

**Eficacia del Programa Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable
(COMPAS), en la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes**

Afrocolombianos de Barranquilla

Por:

María Torres Pérez



Corporación Universitaria de la Costa (CUC)

Maestría en Psicología y Desarrollo Humano

Barranquilla – Atlántico

Septiembre de 2020

**Eficacia del Programa Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable
(COMPAS), en la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes**

Afrocolombianos de Barranquilla

Por:

María Torres Pérez

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Psicología con énfasis en Desarrollo
Humano**

Asesor:

Paola García Roncallo

Eileen García Montaña

Corporación Universitaria de la Costa (CUC)

Maestría en Psicología y Desarrollo Humano

Barranquilla - Atlántico

Septiembre de 2020

Resumen

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes ha sido un tema ampliamente abordado en la literatura, dado que la falta de conciencia y comportamiento adecuado en las prácticas sexuales a temprana edad puede generar problemas graves como el embarazo precoz o infecciones de transmisión sexual. En este sentido, el objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia del programa COMPAS para promocionar una sexualidad saludable en adolescentes afrocolombianos de la ciudad de Barranquilla. Fundamentado en una metodología cuasiexperimental de enfoque cuantitativo tipo pretest y postes, se ejecutó una intervención con el programa COMPAS. En primer lugar, se aplicó un cuestionario tipo pretest como diagnóstico inicial a una muestra intencional de 128 estudiantes divididos en grupo experimental y control de 64 cada uno, todos ellos pertenecientes a los Colegios La Esmeralda e Institución Etnoeducativa Paulino Salgado Batata; seguidamente, se llevaron a cabo las cinco sesiones del programa COMPAS para finalizar en una tercera etapa con la fase posttest, donde se aplicó una evaluación para determinar cambios significativos. En los resultados, se identificó que las prácticas sexuales en los adolescentes son comunes, asimismo, la prueba T Student ejecutada reveló que no hay diferencias significativas en los conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes después de la intervención con el programa COMPAS. Se concluye que los estudiantes no modificaron los componentes antes mencionados, lo que se discute a la luz de la literatura reciente.

Palabras clave: Salud sexual, salud reproductiva, adolescentes, COMPAS, ITS, embarazo precoz

Abstract

Sexual and reproductive health in adolescents has been widely addressed in the literature, since lack of awareness and appropriate behavior in sexual practices at an early age can generate serious problems such as early pregnancy or sexually transmitted infections. In this sense, the objective of this study is to evaluate the effectiveness of the COMPAS program in promoting healthy sexuality in Afro-Colombian adolescents in the city of Barranquilla. Based on a quasi-experimental methodology with a quantitative approach such as pre-tests and poles, an intervention was carried out with the COMPAS program. First, a pre-test questionnaire was applied as an initial diagnosis to an intentional sample of 128 students divided into an experimental and control group of 64 each, all of whom belonged to the La Esmeralda and Institución Etnoeducativa Paulino Salgado Batata schools; then the five sessions of the COMPAS program were carried out, ending in a third stage with the post-test phase, where an evaluation was applied to determine significant changes. In the results, it was identified that sexual practices in adolescents are common, and the T Student test carried out revealed that there are no significant differences in the knowledge, beliefs, attitudes and sexual behavior of adolescents after the intervention with the COMPAS program. It is concluded that students did not modify the above components, which is discussed in light of recent literature.

Keywords: Sexual health, reproductive health, adolescents, COMPAS, STIs, early pregnancy

Contenido

Lista de tablas y figuras.....	8
1. Introducción.....	10
2. Planteamiento del problema.....	12
2.1. Antecedentes.....	15
2.1.1. La salud y conducta sexual y en los adolescentes.....	15
3. Justificación.....	21
4. Marco teórico.....	25
4.1. Características de las Infecciones de transmisión sexual.....	25
4.2. Fundamentos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	27
4.3. Modelos de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.....	29
4.3.1. Teoría de la Acción Planeada.....	29
4.3.2. Modelo Socio-Cognitivo.....	32
4.3.3. Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales.....	35
4.4. Características socioculturales de la comunidad afrocolombiana.....	37
4.5. Estrategias educativas para la prevención de ITS y embarazo precoz.....	38
5. Marco empírico.....	44
5.1. Objetivos.....	44

5.1.1.	Objetivo general.....	44
5.1.2.	Objetivos específicos.....	44
5.2.	Hipótesis.....	45
5.2.1.	Hipótesis general.....	45
5.2.2.	Hipótesis específicas.....	45
5.3.	Metodología.....	46
5.3.1.	Diseño de investigación.....	46
5.3.2.	Variables de estudio.....	47
5.3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	51
5.3.4.	Participantes.....	54
5.3.5.	Procedimiento.....	55
6.	Resultados.....	59
6.1.	Caracterización de los participantes.....	59
6.1.1.	Caracterización sociodemográfica.....	59
6.1.2.	Caracterización de la situación familiar.....	59
6.1.3.	Caracterización de la situación personal.....	61
6.2.	Conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos de los adolescentes afrodescendientes.....	62
6.3.	Impacto de COMPAS en los conocimientos creencias Y actitudes.....	92

6.4. Influencia de variables sociodemográficas y socioculturales	96
7. Discusión.....	101
8. Conclusiones y recomendaciones	107
Referencias.....	113

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 6.1 Variables moderadoras.	47
Tabla 6.2 Cuadro de operacionalización de variables.	49
Tabla 7.3 Prueba de asociación X^2 posee novio/a – mantiene relaciones sexuales.	63
Tabla 7.4 Mantiene relaciones sexuales (oral, vaginal, anal y/o masturbación mutua).....	64
Tabla 7.5 Prácticas sexuales según edad a la que inició esta conducta.....	65
Tabla 7.6 Percepción del condón como método de protección.....	68
Tabla 7.7 Actitudes sexuales.....	90
Tabla 7.8 Contraste de puntajes entre grupo experimental y control.	95
Tabla 7.9 Influencia del género en actitudes hacia la sexualidad y errores del uso del condón...	97
Tabla 7.10 Prueba ANOVA actitudes hacia la sexualidad y nivel educativo padres.	98
Tabla 7.11 Prueba ANOVA actitudes hacia la sexualidad según religión.	99

Figuras

Figura 1. Factores que intervienen en la TAP.....	31
Figura 2. Factores influyentes en el modelo socio-cognitivo y etapas de desarrollo	33
Figura 3. Correlación entre los factores que integran el modelo IMHC.....	36
Figura 4. Nivel educativo de la madre y padre	61
Figura 5. Religión y asistencia a eventos.....	62
Figura 6. Posee novio actualmente – mantenimiento de relaciones sexuales.....	63
Figura 7. Probabilidad de conductas en los próximos dos meses.....	65
Figura 8. Uso de condón correctamente en la primera relación con penetración.....	66

Figura 9. Uso del condón correctamente	67
Figura 10. Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses.....	67
Figura 11.El condón como método para prevenir embarazos e infecciones sexuales	69
Figura 12.Facilidad para conseguir condones.....	70
Figura 13.Considera que los compañeros usan condones en sus relaciones sexuales	70
Figura 14.Frecuencia con que cree que los compañeros usan los condones en las relaciones	71
Figura 15.Medida que las personas que son importantes esperan que use el condón	72
Figura 16.Grado de disposición a cumplir con las expectativas en general importantes para ti ..	73
Figura 17.Probabilidad de utilizar el condón correctamente	74
Figura 18. Que tan fácil/difícil es o será utilizar el condón cuando tenga sexo con penetración .	75
Figura 19.Seguridad de la capacidad de utilizar condón durante sexo vaginal, anal y oral si así lo desea.....	76
Figura 20.Porcentaje de uso de condón en relaciones sexuales con penetración	77
Figura 21.Porcentaje de uso de métodos hormonales en relaciones sexuales con penetración	78
Figura 22. Orientación sexual	79
Figura 23. Actitudes hacia el VIH/SIDA	81
Figura 24. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte A	83
Figura 25. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte B.....	84
Figura 26. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte C.....	86
Figura 27. Fobia al VIH.....	87
Figura 28. Asertividad sexual	89
Figura 29. Uso y errores del condón – Parte A.....	91
Figura 30. Uso y errores del condón – Parte B.....	92

1. Introducción

La salud sexual y reproductiva, es un factor relevante en las primeras etapas de la vida del ser humano, por tanto, requiere adoptar comportamientos sanos y adecuados que eviten efectos negativos que desmejoren su bienestar (Mendoza, Claros y Peñaranda, 2016). En este sentido, en el ámbito educativo se han incorporado, a nivel curricular, orientaciones sobre conductas y conocimiento relacionados con los cambios que experimenta el cuerpo durante la juventud. Sin embargo, en ocasiones esta formación parece ser insuficiente o generar resultados poco efectivos en los adolescentes, al llevar las consecuencias de una inadecuada educación sexual hasta un problema de salud pública (Flores, Navas y Arenas, 2017).

Al respecto, Gálvez, Rodríguez y Rodríguez (2016) han señalado que el embarazo precoz, el contagio de infecciones y las enfermedades de transmisión sexual son un fenómeno que impacta considerablemente la calidad de vida de los adolescentes, alterando las condiciones para su desarrollo, obstaculizando en muchos casos el logro de metas personales y profesionales e imponiendo retos en las relaciones interpersonales, en especial en el núcleo familiar. Por lo tanto, los programas de educación sexual que se imparten en el contexto escolar pueden desempeñar un rol preponderante para la transformación de esta realidad.

El programa de Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable (COMPAS), es una iniciativa originada en España y adaptada para el contexto de Colombia por Morales et al. (2019), la cual tiene como objetivo principal promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, con fundamento en modelos teóricos probados empíricamente. En virtud de ello, el presente trabajo cumple el propósito de aplicar esta metodología en el contexto de jóvenes de ascendencia afrocolombiana ubicados en la ciudad de Barranquilla, puesto que estudios han

señalado que este tipo de población está expuesta a factores de riesgo elevados (Sales et al., 2018), por lo que se requiere una valoración de la eficiencia del programa para atender la salud sexual y reproductiva de este grupo de adolescentes.

Con base en lo anterior, el trabajo de investigación que se presenta desarrolla en el apartado relacionado con el planteamiento del problema, un esbozo detallado sobre la situación actual, tanto a nivel global como local, para dar contexto a la relevancia de lograr una adecuada salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como destacar las potenciales consecuencias asociadas con la ausencia de estrategias que contribuyan a la concientización de este grupo de jóvenes.

En esta misma sección, se expone una revisión la literatura, mediante el contraste de los avances logrados en años recientes y los aún faltantes por abordar en el plano teórico. Asimismo, se detallan los objetivos del estudio para luego abordar la metodología, definiendo elementos como el diseño, técnicas, instrumentos, población y muestra, procedimientos y plan de análisis. Seguidamente, en el marco teórico se desglosan los fundamentos sobre los que reposa el programa COMPAS, tales como la Teoría de Acción Planeada (Fishbein y Ajzen, 1977); el Modelo Socio-Cognitivo (Bandura, 1986); y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (Fisher y Fisher, 1992).

2. Planteamiento del problema

La salud sexual y reproductiva, es un tema que ocupa gran parte del interés de la comunidad científica internacional, primordialmente problemas como las infecciones de transmisión sexual (ITS), cuya rápida propagación e índice de mortalidad asociado despierta gran preocupación (Reyes, 2016). De acuerdo con Esther, Félix y Julius (2018), las relaciones sexuales a temprana edad están asociadas en algunos casos a riesgos latentes como embarazos precoces o ITS que, aunados a factores psicosociales y psicológicos individuales, pueden convertirse en una situación de salud pública al no abordarse de forma oportuna.

De la misma manera, el embarazo precoz ha sido considerado uno de los problemas de mayor complejidad en todo el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo (Berge, Bjorvatn y Maalim, 2018). Asimismo, se estima que anualmente aproximadamente 3 millones de adolescentes entre 15 y 19 años se someten a abortos en condiciones de riesgo, las cuales pueden llegar a tener consecuencias complejas (OMS, 2018a). De acuerdo con las últimas cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año hay unos 16 millones de jóvenes entre los 15 y 19 años y en cerca de 1 millón de niñas menores de 15 años que tienen embarazos precoces (OMS, 2020). Este fenómeno, se acentúa en países de ingresos medios y bajos, asimismo, las complicaciones durante el parto y la gestación son la segunda causa de muerte en este grupo de madres.

En este sentido la OMS (2018b), ha reconocido al embarazo precoz como un problema sostenido en la población adolescente, reportando para 2018 una tasa mundial de natalidad de 44 nacimientos por cada 1000 adolescentes, lo que constituye a este fenómeno en una condición que

debe monitorearse adecuadamente, a pesar de la disminución progresiva mostrada en los últimos 20 años.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) América Latina y el Caribe cuentan con la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en todo el mundo, siendo que el 15% de todos estos embarazos se producen en jóvenes menores de 20 años de edad, es por esto, que, recomiendan una serie de medidas apoyadas desde múltiples sectores para prevenir estas situaciones, entre las que destacan los programas formativos dirigidos a adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, educación sexual e incremento de métodos anticonceptivos.

Paredes, Gómez, Torres, Fernández y Tovar (2015) y Villegas (2016) señalan que las infecciones causadas por relaciones sexuales son un problema cada vez más importante en los jóvenes colombianos, entre las que se destacan la vaginosis bacteriana (42% de los casos), infección por virus del papiloma humano (VPH) (28%), infecciones por clamidia (11,4%), gonorrea (0,10%) y uretritis (6,2%). Adicionalmente, se conoce que la edad media de iniciación sexual ha venido disminuyendo en las últimas décadas, ubicándose entre los 16 y 17 años en hombres y mujeres, indicador que muestra el riesgo de contraer ITS si no se cuenta con la formación adecuada que modifique el comportamiento sexual en esta etapa de la vida (Liu et. al, 2015).

De acuerdo con lo reportado por la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) para el año 2015, el porcentaje de mujeres adolescentes entre 13 y 19 años que han tenido hijos ascendió a 13,6%, incremento que es mayor en las zonas rurales (20,3%), siendo la región atlántica la segunda más representativa con respecto al resto del país, ubicándose estas cifras en un 16,7%; asimismo, se indica que los casos se desarrollan en los quintiles de riqueza más bajos

(22,7%) (Minsalud, 2015). Por otra parte, el estudio confirma que los factores asociados al embarazo en la adolescencia se encuentran: a) inicio de relaciones sexuales tempranas; b) matrimonios o uniones antes de los 20 años, falta de uso de métodos de anticoncepción; evidenciándose además elementos socioeconómicos, intrapersonales, psicológicos sociales y contextuales que influyen significativamente en la problemática (Minsalud, 2015).

Para el caso específico de la población afrodescendiente en condiciones vulnerables, este escenario es más complejo, dado que estudios a nivel internacional evidencian que, para el caso de este segmento de la población en Estados Unidos, ha habido un incremento progresivo en las tasas de embarazo precoz y un inicio temprano de la actividad sexual, asociado a las disparidades relacionadas con raza y etnia en términos de la atención de este tipo de embarazos (Sales et al., 2018). Por su parte, en la región atlántica colombiana se concentra un 7,9% de la población afrocolombiana siendo una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en la zona (Minsalud, 2015). Lo anterior, según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para el año 2017 los embarazos precoces se incrementaron un 3%, pasando de 17% a 20%, mientras que específicamente en la ciudad de Barranquilla, se ubicó en un 18% para el año en cuestión (ICBF, 2017).

Según Alzate, Dongarwar, Matas y Salihu (2019) se evidencia que en Colombia los adolescentes que reciben menos información a modo de alfabetización sexual y están más propensos a experimentar un embarazo durante la adolescencia. Así mismo, en familias donde no existen canales de comunicación abiertos para conversar sobre la sexualidad la situación de riesgo sexual se incrementa creando procesos disfuncionales que se transmiten de generación en generación (Gabbidon y Shaw, 2018).

El trabajo de Sales et al. (2018) indica que se evidencian cuatro grupos de riesgo por su patrón de comportamiento a nivel sexual: en primer lugar, un 38% que durante la adolescencia mantuvo actividad sexual continua, en segundo lugar, un 17% que practicaba estas actividades sin protección alguna, 13% que mantuvo pareja estable y finalmente un 32% que sostenía comportamientos medianamente riesgosos. Con base en lo esto, se resalta la necesidad de impulsar programas que ayuden a que esta población logre una mejor salud sexual y reproductiva, por ello, seguidamente se revisan algunos antecedentes empíricos que permiten profundizar en la problemática.

2.1. Antecedentes

Seguidamente, como parte del desarrollo de la problemática, se presenta una breve revisión de investigaciones similares tanto a nivel nacional como internacional exponiendo los principales avances que se han logrado en materia de educación sexual orientada a la población adolescente. Para ello, se exponen las publicaciones científicas de mayor relevancia. A nivel global es posible encontrar experiencias que indican cómo la educación sexual contribuye a una mejora significativa de la salud de la población joven.

2.1.1. La salud y conducta sexual y en los adolescentes

La revisión de artículos científicos muestra que los adolescentes requieren atención especial en cuanto a la salud sexual y reproductiva, así lo destaca Salam et al. (2016) quienes adelantaron una investigación con el objeto de evaluar el impacto de las intervenciones en este grupo para mejorar los aspectos mencionados anteriormente. A nivel metodológico, se utilizó un diseño documental para explorar publicaciones recientes, lo que permitió identificar que el

asesoramiento y la dotación de anticonceptivos son efectivos para aumentar el conocimiento asociado a la sexualidad.

Por su parte, Pulerwitz et al. (2019) proponen un marco conceptual para abordar las normas sociales que influyen en la salud sexual y reproductiva en adolescentes, con el objeto de analizar los comportamientos que pueden exacerbarse o controlarse según estos estándares. A través de un enfoque cualitativo, indagan en la perspectiva de género (cómo deben comportarse las mujeres en comparación con los hombres), hallando que a partir de la teoría planteada es posible determinar los factores más importantes que expliquen la toma de decisiones de los adolescentes en el campo sexual.

A su vez, Lindberg, Maddow-Zimet y Boonstra (2016), exponen que ha habido una disminución significativa en el número de adolescentes que recibieron educación formal sobre el control de natalidad y las ITS, tasa que fue aún mayor en adolescentes que habitan fuera de zonas metropolitanas. Por tal motivo, es importante coincidir con las políticas internacionales en materia de salud sexual y reproductiva, haciendo uso de mecanismos de prevención, entre los cuales se pueden destacar las jornadas de formación, divulgación y concientización de la población adolescente (Hall, Jones, Witkemper, Collins y Rogers, 2019).

En cuanto a programas similares sobre educación sexual, Heras, Lara y Fernández (2016) indican en la investigación *Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes*, realizada bajo un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas tipo pretest y postest en una muestra de 123 adolescentes escolarizados en 3° grado de educación secundaria entre los 13 y 17 años, que la intervención promovió desarrollo favorable de las actitudes positivas hacia la

sexualidad, lo anterior corroborado mediante la aplicación de la prueba T Student para muestras relacionadas. Asimismo, se constató que hubo una disminución significativa de las actitudes negativas hacia la masturbación, concluyéndose que la experiencia sexual de los participantes se incrementa progresivamente de manera independiente del grupo al que pertenezca.

En esta misma línea de análisis, Obach, Sadler y Jofré (2017) manifiestan en el estudio *Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual*, que existe una percepción negativa de los adolescentes con relación a la educación sexual que reciben; este hecho se comprobó mediante una metodología cualitativa etnográfica desarrollada en cinco comunas de las Región Metropolitana de Chile bajo el programa *Espacio Amigable* utilizando la técnica de entrevista semiestructurada a 38 sujetos en cinco grupos de discusión y observación participantes. En definitiva, Obach et al. (2017) concluyen su trabajo afirmando que cuando el sector salud y educativo cooperan en la formación sexual de los adolescentes, se observa una mejora significativa de las actitudes y sensibilidad hacia estos temas, por otra parte, consideran que hacen falta programas específicos que se adelanten en las escuelas para fortalecer el conocimiento sobre los derechos sexuales.

Seguidamente, Liang et al. (2019) ofrecen una mirada amplia e integral al estado del arte sobre la salud reproductiva y sexual. Estos autores buscan en la investigación desarrollada analizar las tendencias e indicadores principales a nivel internacional, citando cifras y estadísticas de los últimos 25 años, encontrando en los resultados que los adolescentes hoy día tienen más probabilidades de casarse más tarde, utilizar más anticonceptivos, retrasar su primera relación sexual y partos precoces en comparación con la década de los 80.

El interés por desarrollar programas de intervención que ayuden a prevenir enfermedades sexuales o embarazos no planificados está presente en la literatura internacional, muestra de ello

es la investigación impulsada por Körük et al. (2019), en la cual se examinó la efectividad de varios programas para promover el conocimiento sobre la salud sexual y conductas en adolescentes, por medio de un meta análisis de datos. El procedimiento implementado por medio de la revisión documental de bases de datos con estudios comprendidos entre los años 2007 y 2017 de 28 programas de intervención, permitió analizar información del país, la cultura (individualista / colectivista), el conocimiento sobre la salud sexual y el comportamiento.

