

Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello-Colombia. 2005-2008

Epidemiological profile of sexual and reproductive health among school teenagers: a perspective from human rights. Bello-Colombia. 2005-2008

Luz Ever Díaz Monsalve, Enf Mag*

María Consuelo Torrente Posada, Enf Mag*

Elizabeth Ramírez Gómez, Enf**

Resumen

Objetivo. Describir la situación de la SSR, y sus determinantes protectores y deteriorantes, en los adolescentes de una institución de educación pública de Bello-Colombia. **Método.** Estudio descriptivo en el que se encuestaron estudiantes entre los 10 y 19 años de una institución educativa de Bello (Colombia), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple; también se realizaron grupos de discusión con adolescentes, padres y profesores de la institución educativa. **Resultados.** Participaron 233 adolescentes, el 56% del sexo masculino, edad promedio de 14 años con una desviación estándar de 2.2 años. En las variables sociales el 62% se encuentran en el estrato socioeconómico 2 y 3, en la afiliación al SGSSS el 39% está afiliado al régimen contributivo y el 34% al subsidiado; el resto no lo sabía o no estaba carnetizado. En comportamiento sexual el 32% había experimentado la sexarquia, y de éstos el 9% fue a una edad menor a los 10 años, el 28% entre los 10 y 13 años, el 55% entre los 14 y 16 años, y el resto a edad mayor de los 17 años; del total el 17% había tenido menos de dos compañeros sexuales el año anterior a la encuesta y el 14% tres o más compañeros, solamente un hombre refirió más de 10 parejas diferentes el último año. El 11% de los encuestados tenía antecedentes de embarazo, y de éstos el 58% terminó en aborto, y el 2.1% refirió antecedentes de infecciones de transmisión sexual; los derechos más vulnerados fueron el de formación oportuna completa e imparcializada en el tema de la sexualidad, la autonomía, la libre expresión de la sexualidad, la opción de reproducción, la intimidad personal y el buen nombre. **Conclusión.** Se encontró alto porcentaje de adolescentes con experiencias sexuales en etapas tempranas de la adolescencia, así mismo falta de formación en temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva en los padres de familia y docentes de la institución educativa; la institución de salud no aporta a la educación de los adolescentes en estos temas. [Díaz LE, Torrente MC, Ramírez E. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello-Colombia. 2005-2008. MedUNAB 2011; 14:15-25].

Palabras clave: Sexualidad, Salud sexual y reproductiva; Derechos sexuales y reproductivos, Adolescentes, Estudiantes, Estudio descriptivo.

Summary

Objective. Describe the status of sexual and reproductive health (S&RH), and its protective and deterring determinants, of adolescents from a public's education institution of Bello, Colombia. **Method.** Descriptive study that surveyed students between 10 and 19 years, from an educational institution of Bello (Colombia), selected by simple random sampling, focus groups with teens, parents and teachers of the school were also conducted. **Results.** In the study participated 233 adolescents, 56% male, median age was 14 year-old and standard deviation was 2.2 year-olds. Social variables show that 62% are from 2 and 3 socioeconomic strata, Related to the Social Security System in Health (SSSH) enrolment 39% members are affiliated to the contributory regime and 34% to subsidize system, the rest did not know whether or not have an affiliation to health system. Related to sexual behavior, 32% had experienced the first intercourse, from them 9% were a younger than 10 year-old, 28% between 10 and 13 year-old, 55% between 14 and 16 year-old, and the rest were above 17 year-old, from the total less than 17% had two sexual partners in the year before the survey and 14% had three or more partners, only one man referred to have over 10 different partners last year. Eleven percent of respondents had a history of pregnancy, and of them 58% ended in abortion, and 2.1% reported a history of sexually transmitted infections, the most violated rights were: complete, unbiased and timely information on sexual issues, autonomy, and free expression of sexuality, reproductive choice, personal privacy and reputation. **Conclusion.** We found a high percentage of teenagers with sexual experiences early in adolescence as well as lack of education about sexuality; sexual and reproductive health in parents and teachers of the school, the health facility does not contribute to educate adolescents on these issues. [Díaz LE, Torrente MC, Ramírez E. Epidemiological profile of sexual and reproductive health among school teenagers: a perspective from human rights. Bello-Colombia. 2005-2008. MedUNAB 2011; 14:15-25].

Key words: Sexuality, Sexual and Reproductive Health, Sexual and reproductive rights, Adolescents, Students, Descriptive study.

* Profesora-Investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Colombia.

** Coordinadora de Imágenes Diagnósticas, Clínica El Rosario, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Mag. Luz Ever Díaz Monsalve, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Colombia. E-mail: luzever@tone.udea.edu.co

Artículo recibido: 10 de noviembre de 2011; aceptado: 14 de abril de 2011.

Artículo producto de la investigación "Monitoreo Estratégico en Salud Sexual y Reproductiva con los Escolares Adolescentes del Barrio el Cairo-Bello. 2005-2008", realizado entre mayo de 2005 y octubre de 2008. Financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación -CODI- de la Universidad de Antioquia y de la Institución Educativa La Milagrosa.

Introducción

Al estudiar el proceso salud-enfermedad y sus determinantes relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSR) conviene detenerse en el marco conceptual de estas dos categorías que, en esencia son diferentes, aunque comparten similitudes como el componente político, en el cual los derechos sexuales y reproductivos (DSR) surgen como determinantes importantes en la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad, máxime cuando se estudia en la población adolescente teniendo en cuenta que es una población vulnerable frente a la violación de sus derechos, que demográficamente constituye el 18% de la población mundial, y que el grupo etáreo entre los 15 y 24 años, que incluye parte de la adolescencia representa el 25% de la población en edad laboral.¹

El concepto de salud sexual y de salud reproductiva lleva como bandera el término de bienestar, y un concepto de salud que supera el concepto de ausencia de la enfermedad, el punto está en definir el bienestar sexual y el bienestar reproductivo, pues sexualidad y reproducción no son lo mismo. La salud sexual se define como “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”² y el bienestar sexual significa el disfrute de la vida sexual, sin que implique riesgo para un embarazo no deseado, o para una infección que altere el bienestar de la persona, la pareja y la sociedad, condiciones que requieren como mínimo la formación en temas como identidad, autoestima, los deberes y derechos, el afecto, el erotismo³ y las prácticas saludables, entre otros.

Por su parte, la salud reproductiva es definida como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos”,³ situación ideal que requiere el acceso a la formación y a los recursos necesarios para evitar o concebir un embarazo en condiciones que no representen riesgo para la vida y el bienestar de la mujer, el feto, la familia y la sociedad, lo que incluye no sólo la vigilancia y control de alteraciones físicas y mentales, sino también el análisis de cómo se inserta el hijo en el proyecto de vida académica, social y laboral de sus progenitores.

