección de alguna enfermedad de transmisión sexual y/o VIH/SIDA es mayor.

De acuerdo con las estadísticas de la ENSA 2000 en México, en relación al uso ó no del preservativo, los resultados fueron: el 54% responden que han tenido sus relaciones sexuales sin uso del preservativo, mientras que el 34% son quienes lo utilizan como método anticonceptivo en sus primeras relaciones sexuales, con relación a lo mencionado anteriormente la presente investigación, reporta que la mayoría de los estudiantes encuestados no usaron preservativo en la primera relación sexual y también refieren que con frecuencia no usan el preservativo. (Ver tabla 5 y 8); a partir de esto surge el interrogante sobre ¿Cuáles son los motivos que conllevan al no uso de algún método anticonceptivo específicamente el preservativo?

Con relación a las razones frente al uso ó no del preservativo y practicas protectoras, se puede observar que: la mayoría de los jóvenes encuestados no usó el preservativo porque le disgusta usarlo, porque confía en la persona con la que tuvo la relación, o porque solo tiene relaciones sexuales con la misma persona, entre otras razones con menos significancia en cuanto a valores estadísticos, con un porcentaje muy bajo refieren por no saber usar el preservativo. De acuerdo a esto, todavía no tienen la conciencia, ni la educación adecuada, para percibir el riesgo que corren al enfrentarse a diversas prácticas sexuales sin preservativos o como ellos mismos reportan por exceso de confianza frente a la pareja. Igualmente en el estudio de Vinaccia et al., (2007), los encuestados refieren en cuanto al uso del preservativo una serie de excusas, es decir, "hay barreras o dificultades para la utilización del preservativo, destacando en este sentido la disminución de la sensibilidad, el miedo a la ruptura, la dificultad para obtenerlos, y la vergüenza a la hora de comprarlos" (p. 48). (Ver tabla 9 y 11)

Según Campo-Arias, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete (2004), los resultados de su investigación reportan que "el 75% de los estudiantes encuestados iniciaron su vida sexual activa antes de los 16 años" (p. 370). Así mismo la población evaluada en el presente estudio revela que la edad promedio es entre los 13 a los 15 años para el inicio de su relación sexual con altos porcentajes evaluados estadísticamente; esto corrobora que los adolescentes están siendo sexualmente activos a muy temprana edad ya que no llegan a cumplir la mayoría de edad cuando ya han iniciado su primera relación sexual, es decir, son jóvenes que se encuentran en el nivel básica secundaria de grados de 9, 10 y 11. Ahora bien se presentan implicaciones de tipo biológicas como la presencia de un embarazo no deseado y apariencia de alguna E.T.S. (Ver tabla 4)

Esto tiene un mayor impacto se presume que las expectativas planeadas por los adolescentes son cosas totalmente diferentes al asumir responsabilidades de acuerdo a la edad en la que se encuentran, por ende presentan conductas inadecuadas y pensamientos erróneos, por ejemplo, como que ellos son jóvenes por ende no se enferman; por consiguiente no se encuentran preparados para esta nueva experiencia cargada de responsabilidad, así como la asociación a otros factores de riesgo en el periodo de la adolescencia como son la ingesta de alcohol, consumo de drogas ilícitas o el abuso sexual. También se presume que los jóvenes que iniciaron su vida sexual a los 5, 9, 10 y 11 años pueden haber sido víctimas de abuso sexual, por consiguiente con los jóvenes de menor edad (infancia) se debe trabajar la sexualidad en cuanto a la prevención de los abusos sexuales y el cuidado del cuerpo; ya que estadísticamente se representa en un porcentaje considerable y con los de mayor edad (adolescencia) trabajar la sexualidad en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

Al hacer referencia al número de personas con las que se ha tenido relaciones sexuales la presente investigación muestra, que un porcentaje considerable de adolescentes ha tenido relaciones sexuales con más de 2 o hasta 5 personas. De esta forma puede considerar, la corta edad y por ende los grandes riesgos a los que esta expuestos los encuestados, es un punto clave en la prevención de enfermedades de transmisión sexual con relación a con este tipo de prácticas sexuales y manejo de toma decisiones.