Entre los hallazgos, se encuentra que la intervención de programas aplicados a la sexualidad fue significativamente efectiva para incrementar el conocimiento de los adolescentes y, por ende, modificar su comportamiento; de este modo, se confirmó que el componente de salud sexual es el moderador más efectivo en los programas de intervención para incrementar una conducta responsable a nivel sexual. En conclusión, los autores exponen que los programas de intervención que se desarrollan en países individualistas culturalmente, mejoran aún más, mientras que los que tienen como objetivo promover el comportamiento sexual son más exitosos que los que solo se centran en el conocimiento de la salud.

Estas reflexiones, demuestran que los programas para promover la educación sexual tienen resultados positivos en los adolescentes; sin embargo, en el caso específico de la investigación desarrollada por los autores, esta no estuvo dirigida específicamente al segmento poblacional afrocolombiano, lo que deja abierta la interrogante sobre si existen factores de riesgo particulares para este tipo de grupos, en función de sus características y contexto cultural.

En este sentido, desde la investigación científica, se han diseñado instrumentos que permitan afianzar la salud sexual en los adolescentes; con referencia a este esfuerzo Morales et al. (2017); desarrollaron el programa COMPAS como un método que ha demostrado ser significativo en

cuanto a la educación sexual de la población adolescente, lo cual induce a pensar que este tipo de iniciativas puede ser replicada con éxito en el contexto colombiano.

El objetivo propuesto por los investigadores fue evaluar la eficacia del programa COMPAS en una muestra de adolescentes españoles con padres divorciados. A nivel metodológico, emplearon un diseño cuasi experimental conformando un grupo de control (n=23) y experimental (n=53) de 76 individuos con edades comprendidas entre 14 y 18 años, procedentes de 15 centros educativos de nivel secundario en cinco provincias españolas: Alicante, Castellón, Madrid, Oviedo y Murcia. Empleando pruebas tipo *pretest* y *postest*, comprobaron, a través del estadístico U Mann – Whitney, que los adolescentes que recibieron la intervención (grupo experimental) presentaron un mayor indicador de conocimiento sobre VIH/SIDA, mostrando actitudes favorables hacia los factores de riesgo de esta condición, en comparación con sus pares del grupo control.

Por otra parte, se logró comprobar que no existían diferencias significativas entre el grupo experimental y control con respecto a conocimiento sobre VIH/SIDA, así como las actitudes asociadas con este elemento. Igualmente, se determinó que el programa generó un impacto positivo en dos de las cuatro sub-escalas de la prueba de actitudes hacia el VIH y en la puntuación total; adicionalmente, los adolescentes participantes de la intervención mostraron una posición favorable al uso de preservativos.

Es así como los autores concluyen, que el programa COMPAS tiene un desempeño significativo en las variables asociadas con la educación sexual y las actitudes sanas en este ámbito, incluso en muestras reducidas como las evaluadas de padres divorciados. En este sentido, el aporte de los investigadores para el presente estudio, radica en el sustento y validez que ofrece a nivel metodológico y en términos de la efectividad del programa COMPAS en la

población joven. A partir de esta evidencia, es posible reflexionar sobre la pertinencia de emplear este tipo de intervenciones en el contexto de la educación colombiana, dado que es un programa estructurado con resultados eficaces comprobados empíricamente. No obstante, no se encuentran argumentos concretos que permitan identificar que este ha sido implementado en colegios con características etnográficas como la propuesta en el presente estudio.

Con base en lo expuesto hasta el momento, se determinó que el programa que podría aportar a la solución de esta problemática es el denominado COMPAS, el cual se originó en el contexto español, específicamente como una iniciativa desarrollada por investigadores de la Universidad Miguel Hernández en la ciudad de Alicante, cuyo propósito ha sido la prevención y promoción de la salud sexual en los jóvenes entre 14 y 18 años, como respuesta a los diferentes problemas presentados por esta comunidad adolescente con respecto a embarazos no deseados y la presencia de ITS.

En este sentido, la experiencia en el ámbito educativo va dirigida a intervenir la población adolescente mediante una metodología experimental, demostrando que este tipo de proyectos logran promover una actitud favorable con respecto al uso de preservativos, planificación de embarazos y prevención de ITS (Morales et al., 2018). Ante toda la problemática expuesta, la pregunta que orienta la presente investigación se enuncia de la siguiente manera:

¿Se modifican los conocimientos sobre VIH e ITS, así como las creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes afrocolombianos luego de recibir el programa COMPAS adaptado a Colombia?

3. Justificación

La salud sexual y reproductiva es una condición valiosa del ser humano, que permite mantener una sociedad en desarrollo y apta para progresar plenamente (Higuera y Cardona, 2018), por ello, instituciones como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2015) ha considerado entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) definir la salud y bienestar como una prioridad, lo cual es un primer sustento válido para destacar la importancia que tiene esta temática en la sociedad y, por ende, para esta investigación.

Por su parte, la OMS (2019) indica que la adolescencia corresponde al período de vida en el cual un individuo alcanza su capacidad reproductiva, en el que, además, se evidencian transformaciones importantes a nivel psicológico que alteran los patrones de conducta de forma importante (OMS, 2019). En virtud de ello, la educación sexual se convierte en una de las herramientas de mayor significancia para orientar adecuadamente sobre los cambios que se están generando en el individuo en esta etapa de su vida y así tener consciencia de las implicaciones que tiene la actividad sexual cuando no se está preparado para afrontar las consecuencias que pueden derivar de estas acciones.

En concordancia con esta preocupación, la OMS (2018b) ha establecido como política principal la concientización de la ciudadanía con respecto a la salud sexual y reproductiva, estableciendo las diferencias que marcan cada una de estas, definiendo un marco conceptual que permita orientar la formulación de estrategias, programas y estudios en torno a esta temática. En virtud de ello, la OMS (2018b) promueve la planificación familiar como una herramienta para planear la cantidad de hijos deseados de modo responsable desde el ámbito de la educación reproductiva, mientras que en la sexualidad aborda áreas sobre las conductas riesgosas y la adopción de métodos de protección que eviten la propagación de las ITS.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Colombia se han venido desarrollando políticas públicas que buscan proteger a la población afrodescendiente, entre las que destacan en el ámbito educativo la creación de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos, creada a partir de la promulgación del Decreto 1122 de 1998; asimismo, la etnoeducación surgió como un eje estratégico de desarrollo mediante el Decreto 2249 de 1995 y la conformación del Plan de Desarrollo de las Comunidades Negras según Decreto 2314 de 1994 (CEPAL, 2016). Por lo expuesto hasta el momento, es importante contar con programas de prevención en la población afrocolombiana, puesto que a partir de la implementación de estrategias que contribuyan a reducir los índices de embarazo precoz en este segmento, sobre todo en el adolescente, se estaría contribuyendo significativamente a la mejora de las condiciones de vida y bienestar de esta comunidad.

Es así como, en concordancia con las políticas públicas para mantener una adecuada salud sexual y reproductiva en la población adolescente, surge el programa COMPAS desarrollado por Morales (2015) inicialmente en su tesis doctoral y luego por Morales, Catarralá, Orgilés y Espada (2017) donde se examina exhaustivamente el comportamiento sexual de los adolescentes y las variables relacionadas con el componente cognitivo-motivacional al momento de desempeñar actividades sexuales sin protección.

Los resultados de la implementación del programa han demostrado su efectividad para promocionar la sexualidad sana en los adolescentes, sustentada en los modelos teóricos y los instrumentos aplicados. Asimismo, el programa COMPAS se sustenta en teorías como el modelo Socio-Cognitivo (MSC) (Bandura, 1986) y el modelo de Información–Motivación–Habilidades conductuales (IMHC) (Fisher y Fisher, 1992); y a nivel procedimental consta de cinco sesiones

de aproximadamente cincuenta minutos, distribuidas espacialmente en la semana, promoviendo la participación de los estudiantes (Morales et al., 2017).

Asimismo, recientemente Morales et al. (2019), validaron el modelo COMPAS en el ámbito colombiano para determinar su aplicabilidad, arrojando resultados interesantes que justifican su desarrollo. En tal sentido, Morales et al. (2019) manifiestan que en el país no existe un programa estandarizado para la educación sexual en adolescentes, siendo así, el modelo COMPAS un recurso que se adapta eficientemente a la realidad de los jóvenes colombianos, puesto que los resultados del estudio sugieren que la comunicación y el contenido lingüístico adaptado culturalmente es un mecanismo efectivo para el éxito de esta iniciativa de formación.

De acuerdo con la evidencia reportada por la literatura, el programa COMPAS cuenta con características únicas que lo hacen una alternativa viable para replicar en adolescentes de cualquier contexto, entre estos, la fundamentación teórica y metodológica basada en un proceso sistemático de adaptación cultural utilizando enfoques mixtos, hace que su validez científica sea ratificada continuamente, asegurando su confiabilidad frente a otros programas similares (Morales et al., 2018).

En términos científicos, la adaptación del programa COMPAS al entorno de la juventud colombiana indica que es posible replicar la metodología que plantea en la salud sexual y reproductiva de adolescentes afrocolombianos de Barranquilla, por ende, el desarrollo del trabajo de investigación aporta conocimiento relevante y específico para la comunidad de estudio; permitiendo, contrastar a futuro los resultados con respecto a otros grupos de jóvenes. Asimismo, la educación sexual es una contribución a la sociedad, puesto que apoya la concientización de los adolescentes respecto a la exposición al riesgo de ITS y embarazos precoces.

Por tal motivo, la investigación se justifica plenamente a la luz de la problemática expuesta, indicando que la educación sexual es un elemento clave para contribuir a la solución de los problemas relacionados con las ITS y afecciones de mayor complejidad como el VIH (Morales, Espada y Orgilés, 2016). A nivel metodológico, el estudio puede justificarse en función a que el programa COMPAS cuenta con una elevada efectividad para promocionar una educación sexual sana entre los adolescentes, limitándose por las características y niveles de riesgo sexual (Morales et al., 2017). Lo anterior, sugiere que esta metodología formativa contiene los aspectos de fiabilidad y validez requeridos para ser replicados en la población vulnerable de adolescentes afrocolombianos de la ciudad de Barranquilla.

Por último, los resultados del presente proyecto, abrirán paso a nuevos procesos investigativos, en aras de implementar esta estrategia en un mayor número de contextos escolares, así como los beneficios y aportes que deriven de la aplicación del programa COMPAS. Igualmente, a nivel institucional el estudio se enmarca en la línea de *Neurociencias Cognitivas y Salud Mental*, específicamente, en la sub-línea *Relaciones Interpersonales y Familiares Contemporáneas*, fortaleciendo así el desarrollo de otras áreas de salud pública orientadas al campo de la educación sexual, las ITS y la planificación familiar, lo que apoyará a investigadores del ámbito institucional, teniendo en cuenta que el momento actual requiere acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud pública de la población adolescente colombiana. Por ello, el programa COMPAS se ha constituido en una herramienta importante para enfrentar las deficiencias de la educación sexual en la comunidad estudiantil (Morales et al., 2016).

4. Marco teórico

En el presente capítulo, el lector encontrará los fundamentos teóricos que permiten comprender los resultados del estudio, los cuales se sustentan en la explicación de algunos modelos de comportamiento sexual desarrollados durante el siglo XX, relacionados con la conceptualización del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) variables que forman parte fundamental de los objetivos específicos de la presente investigación.

En este sentido, se aborda la Teoría de la Acción Planeada (TAP), expuesta por Fishbein y Ajzen (2011) y Ajzen (1991); el modelo Socio-Cognitivo (MSC), explicado por Bandura (1986) y Bandura y Rieviere (1982); y el modelo de Información Motivación Habilidades Conductuales (IMHC) desarrollado en los trabajos de Fisher y Fisher (1992) y Fisher, Fisher y Shuper (2009), todos estos como modelos para comprender el comportamiento de los adolescentes dentro del contexto del programa COMPAS.

4.1. Características de las Infecciones de transmisión sexual

De acuerdo con la OMS, las Infecciones de transmisión Sexual (ITS) son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, propagándose en su mayoría por el contacto sexual, además, según el organismo existen cuatro que son totalmente curables como la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, en tal sentido, se pueden entender estas enfermedades como cuadros infecciosos que afectan la salud sexual del individuo (OMS, 2020). Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), consciente de su responsabilidad como ente del Estado encargado de velar por el bienestar de la población, han impulsado instrumentos jurídicos orientados a lograr una transformación en la conducta sexual de la población. Entre estos, se

encuentra el Decreto 1543 de 1997, el cual reglamenta el manejo de la infección por el VIH, sida y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS); asimismo, la Resolución 2338 de 2013 establece directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS; mientras que la Resolución 5592 de 2015 actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, incluyendo todo lo requerido para la atención integral del VIH/sida y otras ITS.

Asimismo, expone el Ministerio de Salud (2019), que la prevención se fundamenta en el uso de condones masculinos y femeninos, el diagnóstico temprano mediante pautas y protocolos de seguridad que eviten la propagación de la infección, la profilaxis post exposición y otras medidas preventivas, como la asesoría personalizada y la capacitación. Aunque existe diversa cantidad de ITS, los mecanismos para su transmisión en general son los mismos, por lo que los métodos para evitar su contagio son similares (Kojima, Davey y Klausner, 2016). Es importante tener presente que, al no atender oportunamente estas condiciones se pueden generar problemas de mayor complejidad, tales como infertilidad, incremento en la probabilidad de adquirir VIH, cáncer y embarazos ectópicos, entre otros (Mayaud, McCartney y Mabey, 2020).

Siguiendo lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ITS se pueden propagar en el ser humano de diferentes formas, no solo por contacto sexual, sino también por vías como la sanguínea y hemoderivados, además, de los más de 30 virus bacterias y parásitos que se transmiten sexualmente, ocho se vinculan a ITS, entre las que se pueden curar (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis), mientras que aquellas donde no existe cura aún son: la hepatitis B, herpes simple (VHS), VIH y Virus del Papiloma Humano (VPH).

Por otra parte, Minsalud (2020), informa que la mayoría de los casos de ITS son asintomáticos y producen alteraciones leves que dificultan su detección temprana. No obstante, la demora en la atención puede ocasionar cuadros graves como la esterilidad o transmisiones de la madre al niño en el caso de embarazadas, por ello, enfatizan en que el acceso a la información de calidad puede favorecer conductas sexuales seguras que permitan disminuir el riesgo. Adicionalmente, en el contexto colombiano al realizar el diagnóstico se ejecuta el abordaje sindrómico como protocolo para el tratamiento según las autoridades sanitarias del país (Minsalud, 2013).

4.2. Fundamentos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Virus de Inmunodeficiencia Humana

La historia de la aparición del SIDA, se remonta a finales de la década de los años 70 en donde comenzaron a detectarse casos con un factor en común: la infección *Candida albicans* en boca y esófago que, además, venían acompañadas de erupciones cutáneas en diversas partes del cuerpo y daños neurológicos importantes, suprimiendo la capacidad del sistema inmunitario para responder de forma adecuada (Lozano, 2016). Posteriormente, el 5 de junio de 1981 se declara oficialmente sobre esta enfermedad señalado en un reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, el cual incluía cinco casos de jóvenes quienes presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*, identificándose la nulidad de las funciones inmunológicas en su totalidad, a partir de este momento, la comunidad científica comenzó a analizar con mayor profundidad las causas de este cuadro clínico (Becken, Multani, Padival y Cunningham, 2019).

Según diversos estudios, el sida es una enfermedad causada por el VIH, que evoluciona como una de las etapas más agresivas en el grado más avanzado del virus (Rodríguez, 2017); este virus ataca y destruye progresivamente el sistema inmunológico del cuerpo humano, responsable de protegerlo contra las numerosas enfermedades a las que se expone, por lo tanto, al presentar fallas el sistema inmune, el individuo está en riesgo de contraer diversas infecciones y expuesto a complejas situaciones como cáncer u otras de gran peligro para la vida (Lin, Franceschi y Clifford, 2018).

Un aspecto fundamental de la enfermedad es su transmisión, esta puede darse por diversos medios tales como el sexo vaginal, anal u oral sin protección, uso de jeringas o utensilios que presenten rastros de sangre infectada, lactancia de madres infectadas, transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos de pacientes con VIH y heridas profundas donde se expongan fluidos sanguíneos sanos con los de la persona infectada (Stirratt et al., 2018). Por otra parte, se han desmentido mitos prevalentes desde la década de los 80 donde comenzaron a aparecer los primeros casos, entre los que destacaban el saludo de manos, hablar cerca del infectado, mediante estornudos y compartir elementos, utensilios y espacios cerrados (Sano et al., 2016).

A nivel técnico, el VIH se diagnostica en los pacientes con una prueba sanguínea que surge positiva cuando existe un recuento de CD4 (linfocitos -T colaboradores), un tipo importante de glóbulos blancos, menor a 200 células por milímetro cúbico de sangre ($200/\text{mm}^3$) (Provoost et al., 2018). De este modo, el paciente está expuesto a contraer un mayor número de infecciones agravando el cuadro clínico si no se atiende de forma oportuna, suponiendo que el cuidado se fundamente en la restauración y preservación de la función inmunológica, mantener los niveles del VIH lo más bajos posible y prevenir, atender y curar las infecciones oportunistas que surjan (Cihlar y Fordyce, 2016).

Estudios señalan que la asertividad sexual y la autoeficacia en el comportamiento son predictores positivos para evitar el contagio del VIH/SIDA en jóvenes (Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz, 2017). En este sentido, la prevención de la infección es una tarea educativa que tiene por objeto dotar de conocimiento e información suficiente a las personas para evitar exposición a las situaciones de riesgo donde se puede contraer el VIH, siendo las relaciones sexuales una de las mayores vías de transmisión en todo el mundo (Martínez, 2016). Por ello, el comportamiento de los individuos ha sido estudiado desde múltiples perspectivas para incorporar factores que logren modificarlo de forma responsable, a fin de evitar que se siga propagando esta compleja enfermedad que afecta a todos los seres humanos, sobre todo en los adolescentes (Coyle, Guinosso, Glassman, Anderson y Wilson, 2016).

4.3. Modelos de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva

En el siguiente apartado, se explican en detalle los componentes y elementos clave que conforman la Teoría de la Acción Planeada propuesta por Fishbein y Ajzen (1977), el Modelo Socio-Cognitivo (MSC) de Bandura (1986) y el Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMHC) de Fisher y Fisher (1992) como parte de la fundamentación teórica del estudio.

4.3.1. Teoría de la Acción Planeada.

En el contexto de esta teoría, los autores Fishbein y Ajzen (1977) pretendían buscar un modelo que permitiera de algún modo predecir la conducta del ser humano basando su argumento principal en que las actitudes del individuo denotan sus acciones, en consecuencia, el foco central debe estar en delimitar e identificar correctamente la información proveniente de las actitudes, información que puede ser de origen cognitivo, afectivo o conductual.

Con base en lo anterior, uno de los postulados más significativos de la Teoría de Acción Planeada (TAP), es que la conducta es antecedida por una intención que, a su vez, cuenta con unos factores antecedentes que ayudan a comprender su ocurrencia; entre estos factores se encuentran las creencias relacionadas con un objeto, la evaluación de estas y la norma subjetiva, la cual se forma a partir de la percepción de lo que se cree, tanto propia y colectivamente (Fishbein y Ajzen, 2011).

Ahora bien, para hacer un análisis más profundo de la TAP, es necesario conceptualizar dos variables de las cuales parte esta teoría, como son la intención y el comportamiento. De acuerdo con Montano y Kasprzyk (2015), el primer término está asociado a un deseo o propósito introspectivo del sujeto, es decir, noción de lo que la persona piensa que puede ocurrir al exteriorizar una conducta determinada, mientras que, en el siguiente plano la segunda definición describe el proceder de un individuo que efectivamente se pone de manifiesto ante una circunstancia específica.

En este orden de ideas, de acuerdo con lo manifestado por Ajzen (2011), se puede evidenciar una correspondencia mutua entre ambos elementos, pues en el momento que la persona obtenga una orientación particular en su intención, la conducta resultante es dirigida hacia el mismo sentido. Para poder llegar a esta fase es necesario que el sujeto transite por un conjunto de situaciones que le guíen, positiva o negativamente, a tomar una decisión respecto a determinadas circunstancias, por lo que se requieren examinar tres factores, que se detallan en la figura 1.



Figura 1. Factores que intervienen en la TAP

Fuente: Adaptado de Ajzen (1991)

Por otra parte, dado que la conducta humana es una variable compleja de predecir, según Abraham y Sheeran (2017) la TAP puede relacionarse con la Teoría de Metas, fundamentándose en la idea de que los individuos deben decidir cuáles comportamientos son los más idóneos para lograr los objetivos; en este sentido, las implicaciones motivacionales que tiene para una persona la consecución de una meta podrían mejorar los modelos basados en las conductas y actitudes.

En función de lo planteado por Kroesen, Handy y Chorus (2017), la actitud se traduce como el comportamiento que la persona adopta cuando se encuentra frente a una circunstancia que, en la mayoría de los casos, se ve significativamente impactada por la inclinación afectiva que pueda existir, los sentimientos que se puedan experimentar al contemplar una situación y la actuación lógica o ilógica que se produce en consecuencia, de este modo, la actitud se puede traducir como

la postura que tiene el individuo frente a un hecho en particular, fundamentado en sus creencias, conocimientos y formas de pensar.