Entre los avances teóricos de la SSR se encuentran el disfrute de la sexualidad como otras de las necesidades fundamentales del ser humano para ser saludable; el reconocimiento de la influencia de los factores de tipo social, cultural, político y económico en la SSR, y la importancia de la coordinación de los diferentes sectores para concentrar esfuerzos y concentrarlos en el cuidado de la SSR en forma articulada; en el conocimiento teórico, por ejemplo, hoy se reconoce un concepto de salud sexual separado del concepto de salud reproductiva, y cada vez se hace más evidente el componente político en la SSR de la población en general y en los adolescentes en particular, no

sólo por sus características biológicas y psicológicas que los hacen más susceptible a eventos funestos relacionados con la vivencia de la sexualidad, sino también, como afirma Penagos,⁴ son un grupo con grandes problemas de inequidad y acceso a los servicios de SSR, los adolescentes, dice la autora no reconocen al sistema de salud como un sistema de prevención sino como un sistema de control de la enfermedad, porque no quieren que sus familias se enteren que tienen relaciones íntimas, porque desconocen el derecho a exigir los métodos, porque desconfían de los programas de planificación y del personal que los atienden.

El perfil epidemiológico de la SSR en el mundo está caracterizado por la alta mortalidad infantil, la discriminación de la mujer, la violencia sexual, las altas tasas de embarazo no deseado, la mortalidad relacionada con el aborto y las crecientes tasas de infección por VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual, donde el grupo de adolescentes resulta cada vez más perjudicado, no sólo por el aumento de casos, sino, porque el padecimiento de estos eventos a edades tempranas de la vida impactan en forma negativa al individuo, ya que deterioran su calidad de vida en tanto limitan la posibilidad de estudiar, y acceder a un empleo digno y bien remunerado, efecto que se extiende a la familia y a la sociedad. Particularmente en América Latina se encuentra que “las madres adolescentes tienen más dificultades que las mujeres adultas para articular sus roles productivos y reproductivos. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral [...]. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una situación de exclusión y marginación, y sus hijos o hijas tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica, perpetuando así la transmisión intergeneracional de la pobreza”.⁵

Las estadísticas mundiales reportan que para el 2008 aproximadamente 33.4 millones de personas estaban infectadas por el virus del VIH,⁶ en Colombia a diciembre de 2007 se reportaron 57,489 casos, de los cuales, aproximadamente el 58% se encuentra entre los 15 y los 34 años de edad, por su parte Antioquia aporta con 7,977 casos.^{7,8} En cuanto a la reproducción, un informe presentado por la UNICEF,⁹ afirma que cada año más de medio millón de mujeres en el mundo muere a causa de complicaciones derivadas del embarazo. Si bien Colombia muestra una tendencia a la disminución en la tasa global de fecundidad,¹⁰ en el año 2008 ocurrieron 407 muertes maternas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio,¹¹ y se estima que 1 de cada 3 embarazos termina en aborto,¹² situación que refleja pocos conocimientos sobre el uso de los anticonceptivos, y limitantes en el acceso a los mismos, además de la apropiación de los DSR.¹³ Por su parte el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública debido a que “se asocia a una mayor frecuencia de muerte, así como con la morbilidad materna, principalmente toxemia, bajo peso al nacer y mortalidad

infantil y complicaciones en el parto con riesgo de parto prematuro y obstrucción del mismo".¹⁴

Ante este panorama, los organismos mundiales han elaborado estrategias para facilitar el acceso a la educación y el empleo a la mujer, y el fomento de comportamientos sexuales saludables.¹⁵ Así mismo, en el contexto político se han diseñado reformas jurídicas orientadas a prevenir la violencia de género, formar en sexualidad, crear leyes que protegen la infancia, adolescencia y juventud, despenalizar el aborto bajo algunas condiciones específicas, y elaborar, adoptar y promulgar los DSR como derechos humanos. Estos temas forman parte de políticas nacionales como la Política Nacional de SSR,¹⁶ la circular externa 00018 de 2004,¹⁷ en la que se establecen los lineamientos para el diseño de los planes estratégicos y objetivos operativos del Plan de Atención Básico para la salud pública, también se establecen las metas y actividades para la Salud Pública, y se incluye como una de las líneas la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes con actividades de promoción de la SSR, suministro de métodos anticonceptivos, el desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes y evaluación de estas acciones y servicios dirigidos a este grupo poblacional. Por su parte en Antioquia en el Pacto por la Salud Pública, realizado por la Gobernación y las Direcciones Locales de Salud del Departamento, entre otros entes departamentales responsables de la salud de los ciudadanos, se declara como política pública la SSR, considera la SSR de los adolescentes como uno de los problemas prioritarios a intervenir en el Departamento y entre sus metas contempla la disminución del embarazo en la población adolescente.¹⁸

Schutt-Aine y Maddaleno,¹⁹ afirman que poco se sabe de la sexualidad y de la salud sexual en la población adolescente, explican las autoras que son varios los estudios y estrategias de intervención que llevan la denominación de promoción de la SSR, pero su énfasis se centra en temas como las infecciones de transmisión sexual, embarazo y aborto entre otros. Tradicionalmente el análisis de la situación de la SSR se centra en los determinantes individuales, tales como antecedentes ginecológicos, obstétricos e infecciosos, número de compañeros sexuales, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, y demanda de los servicios de salud entre otros. Con este estudio el análisis de la SSR de los adolescentes se realiza involucrando, a los determinantes individuales, los determinantes políticos y sociales. En los determinantes políticos se analizan los DSR, que incluyen los derechos fundamentales para la vida; libertad en el disfrute del ejercicio de la sexualidad de acuerdo con la decisión de cada individuo frente a estado civil, preferencia sexual y opción de reproducción; y el derecho a la formación en los temas relacionados con la sexualidad, la reproducción y las prácticas sexuales sanas,^{2, 20, 21} entre otros. En los determinantes sociales se analizan como la familia, la institución educativa, las instituciones de salud y el grupo de pares influyen en las decisiones que toma el adolescente, y que se refleja en su proceso salud-enfermedad en lo relacionado con la SSR.

El estudio se realizó con el objetivo de describir la situación de la SSR de los adolescentes de una institución de educación pública de Bello-Colombia, y sus determinantes protectores y deteriorantes, mediante un estudio descriptivo que cuenta con un componente cuantitativo y otro cualitativo realizado con representantes de la comunidad académica de la institución.

La institución educativa donde se realizó el estudio está ubicada en un barrio del perímetro urbano del municipio de Bello-Antioquia, donde sus habitantes, en su mayoría, son migrantes de diversos lugares del país que se asentaron en el municipio por motivos de empleo y violencia. Los estudiantes de la institución educativa proceden de familias pertenecientes al estrato 1, 2 y 3, son pocos los que viven con el padre y la madre, y es común encontrar que ambos padres trabajan, e incluso algunos hijos se ven obligados a trabajar para ayudar económicamente a sus padres. La institución educativa es de carácter público y funciona en jornadas de mañana para preescolar y básica primaria, en la tarde la básica secundaria y media vocacional y en la noche los Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI) para adultos que no tienen su formación básica ni media académica.²² Las razones que motivaron el estudio en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la institución son las preocupaciones de la comunidad académica por la alta frecuencia de embarazos y abortos en las adolescentes y la consecuente deserción escolar a causa de la maternidad o paternidad, identificar los factores de riesgo que expliquen esta situación, y las necesidades de formación en la población estudiantil.