Complementario y en discusión a lo anterior, la investigación realizada por Trujillo, Henao y Gonzales (2007), manifiesta en cuanto al aumento de la edad relacionada al número de relaciones sexuales que "la elección de pareja se hace más selectiva y que, más allá de la atracción física, los adolescentes empiezan a considerar

las características de la persona como criterios para elegirla, así como sus expectativas de vinculación afectiva" (p. 52). Por su parte, Cañellas et al, (2000), dicen en su investigación que "más de la mitad de los encuestados habían tenido más de una pareja sexual" (p. 30). Se presume así que el aumento de parejas se debe al inicio precoz de las relaciones sexuales, mientras que si se da una primera relación sexual después de los 18 años y/o más edad, dicho número de parejas sería menor. (Ver tabla 6)

Con relación al uso de sustancias psicoactivas en el momento de tener relaciones sexuales, el presente estudio reporta un alto porcentaje de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas como licor, marihuana, pastillas alucinógenas, entre otras sustancias, durante el momento de la relación sexual, estos son datos considerables a tener en cuenta para trabajar en educación a los jóvenes, ya que con esta conducta se aumenta el riesgo de embarazos no deseados, y de infección por enfermedades de transmisión sexual. Y algo importante de mencionar es que aún son demasiado jóvenes para llevar a cabo la práctica de estas conductas, y esto puede afectar tanto su salud física como mental. En la investigación de Ceballos y Campo (2006), "los jóvenes manifestaron haber consumido alcohol alguna vez en la vida en un 52%, haber fumado cigarrillo alguna vez en la vida el 7% y haber consumido alguna sustancia psicoactiva el 1 % durante el primer coito" (p. 6). (Ver tabla 10)

La presente investigación muestra que un pequeño porcentaje de los encuestados se ha practicado el examen de ELISA si se hace relación al porcentaje de adolescentes que tienen vida sexual activa y más aún si se tiene en cuenta que existen jóvenes con más de una pareja sexual, por consiguiente el riesgo es aun mayor y la prevención contra la enfermedad menor. En la investigación de Vinaccia et al., (2007), solo el 26% de los adolescentes encuestados se ha realizado pruebas para detectar algún tipo de

anticuerpo, incluso cuando “cerca de la mitad reconocen haber realizado prácticas de riesgo, todo ello conduce a estos adolescentes a un alto índice de riesgo de agravar su enfermedad, desconociendo que la tienen, y de infectar a otras personas” (p. 48). (Ver tabla 12)

Al tener en cuenta el tipo de relación sexual reciente es decir aproximadamente en el último año la investigación de Cañelas et al., (2000), en la cual el 40% y 70% de la población que habían realizado prácticas de alto riesgo (penetración anal) y, entre uno de cada cuatro y uno de cada tres de los que llevan a cabo este tipo de prácticas son contactos ocasionales, lo han hecho sin protección” (p.30). En relación con los resultados que se obtuvieron en esta investigación revelan que la minoría de los encuestados ha tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo y un alto porcentaje con personas del otro; esto quiere decir que a pesar que el número de relaciones homosexuales es pequeño existe el riesgo de infección. (Ver tabla 7)

En cuanto al uso del preservativo en su primera relación sexual, se obtiene que hay una mayoría que si usa el preservativo; mientras un menor porcentaje en el no uso de este anticonceptivo. Estos resultados confirman una vez más la poca conciencia que existe en los adolescentes para tomar decisiones de prevención en cuanto a su salud y la de sus parejas; así como ciertas ideas y barreras ante el uso del preservativo como: menos sensibilidad, se puede romper, difícil de usar, no se siente a gusto, ect. Lo anterior se corrobora con los resultados arrojados por la investigación de Vinaccia et al., (2007), respecto al uso del preservativo, “es de destacar la baja prevalencia de uso en el sexo oral (9%), aunque en las relaciones que implican coito vaginal el porcentaje también es muy bajo (32%), teniendo en cuenta que en este caso también podría darse la motivación de evitar un embarazo no deseado. Y por el contrario, en la penetración

anal, donde no hay riesgo de embarazo, pero si un riesgo máximo de infección por VIH, tan solo el 38% utiliza sistemáticamente el preservativo” (p.48).