Posteriormente, la siguiente etapa del proceso está asociada a la norma subjetiva, que se describe como la influencia que puede ejercer el juicio de terceras personas en la orientación del comportamiento del individuo, obedeciendo a un código normativo colectivo (Roos y Hahn, 2017).

En este aspecto, Ajzen (1991) señala que este es un elemento en el cual la persona puede sustentar su acción tomando como base las opiniones del resto del grupo. Por último, en lo que respecta al control de comportamiento percibido, este se encuentra vinculado con la actuación que la persona ejecuta, basando su proceder en los elementos analizados anteriormente (Cristea y Gheorghiu, 2016); por ende, la conjunción de estos factores hace posible que las circunstancias actuales se proyecten hacia la materialización de la conducta ideal.

Aplicando la TAP al estudio que ocupa esta investigación, a partir de la problemática existente en relación con las ITS en la población adolescente afrocolombianos de la ciudad Barranquilla, se podrían inferir las actitudes asumidas por los jóvenes ante esta preocupante situación, la cual puede ser intervenida por la oportuna orientación de sus padres, acudientes y docentes, entre otros, que finalmente canalicen el proceder de estos integrantes de la comunidad a tomar medidas de prevención.

4.3.2. Modelo Socio-Cognitivo.

En el Modelo Socio-Cognitivo (MSC), Bandura (1986) expone que el aprendizaje humano se construye con base en las relaciones del medio social y por medio de la observación se adquieren conocimientos, habilidades, creencias y actitudes que modelan el comportamiento individual y

ejercen una fuerte presión en las acciones propias y las decisiones. En este sentido, Moscoso y Díaz (2018) señalan que el ser humano es capaz de evaluar la utilidad o conveniencia de ciertos tipos de comportamientos de acuerdo con las consecuencias que se generan y actuando en razón de ello.

Así las cosas, el modelamiento se convierte en un factor crítico en este esquema, dado que la observación pasa a ser un elemento fundamental para aprender del entorno (Hikal, 2017). Por tal motivo, el individuo al interactuar en el contexto donde desarrolla sus conductas pasa por cuatro etapas: I) la atención que se presta a los elementos relevantes del medio; II) la retención, que implica decodificar y transformar el mensaje; III) la producción, que consiste en materializar la información en conductas observables abiertas; y IV) la motivación, en donde el individuo se ve retroalimentado por las conductas adoptadas (Bandura y Rivièrè, 1982). Los factores mencionados se ven reflejados en la figura 2.

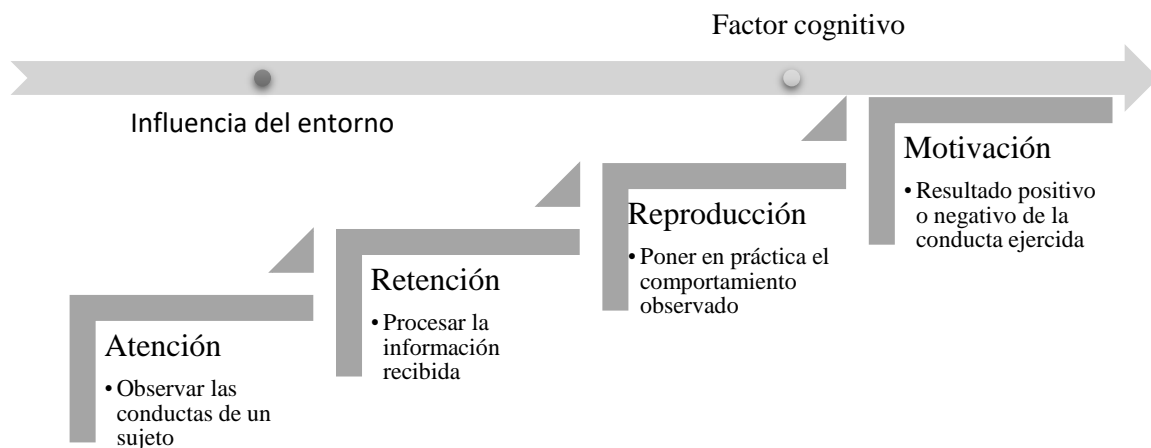


Figura 2. Factores influyentes en el modelo socio-cognitivo y etapas de desarrollo

Fuente: Adaptado de Bandura y Rivièrè (1982)

Tal como se mencionó antes, la etapa de atención se manifiesta a partir de la visualización que hace la persona de las conductas que se desarrollan en el entorno, las cuales deben ser lo suficientemente llamativas como para sentir el impulso de querer imitarlas, teniendo en cuenta que, diariamente se observan situaciones de toda índole, mas no todas logran generar interés. De este modo, Williams y Rhodes (2016), complementan afirmando que la captación de información es fundamental para predecir posteriores conductas. En lo que respecta a la retención, la habilidad que tenga el individuo para captar los detalles distintivos contemplados en el comportamiento que se desea replicar juega un papel destacado, pues de lo contrario, sería necesario volver a apreciar las características del ejemplo que quiere asemejar (Dooley y Schreckhise, 2016).

Por su parte, la reproducción se basa en la destreza que muestra el sujeto al emular la conducta examinada anteriormente, obteniendo a partir de ello resultados originales que pueden ser acertados o errados, considerando que pueden existir limitaciones físicas y mentales que impiden lograr los efectos planificados. No obstante, cobra importancia la labor de ejercitar la conducta en forma constante, contribuyendo así al perfeccionamiento de habilidades (Schwarzer, Luszczynska, Benyamini, Johnston y Karademas, 2016).

El último elemento que concreta la aplicación exitosa del modelo es la motivación, que viene a ser lo que define la posibilidad de que la persona imite nuevamente o no el comportamiento que ha sido de su interés. Este componente, está condicionado por los premios o penitencias que perciba en el entorno ante una determinada actuación, previo a la puesta en práctica de la conducta a replicar; en caso de que la respuesta sea positiva, existe una mayor probabilidad que se repita regularmente.

Es importante destacar que, al transitar por cada una de las etapas descritas, permanentemente está presente el factor conductual que se ve altamente influenciado por el ambiente social en el que se desarrolla el individuo, el cual puede tener un nivel de incidencia variable (Cooley, 2017). De igual manera, se encuentra el componente cognitivo que se encuentra vinculado al proceso mental en el que el sujeto reacciona activamente ante los estímulos recibidos, recopilando la información puesta a su disposición para transformarla en conocimiento.

Planteando este modelo al objetivo de la investigación, se podría manifestar que al mostrar material audiovisual educativo acerca de las ITS, complementando con testimonios, orientación médica y opinión de expertos, es posible que la juventud barranquillera logre mayor consciencia y pueda evidenciar por sí misma los efectos adversos de sus decisiones al respecto, así como también valorar los beneficios del cuidado de su cuerpo. Es preciso brindar acceso a diversas fuentes informativas que les ayuden a que este aprendizaje perdure en el tiempo, al mismo tiempo que contribuya a replicar en su contexto acciones en pro de una vida sexual sana.

4.3.3. Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales.

El Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMHC), desarrollado inicialmente por Fisher y Fisher (1992) constituye un aporte sustancial para el estudio, pues esboza los componentes necesarios para lograr una adecuada promoción de la salud, en este caso la educación sexual. El modelo parte de tres variables críticas, el conocimiento (información), las actitudes (motivación para actuar en función de la información) y las habilidades para actuar de manera efectiva frente al problema de salud (Fisher y Fisher, 1992).

En función de lo anterior, parte del planteamiento expuesto por Fisher et al. (2009) gira alrededor del argumento de que la información y motivación que recibe la persona modifican su

conducta frente a la situación de salud que presenta. Por ende, las acciones que estos realizan provocan cambios profundos en las habilidades conductuales que, a su vez, son utilizadas para iniciar y sostener en el tiempo conductas de promoción de su salud. La figura 3 esquematiza la interacción entre los componentes del prototipo indagado.

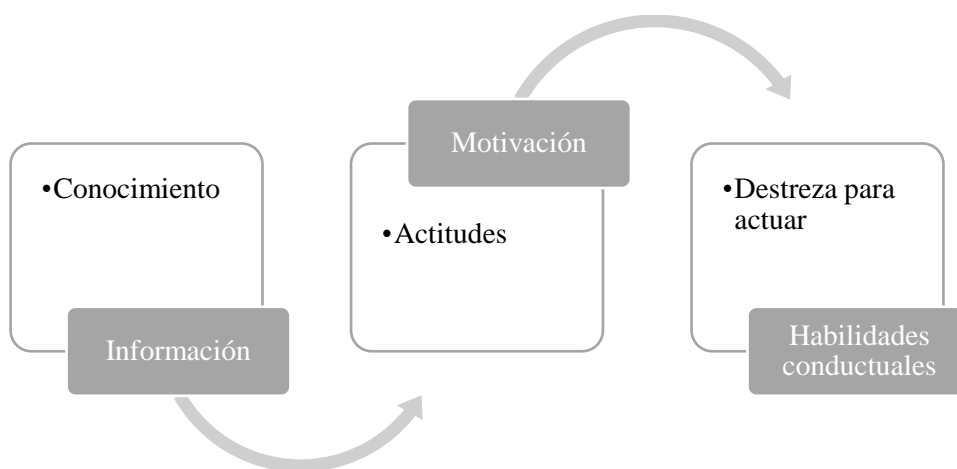


Figura 3. Correlación entre los factores que integran el modelo IMHC

Fuente: Adaptado de Fisher y Fisher (1992)

Así las cosas, de acuerdo con los preceptos establecidos por el modelo, el desarrollo de un comportamiento específico se fundamenta en la instrucción que efectivamente se recopile de un conjunto de circunstancias, adicional al incentivo que se genere en el individuo para ejecutar repetidas veces las acciones inherentes a la conducta, así como el aprendizaje de destrezas conductuales que permiten al individuo involucrarse estrechamente con el comportamiento asumido.

Por otra parte, es posible que al suministrar información a la persona se evidencie un cambio a nivel cognitivo, mas no necesariamente de grado conductual (Medina, Negrete y Piña, 2019). Cuando el sujeto perciba estímulos que demuestren los beneficios de la puesta en práctica de un

comportamiento específico, a la vez que propicie el aprendizaje de nuevas habilidades, se podrán observar los resultados previstos (Campuzano, Rodríguez, Soriano y Rodríguez, 2016).

Con base en los postulados expuestos de estos tres modelos, es posible comprender e interpretar que al modificar la información que reciben los adolescentes respecto a los cambios que están experimentando en su vida sexual, su comportamiento, actitud y decisiones en este ámbito serán más efectivas, así como también positivas para su bienestar. Por tal motivo, el sustento teórico del programa COMPAS contribuye a comprender que es posible transformar las decisiones que toman los adolescentes con respecto a la actividad sexual, previniendo así situaciones complejas que afecten su calidad de vida.

4.4. Características socioculturales de la comunidad afrocolombiana

De acuerdo con la Constitución Política de 1991, se reconoce a Colombia como un pueblo multiverso, enraizado con costumbres ancestrales que en algunos casos provienen del continente africano; en este sentido, la comunidad afrocolombiana cuenta con derechos colectivos que afianzan su diversidad étnica y cultural (Const., 1991). Por tal motivo, la Ley 70 de 1993 constituye una referencia importante en la historia del país sobre la distinción de esta comunidad, definiéndola específicamente como un conjunto de familias que poseen una cultura propia, quienes comparten un nexo a través de tradiciones y costumbres, lo cual le otorga una identidad que debe ser protegida por el Estado (Molina, 2017).

En este orden de ideas, desde el ámbito jurídico se dictaminó que este grupo étnico conformado por hombres y mujeres, cuenta con una marcada ascendencia lingüística y cultural originaria de tierras africanas, de donde provienen, muchos en condiciones de esclavitud, debido a la época de colonización. Asimismo, hoy en día se conoce que esta migración fue heterogénea,

por lo que es necesario comprender que cada subconjunto afrocolombiano puede incluir una extensa diversidad grupal, entre los que se pueden mencionar: palenqueros, raizales, los radicados en los valles interandinos, Costa Atlántica y Pacífica, así como las zonas insular y caucana (Ministerio de Cultura, 2018).

En función de lo anterior, se valida el reconocimiento de la importancia que tiene esta población para la cultura colombiana; y, adicionalmente, por su expresiones, costumbres y tradiciones propias, cuentan con patrones de comportamientos particulares que invitan a diseñar estrategias específicas, sobre todo en el contexto de la educación sexual. Por tal razón, el Ministerio de Educación Nacional (MEN) concretó mediante el Decreto 1122 de 1998 la creación de la denominada Cátedra de Estudios Afrocolombianos, con el propósito de tratar temas y actividades pedagógicas asociadas con la cultura de estos pueblos (MEN, 2019). Así las cosas, es imprescindible comprender sus características del comportamiento sexual y reproductivo, que pueden estar asociadas a factores socioculturales de esta colectividad que habita en Colombia, especialmente la que se ubica en la ciudad de Barranquilla.

4.5. Estrategias educativas para la prevención de ITS y embarazo precoz

En este ámbito, Carr y Packham (2017), iniciaron estudios con el propósito de contribuir al esfuerzo que se está realizando para reducir las tasas de embarazo adolescente en el país, con base en programas de educación sexual fundamentados en la abstinencia. Empleando una metodología cuantitativa con un diseño documental, los autores encontraron que la política de abstinencia en realidad no tiene efecto sobre la tasa de natalidad o aborto de los adolescentes; por el contrario, conlleva a desmejorar las tasas de enfermedades de transmisión sexual en algunos de los estados analizados. Por otra parte, constataron que las políticas estatales pueden

influencias las tasas de ITS, lo cual es un hallazgo relevante si se toma en cuenta que las decisiones del Estado en esta materia pueden impactar positivamente en la reducción de este tipo de infecciones sexuales en los jóvenes.

En este sentido, el principal aporte que realiza esta investigación gira en torno a que se corrobora, de manera científica, que la reducción de ITS y consecuencias derivadas de una inadecuada educación sexual debe estructurarse sobre la base de modelos empíricamente comprobados, y no solo tratar de prohibir las relaciones por medio de la abstinencia, pues con base en lo anterior es posible confirmar que los métodos soportados en la abstinencia no surten el efecto esperado, por lo tanto, no disminuyen la problemática. De este modo, se corrobora que los programas de intervención deben ajustarse a la población objeto, tomando en cuenta modelos teóricos validados.

Asimismo, Wood y Hendricks (2017) utilizan la investigación-acción participativa para elaborar estrategias adaptadas a los jóvenes con el propósito de lograr una mejor prevención del embarazo precoz. La finalidad del estudio fue incorporar a 24 adolescentes que asisten a la escuela secundaria para comprender más cercanamente sus percepciones e inquietudes sobre la sexualidad. Los resultados mostraron que los mensajes de prevención provenientes de educadores u otros adultos no consideran sus necesidades y estilo de vida específico, por lo que es necesario buscar los canales de comunicación adecuados para fomentar una efectiva educación sexual desde los contextos escolares.

Entre tanto, Brawner, Jemmott, Wingood, Reason y Mack (2018), abordan la prevención del VIH/ITS entre adolescentes negros heterosexuales con enfermedades mentales, con el objeto de adelantar intervenciones para este segmento demográfico que, según sus afirmaciones, se

encuentra más desprotegidos frente a otros grupos. Para ello, se estudiaron siete grupos de sujetos (N=33) identificando factores sociales, culturales y psicológicos que influyen en las conductas sexuales de riesgo. En los hallazgos indicaron que es necesario integrar programas preventivos con el tratamiento de la salud mental que contribuyan a mejorar la toma de decisiones de estas personas.

Por otra parte, Jackson (2016), afirma que, en instituciones educativas exclusivas para el sexo masculino o femenino, las cohortes de niñas cuentan con menos embarazos precoces. En este sentido, John, Walsh y Weinhardt (2017), hallaron que la interacción entre individuos del mismo género produce efectos directos e indirectos positivos, reduciendo la probabilidad de contraer embarazos no deseados o el incremento de conductas violentas. Esta evidencia pareciera reportar que el comportamiento sexual riesgoso podría estar influenciado de algún modo por el entorno; además, que la conducta puede ser explicada por el modelo de Información – Motivación – Habilidades conductuales (IMHC).

En este orden de ideas, si el comportamiento puede ser modificado por medio de modelos teóricos como el IMCH, entonces el programa COMPAS, el cual se fundamenta en dicha teoría, podría generar un impacto positivo en la población objeto de estudio. Por tal motivo, tanto el estudio realizado por Jackson (2016) como el realizado por John et al. (2017), aportan elementos relevantes para comprender el comportamiento de los jóvenes cuando se encuentran en grupos homogéneos y cómo pueden ser modificadas sus actitudes frente a su vida sexual.

En el ámbito latinoamericano, la situación es similar, puesto que, gracias a los estudios impulsados por Albán y Lucia (2018) fue posible confirmar que el 54,61% de los jóvenes desconocen la sexualidad en términos generales, así como las dimensiones que implica, tales

como la prevención del VIH, anatomía y fisiología sexual, reproductiva. En definitiva, Albán y Lucía (2018) permiten comprender que los adolescentes comúnmente presentan deficiencias en el conocimiento de su sexualidad, lo cual podría generar escenarios de mayor complejidad, bien sea por la propagación de ITS o la presencia de embarazos no deseados, que traen consecuencias negativas que afectan su bienestar.

Esta evidencia deja expuesto, que, claramente existen falencias en el conocimiento de los adolescentes y que, además, las entidades educativas no cuentan con elementos suficientes para fortalecer este aspecto. Por ello, la familia también es otro de los componentes fundamentales en la educación sexual, dado que complementa notoriamente las potenciales debilidades que puedan tener los jóvenes en esta materia. Este supuesto es confirmado por Pineda, Cuenca, Céspedes, Ríos y Haderlein (2018); quienes exploran a profundidad los diálogos y saberes que tienen los padres y madres de adolescentes sobre la sexualidad, constatando de esta manera que los progenitores aprenden sobre su sexualidad con base en la experiencia vivida y este elemento de conocimiento, a su vez, es transferido a sus hijos.

Con base en lo anterior, el fundamento del discurso aún gira en torno a la abstinencia, mientras que se excluyen temas relevantes como las ITS, pornografía y diversidad sexual. En consecuencia, las estrategias de intervención para promover una adecuada salud sexual deben sustentarse en la formación y comunicación en la familia, dado que este es uno de los primeros acercamientos que tiene el adolescente con los cambios que está experimentando en esta etapa de su vida. Por otra parte, la familia representada por los padres puede ejercer un impacto significativo en las decisiones que el individuo tome sobre su sexualidad.

Por su parte, Mendoza et al. (2012) expone de forma clara que la actividad sexual precoz está presente en los adolescentes, lo que requiere con urgencia la aplicación de programas educativos en esta materia. Seguidamente, tanto García y González (2016) como Cardona, Ariza, Gaona y Medina (2015) argumentan, que existe un escaso conocimiento en los adolescentes con respecto a la sexualidad, sugiriendo que la educación sexual debe ser reorientada para generar un mayor impacto en esta población.

Adicionalmente, Villegas y Tamayo (2016) exponen la problemática de las ITS en función del alto nivel de prevalencia existente en los jóvenes de escuelas ubicadas en la ciudad de Medellín, Colombia, demostrando la gravedad del problema. Parte de las causas es la inexistencia formal de un programa nacional que permita educar sexualmente a los jóvenes en las instituciones educativas, tal como lo ha señalado Morales et al. (2019), dejando así un vacío importante en esta materia. Lo anterior trae como consecuencia el incremento en el embarazo precoz, señalado por Mendoza et al. (2016) como un problema de salud pública que este asociado a la adquisición de ITS o VIH puesto que el adolescente por lo general no toma las precauciones del caso.

Como mecanismo para mitigar el impacto de la prevalencia de ITS, VIH y embarazos precoces surge la necesidad de contar con Programas de Prevención y Promoción (PyP), los cuales se conforman por una serie de actividades que fomentan el autocuidado y control en las personas, con el propósito que estén en capacidad de identificar los riesgos a los que están expuestos en el ámbito de la salud (Guillem, Alonso y Ortego, 2019). Sin embargo, Körük, Aypay, Salimoğlu y Dinç (2019) exponen que aquellos programas de promoción y prevención que se orientan a modificar el comportamiento son más eficaces que los centrados en impartir solo conocimiento, asimismo, Klein et al. (2017) manifiestan que programas específicos de salud

sexual dirigidos a comunidades afrodescendientes, tiene un mayor impacto en las conductas y los resultados de las decisiones que toman los sujetos.

En respuesta a esta realidad, el programa Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable (COMPAS) surge como una herramienta de apoyo para fortalecer un conjunto de competencias y habilidades en los jóvenes. Por ello, es posible utilizarlo como una estrategia educativa puesto que, de manera intrínseca, se forma a los jóvenes en aspectos como la negociación con la pareja en lo que tiene ver con las relaciones sexuales, la comunicación abierta con familiares y amigos, la conciencia sobre la importancia de la prevención de ITS, tolerancia y aceptación de personas con VIH/SIDA, el liderazgo en amigos cercanos materializado a través de la muestra de una conducta sexual responsable; así como otras cualidades significativas que son la base de valores que identifican al ser humano.