Para el estudio se tiene en cuenta el concepto de adolescencia inscrito en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo,²³ en ésta se considera la adolescencia como la etapa del proceso vital humano caracterizado por los cambios en todas las dimensiones del ser humano, que inicia cuando la persona adquiere la capacidad biológica de reproducirse, y finaliza cuando el individuo se desarrolla socialmente. Teniendo en cuenta que la adolescencia tiene una duración aproximada de una década en la vida de las personas, y que durante este tiempo suceden cambios importantes, en la Norma Técnica la adolescencia se clasifica en tres estadios: adolescencia inicial o temprana que va desde los 10 a los 13 años, en ésta ocurren los cambios puberales e inicia la curiosidad sexual; la adolescencia media, 14 a 16, en la cual el adolescente se distancia de los padres, y en el camino de consolidar su identidad ensaya varios roles familiares y sociales; y la adolescencia tardía de 17 a 21 años, etapa en la cual se alcanza la independencia y capacidad de integrar la imagen corporal con la identidad o personalidad.

Metodología

Se diseñó estudio con dos componentes: uno cuantitativo y otro cualitativo.

Estudio cuantitativo. De naturaleza descriptiva, hecho para caracterizar la SSR de los adolescentes en la distribución en variables sociales, demográficas y de comportamiento, y eventos como embarazo, aborto, infecciones.²⁴ El total de estudiantes matriculados fueron 353, la muestra se calculó con una confiabilidad del 95%, nivel de significación alfa del 5%, debido a que se desconocía la variabilidad de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la institución educativa, y que se deseaba mayor precisión en la información se decidió por permitir un error máximo del 4% correspondiente a un poder del 96%, una probabilidad $-p-$ de ocurrencia del evento de 0.5;^{24,25} con estas precisiones la muestra resultante fue de 222, a la cual se le adicionó un 10% de pérdidas para un total de 244 adolescentes por encuestar. La muestra se distribuyó en forma proporcional a los escolares por etapa de adolescencia -temprana, media y tardía- y por sexo; los adolescentes a encuestar se seleccionaron por muestreo aleatorio simple.

Con la encuesta se buscaba indagar por variables concernientes a la situación social y demográfica, a la familia, la institución educativa, la de salud, los pares y algunos comportamientos sexuales, además de embarazo e infecciones de transmisión sexual. Previa a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto a 40 adolescentes, estudiantes de una institución educativa pública ubicada en un barrio cercano a la institución donde se realizaría el estudio. Luego de analizar y realizar los ajustes pertinentes se procedió a recolectar la información. El procedimiento fue el siguiente, presentación del grupo investigador de la Facultad de Enfermería, lectura del consentimiento informado y firma del mismo, luego se entregaba la encuesta a cada participante, se hizo una lectura de cada ítem y luego se dio el tiempo para el diligenciamiento. La encuesta fue autodiligenciada con la asesoría, a demanda del grupo investigador, y también fue anónima para asegurar la reserva de la información y dar mayor confianza al momento de responder las preguntas. La información se analizó estadísticamente en el programa SPSS versión 8.0, y dado el objetivo del estudio, el análisis de la información cuantitativa es univariado.

Estudio cualitativo. Diseñado para el análisis de la SSR. Así, se incorporó la participación de representantes de toda la comunidad académica de la institución educativa a través de grupos de discusión, esta estrategia facilitó el intercambio de percepciones, necesidades y cultura popular del colectivo con el del grupo investigador,²⁶ y con ello mayor comprensión de la situación, también forman parte de esta información las notas de campo y la revisión documental.

Para el análisis de la SSR de los adolescentes se considera que la sexualidad humana es un constructo que se hace a partir de la cultura, cada cultura tiene una configuración sexual distintiva, con sus propias pautas especializadas de comportamiento sexual;²⁷ es así como para las

investigadoras era importante averiguar lo que la gente hace, conoce, piensa y siente por observación directa, entrevista y análisis de documentos,²⁸ por ello consideramos que la etnografía aporta al conocimiento de lo cultural en los determinantes de la SSR de los adolescentes mediante la observación, la escucha de lo que se dice, haciendo preguntas²⁹ con el objeto de captar el punto de vista, el significado, las motivaciones, intenciones y expectativas que la comunidad académica otorga al comportamiento sexual de los adolescentes, propiciando la reflexión de las personas sobre las creencias, prácticas y sentimientos³⁰ que puedan explicar la situación de la SSR en este grupo humano.

Werner y Schoepfle, citados por Morse³¹, afirman que los puntos de vista emic son los recuentos de quienes están en el interior, usualmente obtenidos por entrevistas directas con los participantes en el estudio; y el componente etic son los puntos de vista del investigador, que para este estudio se consignaron en el diario de campo y la revisión documental.

Se conformaron nueve grupos de discusión así: seis grupos de escolares adolescentes homogéneos en sexo y etapa de adolescencia (un grupo por cada sexo, en adolescencia temprana, media y tardía), uno de padres de familia, un grupo de docentes; y un grupo con dos representantes de los grupos anteriores, elegidos por ellos mismos, para la priorización de problemas, necesidades y conformación de grupos gestores en la solución de problemas priorizados.

Cada grupo estuvo conformado por cinco a diez participantes (excepto el último grupo que tuvo 18 participantes que eran los representantes de los grupos anteriores y se requería unirlos para la validación de la información y conformación de comisiones de trabajo que se esperaba surgieran del estudio) que en forma voluntaria aceptaron la invitación realizada mediante convocatoria abierta, para lo cual no se tuvo en cuenta a los adolescentes encuestados, y como recomienda Galeano, en el tipo de investigación social, entre los criterios para participar en el grupo de discusión se requiere en personas que tuvieran facilidad para hablar en público y no todos los adolescentes tienen esta competencia.³²

En total se realizaron dos encuentros con cada grupo, el primero fue para el análisis de la situación de la SSR de los adolescentes; este encuentro se hizo con base en la definición de SSR expuesta en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,¹⁵ complementada con los DSR agrupados así:

- **Derecho a ser educados y acceder a la información.** Se relaciona con la posibilidad de acceder a la información oportuna y confiable en temas como el cuerpo, la sexualidad, la reproducción y las infecciones de transmisión sexual entre otras.^{2,33,34} Lo que se busca es que la información posibilite la toma de decisiones libres e informadas.¹⁵

- **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad.** Este derecho se refiere a libertad en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción, la vida sexual dentro del contexto de la ética personal y disfrute del cuerpo, y protección frente a cualquier tipo de violencia.^{2, 33, 34} En este derecho se incluyen el acceso y la posibilidad de elección de métodos de planificación familiar seguros, eficaces, aceptables y asequibles.¹⁵
- **El derecho a la libre expresión de la sexualidad.** Este derecho comprende la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual, emocional, afectivo y la identidad de género.^{2,33}
- **Derecho a la intimidad personal y al buen nombre.** Con este derecho se reconoce la necesidad de privacidad de todas las personas en el campo de la sexualidad o de la reproducción.^{2,33,34}
- **Eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecte la integridad y la salud de los jóvenes.**¹⁵ Este derecho involucra cualquier forma de maltrato físico como la penetración y el tocar el cuerpo del menor con intenciones sexuales, y el psicológico relacionado con las intimidaciones, amenazas, y obligarlo o exponerlo a presenciar escenas sexuales que puedan perturbar su desarrollo.
- **Derecho que tienen los jóvenes a recibir servicios adecuados de atención a la salud.**¹⁵ Esto incluye el acceso a programas de prevención de embarazos no deseados ni planeados, para lo cual se debe educar en métodos anticonceptivos y suministro de los mismos, así mismo educación sobre infecciones de transmisión sexual y tratamiento de las mismas en caso de que se encuentre infectado.