El interrogante a resolver luego de este panorama de riesgo en este grupo de adolescentes evaluados, hace referencia a cómo impactar desde lo educativo para lograr la modificación de las conductas nocivas y promover las conductas de salud. Se entiende por conductas de salud aquellos comportamientos que realiza un individuo, cuando goza de buena salud, teniendo como propósito claro el de prevenir la enfermedad, es decir; “contempla esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y practicar conductas que actúan como inmunógenos conductuales” (p.87). Para lograr estas conductas saludables hay que tener en cuenta sus determinantes. Para Becoña y Oblitas (2004), los factores sociales (familia, grupo de iguales) y demográficos (la edad, nivel educativo, clase social, genero, entre otros), influyen de modo directo y/o indirecto, para que el individuo adopte y mantenga una conducta saludable.

En este sentido, las conductas sexuales valoradas en el CVSA, como el uso del preservativo en la primera relación sexual, consumo de sustancias psicoactivas, inicio temprano de prácticas sexuales, entre otras, están mediadas por estos factores. La familia puede proveer modelos de conductas nocivas, como el consumo del alcohol y otras sustancias. Cabe recordar que estos comportamientos tienen además un determinante genético que no se puede desconocer. Esto indica que la familia debe ser un foco de abordaje en la promoción y prevención de la salud.

De manera similar ocurre con el grupo de pares que también ejerce influencia en el desarrollo de conductas patógenas o salutogénicas. De ahí la importancia de hacer abordajes por grupos de adolescentes conocer sus dinámicas e integrar la psicoeducación en la cultura del grupo.

Otro factor es el grado de susceptibilidad percibida, es decir, el grado de vulnerabilidad individual que experimenta el adolescente, para mantener una conducta de riesgo y no conductas saludables; al no percibir el riesgo no se logran cambios reales. Es necesario implementar estrategias para lograr modificar esa invulnerabilidad del adolescente frente al riesgo de enfermar.

Los pensamientos y creencias de los adolescentes, son un elemento clave a tener para los programas educativos, ya que éstas no necesitan ser demostradas científicamente u empíricamente; simplemente basta con que se tenga ese pensamiento y/o creencia para que el grado de morbilidad en los adolescentes sea muy bajo y no se alimente la vulnerabilidad de contagio de ETS, ni el de un embarazo a temprana edad, pero sobre todo un embarazo no deseado.

Para la promoción de estilos de vida saludables es viable seguir trabajando de acuerdo a la psicología de la salud desde el modelo de modificación de hábitos y conductas nocivas. Con los adolescentes en particular.

Al trabajar con los adolescentes se requiere de un abordaje integral, individual, familiar, grupal, para que dicha psicoeducación tenga impacto.

## Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye que de los adolescentes que participaron en la investigación, un número considerable iniciaron relaciones sexuales antes de alcanzar la mayoría de edad. Este se convierte en uno de los datos más importantes para alertar a las entidades de la salud y la población en general sobre el adecuado manejo de los programas de promoción y prevención en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, se evidenció una alta frecuencia de prácticas riesgosas en la población evaluada, lo que implica la necesidad de crear, mantener e intensificar los programas de promoción y prevención dirigidos especialmente a potenciar el uso de preservativos, el manejo de las ETS y el uso de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos indican la inadecuada toma de decisiones de los jóvenes en cuanto a conductas protectoras frente al riesgo de contraer ETS y/o SIDA y lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, ya que estas decisiones pueden traer importantes implicaciones negativas a futuro.