Finalmente, la revisión de la literatura en el ámbito local, permitió evidenciar que el 94,8% de estudiantes de bachillerato conocen mecanismos anticonceptivos y el 92,1% ha recibido información al respecto, sin embargo, solo el 39,3% indicó haber conocido estos temas en el colegio (Rubio, Gómez y Puerta, 2018). Estos hallazgos, indican que el conocimiento y práctica, así como las características socio demográficas, impactan significativamente en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

5. Marco empírico

En la presente sección, se describen los objetivos del estudio tanto general como específicos, asimismo, se detallan las hipótesis que orientan la investigación y la metodología empleada en el desarrollo del trabajo, destacando aspectos como diseño, técnicas, participantes, procedimiento y variables.

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo general.

Evaluar la eficacia del programa COMPAS para promocionar una sexualidad saludable en adolescentes afrocolombianos de la ciudad de Barranquilla.

5.1.2. Objetivos específicos.

- Determinar los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes afrocolombianos estudiantes del Colegio La Esmeralda y la Institución Etnoeducativa Paulino Salgado Batata, pertenecientes al grupo control y el grupo experimental, previo a la exposición al programa COMPAS.
- Comparar los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales, antes y después de la exposición al programa COMPAS, de los adolescentes afrocolombianos pertenecientes al grupo control y el grupo experimental, con base en los modelos teóricos predictivos propuestos.

5.2. Hipótesis

En función del problema planteado y los objetivos definidos, es necesario entonces determinar las hipótesis que orientan sobre la efectividad del programa COMPAS, la cual fue contrastada por medio de los resultados de la prueba T-Student y ANOVA, explicadas en detalle en la sección metodológica. Con base en lo anterior, se redactaron los siguientes postulados de investigación.

5.2.1. Hipótesis general.

Los adolescentes afrocolombianos que reciben el programa COMPAS modifican sus conocimientos sobre VIH e ITS, así como las creencias, actitudes y comportamientos sexuales.

5.2.2. Hipótesis específicas.

- H1a) Los adolescentes que reciben el programa COMPAS incrementaron sus actitudes positivas hacia la sexualidad que el grupo control.
- H1b) Los adolescentes del grupo control y experimental incrementaron sus actitudes positivas hacia la sexualidad con respecto a su evaluación inicial en la fase pretest.
- H2a) Los adolescentes que reciben el programa COMPAS mejoraron su asertividad sexual que el grupo control.
- H2b) Los adolescentes del grupo control y experimental mejoraron su asertividad sexual con respecto a su evaluación inicial en la fase Pretest
- H3a) Los adolescentes que reciben el programa COMPAS mejoraron más sus conocimientos sobre sexualidad que el grupo control.

- H3b) Los adolescentes del grupo control y experimental mejoraron sus conocimientos sobre sexualidad respecto a su evaluación inicial en la fase pretest.
- H4a) Los adolescentes que reciben el programa COMPAS incrementaron más sus actitudes positivas hacia la gente con VIH que el grupo control.
- H4b) Los adolescentes del grupo control y experimental incrementaron sus actitudes positivas hacia la gente con VIH respecto a su evaluación inicial en la fase pretest.
- H5a) Los adolescentes que reciben el programa COMPAS mejoraron la autoeficacia hacia el uso del preservativo que el grupo control.
- H5b) Los adolescentes del grupo de control y experimental que reciben el programa COMPAS mejoraron la autoeficacia hacia el uso del preservativo respecto a su evaluación inicial en la fase pretest.

5.3. Metodología

5.3.1. Diseño de investigación.

El estudio se sustentó en el paradigma positivista, dado que la realidad que se pretende abordar fue explicada por medio de métodos numéricos orientados a medir los efectos del programa COMPAS en la educación sexual de los adolescentes afrocolombianos de la ciudad de Barranquilla (Kelly, Dowling, y Millar, 2018). En este sentido, se empleó un enfoque cuantitativo, que facilite la comprensión del fenómeno utilizando técnicas analíticas propias de la estadística. Al respecto, Creswell y Creswell (2017) señalan que este tipo de estudios persiguen abordar un objeto mediante procedimientos que permitan que los resultados sean extrapolables y replicables a otro tipo de población.

Según su alcance, el presente estudio fue cuasi-experimental, estableciendo para ello un grupo control y un grupo experimental, con el fin de poder contrastar si la intervención realizada a través del programa señalado efectivamente contribuyó a mejorar significativamente el conocimiento sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de dicha población.

De acuerdo con lo señalado por Campbell y Stanley (2015), el modelo cuasi experimental, se emplea en las ciencias sociales cuando las variables no son total y completamente controladas por el investigador. En este sentido, constituyen una herramienta eficaz para evaluar los efectos de intervenciones, como se pretende en el presente proyecto, puesto que existen factores en los individuos y del entorno que no pueden ser controlados en su totalidad.

5.3.2. Variables.

A continuación, se indica la variable independiente y las dependientes de acuerdo al diseño de investigación propuesto.

Tabla 1.

Variables independiente y dependiente

Tipo	Variables
Independiente	Programa COMPAS
Dependiente	Conocimientos, creencias, actitudes, comportamientos.

Fuente: elaboración propia (2020)

Es importante mencionar que en futuras investigaciones se comprobará por medio del análisis de ecuaciones estructurales un modelo teórico que permita evidenciar la interrelación entre variables mediadoras tales como conocimientos, creencias, actitudes, comportamientos y algunas

moderadoras como religiosidad, rendimiento académico, consumo de drogas. Por lo tanto, a fines del presente estudio solo se están presentado resultados iniciales de la eficacia del programa COMPAS de forma sencilla. Seguidamente, se expone la operacionalización de la variable empleada en el estudio; articulada con el desarrollo de los objetivos, los indicadores, instrumentos y autores del caso, para sustentar teóricamente la aplicación de las diferentes medidas sobre conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos sexuales en los adolescentes.

Tabla 2.

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Autor
VIH e ITS	Conocimientos	a) Conocimiento general sobre VIH. b) Conocimiento sobre condones. c) Conocimiento sobre formas de ITS. d) Transmisión. e) Conocimiento sobre las ITS. f) Prevención y conocimiento de otras ITS.	Escala de conocimiento de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en población adolescente.	Espada, Guillen, Morales, Orgilés y Sierra (2014).
	Creencias	a) ¿Crees que las personas de su edad usan condones durante las relaciones sexuales?	Escala de conocimiento, actitudes, creencias normativas y control percibido.	Gómez et al. (2018).
	Actitudes	b) ¿Con qué frecuencia crees que tus amigos usan condones? c) ¿En qué medida crees que las personas importantes para ti, esperan que uses adecuadamente el condón cuando tienes relaciones sexuales? d) ¿En qué medida estás dispuesto a cumplir con las expectativas de personas que son importantes para ti? e) Intención y sexualidad.		
Comportamientos	a) ¿Qué tan probable es que uses condón? b) ¿Qué tan difícil es usar condón? c) El uso de condones como método de protección en términos de incomodidad.	a) Escala de percepción del control. b) Escala de asertividad sexual (SAS). c) Escala de autoestima sexual. d) Escala de actitudes hacia el uso de condones.	Snell y Papini (1989), Morokoff et al. (1997), Fisher, White, Byrne y Kelley (1988)	

Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Autor
Socio demografía Sociocultural	Datos personales, educativos, religiosos y familiares	a) Género. b) Edad. c) Nacionalidad. d) Ciudad. e) Institución educativa. f) Religión y asistencia a los servicios religiosos. g) Situación familiar. h) Número de hijos. i) Nivel socioeconómico.	Escala demográfica Ministerio de Salud y Protección Social.	Elaboración propia cuestionario <i>ad hoc</i> . Morales et al., 2018)

Fuente: elaboración propia (2020)

5.3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

En cuanto a las técnicas e instrumentos de investigación, se indican las pruebas tipo *pretest* y *posttest* definidas en el cuadro de operacionalización en la columna denominada **instrumentos**, las cuales permiten realizar un diagnóstico inicial y posterior a la intervención realizada.

Adicionalmente, se utilizó la revisión documental como mecanismo para indagar en la literatura sobre proyectos similares, lo que a fin de cuentas contribuyó a contrastar los avances que se evidencian en este campo de estudio. Para ello, se hizo uso de bases de datos científicas que mostraron publicaciones en revistas de corriente principal, entre estas, destacan *Web of Science*, *Science Direct* y *Scopus*, tanto en idioma inglés como español, para enriquecer las teorías empleadas. En cuanto a las medidas se emplearon los siguientes, de acuerdo con la literatura sobre la educación sexual:

- a) *Características demográficas*: medida a través del instrumento Encuesta demográfica Ministerio de Salud y Protección Social (2015) en la que se aplicó un cuestionario de 14 preguntas que evaluaron el género, edad, nacionalidad, ciudad, institución educativa, religión y asistencia a los servicios religiosos, situación familiar y número de hijos y nivel socioeconómico (Minsalud, 2015). Asimismo, el comportamiento sexual fue evaluado con las preguntas 15 a 24 que se encuentran dentro de este mismo cuestionario, preguntando a los adolescentes que informen su situación personal (relaciones sentimentales actuales y orientación sexual), la edad de sus primeras experiencias sexuales (caricias, sexo vaginal, sexo anal, sexo oral y masturbación mutua), el tipo de prácticas sexuales en las que han participaron, y el uso de métodos de anticonceptivos (incluso no anticoncepción, condones, anticoncepción oral, etc.). En particular, las 18 a la 24 se consulta más a fondo sobre la percepción normativa y

la autoeficacia percibida de los participantes en lo referente al uso del condón (Minsalud, 2015).

- b) *Conocimiento de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en población adolescente*: Esta variable fue medida por una escala con la misma denominación desarrollada por Espada et al. (2014) y validada en Colombia por Abello et al. (2020). Este instrumento evalúa mediante 24 afirmaciones aspectos relacionados con el conocimiento del VIH y otras ITS (conocimientos generales acerca del VIH; conocimientos sobre el uso del condón; conocimientos acerca de vías de transmisión del VIH; conocimientos acerca de otras ITS y conocimientos acerca de la prevención del VIH). Cada ítem tiene como opción de respuesta: Falso, Verdadero o No lo sé.
- c) *Conocimiento, actitudes, creencias normativas y control percibido*: se hizo referencia a cuatro elementos: ¿Crees que las personas de tu edad usan condones durante las relaciones sexuales? (sí o no); ¿Con qué frecuencia crees que tus amigos usan condones? (siempre, casi siempre, a veces, nunca); ¿En qué medida crees que las personas importantes para ti esperan que uses adecuadamente el condón cuando tienes relaciones sexuales?, escala de Likert de siete puntos: 1) no se espera que use condón, 7) se espera que use condón; y, ¿En qué medida estás dispuesto a cumplir con las expectativas de personas que son importantes para ti?, escala Likert de siete puntos: 1) absolutamente no está dispuesto, 7) completamente dispuesto, obteniéndose además un Alfa de Cronbach para este ítem de 0,779 (Espada et al., 2014).
- d) *Intención y sexualidad*: en la última escala de percepción del control se evaluaron tres ítems utilizando una escala tipo Likert de siete puntos para saber qué tan capaces son de usar condón: ¿Qué tan probable es que uses condón? 1) no es probable que use

condón a 7) muy probable; ¿Qué tan difícil es usar condón? 1) no es difícil en absoluto a 7) muy difícil; y, Soy capaz de usar condón (Gómez et al., 2020).

- e) *Asertividad sexual* de Morokoff et al. (1997) y Sierra, Vallejo & Santos (2011), así como autoestima sexual (Snell y Papini, 1989) para medir el comportamiento sexual fundamentado en tres componentes principales: a) asertividad sexual de inicio, de rechazo y de embarazo-enfermedades de transmisión sexual (E-ETS), la cual está compuesta por 18 ítems valorados en una escala de tipo Likert de 5 alternativa con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,812.
- f) *Actitudes hacia la sexualidad*: Fueron evaluadas con la escala breve de actitudes hacia la sexualidad (SOS; Fisher, White, Byrne & Kelley, 1988). Se emplearía la versión breve validada para población hispana por (Vallejo-Medina, Granados & Sierra, 2014), conformada por 6 ítems valorados en una escala de tipo Likert de 7 alternativas, que evalúan erotofobia-erotofilia (actitudes positivas o negativas hacia la sexualidad). Por otra parte, se obtuvo un Alfa de Cronbach para esta escala de 0,825 adecuado para su aplicación.
- g) *Actitudes al VIH/SIDA*: Se evaluaron las actitudes hacia el sexo seguro cuando hay obstáculos, las actitudes para completar una prueba de VIH, las actitudes hacia el uso del condón y los comportamientos hacia las personas que presentan el SIDA, incluidos los comportamientos relacionados con el apoyo y la incomodidad y los comportamientos hacia aquellos que tienen una relación cercana con la persona afectada. Para ello se empleó la escala de actitudes del VIH / SIDA, que cuenta con 11 ítems que se califican en una escala Likert de cuatro puntos (de 1 = Completamente en desacuerdo a 4 = Completamente de acuerdo) obteniéndose un Alfa de Cronbach de

0,802 de consistencia interna aceptable para su aplicación (Espada et al., 2013; Gómez-Lugo et al., 2020).

- h) *Fobia al VIH*: Para la evaluación de esta variable se empleó la escala multicomponente de fobia al SIDA (Espada et al., 2013, Harrell y Wright, 1998), en su versión validada en Colombia por Vallejo-Medina et al. (2018). Con este instrumento se midió el miedo a infectarse con el VIH y las conductas de evitación en contextos relacionado con la presencia de SIDA. Se compuso de 11 ítems calificados en una escala Likert de cinco puntos (1 = Completamente en desacuerdo a 5 = Completamente de acuerdo), asimismo, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,810 de consistencia interna adecuado para su aplicación.
- i) *Errores y problemas del uso del condón*: En aras de verificar el procedimiento empleado por los adolescentes en el uso del condón y los posibles errores acaecidos en el mismo, se administró una encuesta elaborada ad hoc que cuenta con 16 preguntas con una escala de respuesta de 4 opciones, todas ellas referentes a la frecuencia de ocurrencia de cada conducta.

Dado que los mencionados instrumentos ya están validados científicamente por las investigaciones previas de cada uno de los autores, se considera que estos cuentan con la fiabilidad y confiabilidad pertinente para el caso colombiano.

5.3.4. Participantes.

La muestra del presente estudio estuvo conformada por jóvenes adolescentes afrocolombianos de la ciudad de Barranquilla. Tomando en consideración lo establecido por la OMS (2019), la adolescencia corresponde al rango de edad entre 14 y 18 años, por lo que el estudio solo se remitió este grupo poblacional, incluyendo hombres y mujeres. En cuanto al ámbito de

geográfico, el estudio se desarrolló en el contexto de los *Colegios La Esmeralda y la Institución Etnoeducativa Paulino Salgado Batata* definiendo una muestra intencional no probabilística de 128 adolescentes afrocolombianos que cumplieron con criterios de inclusión, que es definido por Arias, Villasís y Novales (2015), como un procedimiento en el que se seleccionan de manera deliberada los individuos que cumplen con una determinada característica o criterio de inclusión, en este caso, edades comprendidas entre los 13 y 19 años y cursantes del 6° a 11° grado de la institución.

En términos teóricos, los grupos experimentales son aquellos donde se seleccionan los sujetos que participan en una intervención o prueba específica, mientras que en el control los individuos no están expuestos a ningún cambio, intervención o alteración con el fin de comparar los resultados con el grupo experimento (Aloe et al., 2017), por lo tanto, los 128 estudiantes tomados como muestra se dividieron en dos segmentos, el primero conformado por 64 sujetos para el grupo experimental y 64 en grupo control, todos ellos asignados de manera aleatoria y manteniendo una proporcionalidad cercana al 50% entre hombres y mujeres.

5.3.5. Procedimiento.

A continuación, se explica en detalle todas las fases del estudio mostrando inicialmente las etapas iniciales de revisión de literatura, así como los componentes esenciales para la elaboración del marco teórico y referencial de la investigación. Posteriormente, se exponen las actividades principales realizadas durante la intervención con el programa COMPAS siguiendo el diseño cuasiexperimental planteado y, por último, los procedimientos estadísticos para dar cumplimiento a los objetivos e hipótesis desarrolladas.

5.3.5.1. Fase I. Revisión de la literatura.

En esta fase se consultaron bases de datos de artículos científicos (*Web of Science, Science Direct y Scopus*) para identificar los autores que sustentaran el estudio, asimismo, en la búsqueda se organizaron las publicaciones e instrumentos que se emplearon durante el proceso. Una vez compilada la literatura base, se procedió a seleccionar los instrumentos y medidas que permitieran evaluar los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes afrocolombianos.

5.3.5.2. Fase II. Diagnóstico inicial en grupos control y experimental (Pretest).

Con base en el diseño cuasiexperimental planteado, luego de definir y conformar los grupos control y experimental, se procedió a aplicar los instrumentos de investigación en la fase *pretest*, de esta manera contó con una primera medición que indicó los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales con los que cuentan los jóvenes objeto de estudio.

5.3.5.3. Fase III. Ejecución de la intervención COMPAS.

En esta etapa se realizó una fidelización de la aplicación posterior a las sesiones, observando su comportamiento, así como la trazabilidad de sus respuestas en todos los instrumentos aplicados, esto con el propósito de obtener una data con el mayor número de casos completos posible. Seguidamente, se aplicaron los procedimientos establecidos por el programa COMPAS en un conjunto de 5 sesiones con una duración aproximada de 1 hora, únicamente al grupo de intervención (experimental), a fin de comparar si esto resultaba en cambios efectivos en su comportamiento y conducta. Es importante, indicar que el programa fue aplicado por las investigadoras a cargo del estudio.

5.3.5.4. Fase IV. Diagnóstico posterior en grupos control y experimental (Postest).

Posterior a la intervención con el programa COMPAS, se inició la última etapa denominada *postest*, en donde se aplicaron nuevamente los instrumentos a fin de observar estadísticamente si se evidenciaban cambios significativos en las respuestas y, por ende, en los resultados finales del estudio, todo ello según lo parametrizado en el plan de análisis propuesto.

5.3.5.5. Fase IV. Análisis de datos.

Los datos de los instrumentos aplicados fueron tabulados en una base de datos (Microsoft Excel) que posteriormente fue configurada en el programa SPSS versión 24 para realizar los análisis estadísticos correspondientes. En orden de los objetivos de estudio, primeramente, se ejecutaron los análisis descriptivos para obtener la caracterización general del grupo de estudiantes, destacando aspectos sociodemográficos, familiares y personales. Seguidamente, se analizó el conocimiento de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en población adolescente propuesta por Espada, Guillen, Morales, Orgilés y Sierra (2014). Adicionalmente, se estudiaron las actitudes al VIH/SIDA elaborada por Espada et al. (2013) y Gómez-Lugo et al. (2018), así como la asertividad sexual (SAS) de Morokoff et al. (1997). En esta fase se ejecutó un procedimiento descriptivo que mostró estas variables para así determinar la situación inicial utilizando estadígrafos como promedio y porcentajes.

Posteriormente, en cumplimiento del *segundo objetivo de la investigación*, se realizó la prueba T Student para evidenciar los cambios entre la situación inicial (pretest) y final (postest) tanto para grupo de control como experimental (intra e inter sujeto), tomando como referencia las mismas dimensiones señaladas anteriormente en el objetivo 1 (conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos). En este caso se expusieron tanto elementos descriptivos (tablas,

gráficos, medias, medianas, etc.) como los inferenciales (resultados de la T Student y ANOVA).

Vale señalar, que la ANOVA se empleó únicamente para las variables sociodemográficas y socioculturales (religión, educación) puesto que las categorías de contraste en este caso son mayores a dos y la prueba T Student no sería la indicada.

Finalmente, a fin de dar respuesta al tercer objetivo se realizó un análisis bivariado con los puntajes obtenidos en cada una de las medidas de las escalas y las características sociodemográficas y culturales del instrumento, complementándose con pruebas T Student para comprobar si hubo cambios significativos. Adicionalmente, es importante mencionar que, en función del enfoque cuantitativo de la investigación, fue necesario emplear procesos analíticos como la prueba T Student, la cual busca comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los promedios de dos grupos, en este caso, control y experimental; mientras que el análisis de varianza ANOVA se utilizó en el caso de que las variables tuvieran más de dos categorías (Sánchez, 2015).

6. Resultados

6.1. Caracterización de los participantes

En primera instancia, se muestran las características sociodemográficas, familiares y personales de los 128 jóvenes analizados.

6.1.1. Caracterización sociodemográfica.

Al analizar los datos se encontró que existe una prevalencia superior de hombres (52,3%) con respecto a las mujeres (47,7%), por otra parte, la totalidad de los estudiantes pertenecen al estrato 1, mientras que la edad promedio se ubicó en los 16 años, sin embargo, el mínimo de edad fue 13 años y el máximo 19 años, señalando este hecho lo heterogéneo de la edad para este grupo. Vale destacar que los resultados tanto para el grupo experimental como control son similares dada lo homogéneo de la muestra. A continuación, se exponen aspectos asociados con la situación familiar, obviando la pregunta *número de hijos*, pues en ningún caso aplicó.