El segundo encuentro con cada grupo giró en torno a la identificación de problemas y necesidades para un estado de SSR satisfactorio, y el tercero, que fue con los representantes de cada grupo, se hizo con el propósito de validar la información, priorizar los problemas y las necesidades de los adolescentes para tener SSR y conformar grupos gestores en la satisfacción de las necesidades priorizadas y la solución de los problemas priorizados.

Las entrevistas grupales fueron grabadas por medio de cinta magnética, previa autorización de los participantes, y luego se transcribieron. Para el análisis de esta información, se siguió el proceso recomendado por la investigación cualitativa, para ello se hizo lectura y relectura de las transcripciones, identificación de textos con sentido, codificación abierta y luego se conformaron categorías que se confrontaron con los datos cuantitativos para la realización del informe final.³⁵ En las notas de campo se registró la observación no estructurada, de acuerdo con Polit,³⁶ se trata de un registro en forma de bitácora, es decir, el registro de los acontecimientos ocurridos en los diferentes encuentros con los participantes, con la interpretación y análisis que el observador hiciera en el momento del registro.

La revisión documental, que se realizó durante todo el estudio, consistió en la elaboración de fichas bibliográficas, producto de revisión de textos; el procedimiento de análisis

de las notas de campo y revisión documental fue similar al de las entrevistas.

Para el estudio se tuvieron en cuenta tres momentos metodológicos:

1. **Acercamiento al contexto** que consistió en la búsqueda documental, visitas al barrio e invitación a la comunidad académica de la institución educativa y a representantes de las instituciones sociales para incentivar su participación en el proceso.
2. **Gestión de la información**, momento en el cual se hizo la planeación, recolección, tabulación y análisis de la información, devolución y validación de los resultados.
3. **Análisis participativo**; en este momento se realizó con la comunidad académica la priorización de necesidades y se buscaron alternativas de solución.

Consideraciones éticas. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993,³⁷ el estudio se clasificó sin riesgos por tratarse de estudio que no tiene intervención directa al individuo, pues los datos se recolectaron con encuesta y discusión grupal; sin embargo, el equipo investigador siempre consideró un riesgo mínimo debido a que la entrevista corresponde al tema de la sexualidad, por lo que toca un aspecto sensitivo de la conducta humana; en consideración de este riesgo se contó con el servicio de psicología de la institución educativa para la intervención de algún evento que se identificara durante el estudio; sin embargo, no presentaron dificultades con ninguno de los participantes. Los principios éticos que guiaran el estudio se plantaron de acuerdo con la resolución mencionada y a los expuestos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial;³⁸ estos fueron el respeto por la decisión libre para participar en el estudio, este principio se aclaró en forma verbal y escrita mediante consentimiento informado; también se tuvieron en cuenta la confidencialidad del dato, el principio de beneficencia y no maleficencia, la devolución de la información obtenida y aclaración de dudas que el participante expresara en torno al proceso de investigación o al tema de la SSR y que el grupo investigador estuviera en capacidad de aclarar. A todos los participantes, sea en encuesta o en grupo de discusión se les hizo lectura del consentimiento informado, aclaración de dudas y firma del mismo; se consideró que las condiciones de los adolescentes no ameritaban el consentimiento por escrito de sus padres o tutores, aunque ellos fueron informados en reunión de padres de familia una semana antes de iniciar el trabajo de campo. Dentro de las consideraciones éticas, se contó en todo momento con el acompañamiento –veeduría– del coordinador de disciplina y de una docente de la institución educativa, y como compensación del estudio, el grupo investigador aclaró dudas que los participantes expresaban sobre la SSR, y la investigadora principal en el momento asesora el diseño y ejecución del proyecto de sexualidad del colegio. Además el proyecto fue avalado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia.

Resultados

Estudio cuantitativo. Se encuestaron 233 escolares entre los 10 y 19 años que se encontraban matriculados en la institución. El 80% estudiaba en la jornada de la tarde, y el resto en la noche; el 56% de sexo masculino; en cuanto a la edad el promedio fue de 14 años con una desviación estándar de 2.2 años, las edades se recodificaron por etapa de adolescencia, encontrando que el 35.6% estaba en la adolescencia temprana, 54.1 % en adolescencia media, y 10.3% en la tardía.

Respecto a las variables sociales, un 62% pertenecía al estrato socioeconómico dos y tres, 7 % expresó estar en el estrato 1, y el 1% pertenecía al estrato cuatro; el mayor porcentaje de los escolares estaba afiliado al régimen contributivo (39%), seguido del subsidiado (34%), el resto no sabía o no estaba carnetizado.

En relación con la composición familiar se encontró que el 47.2% de los escolares vivía con ambos padres, el resto vivía en familia con uno de ellos, la mayoría (42.3%) con la mamá. En la dinámica familiar se observó que la madre era la jefa en el 42.5% de los hogares, en el 38.2 % el padre, el abuelo/a en el 10.3%, y en el resto el jefe era otro familiar o el novio.

En comportamiento sexual, el 32% había experimentado la sexarquía, la edad mínima de ésta fue a los 9 años y la máxima a los 18 años; la edad más frecuente en la que experimentaron la sexarquía fue a los 15 años, seguida de los 14 años, y el 50% de los adolescentes vivieron esta experiencia a los 14.5 años. Del total el 46% había tenido 3 o más compañeros sexuales el año anterior a la encuesta, el 20% dos compañeros y el 34% uno solo. La mayor motivación para tener relaciones coitales es el amor en el 43%, y el amor y placer en el 42%. En cuanto al consumo del alcohol y las relaciones íntimas, el 3% expresó que casi siempre tenía relaciones bajo los efectos del alcohol y el 24% expresó que era ocasionalmente. Y en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos, el más utilizado es el condón en el 37% y los anticonceptivos orales en el 22%, y el 36% los utiliza siempre, el 8% casi siempre y 49% los utiliza raras veces.