Los resultados presentados tienen connotaciones importantes (creencias erróneas sobre el uso del preservativo, uso de sustancias psicoactivas en el momento de la relación sexual, exceso de confianza en la pareja para los programas educativos de promoción de conductas sexuales protectoras, como los programas de prevención de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, trastornos psicoafectivos y para los programas académicos sobre la educación sexual en general.

Se recomienda diseñar y ejecutar programas de intervención con la población evaluada para probar los efectos de esta intervención sobre las conductas sexuales de riesgo; y así mismo poder disminuir el inicio temprano de las relaciones sexuales.

Implementar en el currículo académico del nivel básico primario y secundaria temáticas específicas adecuadas y al grado de escolaridad que se encuentren cursando. Para lograr un auge relevante en la aceptación del aspecto sexual, por parte de los estudiantes, padres de familia y docentes. Es importante hacer partícipe a estas tres poblaciones de manera integral ya que la familia es la primera institución socializadora del los jóvenes seguida de la escuela; por consiguiente de debe capacitar de forma adecuada a cada una de las tres poblaciones con temas terminados y específicos. Por ejemplo generando mayor confianza, autoestima, tolerancia y respeto por cada una de las poblaciones y entre ellas mismas

También se puede pensar en educar frente a la postergación del inicio de relaciones sexuales, ya que éstas tienen implicaciones drásticas tanto en la parte física como emocional del adolescente; ya que se podrá reducir los embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y para los programas académicos sobre la educación sexual.

Finalmente se quiere señalar la importancia de un enfoque formativo en las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y la prevención de conductas de riesgo en los menores escolarizados del área municipal, departamental y nacional, dado que según las estadísticas departamentales reportadas por la secretaría de salud, es importante trabajar con los infantes y adolescentes.

## Referencias

- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona: Maracombo S.A.
- Antón, F. A. & Espada, S. J. (2009). Consumo de Sustancias y Conductas Sexuales de Riesgo para la Transmisión del VIH en una muestra de Estudiantes Universitarios. *Anales de Psicología*, 25, (2). 344-350.
- Cañellas, S., Perez, J., Noguera, I., Villaamil, F., Garcia, M., de la Fuente, F., Belza, M. y Castilla, J. (2000). Conductas Sexuales de Riesgo y Prevalencia de Infección por VIH en Hombres con prácticas Homo/Bisexuales en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, (1). 25-32.
- Campo-Arias, A., Silva, J. L., Meneses, M., Castillo, M. y Navarrete, P. A. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, (4). 367-377.
- Ceballos, G. & Campo, A. (2006). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa Martha-Colombia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54, (1). 4-11.
- Espada, S. Quiles, S. M. & Méndez, C. F. (2003). Conductas Sexuales de Riesgo y Prevención del SIDA en la Adolescencia. *Revista Papeles del Psicólogo*, 24, (85). 29-36.

Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Revista Salud Pública de México*, 50, (1). 59-66.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 de 2008. (2008). Recuperado el 13 de Marzo de 2010 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912>

Musitu, G & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Revista Intervención Psicosocial*, 12, (2). 179-192.

Observatorio de Salud Pública de Santander. Recuperado 17 de Septiembre del 2010 de [www.saludsantander.gov.co](http://www.saludsantander.gov.co)

Becoña, I. E & Oblitas, G. L. (2004). Promoción de estilos de vida Saludable. En O, Guadalupe, (ed., Tomson., / Comp.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (pp.83-1099). México.

Ochoa, S. (2009). *Soy Adolescente escúchame exígeme comprendeme*. Colombia. San Pablo.

Papalia, D. & Olds, S. W. (2001). *Desarrollo humano*. Madrid: Mc.Graw Hill-Interamerica.