6.1.2. Caracterización de la situación familiar.

Con respecto a la valoración de la relación entre los padres, el 33,6% indica que es muy buena e incluso buena (36,7%), esta cifra sugiere que en más del 64% de los hogares existen vínculos amorosos y de respeto entre los familiares; sin embargo, un importante 23,4% manifiesta que éstas son regulares por lo que se infiere que en parte de los casos pudiese haber problemas intrafamiliares que afecten a los adolescentes. En el 6,1% de las respuestas se observó una evaluación negativa entre mala y muy mala, razón que urge atender ante posibles escenarios que deriven en violencia de cualquier tipo. Por otro lado, el concubinato o unión libre (conviven) es la forma más común de estado civil entre los padres, pues el 34,4% manifestó que solo conviven.

Asimismo, los casados representan un 18,8% y, por el contrario, el 24,2% se encuentra separado. Igualmente, resulta claro que los adolescentes habitan hogares numerosos que en promedio tienen 6 miembros; mientras que aquellos que sufrieron separación de padres lo vivieron cuando tenían cerca de 5 años de edad. Además, las cifras indican que apenas un 6,3% (n=8) fueron desplazados de su territorio, consecuencia de la situación de conflicto armado que vivió Colombia.

Siguiendo con el análisis, se detalla el nivel educativo de la madre y padre en estos núcleos familiares, mostrando que el contexto educativo de ambos padres se ubica en torno al bachillerato con 51,6% en el padre y 57,8% en la madre. Sin embargo, se observa una ligera diferencia entre ambos grupos, pues en el caso de la madre los porcentajes en postgrado (3,9%) y pregrado (6,3%) son superiores a los padres, lo que es un indicativo de que las mujeres tienen una tendencia mayor a culminar estudios universitarios.

Seguidamente, se exponen variables moderadoras como la religión y la asistencia a eventos de este tipo en la figura 4, obteniéndose que el bachillerato es la categoría de mayor representatividad.

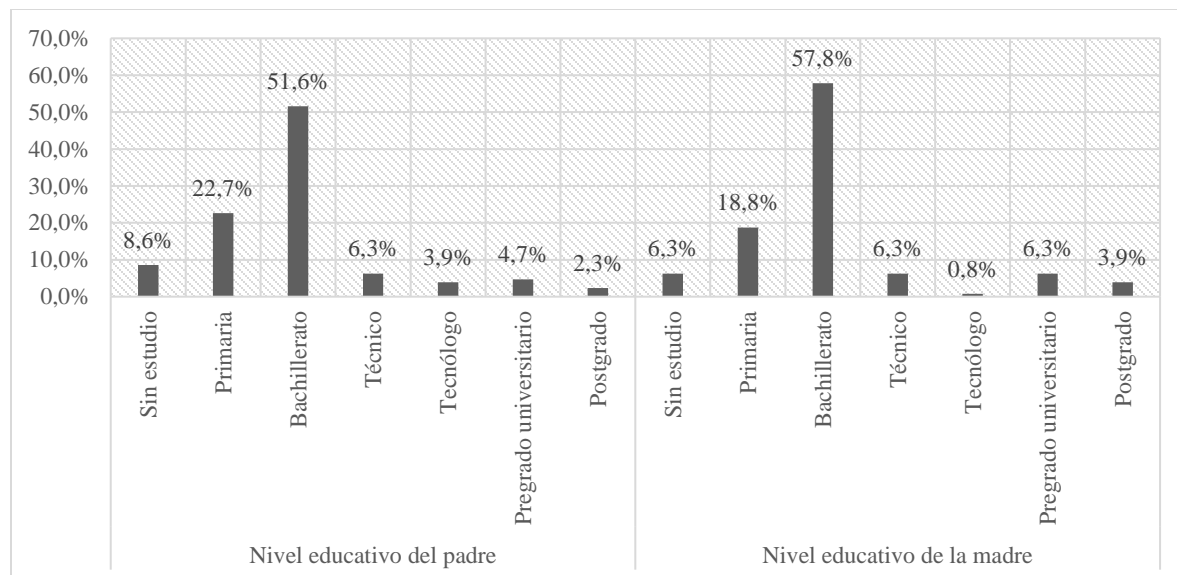


Figura 4. Nivel educativo de la madre y padre

Fuente: elaboración propia (2020)

6.1.3. Caracterización de la situación personal.

Destaca la importancia que tiene la religión cristiana (35,9%) frente a la católica (21,9%); sin embargo, el 32% de los estudiantes no profesan preferencia alguna y se mantienen al margen de este tipo de prácticas. Por su lado el 10,2% indica que son otras sus creencias en este aspecto. De aquellos que son activos en el ámbito religioso, el 37,5% asegura asistir como máximo una vez por semana, no obstante, se observó que los sujetos que manifestaron *ninguna religión* (32%) afirman asistir a eventos de este tipo en algunos casos, por lo que se puede inferir que lo hacen en calidad de acompañante con otros amigos o familiares, sin que esto signifique su compromiso religioso con alguna de estas tendencias.

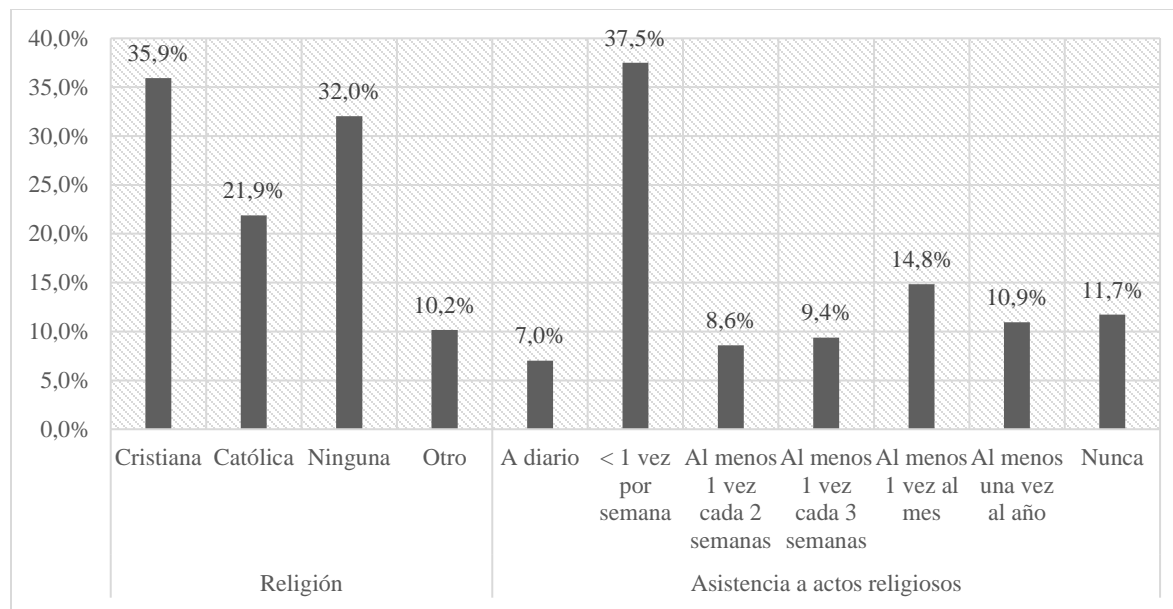


Figura 5. Religión y asistencia a eventos

Fuente: elaboración propia (2020)

6.2. Conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos de los adolescentes afrodescendientes

En el presente apartado, describe el grado de conocimiento, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de todos los adolescentes afrocolombianos participantes en el estudio, con el propósito de establecer la situación inicial de diagnóstico en estos aspectos. Antes de iniciar el análisis, se resumen variables asociadas con la conducta destacando elementos como pareja y relaciones sexuales de los estudiantes. En los jóvenes se observa que cerca de la mitad tiene novio/a, y además mantienen relaciones sexuales con su pareja (46,4%), lo que indica una vida sexual activa en los adolescentes. En contraparte, apenas el 20,8% afirma no tener compañero sentimental pero sí tiene relaciones sexuales, lo cual, permite inferir que lo hacen con amigos cercanos en otro tipo de contextos. Sin embargo, la mayoría (79,2%), señala que no tiene novio/a y no mantiene relaciones sexuales de ninguna clase, la figura 6 resume estos análisis.

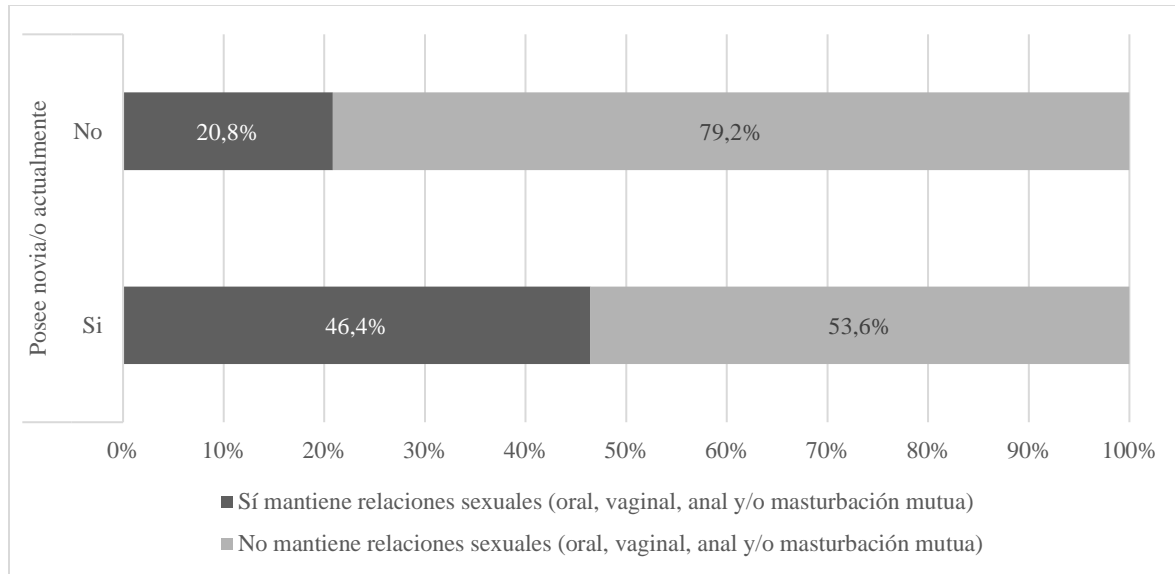


Figura 6. Posee novio actualmente – mantenimiento de relaciones sexuales

Fuente: elaboración propia (2020)

A fin de profundizar en estas asociaciones, se expone los resultados de una prueba Chi Cuadrado la cual confirma si estas dos variables son dependientes. En este caso se comprueba en la tabla 3 que no tener novio/a está asociado a la abstinencia, como lo evidencia el p valor < 0.05 (0.002), mientras que aquellos que sí tienen pareja se relaciona directamente con una actividad sexual, por otra parte, el no tener novio/a no significa que no tengan relaciones sexuales, dado que lo realizan con otras personas, esto sin necesidad de un lazo sentimental.

Tabla 3.

Prueba de asociación X^2 posee novio/a – mantiene relaciones sexuales

Variable	Chi-cuadrado	P valor
Posee novio/a actualmente	9,479	,002*

Nota: *p valor significativo al 0.05; confianza del 95%.

Con respecto a las prácticas sexuales durante los últimos seis (6) meses se resume en la tabla 4 indica aquellos que sí mantienen relaciones sexuales (oral, vaginal, anal y/o masturbación mutua), y su asociación con la cantidad de personas con las que ha estado sin condón durante los

últimos seis (6) meses, durante toda su vida y la edad de la pareja. Se determina que en el último semestre los estudiantes afirman que solo han practicado sexo con una (1) persona, representando un 32% del total de adolescentes. Asimismo, algunos manifiestan que a lo largo de toda su vida lo han hecho con dos (2) personas. Otro dato interesante es la edad de la pareja actual, dado que en los activos sexualmente el promedio es de 18 años, contrario a los que se mantienen al margen con 17 años.

Tabla 4.

Mantiene relaciones sexuales (oral, vaginal, anal y/o masturbación mutua)

	Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales con penetración durante los últimos 6 meses sin condón			Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales con penetración en toda su vida			Edad de la pareja actual		
	Media	IC al 95%	%	Media	95,0% CL inferior para media	%	Media	95,0% CL inferior para media	%
Si	1	1 a 2	32,00%	2	1 a 3	32,00%	18	16 a 19	32,00%
No	n.a	n.a	68,00%	n.a	n.a	68,00%	17	16 a 18	68,00%

Nota: (n.a): no aplica; IC al 95%: Intervalo de confianza

Fuente: elaboración propia (2020)

Complementariamente, se preguntó sobre la probabilidad de ejercer conductas sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas en los próximos dos (2) meses. De acuerdo a los datos de la figura 7, el 80% está seguro que no tendrá sexo si ha consumido drogas (psicoactivas), asimismo, el 55% opina lo mismo si ha abusado del alcohol, no obstante, en este último caso, el 19% indica que *puede ser* que realice esta conducta. En contraste, más de la mitad de los adolescentes está totalmente seguro que pedirá a otra persona que use el condón antes de la penetración o lo buscará si lo necesita. Adicionalmente, entre un 13% y 20% manifiesta que *puede ser*, por lo que no está convencido de su decisión al momento de presentarse el evento. Existen algunos extremos que señalan que sí tendrán sexo bajo la influencia del alcohol o drogas (2% a 4%) o no recurrirán al uso del condón (5% a 8%).

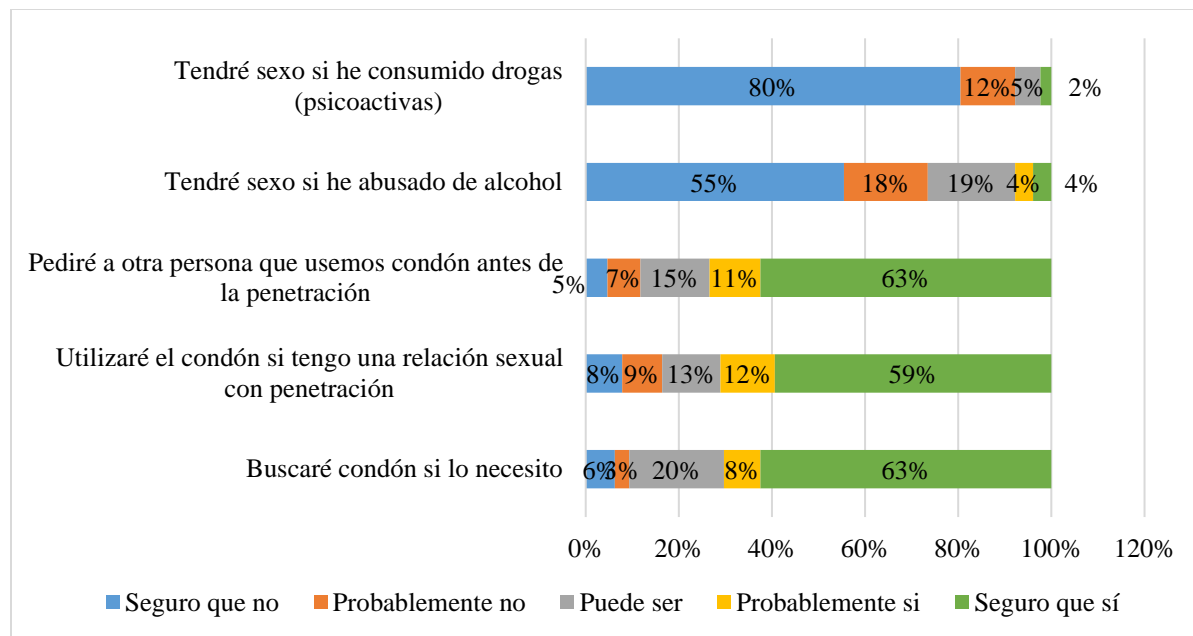


Figura 7. Probabilidad de conductas en los próximos dos meses

Fuente: elaboración propia (2020)

Con respecto a la Bluyineada se observa en la tabla 5 que el 26,6% ha realizado esta práctica, iniciando en promedio a los 11 años de edad, por su lado, la penetración vaginal es mucho más representativa llegando al 35,2% iniciándose entre los 10 y 13 años. Aquellos casos donde afirman tener penetración anal (10,9%), a pesar de ser pocos en comparación con el resto se destaca que ésta se inició en promedio entre los 6 y 11 años de edad. Igual situación se manifiesta en la masturbación con otra persona y el sexo oral. En tal sentido, resultaría relevante indagar si estas relaciones sexuales a tan temprana edad fueron con personas de su misma edad o mayores.

Tabla 5.

Prácticas sexuales según edad a la que inició esta conducta

Variables	Práctica		Edad media a la que inicio	IC al 95%
	Si	No		
Bluyineada	26,60%	73,40%	11	[9 - 12]
Penetración vaginal	35,20%	64,80%	11	[10 - 13]

Penetración anal	10,90%	89,10%	9	[6 - 11]
Sexo oral	16,40%	83,60%	10	[8 - 12]
Masturbación con otra persona	10,20%	89,80%	9	[6 - 11]

Fuente: elaboración propia (2020)

En cuanto al uso del condón la figura 8 reseña los porcentajes de uso correcto en las primeras relaciones. Partiendo de los que señalan tener relaciones sexuales, se identifica que el 22,7% no usó correctamente el condón en esta primera interacción sexual, mientras que el 20,3% sí lo ha hecho. En términos relativos, si se tomara la totalidad de casos que tuvieron relaciones sexuales, este 22,7% que no utilizó el condón correspondería a cerca de la mitad del grupo, lo cual es una cifra importante que expone la poca usabilidad de este método.

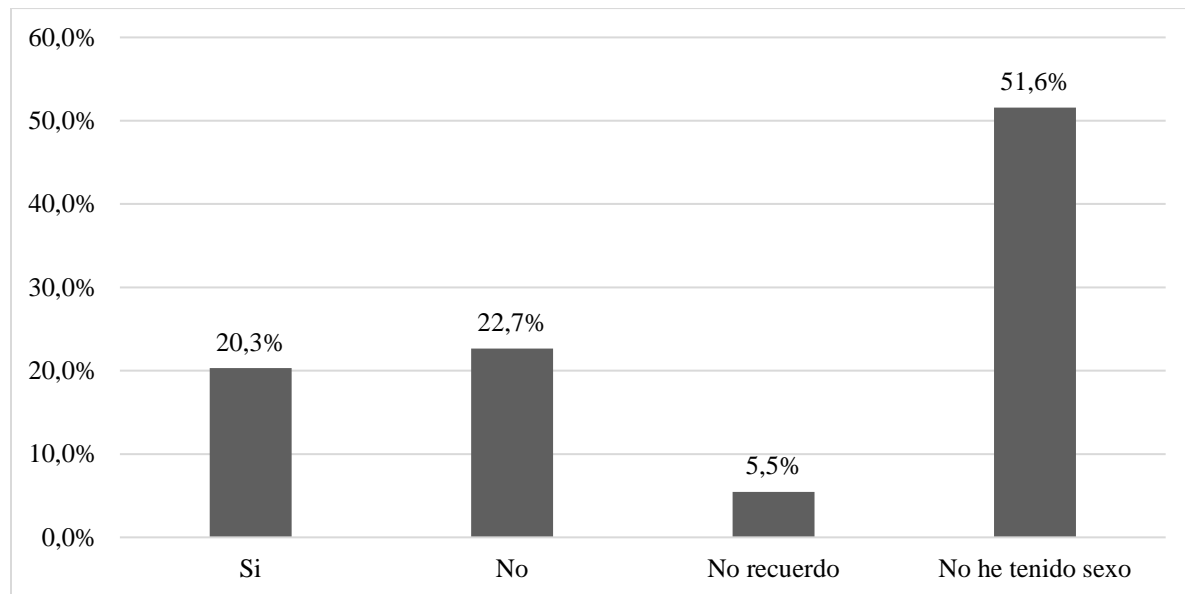


Figura 8. Uso de condón correctamente en la primera relación con penetración

Fuente: elaboración propia (2020)

Específicamente según el tipo de actividad sexual, la figura 9 muestra las situaciones donde se empleó el condón. Existe un alto porcentaje de sujetos que no han tenido sexo, sin embargo, la utilización del condón está más presente en las relaciones sexuales con penetración vaginal

(21,1%) y en menor medida se emplea en el sexo oral y anal (10,2% para ambos). Además, se pone de manifiesto que la práctica anal es poca recurrente en contraste con las otras.