De los encuestados, 26 tenían antecedentes de embarazo (de la escolar o la pareja si es hombre), para una proporción de 11%; el 4.7% de las gestaciones tuvo su evolución normal, y el 6.4% terminó en aborto; el 42% de los embarazos ocurrieron en la adolescencia temprana y el 58% tardía. Se encontraron cinco escolares (2.1%) que expresaron en la encuesta haber padecido infecciones de transmisión sexual: tres con infección gonocócica (dos hombres y una mujer) y dos no especificaron el tipo de infección. Dos de los encuestados que manifestaron antecedentes de infección consultaron al médico, uno a los padres y dos no respondieron.

Estudio cualitativo. Una vez descrita la situación de la SSR de los adolescentes, se procede al análisis de los DSR más relevantes en la información obtenida. Para facilitar el análisis se agruparon los derechos que comparten similitudes.

Derecho a ser educados y acceder a la información. Se exploró el aporte de la familia, la institución educativa y de salud en la formación en sexualidad de los adolescentes participantes en el estudio.

En el contexto familiar. Los datos cuantitativos mostraron que a medida que el adolescente avanza en su desarrollo consulta menos a los padres; el 59% de los encuestados consultan sus dudas sobre sexualidad a la madre, el 15% al padre y el 18% a los hermanos. En los grupos de discusión se encontró que la comunidad académica reconoce la familia como fuente confiable de información; en grupo de discusión con las madres, éstas expresaron hablar con los hijos, y sus amigos sobre anticoncepción, autoestima, autocuidado y autonomía para tener relaciones coitales, la importancia del amor, el respeto y el conocimiento de la pareja antes de tener relaciones íntimas. Pero también, se encontraron familias, donde no es posible la conversación sobre sexualidad, a tal punto, que algunos padres maltratan física y verbalmente al hijo cuando les pregunta algo sobre sexualidad, como lo expresa una adolescente en el siguiente testimonio: “*Muchas veces peladitas que van y le cuentan a la mamá que ya tuvieron relaciones y el papá escucha y les da una pela, la otra vez una amiguita mía fue donde la mamá y le conto que tenía novio y le dio con un palo disque porque tenía novio*”. (Mujer - Grupo de discusión - Adolescencia media).

Las razones que adolescentes y padres dan a la falta de diálogo en temas de sexualidad en el escenario familiar son: desconocimiento del tema y la forma de tratarlo con ellos, temor a 'perder el respeto' o que el hijo interprete la educación con la actitud 'permissiva' de los padres, continuación de patrones culturales en los que prevalecen sentimientos de vergüenza y temor a despertar curiosidad en los hijos, desconocimiento de los niños y adolescentes como sujetos de derecho por cuanto consideran que ellos 'no están en edad de preocuparse por asuntos como la genitalidad y la maternidad'.

En el contexto educativo. En la institución educativa no se desarrolla el proyecto de sexualidad de acuerdo con la Ley 115 de 1994³⁹ y Resolución 3353 de 1993,⁴⁰ los temas relacionados con la sexualidad que se tratan en el aula de clase son el sistema reproductor, las infecciones de transmisión sexual, y las consecuencias de la maternidad/paternidad en la adolescencia. Por su parte, los docentes expresaron que no han sido formados en sexualidad, además que en el pensum no hay espacio para adicionar otros temas. En la encuesta se encontró que el 83.7% de los escolares afirman haber recibido capacitación en sexualidad en el colegio. Solamente el 17.6% confía en el

docente para aclarar dudas en temas relativos a la sexualidad, 69.1 no confía en el docente y el 13.3% de los encuestados no respondió a esta pregunta; en general para quienes confían en el docente como fuente de consulta, se prefiere consultar al del mismo sexo, y los temas que más consultan son la anticoncepción y relaciones de pareja. En los grupos de discusión, los adolescentes valoran como positiva la capacitación recibida en el colegio el año anterior a la investigación, proyecto liderado por Profamilia, contratado por la Administración Municipal; sin embargo, expresan que la información fue incompleta, principalmente en temas como la anticoncepción, como lo expresa una participante: *“uno conoce el condón, o que uno se toma las pastillas, porque de las pastillas le dan a uno un folleto... pues yo no lo leo porque qué pereza, y porque en la lectura dicen cosas, mas no especifican bien, por ejemplo, qué sucede si se toman más o menos de la cuenta”* (Mujer - Grupo de discusión - Adolescencia temprana).

En el contexto de la salud: la comunidad académica en los diferentes grupos de discusión expresó la ausencia de profesionales de la salud, sea dirección local de salud, Empresas Promotoras de Salud (EPS), o Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en la institución educativa para realizar proyectos de promoción de la SSR con escolares, padres de familia o con docentes. En general IPS cercana al barrio no goza de buena imagen en la comunidad académica, y también fue significativa la ausencia de representantes de esta institución de salud en los grupos de discusión, a pesar de la convocatoria realizada a través de oficio y entrevista al personal de enfermería.

Derecho a la autonomía, integridad y seguridad. Tres de los escolares encuestados fueron víctimas de abuso sexual; esto sucedió en mujeres en adolescencia temprana y media; sin embargo, cuatro mujeres expresaron temores para responder a esta pregunta, a pesar de haber asegurado la confidencialidad del dato y demostrar la imposibilidad de identificar la fuente de la respuesta dado el anonimato de las encuestas. También, es importante resaltar que en los grupos de discusión la violación física de penetración genital fue una situación a la que hicieron referencia varios participantes. A este respecto, se encontró que cuando la violación ocurre en el ámbito público, la comunidad persigue y castiga al violador, pero si ésta ocurre en lo privado, principalmente en la familia, se genera silencio y no se considera la demanda como una opción, posiblemente por vergüenza a exponer una situación familiar, para evitar conflictos que desestabilicen la familia, por desconocimiento de la vía legal o por miedo a represalias de parte del violador.

Una forma sutil de violación al derecho de decidir cuándo y con quién se tienen encuentros íntimos, está representada por la presión ejercida por pares y familiares para tener relaciones sexuales íntimas; en los grupos de discusión se encontró que los hombres son presionados por los pares y parientes hombres para tener relaciones íntimas como muestra de experiencia y masculinidad; las mujeres, por su

parte, son presionadas por el grupo de pares como muestra de experiencia y por los novios como muestra de amor, pero, contrariamente son estigmatizadas por los adultos por la misma causa.

También relacionado con el derecho de la autonomía, se encontró que en algunas familias la libertad para establecer relaciones de noviazgo se limita a la mujer y se estimula en los hombres, incluso, en ellos el hecho de tener varias novias es bien visto, pues, es un signo de virilidad e identidad masculina; también, se encontraron hogares en los cuales este derecho no se respeta en ninguno de los sexos como lo expresa una madre de familia: *“Hay padres muy represivos en el sentido en el que a la muchachita no la dejan salir o al muchachito tampoco y esto hace que ellos tengan que hacer las cosas al escondido”*. (Hombre - Grupo de discusión - Adolescencia media).

Derecho a la libre expresión de la sexualidad. En los grupos de discusión se encontró que la sociedad no estigmatiza al homosexual o 'del tercer género' como lo denominan en el medio, es la familia la que rechaza a un integrante cuando descubre que tiene estas tendencias, rechazo que es más acentuado en los padres y en los hermanos.