- Posada, A., Gómez, J. & Ramirez, H. (1998). *El niño Sano*. Medellín: Universidad de Medellín.
- Sánchez, M. & Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, (1). 71-79.
- Santrock, W. J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. México. D.F Mc.Graw Hill - Interamericana.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: Mc. Graw Hill.
- Uribe, R. A. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes Colombianos*. Tesis para optar al título de Doctora. Universidad de Granada, Granada,
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil, M. D. y Ballester, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos. *Revista Terapia Psicológica*, 25,(1). 39-50
- Zarate, I. (2003). *Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Tesis para optar al título de Magister. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

# ANEXOS

Anexo 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: \_\_\_\_\_

Buenos días. Nuestros nombres son Ivonne Maritza Rueda Cristancho y Maritza Cristina Morales Figueroa somos practicantes de psicología.

Estamos llevando a cabo una investigación con jóvenes acerca de su salud sexual y reproductiva. El propósito de este estudio es recoger información que nos ayude a desarrollar servicios y programas educativos para promover la salud de los jóvenes.

Nos gustaría conseguir el permiso de ustedes para aplicar un cuestionario hoy día acerca de sus ideas y experiencias relacionadas con el inicio de su vida sexual. Dejo a ustedes la decisión de contestar las preguntas que quieran. No se les cobrará por su participación no se les dará dinero.

También queremos asegurarles que su participación no afectará los servicios que ustedes reciben por parte del colegio.

Si deciden participar en esta investigación, por favor firme esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus repuestas nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de los jóvenes como usted.

Yo \_\_\_\_\_ si, acepto desarrollar el cuestionario.

Yo \_\_\_\_\_ no, acepto desarrollar el cuestionario.

Anexo 2

CCVSA  
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE VIDA SEXUAL ACTIVA

La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los colombianos frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo.

Le solicitamos responder individualmente según lo que usted hace y según lo que desearía hacer. Por favor, siga las instrucciones que encuentre a lo largo del cuestionario. Gracias por su colaboración.

Género: Estrato: 1, 2, 3, 4, 5, 6

Edad: Escolaridad:

- 
1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración?
- |                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| 1. A Del pene en la vagina? | Si | No |
| 1. B Del pene en la boca?   | Si | No |
| 1. C Del pene en el ano?    | Si | No |

(Si respondió NO a TODAS las opciones anteriores, PARE. No responda más preguntas. Por favor espere a que la persona encargada recoja el cuestionario. Gracias por su colaboración)

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene? (en las casillas escriba el número de años):

\_\_\_\_\_ A los \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

3. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja uso condón?  
\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?  
Si No

5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina?  
Si No

**Si respondió NO, pase a la pregunta 7**

6. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?

A: Todas las veces                      B. Algunas veces                      C. Ninguna vez

7. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca?  
Si No

**Si respondió NO, pase a la pregunta 9**

NO TE DETENGAS PASA A LA SIGUIENTE PAGINA



D. Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación

E. Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona F.

Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas

G. Porque era difícil conseguirlo en ese momento

H. Por el afán del momento

I. Porque no sabe usar el condón.

16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto del alguna de las siguientes sustancias? (Respuesta SI o NO para cada una de las posibilidades).

A. Licor	Si No	E. Tranquilizantes	Si No
B. Marihuana	Si No	F. Pastillas	Si No
C. Cocaína	Si No	alucinógenas	
D. Basuco	Si No	G. Heroína	Si No
		H. Pegante o	Si No
		inhalantes	

17. ¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA? (responda SI o NO para cada una de las posibilidades):

A. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona	Si	No
B. Usar condón	Si	No
C. Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que Tienen de adquirir el virus.	Si	No
D. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relacione sexuales Sobre el uso de medidas de protección.	Si	No

18. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está Infectado por el virus que causa el SIDA? SI NO

**Si respondió NO pase a la pregunta 20**

19. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen? Si No

20. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como: Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.?

Si No No se

Si respondió SI o NO SE, PARE. No responda más preguntas. Gracias por su colaboración.

---

21. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual? (puede marcar una o más opciones): A. Nada

B. Consultó en una farmacia, droguería o botica

C. Consultó a un médico (profesional de la salud)

D. Consultó a un amigo, vecino o conocido

E. Se autorrecetó o formuló

**COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**

**Muchas gracias por su colaboración. Sus respuestas serán manejadas con  
un total anonimato**