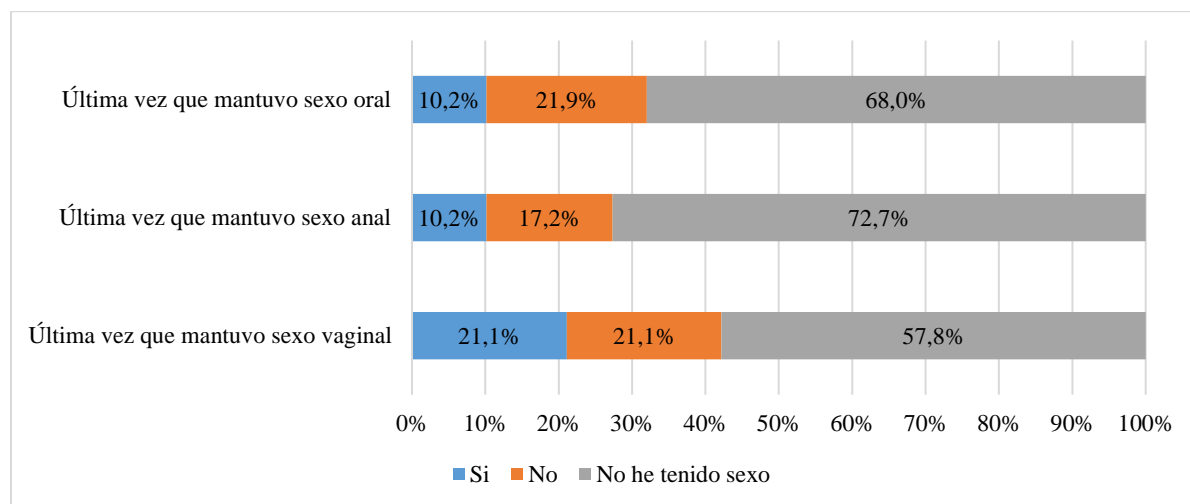


Figura 9. Uso del condón correctamente

Fuente: elaboración propia (2020)

En cuanto a la frecuencia, la figura 10 resume la actividad durante los últimos 6 meses. En este caso, en los últimos seis (6) meses el 70,3% de los jóvenes no han tenido relaciones sexuales vaginales o anales, no obstante, el segundo porcentaje más representativo se concentra en 1 o 2 veces por semana (12,5%) e incluso 3 o más veces a la semana (9,4%), solo un pequeño grupo afirma tener sexo todos o casi todos los días (0,8%).

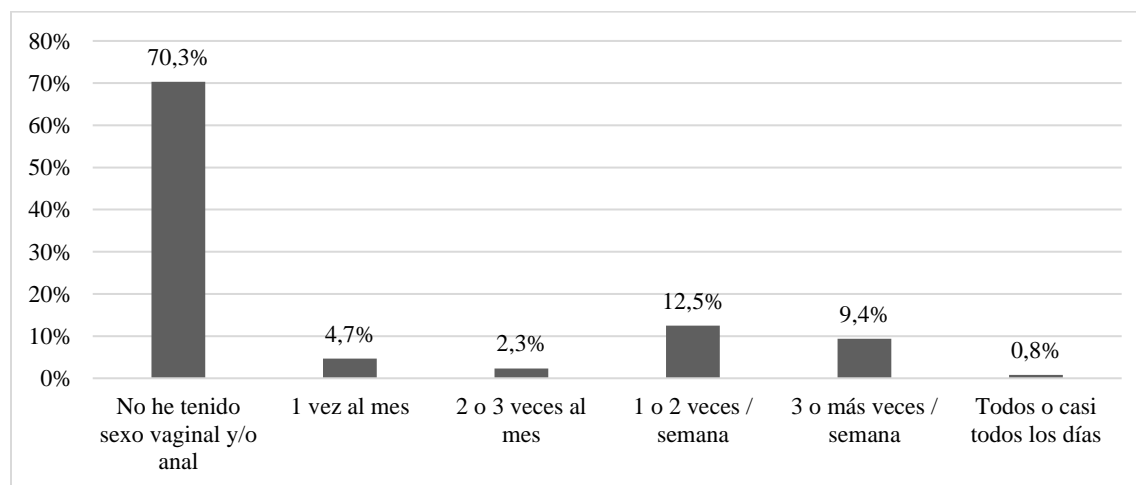


Figura 10. Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses Fuente: elaboración propia (2020)

Por ello, es relevante el uso del condón en las ocasiones donde exista la penetración vaginal y/o anal, en función de ello, se conocieron las diferentes opiniones respecto a este método mostradas en la tabla 6. Al indagar en los adolescentes sobre su percepción sobre el condón se encontró en la escala del 1 al 7, donde los valores inferiores corresponden a posiciones negativas y las superiores a positivas, que el 51% lo considera agradable (sumatoria de los puntajes por encima del valor 4) y un 39% se inclina por el desagradado, un 10% asumió una postura neutral (posición 4 en la escala) al respecto.

Siguiendo esta misma lógica de análisis, el 61% que conglomeró los valores 5, 6 y 7 de la escala se asoció con lo saludable que puede ser el condón, salvo el 33% que no lo cree de esta manera. En concordancia con lo anterior, el 63% piensa que es *bueno y beneficioso*, mientras que el 52% reafirma la idea que es *placentero*. En general, el 58% señala aspectos positivos del condón, en contraposición del 33% que se inclinó por los rasgos negativos de este método.

Tabla 6.

Percepción del condón como método de protección

Extremo inferior	1	2	3	4	5	6	7	Extremo superior
Muy desagradable	29%	1%	9%	10%	10%	13%	28%	Muy agradable
Nocivo	24%	2%	7%	6%	9%	15%	37%	Saludable
Muy malo	20%	5%	5%	7%	6%	14%	42%	Muy bueno
Muy dañino	20%	2%	6%	9%	7%	16%	39%	Muy beneficioso
Muy molesto	21%	4%	9%	15%	11%	13%	28%	Muy placentero
Promedio	23%	3%	7%	10%	9%	14%	35%	

Fuente: elaboración propia (2020)

Por ende, se preguntó sobre su efectividad como herramienta para prevenir embarazos e ITS, obteniéndose los resultados señalados en la figura 11. Aunado a la percepción positiva sobre el condón, reflejado en análisis anteriores, se observa que el 60,2% está totalmente de acuerdo con que el condón es un método efectivo para prevenir embarazos e infecciones sexuales, sin embargo, retomando los datos expuestos en la tabla 4, contrasta que el 32% ha mantenido sexo

en los últimos 6 meses con su pareja sin utilizar este dispositivo. Adicionalmente, un 14,8% considera está en desacuerdo con los beneficios reportados, asumiéndose que no estarían dispuestos a utilizarlo como una herramienta de protección.

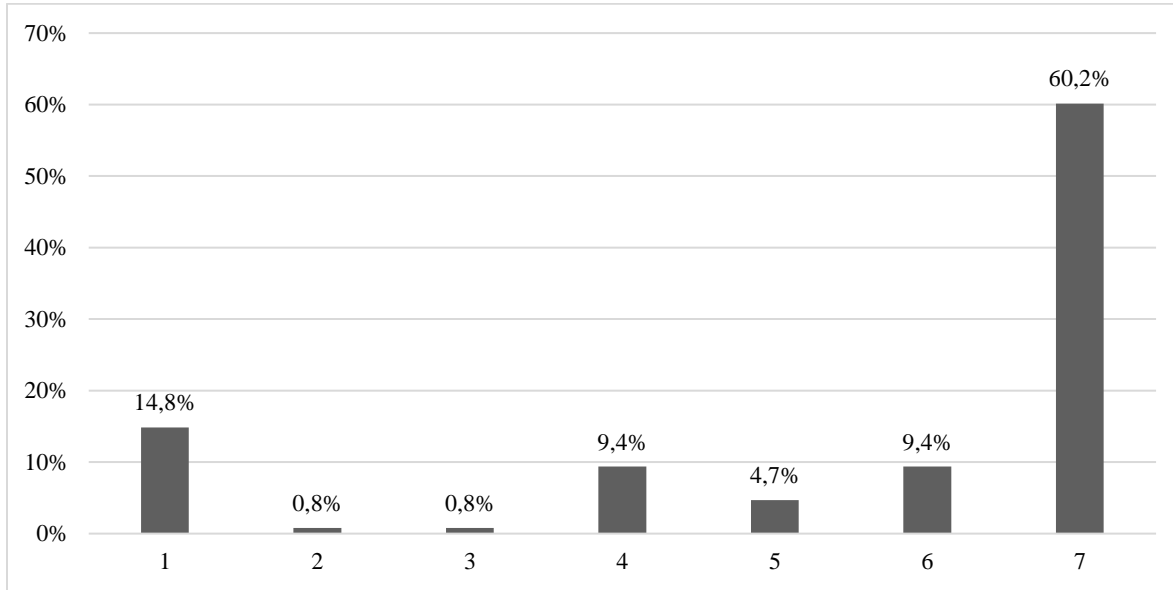
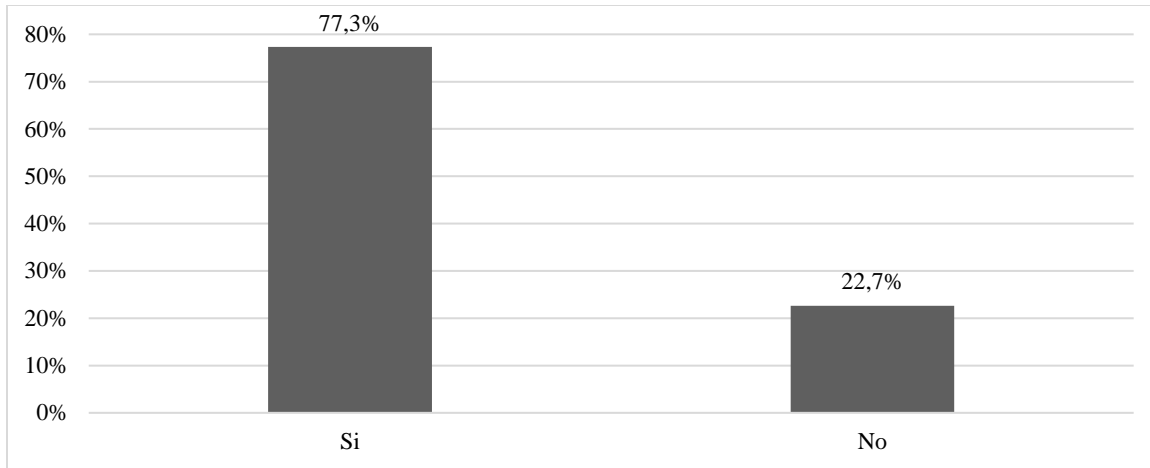


Figura 11. El condón como método para prevenir embarazos e infecciones sexuales

Nota de la escala: Totalmente en desacuerdo = 1; Totalmente de acuerdo = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

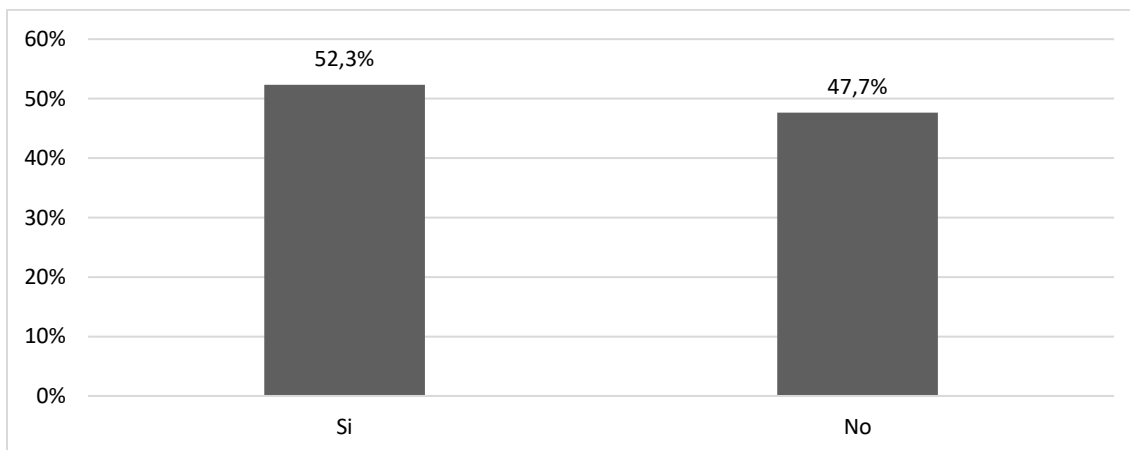
Posteriormente, se indagó sobre la percepción normativa, relacionada con la facilidad para conseguirlos, el uso por parte de otros compañeros y su relevancia en las relaciones sexuales. De forma contundente se determina en la figura 12, que para los adolescentes es fácil conseguir los condones, por lo que están disponibles para la venta en cualquier tipo de establecimiento sanitario o supermercado, en este sentido, es positivo que tengan esta percepción pues así serán más accesibles para este grupo etario.



*Figura 12.*Facilidad para conseguir condones

Fuente: elaboración propia (2020)

Igualmente, se evaluó si consideran que los demás compañeros lo emplean correctamente, destacándose estos hallazgos en la figura 13. Las opiniones en este aspecto se encuentran divididas, pues el 52,3% considera que efectivamente los compañeros hacen uso del condón en sus relaciones sexuales, no obstante, el 47,7% opina todo lo contrario.



*Figura 13.*Considera que los compañeros usan condones en sus relaciones sexuales

Fuente: elaboración propia (2020)

En este orden de ideas, se preguntó específicamente la frecuencia con la que piensan que los demás utilizan el condón en sus relaciones sexuales, obteniéndose los resultados de la figura 14. En concordancia con afirmaciones anteriores, el 51,6% cree que a veces los compañeros usan

condones, similarmente, el 18,8% considera que esta práctica se realiza casi siempre e incluso siempre (10,2%).

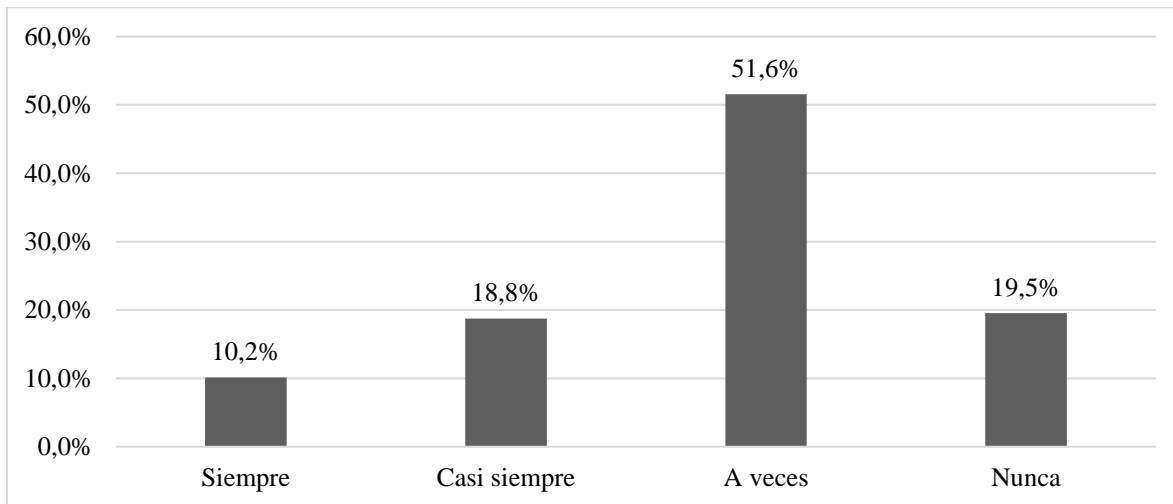


Figura 14. Frecuencia con que cree que los compañeros usan los condones en las relaciones sexuales

Fuente: elaboración propia (2020)

Desde la perspectiva de los terceros, se indagó sobre la medida en que otros esperan que usen el condón al momento de tener relaciones sexuales con penetración, la figura 15 muestra las respuestas obtenidas. Resulta claro de las cifras expuestas, que los adolescentes perciben que los demás están siempre preocupados por la utilización del condón como método de prevención de embarazos e ITS. Así lo reseña el 41% que se inclina por el grado 7 de la escala, seguido el 6 con 20%, en contraparte, un 14% manifiesta que para otros no es importante que se utilice el condón, infiriéndose que probablemente los padres, amigos o familiares cercanos no han mantenido una comunicación efectiva en estos temas

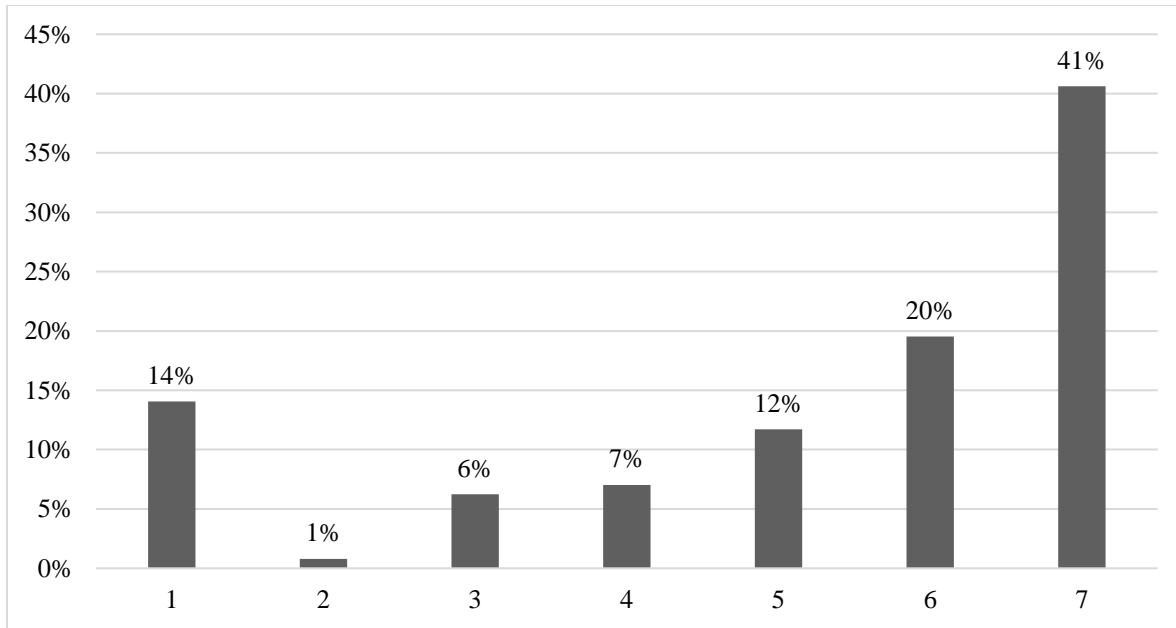


Figura 15. Medida que las personas que son importantes esperan que use el condón cuando tengas sexo

Nota: No esperan que use condón = 1; Esperan que use = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

Asociado con las manifestaciones anteriores, la figura 16 muestra que un 14% no está dispuesto a cumplir con las expectativas generales que tienen las personas importantes para ellos, esto supone una problemática implícita pues no demostrarán esfuerzos por ajustar el comportamiento y conductas a los valores, consejos o demás lineamientos que puedan surgir del entorno familiar o de la comunidad donde se desenvuelve, sobre todo en aquellas que son importantes para el sujeto.

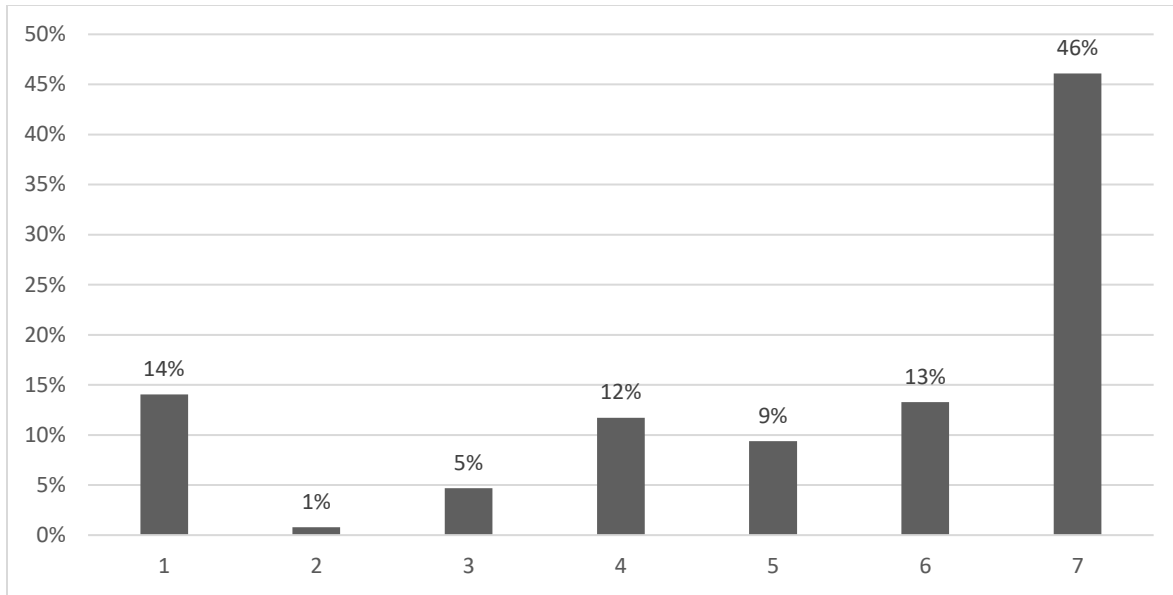


Figura 16. Grado de disposición a cumplir con las expectativas en general de las personas que son importantes para ti

Nota: Nada dispuesto = 1; Totalmente dispuesto/a =7

Fuente: elaboración propia (2020)

Seguidamente, se expone la probabilidad de utilizar el condón de forma correcta, midiendo así la autoeficacia en la figura 17. A pesar de tener un conocimiento moderadamente positivo sobre el condón como método preventivo, y la denominación de agradable, saludable, beneficioso etc., para este implemento, se observa que es muy probable que lo utilicen correctamente (42%); lo que indica que su conocimiento sobre la forma de emplear este dispositivo es moderado. Por el contrario, las categorías orientadas a *nada probable*, tales como 5, 6 y 7 totalizan un 31%, señalando esta cifra la proporción de jóvenes que no se sienten seguros al usar el condón.