En cuando al respeto a la opción de la reproducción, en los grupos de discusión se encontró que la mujer requiere la aprobación de la pareja y de la familia para utilizar un método anticonceptivo, ya que la mujer que planifica o exige el condón se considera como 'mujer infiel', o 'mujer sabionda', por esto, prefiere no discutir el tema para evitar confrontaciones con su pareja o con la familia. En el escenario familiar, la madre se solidariza con la hija y le educa y facilita la anticoncepción sólo cuando pierde la esperanza de 'llevar la hija virgen al matrimonio', sea porque ya ha tenido su primer embarazo, o porque tiene conocimiento y 'acepta' que su hija tenga relaciones coitales. Ante este panorama, algunas adolescentes optan por no usar ningún método anticonceptivo, aun cuando son conscientes del riesgo de embarazo y la posibilidad de afrontar a solas la maternidad; otras, planifican a escondidas, generalmente con anticonceptivos orales, inyectables o con el método de emergencia. Para estas últimas, la dificultad está en encontrar un lugar discreto para comprar los anticonceptivos, pues en las droguerías del barrio es inevitable que alguien vea a la adolescente comprando el anticonceptivo, le cuenten a la mamá o al novio y se forme el conflicto, situación que culmina con maltrato físico y verbal y con la ruptura del noviazgo.

En cuanto a la gestación, la decisión de continuar con el embarazo no siempre es libre y voluntaria; en ocasiones, la adolescente se ve obligada a abortar debido al abandono a que es sometida por el padre del bebé y el miedo que le genera comunicarle su estado de embarazo a padres, como lo expresa un adolescente: *“yo conozco muchos casos de amigas más que han tenido muchos embarazos y por miedo al papá y a la mamá los abortan, conozco una compañera*

que ya ha abortado 3 veces". (Hombre - Grupo de discusión - Adolescencia media).

Derecho a la intimidad personal y al buen nombre. En los grupos de discusión, las adolescentes expresaron que su vida privada es tema de comentarios por parte de los adultos y de la pareja. Cuando una madre de familia trabaja y los hijos permanecen solos, las vecinas se solidarizan con la madre trabajadora y asumen una actitud vigilante, y cuando observan conductas riesgosas como ingreso de personas del sexo opuesto, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, y realización de fiestas entre otros, le informan a su regreso a casa. Esta actitud de las vecinas no es bien vista por las adolescentes, quienes las tildan de 'chismosas' al considerar que, como lo expresó una adolescente '*se imaginan cosas y se las cuentan a la mamá*', lo que crea conflictos en la relación madre e hija y pérdida de la confianza, además de difundir una imagen negativa de ellas.

Por otro lado, es común que los hombres comenten con sus amigos pormenores de las relaciones íntimas, estos hombres son llamados '*cocineros*', y ellas consideran que les daña la reputación. Por su parte los adolescentes se comentan sus experiencias sexuales para demostrar 'hombría', esta situación la explica una adolescente en el siguiente testimonio: "entre ellos mismos cuentan todo, eso por aquí sí se ve mucho, imagínese que ellos tienen una relación con una mujer y van y se lo cuentan: imagínate que me comí a aquella pelada, pero imagínate que casi me traga". (*Mujer - Grupo de Discusión - Adolescencia media*).

Discusión

En la situación de la SSR de los adolescentes, la proporción de embarazo se encuentra relativamente baja si se compara con la que se informó en el municipio de Bello, que para el año 2005 representó el 21.5% del total de los nacimientos;⁴¹ sin embargo, la proporción de antecedentes de embarazos en los participantes del colegio en cuestión resulta ser relativamente alta frente a la encontrada en el estudio de sexualidad y genitalidad⁴² realizado con 877 adolescentes escolarizados y no escolarizados del mismo municipio, donde el 1.2% de las participantes estaba embarazada al momento de la encuesta, y el 2% refirió haber estado embarazada alguna vez en su vida; es de tener en cuenta que en el estudio no es claro si a los hombres se les preguntó por antecedentes de paternidad, variable que sí tuvimos en cuenta en este estudio, dado que el grupo investigador considera que un hijo es de dos personas, y que ambos sexos deben conocer y utilizar los métodos anticonceptivos. Así mismo en antecedentes de aborto, en el mismo estudio encontraron que sólo el 0.5% había abortado, mientras que en nuestra población el porcentaje fue el 6.4%. En cuanto a infecciones de transmisión sexual en ambos estudios realizados en el mismo municipio, la proporción fue relativamente baja, 1% en estudio realizado en 2002,⁴² frente al 2.1% en nuestros hallazgos.

Por su parte, en el estudio Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín, 2006,⁴³ entrevistaron a 4,360 adolescentes de las comunas 1, 2, 3 y 4 de Medellín, y encontraron que el 11.9% tenían antecedentes de embarazo, y el 2.5% de aborto; en el mismo estudio, en 3,223 adolescentes de las comunas 5,6,7 y 13, con similares características socioeconómicas de las comunas anteriores –y de los escolares de la institución de este estudio–, el 7.1% ya eran madres y el 2.3 tenían antecedente de aborto. Al comparar los antecedentes de embarazo en ambos estudios, encontramos menor proporción en la Institución educativa de Bello que en las comunas de Medellín, el 4.7% de nuestros adolescentes ya eran madres o padres, frente al 11.9% y el 7.1% de las comunas; sin embargo, en el tema del aborto cambia la perspectiva, pues en la población que estudiamos la proporción de aborto fue casi tres veces mayor a la reportada en estudio de las comunas de Medellín.

De otro lado, en los derechos relacionados con la SSR, por su denominación de derechos, deben ser garantizados por el Estado, pero la sociedad juega un rol importante en el respeto y vigilancia de los mismos, pues son los ciudadanos y las instituciones sociales, los que deben reconocer, promover y proteger los derechos, debe promoverse la responsabilidad consigo mismo y con los demás. Se trata de una labor dispendiosa que requiere el trabajo interinstitucional e intersectorial para producir un impacto positivo en la situación de la SSR de los adolescentes, que a su vez redundará en el desarrollo social.⁴⁴ En el estudio Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín 2006,⁴³ encontraron que los derechos más reconocidos por los adolescentes fueron el derecho a pensar y decidir libremente su sexualidad, derecho a vivir una sexualidad libre y placentera, a decidir si contraer matrimonio o no y a formar o no una familia, a decidir si tener hijos o no, cuántos, cuándo tenerlos, y el derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria en condiciones seguras, hallazgo que refleja, por lo menos, conocimiento de algunos de los DSR, lo que de alguna manera muestra el impacto de las acciones educativas que desde los diferentes estamentos han realizado para educar en derechos.