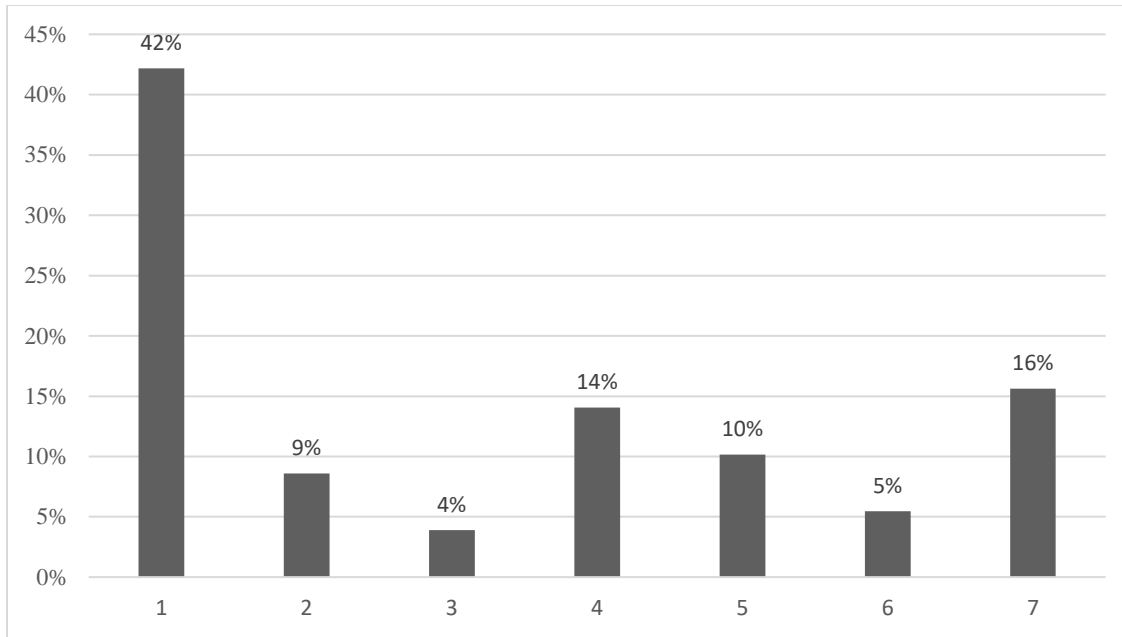


Figura 17. Probabilidad de utilizar el condón correctamente

Nota: Muy probable = 1; Nada probable = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

Este argumento, se fortalece a partir de los resultados señalados en la figura 18 sobre la facilidad de utilización. En este caso, el 23% se inclina por la opción cercana a *más difícil*, que sumado a las categorías 2 y 3 con 5% y 8%, respectivamente, alcanzando 36%. Por su lado, el 19% se ubicó en la tendencia central o neutral, mientras que el 45% optó por los valores 5, 6 y 7, asociados con la facilidad para el uso.

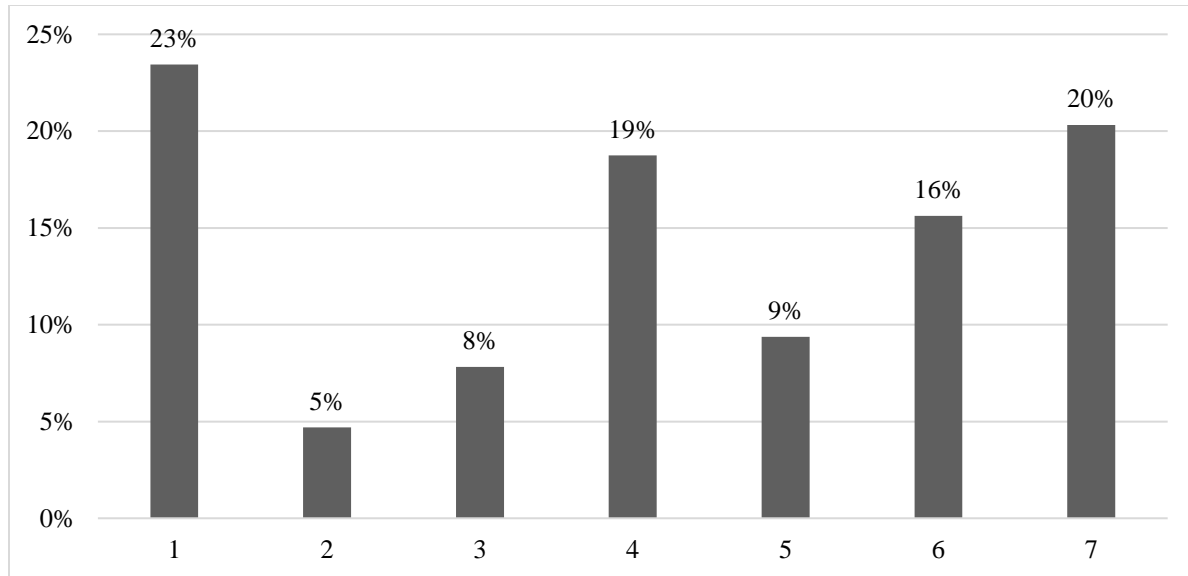


Figura 18. Que tan fácil/difícil es o será utilizar el condón cuando tenga sexo con penetración

Nota: Muy difícil = 1; Nada difícil = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

Adicionalmente, la autoeficacia asociada con la capacidad para emplear el condón al momento de la relación sexual si así lo desea, obtuvo las siguientes cifras mostradas en la figura 19. Con base en las cifras, la mayoría concuerda con que será capaz de utilizar el condón, independientemente si esta utilización es difícil o no, tal como se demostró en la figura anterior. En este sentido, los adolescentes consideran que tienen la suficiente capacidad para decidir el momento más idóneo para emplear el método de prevención. No obstante, hay casos, concretamente el 18%, que piensa que no tiene las habilidades necesarias para ejecutar esta práctica de manera efectiva.

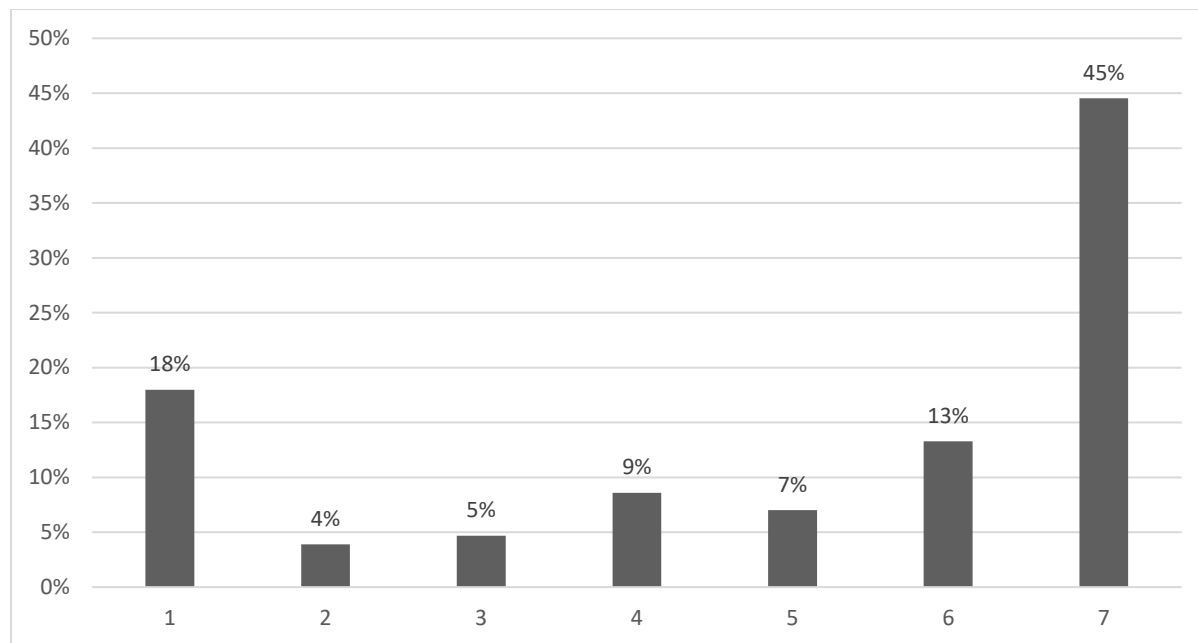


Figura 19. Seguridad de la capacidad de utilizar condón durante sexo vaginal, anal y oral si así lo desea

Nota: Totalmente en desacuerdo = 1; Totalmente de acuerdo = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

A continuación, se presenta este hecho en términos de probabilidad en la figura 20. Las barras indican la cantidad de estudiantes (en proporción) que indicaron cierta probabilidad de uso del condón, en este caso, al observar la primera barra se interpreta que el 9% de los jóvenes manifestó que tienen un 0% de probabilidad de utilización; es decir, nunca lo emplearían; mientras que el 52% de los participantes seleccionó que esto puede llegar a ocurrir un 10% de las veces. En el resto de porcentajes de probabilidad la proporción de respuestas no supera el 6% y se distribuyen equitativamente en las demás las opciones, así las cosas, apenas se interpreta que un 5% ha empleado el condón un 90% de las veces que ha tenido penetración vaginal o anal; partiendo de estos resultados, se asume que es muy baja la utilización de esta herramienta entre los jóvenes.

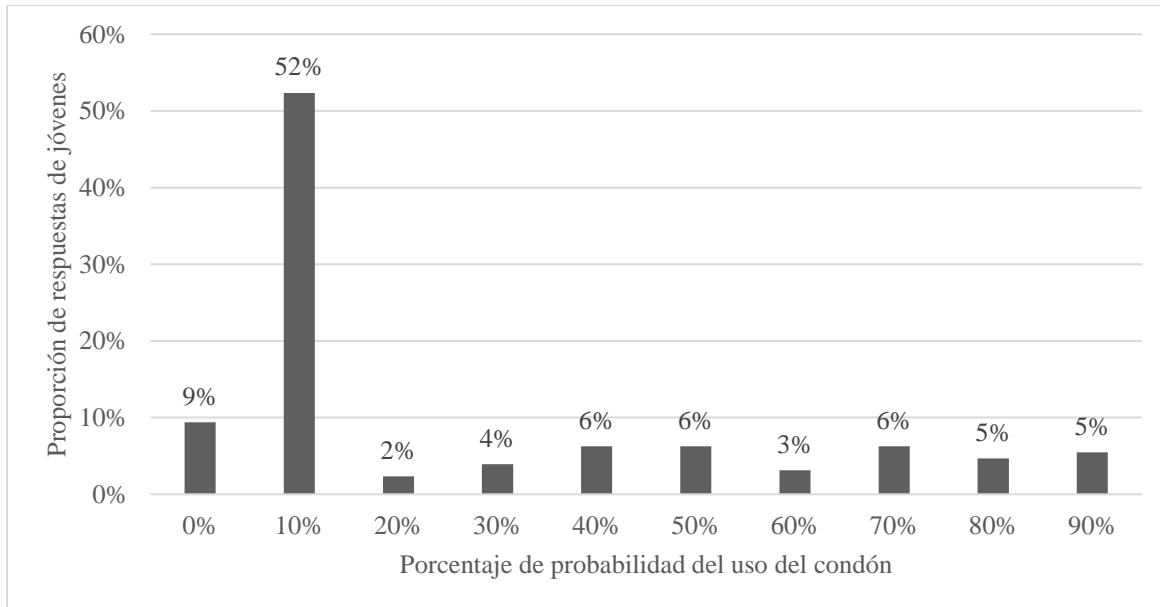


Figura 20. Porcentaje de uso de condón en relaciones sexuales con penetración

Fuente: elaboración propia (2020)

Seguidamente, se expone el uso de otros métodos hormonales en la figura 21. De manera similar, son muy pocos los que emplean con frecuencia otros métodos anticonceptivos, pues el 64% afirma que tiene una probabilidad de usar el condón un 10% de las veces, lo que incrementa el riesgo de embarazos precoces en los adolescentes. En definitiva, se puede sugerir que los jóvenes en su mayoría no emplean ningún mecanismo para protegerse ante enfermedades ITS, considerándose un hecho riesgoso que vulnera su bienestar.

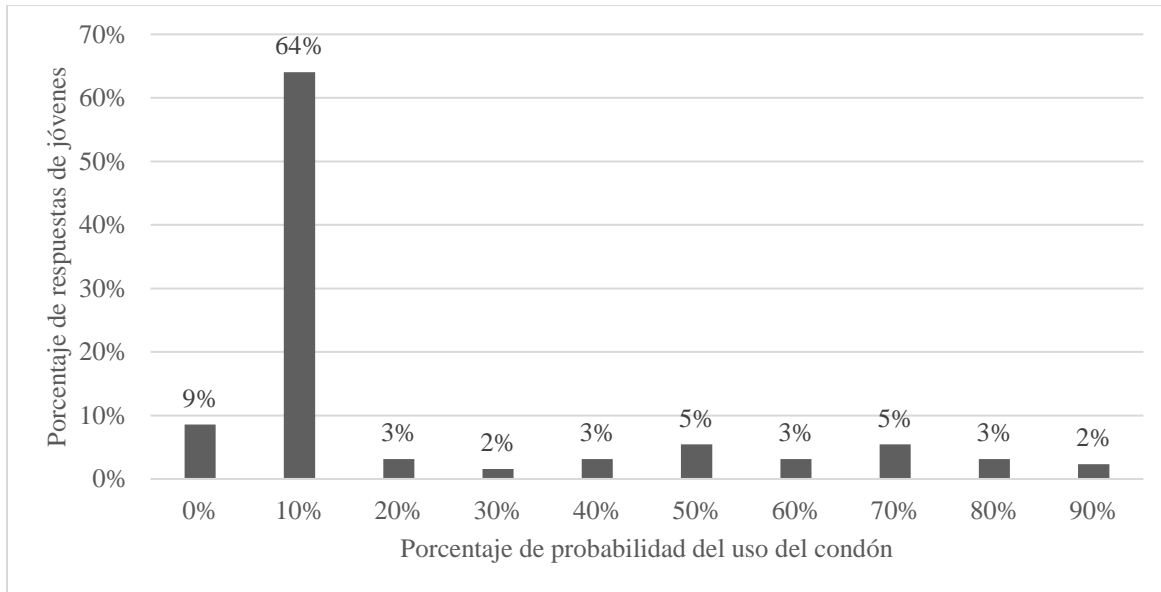


Figura 21. Porcentaje de uso de métodos hormonales en relaciones sexuales con penetración

Fuente: elaboración propia (2020)

Por último, se preguntó acerca de la orientación sexual del grupo analizado, obteniéndose los resultados mostrados en la figura 22. Destaca de la figura que solo un 9% se considera exclusivamente heterosexual, contrastando con un 87% que puede tener algún contacto homosexual esporádico, por lo cual está más abierto a experimentar relaciones con el mismo sexo, dado que no mantienen relaciones heterosexuales exclusivas. De otro lado, el 1% manifestó la homosexualidad con algún contacto heterosexual esporádico y un 1% con los mismos encuentros en ambos sexos.

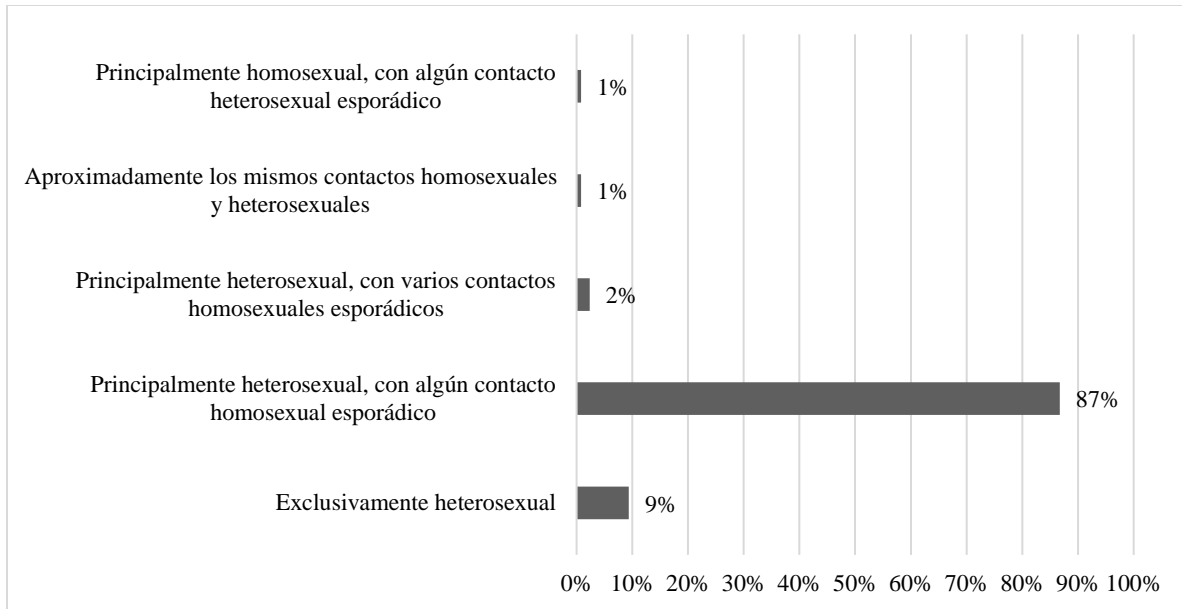


Figura 22. Orientación sexual

Fuente: elaboración propia (2020)

Como conclusión preliminar de la sección, se puede afirmar que no existe una claridad total en el uso del condón como método de prevención de embarazo e ITS, a su vez, los jóvenes tienen una percepción positiva sobre este implemento; no obstante, en la práctica cotidiana de las actividades sexuales no está del todo presente. Por otro parte, el sexo a temprana edad y el número de parejas que han tenido son temas propicios para la discusión, la cual se realizará posteriormente.

6.2.1. Actitudes, conocimientos, creencias y comportamientos sexuales en los adolescentes afrodescendientes

A continuación, se analizan los resultados de las diferentes variables, iniciando con las actitudes hacia el VIH/SIDA; en donde se destacan de mayor a menor los grados de acuerdo o desacuerdo con relación a los distintos planteamientos. Es importante señalar que, para fines de facilitar la interpretación de las cifras, las categorías totalmente de acuerdo y de acuerdo se agruparon en una misma, igual procedimiento con las totalmente en desacuerdo y desacuerdo.

La figura 23 señala los porcentajes obtenidos indicando que la principal actitud con la que están de acuerdo los estudiantes es la disposición a utilizar condón en las relaciones sexuales con penetración y el convencimiento a la pareja para que utilice este método antes de iniciar la práctica sexual, en este sentido, se identifica una posición favorable que puede impactar positivamente en sus decisiones. Por otra parte, una tercera parte no está dispuesto a defender públicamente el uso de condón o mostrarse a favor de este método abiertamente.

Asimismo, están conscientes de la importancia de las pruebas de VIH, por lo que recomendarían ampliamente a los amigos que han tenido prácticas de riesgo (ejemplo, sexo sin condón), en contraposición, resulta preocupante el hecho de la poca disposición de estudiantes a realizarse pruebas de VIH ante el coito sin protección, puesto que este porcentaje solo alcanzó un 23% de la muestra. Por otra parte, en algunos casos si un amigo tuviese VIH el 44% se alejaría de este y un 39% se sentiría incómodo con su presencia en el salón de clases.