Con la información obtenida se encuentra que el derecho más vulnerado en los adolescentes escolarizados es el de "la información y formación en sexualidad", con el que se pretende que toda persona esté en capacidad de hacer respetar sus derechos y de tomar decisiones libres e informadas respecto a su conducta sexual;⁴⁵ para ello, la información debe ser oportuna y adecuada en temas como el funcionamiento del cuerpo, el afecto, el noviazgo, las expresiones de la sexualidad, los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, los DSR, y en general, todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción humana,^{33,34} como lo afirma Oliviera⁴⁶ la información además, debe considerar el concepto amplio de la sexualidad, no circunscribirla a la relación coital, e incluir la heterosexualidad, homosexualidad, el autoerotismo y la sexualidad infantil entre otras; en resumen, la educación debe tener como eje fundamental "la

sexualidad como una dimensión humana, con diversas funciones, componentes y contextos y su tratamiento en la escuela bajo el marco del desarrollo de competencias ciudadanas que apunten a la formación de los niños, niñas y jóvenes como sujetos activos de derechos”.⁴⁷

En relación con el aporte de las instituciones sociales a la formación en sexualidad de los adolescentes, encontramos que la familia constituye una institución social importante en la formación del ser humano, se considera como determinante protector la convivencia con ambos padres, en tanto que el niño y adolescente tienen los referentes de ambos sexos, con lo cual se facilita su identidad tanto de sexo como de género. En ambos estudios realizados en el municipio de Bello -el nuestro y el de sexualidad y genitalidad- se encuentra predominio de la familia monoparental, donde la mamá es la figura con la cual más conviven los adolescentes; entre los efectos negativos que tiene la ausencia de la figura paterna en el hogar es la “pérdida de uno de los referentes de cotidianidad más importantes para su proceso de formación y desarrollo”,⁴² además la necesidad económica es mayor cuando falta el padre, por lo que las madres se ven obligadas a trabajar, en ocasiones jornadas extensas, con lo que se limita aun más el tiempo para dedicar al cuidado de los hijos, hasta el punto de tener familias en las cuales los niños y adolescentes permanecen en las casas, solos o al cuidado de una vecina que se preocupa por evitar accidentes, pero poco por la formación en general y sexual en particular; esta ausencia de la madre impide que se formen lazos de confianza para hablar temas de sexualidad, incluso para las hijas, por lo que en casos de dudas se consultan con otras personas como los pares.

Las familias disfuncionales en las que los padres, en su mayoría, no asumen su papel de formadores, ya sea por la carga laboral que trae como consecuencia el distanciamiento entre padres e hijos, por falta de un ambiente de confianza para conversar sobre la sexualidad, o porque los padres desconocen el tema y la forma de abordarlo con sus hijos en las diferentes etapas de la vida, estos hallazgos coinciden con los encontrados en estudio de Sexualidad y genitalidad en los jóvenes⁴² realizado en el mismo municipio, que como lo refiere el autor en las entrevistas, los jóvenes manifiestan cierta desconfianza y muchos afirman que no encuentran en los padres personas preparadas para abordar temas relacionados con sexualidad y vida afectiva. Sin embargo, estos resultados no coinciden con los hallazgos del Estudio Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín, 2006,⁴³ donde de acuerdo con las respuestas los adolescentes tienen confianza con los padres para conversar temas de sexualidad y comentarles sus problemas en caso de tenerlos, así mismo encontraron que reciben respuestas francas a sus preguntas, son comprendidos en sus puntos de vista, aunque algunas veces dejan a otras personas el resolver dudas a los adolescentes a cargo.

El mayor acercamiento educativo que tienen los padres hacia los hijos es el dado por la cultura, que, como vimos, le exige al hombre muestras de virilidad, por lo que presionan

a los hijos en edades tempranas para que inicien relaciones íntimas con trabajadoras sexuales, con las que no tienen ningún vínculo amoroso y desconocen si son portadoras de infecciones y, por el contrario, limitan la sexualidad de la adolescente, en tanto le prohíben relaciones de noviazgo, divertirse en lugares públicos y en ocasiones les limitan su vestimenta y expresar su feminidad. Esta conducta de los padres hacia las hijas se puede interpretar como, una crianza patriarcal en la que “es esencial proteger a las mujeres, cuidarlas y, sobre todo, encerrarlas para evitar que se expongan a los peligros callejeros”,⁴⁷ pero la adolescente no comprende el miedo de los padres, se siente en desventaja con la libertad que se le proporciona al hombre lo que genera conflictos y resentimientos, principalmente hacia el padre. Estos resultados coinciden con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, donde afirman que “son las mujeres jóvenes quienes tienen más dificultades para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna y adecuada sobre salud sexual y reproductiva”.¹³ Vemos pues entonces que el derecho a la autonomía y al trato igualitario también está vulnerado en los adolescentes, pues al hombre se le ‘presiona’ para que ‘demuestre a la sociedad que es hombre’ y a la mujer se le reprime el derecho de tener relaciones genitales cuando ella lo decida, y hasta el expresar su feminidad con vestimentas no aprobadas por los padres y por la cultura en general.

En cuanto a la institución educativa, la Ley General de Educación, Ley 115/1994³⁹ reglamenta la educación sexual como eje transversal en el proceso de formación del individuo, para lo cual exige la inclusión del Proyecto Pedagógico de Educación Sexual en la estructura curricular desde la etapa preescolar, hasta que termina el ciclo de formación básica. Así mismo, la resolución 3353/1993,⁴⁰ ofrece los lineamientos del proyecto de sexualidad, y define las temáticas a tratar de acuerdo con el nivel escolar. Sin embargo, en la institución educativa no se da cumplimiento a la normatividad; en primer lugar no existe un proyecto educativo en sexualidad construido por la comunidad académica, los docentes argumentan que en el pensum no hay tiempo para dedicar a la educación sexual; además, no están capacitados para educar en sexualidad a los escolares en sus diferentes etapas del desarrollo. Si bien el grupo de docentes reconoce el derecho del estudiante a la formación en su sexualidad y la importancia de su rol en esta formación, ellos consideran que no es ético asumir esta función si no se está lo debidamente preparado para ello.

A pesar de la existencia de programas para la promoción de la SSR y prevención de la enfermedad y del embarazo no deseado, como los programas de control del embarazo, el de anticoncepción, prevención y control de cáncer de cérvix y VIH/sida, entre otros,^{48, 49} en la investigación no se encontró aporte de las instituciones de salud en la educación y el cuidado de los adolescentes del barrio, resultado que coincide con el Estudio de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín 2006,⁴³ en el que encontraron que menos de uno de cada cinco adolescentes manifestaron

haber tenido en el último año al menos una consulta médica en SSR, y entre las razones más predominantes de los adolescentes para no haber acudido a los servicios de SSR durante el último año fueron no haber necesitado el servicio, desconocimiento de estos servicios, vergüenza, pereza y la falta de tiempo, mientras que en la población de Bello es desconocimiento de los servicios, imaginario negativo frente a los servicios de salud de la institución prestadora de servicios de salud más cercana del barrio, y actitud indiferente del personal de enfermería de esta institución a quienes se les invitó en varias oportunidades a participar en este estudio y no asistieron, posiblemente por falta de recurso humano de la misma institución.

El desconocimiento de los adolescentes acerca de sus DSR, en cierta forma refleja el desconocimiento que los adultos tienen de los mismos, y, por qué no, el abandono de las Instituciones sociales y la administración municipal; pues, la formación en derechos y la apropiación de los mismos requiere actividades que sobrepasan las campañas informativas, y requiere el acompañamiento personalizado, interdisciplinario y constante⁵⁰ para lograr los cambios en los patrones culturales del barrio, donde se violan los derechos de los adolescentes por seguir la tradición cultural, en la que se desconocen la igualdad de sexo y de género, la autonomía, la formación, la libertad para rechazar un contacto íntimo, la libertad de la mujer para decidir si utiliza un método anticonceptivo o no, y la libertad de la embarazada para decidir la interrupción del embarazo en las situaciones que la normatividad lo contempla. Adicional a esta situación, se observa que en aras de las tradiciones culturales y el desconocimiento, muchas de estas violaciones no se consideran ilegítimas, y por tanto, también se desconoce la vía legal para denunciarlas y ofrecer la asesoría familiar e individual para romper con la cadena de ignorancia y violación.

Conclusiones

Los adolescentes de la institución educativa estudiada se encuentran en un estado de indefensión que los sitúa en calidad de víctimas de un sistema y de una cultura que no les ofrece un apoyo decidido en lo que tiene que ver con su salud sexual y reproductiva. Altos porcentajes en antecedentes de maternidad o paternidad, antecedentes de violación sexual y sexarquia en edades tempranas, desconocimiento de los derechos y de pautas de autocuidado en lo relativo a la sexualidad se muestran como consecuencias derivadas de varios contextos sociales como: dinámicas familiares que no contemplan la educación sexual de niños y adolescentes entre sus prioridades por desconocimiento en el tema; sistema educativo que no tiene un proyecto en sexualidad de acuerdo con la normatividad y la cultura, y docentes que desconocen el tema de la sexualidad y la forma de abordarlo desde el aula con los escolares en las diferentes etapas del desarrollo; y de un sistema de salud que no prioriza el grupo de adolescentes en

la promoción de la educación en salud sexual y reproductiva.

Se encontraron diferentes formas –sutiles y evidentes- de violación de los derechos, por lo que se considera que el Estado y la sociedad están en mora de planear acciones administrativas conducentes a apoyar, mediante la formación y el monitoreo del cumplimiento de la norma por parte de las instituciones sociales –educativas y de salud- que tienen de hecho responsabilidades a cumplir de la mano de las familias.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. Naciones Unidas: Mejor educación todavía no un trampolín para que muchos jóvenes salgan de la pobreza. [internet]. Nueva York: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas - DPI/2493 -, 2007.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. OPS, Antigua (Guatemala), 2000.
3. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo: resumen del programa de acción. New York: ONU, 2004.
4. Penagos G. Salud reproductiva. En: Diplomado salud sexual y reproductiva con perspectiva de género. Medellín: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Cultura Ciudadana, 2006:155.
5. CEPAL. América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009. Santiago de Chile: CEPAL – Colección Documentos de proyectos, 2010.
6. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008: resumen de orientación. Ginebra: Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2008.
7. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Situación de la epidemia de VIH/sida en Colombia. Bogotá: Oficina Asesora de Comunicaciones; 2008.
8. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. ONUSIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia 2008-2011. Bogotá: Ministerio de la Protección social, 2008.
9. UNICEF. Estado mundial de la infancia, 2009: salud materna y neonatal. New York: UNICEF, 2008.
10. Flórez C, Soto V. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2008.
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos de residencia y grupos de causas de defunción, 2008. Bogotá: DANE. Disponible en: www.dane.gov.co. [Consultado 30 julio de 2010]. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas, 2007 [internet]. Washington: OPS, 2007.
12. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia, 2006.

13. Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. México: UNFPA CST LAC, 1999.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Dirección General de Salud Pública, UNFPA, 2003.
15. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2003.
16. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular externa 00018 de 2004. Diario Oficial 45.467, de 20 de febrero de 2004.
17. Gobernación de Antioquia. Pacto por la salud pública en Antioquia: Adición IPS y ESE Hospitales. Medellín: Gobernación de Antioquia, Alcaldía de Medellín. 2004.
18. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Washington: OPS, 2003.
19. ONUSIDA. Derechos sexuales y reproductivos. Ginebra: ONUSIDA;. Disponible en: http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.html. [consultado 30 septiembre 2009].
20. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Derechos sexuales y reproductivos. Hilos conductores. Bogotá: Colombia Aprende. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172254_recurso_1.pdf. [Consultado 25 septiembre de 2009].
21. Institución Educativa La Milagrosa. Proyecto Educativo Institucional de la Institución Educativa la Milagrosa. Sin fecha.
22. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Bogotá: Dirección General de Promoción y Prevención, 2005.
23. Colimon K. Fundamentos de epidemiología. Medellín: ICB, 3 ed, 2010:224.
24. Mazuera ME. Curso modular de epidemiología básica: elementos de inferencia estadística, muestreo, distribuciones y pruebas. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998:217.
25. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Gráfica Arco Iris, 1997:203-21.
26. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
27. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. California: Sage Publications, 2002.
28. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós, 2001.
29. Galeano E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2004.
30. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.
31. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada. Medellín: La Carreta Editores, 2004:187-202.
32. Defensoría del pueblo, ICBF, Profamilia. Módulo Conceptual Derechos Sexuales y Reproductivos. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2008.
33. Profamilia. Módulo de la A a la Z en derechos sexuales y reproductivos para funcionarios y funcionarias con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual. Bogotá: Torreblanca Agencia Gráfica, 2007.
34. Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003:39.
35. Polit D, Hungles B. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000:352.
36. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 Octubre 4 de 1993.
37. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Edimburgo: Asociación Médica Mundial, 2000.
38. República de Colombia. Ley General de Educación. Ley 0115 de 1994.
39. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Proyecto de Educación Nacional de Educación Sexual para la Vida y el Amor. Resolución 03353/1993.
40. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Nacidos vivos según grupo edad y municipio residencia habitual de la madre. Medellín: 2005. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/nacimientos>. [consultado Octubre 9 de 2010].
41. Ochoa F, Arboleda L, Gómez J. Sexualidad y genitalidad en los jóvenes de 10 a 19 años en el municipio de Bello: factores de riesgo y de protección, símbolos y significados. Medellín: Dirección Local de Salud de Bello, Unicef, Alcaldía de Bello, Universidad de Antioquia, 2002.
42. García I, Sandoval J, Rodríguez M, Gallo E. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2006. Línea de base. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, 2007.
43. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pub Mpx 2003; 45 (supl 1):S132-S139.
44. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Bogotá: Colombia Aprende, UNFPA. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf. [Consultado 12 Julio de 2010].
45. Oliveira M. La educación sentimental: una propuesta para adolescentes. Barcelona: Icaria, 1998.
46. Barrios M, Góngora A, Suárez C. ¿Derechos deshechos? Modelo de gestión para garantía de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006.
47. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública [internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, 2007.
48. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 412/2000.
49. Vásquez M, Argote L, Castillo E, Cabrera M, Mejía M, González D. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Colomb Méd 2005; 47:14-24.