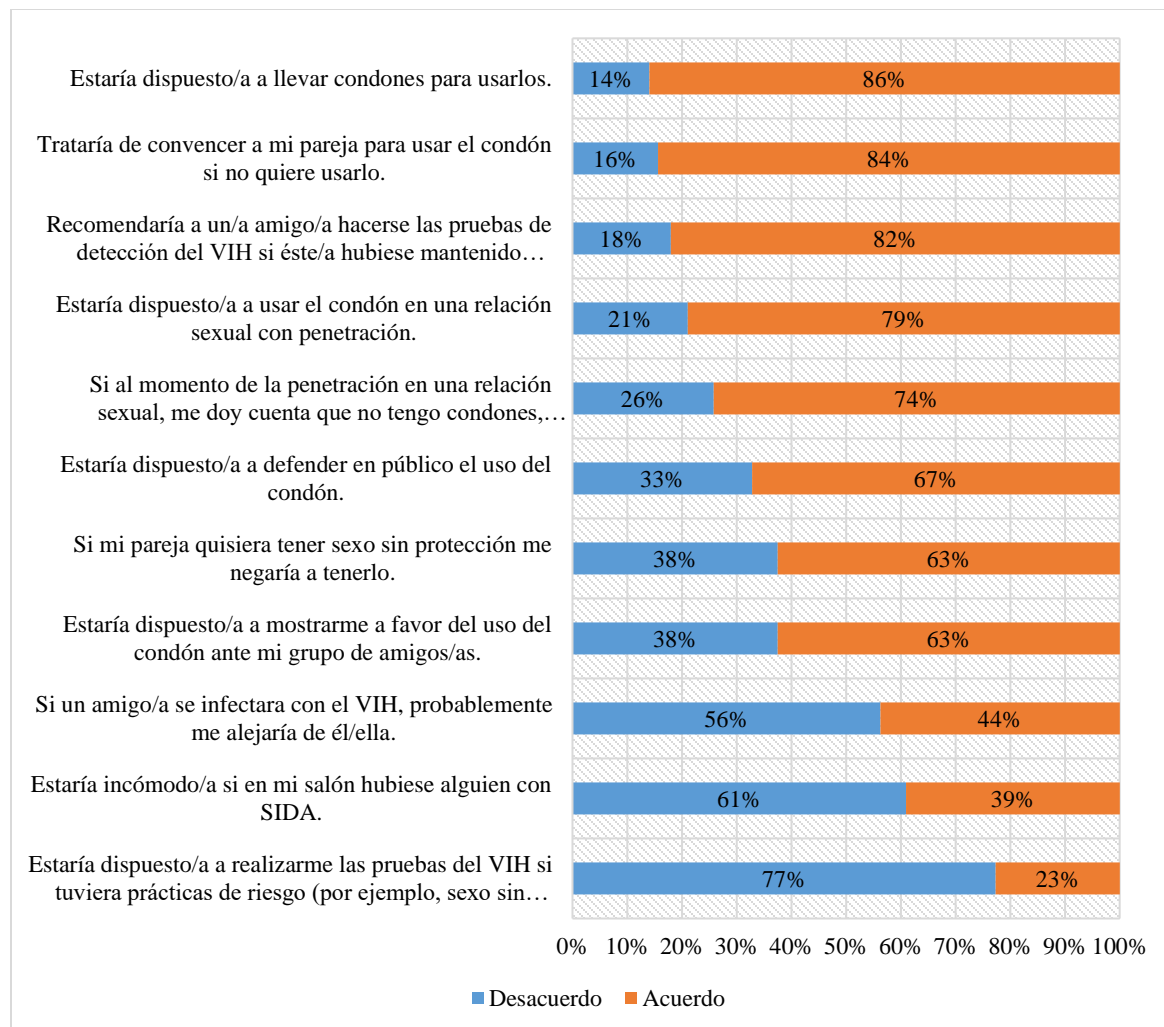


Figura 23. Actitudes hacia el VIH/SIDA

Fuente: elaboración propia (2020)

Seguidamente, se expone la variable conocimientos sobre VIH y otras ITS en la figura 24, segmentando en bloques de 8 preguntas para facilitar la comprensión y presentación de los resultados. En primer lugar, se organizaron las respuestas que consideraron *verdaderas* los jóvenes, seguido de *falso* y por último *no lo sé*. En tal sentido, para el 17% de los participantes abrazar y besar en la mejilla a una persona con VIH implica un riesgo en la transmisión de esta enfermedad, mientras que el 30% no lo sabe. Igualmente, el 17% considera que lavar la ropa con la de un seropositivo es riesgoso y un 52% no sabe si es cierto o no. Destaca que el 60% de los

participantes no saben si actualmente contraer sífilis es muy difícil, hecho que indica que desconocen la presencia de esta ITS en otros jóvenes con los que mantienen relaciones sexuales.

Para el 15% de aquellos que practican coito sin protección, la eyaculación externa es un método efectivo y seguro que ayuda a prevenir el embarazo precoz, sin embargo, el 38% no piensa que esto sea verdadero, mientras que un 48% no sabe si puede funcionar. Por otro lado, llama la atención que un 13% afirma que las pastillas anticonceptivas son un mecanismo para prevenir la transmisión del VIH y un 30% argumenta que no lo sabe, mientras un importante porcentaje (56%) señala que esto es falso, además, un 28% cree que el VIH se puede transmitir por el aire. Con relación a la hepatitis B, el 70% no conoce si deja algún tipo de secuelas en las personas, aunado a un 20% que indica que esto es totalmente falso y cerca del 11% se inclina por la opción verdadera.

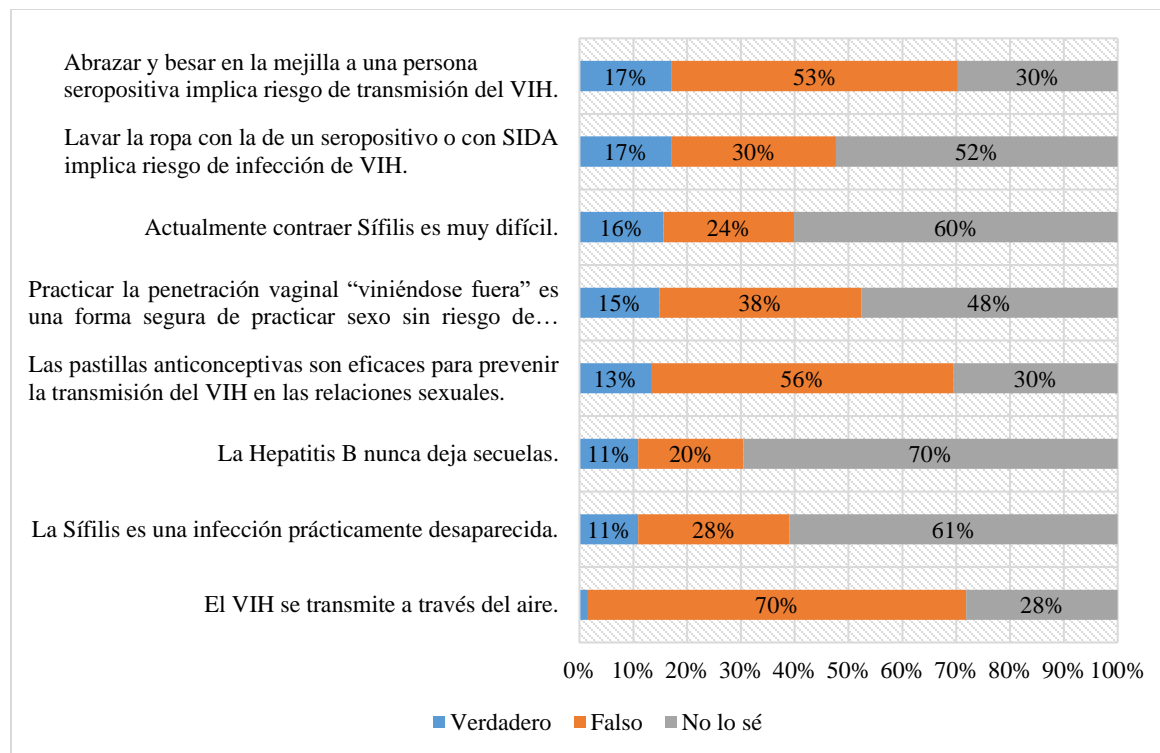


Figura 24. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte A

Fuente: elaboración propia (2020)

A continuación, se exponen las siguientes ocho preguntas la variable de conocimientos sobre VIH y otras ITS. En este caso, el 37% de los estudiantes no sabe si el VIH afecte el sistema inmunológico humano, lo que expone un claro desconocimiento sobre el tema. Igual situación se reporta en saberes un poco más específicos, tales como el planteamiento del tiempo de ventana el cual es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH, donde el 69% no conoce de este elemento. Por su parte, el 55% no posee información respecto al anillo vaginal o T de cobre como método eficiente para evitar el VIH/SIDA.

Siguiendo con el VIH, las opiniones se encuentran divididas con respecto a si la acción de besar en la boca a una persona seropositiva es un riesgo de transmisión, esto se fundamenta en que el 34% no lo sabe y un 37% afirma que este planteamiento es verdadero. Igual hecho se observa en el compartir alimentos con individuos con SIDA y el peligro de contraer este

padecimiento, dado que el 40% no tiene conocimiento al respecto y un 32% piensa que es verdad.

Por otro lado, se observa que la sífilis es una ITS que muestra poco dominio de conocimiento en los jóvenes, pues el 46% manifiesta no saber si esta enfermedad deja lesiones permanentes en el individuo, en contraposición, el 47% señala que esto es verdadero. En relación a la gonorrea, el 54% destaca que no posee información si esta ITS se cura sola en la mayoría de los casos; mientras que el 30% cree que esto sucede de esta manera, lo que induce a reflexionar sobre la falta de conocimiento que tienen los jóvenes en este sentido. En este orden de ideas, el 57% desconoce si hace falta tratar también a la pareja sexual y un 17% expone que esto es falso, considerando que no es necesario.

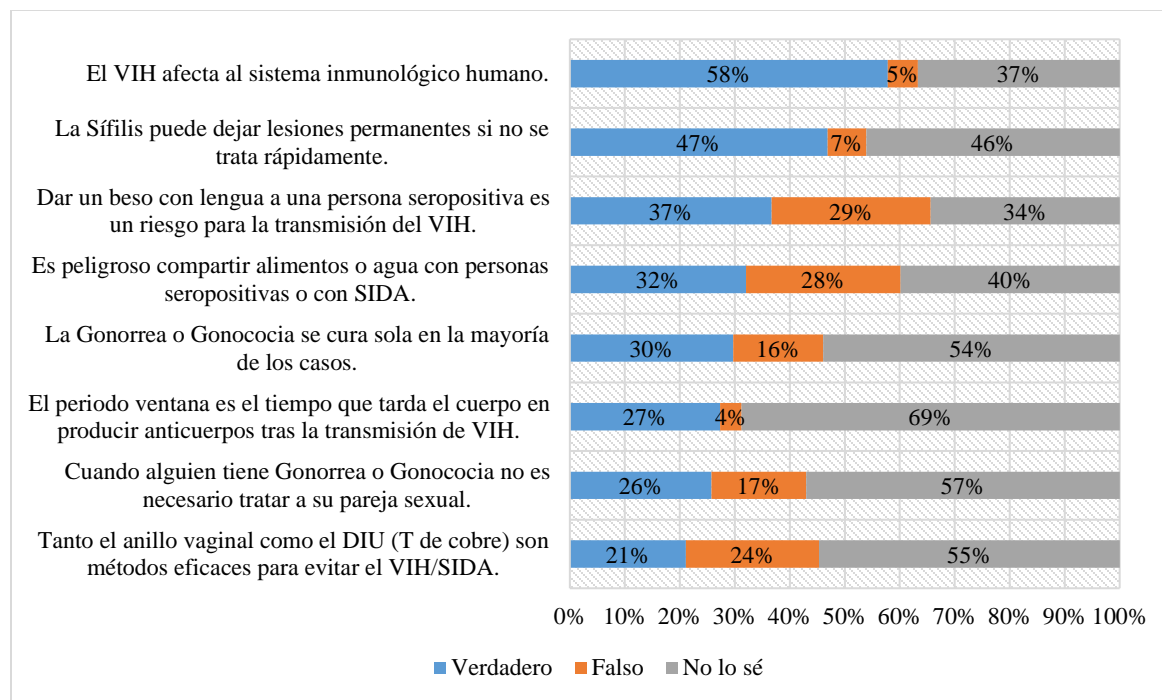


Figura 25. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte B

Fuente: elaboración propia (2020)

Continuando con el análisis, se expone el último bloque de la variable conocimiento en la figura 26. El 89% de los jóvenes, reconocen como verdadero que una de las principales vías de transmisión del VIH en Colombia se realiza por medio de relaciones sexuales, asimismo, la utilización de jeringas no esterilizadas y el uso de condón como método para evitar el VIH son reconocidos como opciones verdaderas por los estudiantes. Por el contrario, un 30% manifiesta no saber si el condón femenino es tan eficaz como el masculino como mecanismo de prevención ante el VIH. Similar porcentaje (34%) indica no conocer si una mujer seropositiva en gestación podría transmitir el VIH al bebe, sin embargo, el 77% argumenta que el condón masculino sí es efectivo para evitar el VIH.

Por otra parte, se conoce de los resultados que los jóvenes, específicamente un 76% sabe que el VIH solo se transmite por fluidos vaginales, seminales o sangre, además, que la prueba para su detección se realiza mediante un análisis de laboratorio (73%). Un dato interesante es que el 70% manifiesta que el SIDA es causado por el virus VIH, no obstante, un 17% considera que esto no es así, asimismo, el 62% sí cree que una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé.

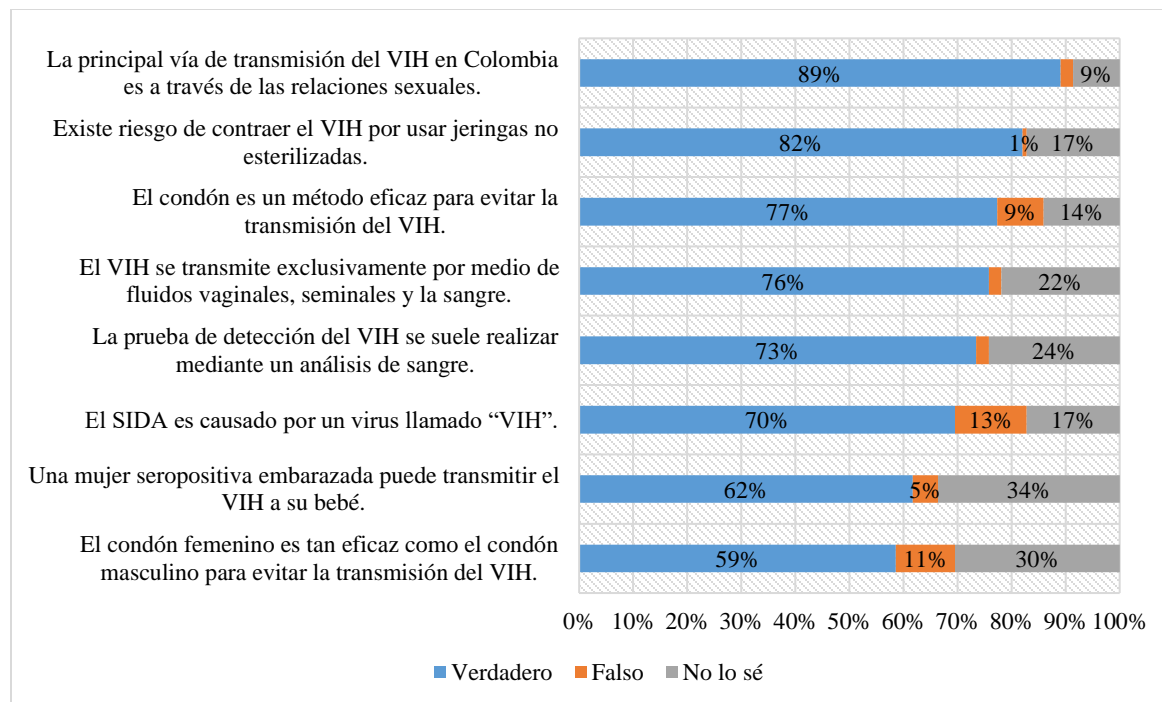


Figura 26. Conocimientos sobre VIH y otras ITS – parte C

Fuente: elaboración propia (2020)

Posteriormente, se muestra la variable de fobia al VIH/SIDA en la figura 27. Para facilitar el análisis de la escala Likert, se agruparon las dos categorías a favor (totalmente de acuerdo y bastante de acuerdo) en *acuerdos*, igualmente con las contrarias en los *desacuerdos*. Al analizar las cifras de la figura 27 se observa que un 41% estaría dispuesto a visitar un barrio en el que vive una persona con VIH, sin embargo, el 31% no está de acuerdo con este planteamiento y prefiere mantenerse al margen de esta situación. En este mismo orden de ideas, el 45% no se sentiría cómodo estando en la misma habitación con un amigo con SIDA, esta proporción es mayor en el caso que esta persona sea un médico (55%) u odontólogo (59%).

Resulta relevante mencionar que el 41% está en constante revisión de su cuerpo para determinar si tiene VIH, mientras que el 33% no realiza estas prácticas. Asimismo, el 27% no puede dejar de preocuparse por el SIDA, lo cual indica que tienen una actitud temerosa en este aspecto; por el contrario, 52% no siente motivos para sentirse inseguro respecto al SIDA. Por su

parte, el 80% no cree que sea VIH positivo sin prueba alguna, apenas un 4% manifiesta que sí puede serlo; igualmente, el 73% no considera que se encuentra en riesgo importante de contraer esta enfermedad.

En general, se observa que las posiciones de acuerdo con respecto a los planteamientos son minoritarias en contraste con los desacuerdos, salvo los casos donde se expone la visita a barrios si alguien viviera con SIDA y la comprobación frecuente sobre tener esta enfermedad. Por lo tanto, la fobia al VIH muestra que en ocasiones los jóvenes sienten temor a interrelacionarse con personas con SIDA, sobre todo aquellas que se dedican a labores médicas como los odontólogos o especialistas que realizan procesos de sutura.

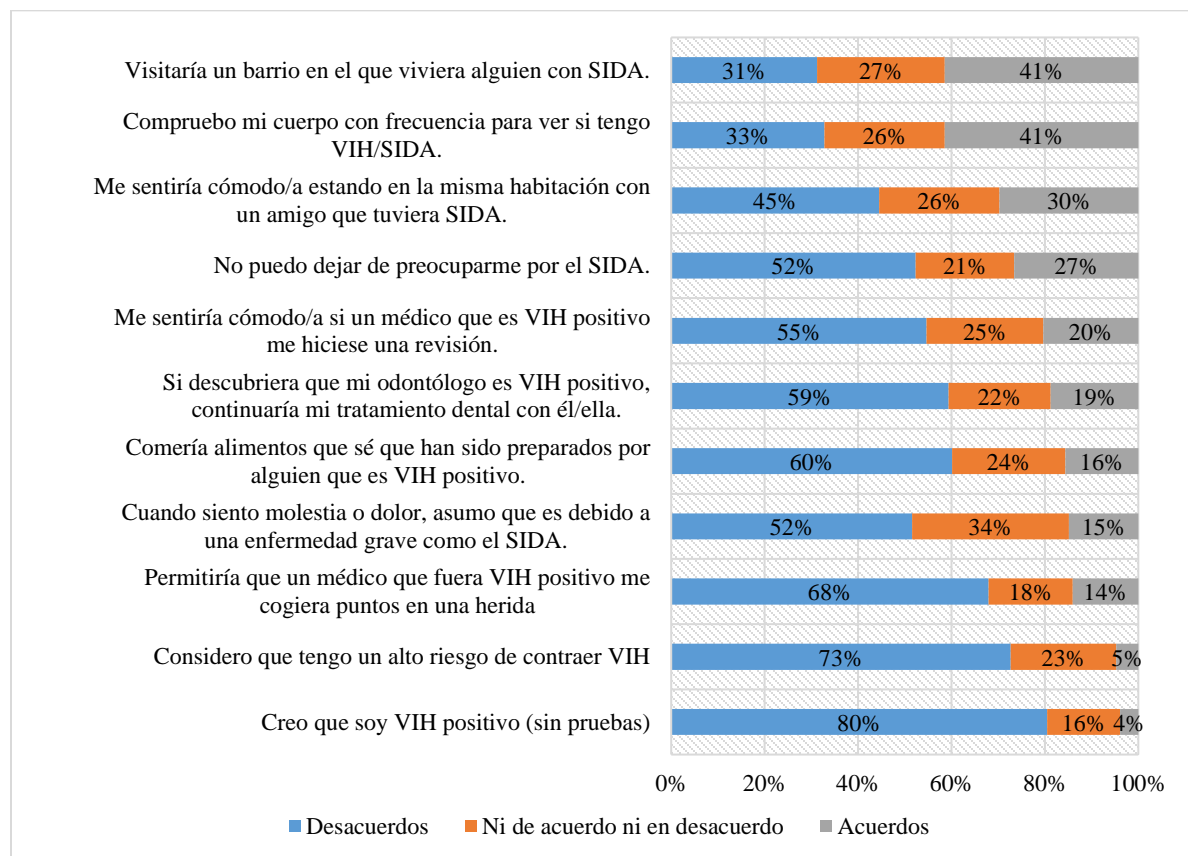


Figura 27. Fobia al VIH

Fuente: elaboración propia (2020)

A continuación, se presentan los resultados de las conductas sexuales. Las más representativas son la utilización de condón al momento de las relaciones sexuales con un 45% siempre de las veces, igualmente, el 42% afirma usarlo siempre aun cuando la pareja no quiera emplearlo. No obstante, una menor proporción, específicamente el 37% indica que se niega a tener relaciones si no se tiene el condón como método preventivo, en contraparte, el 36% es mucho más permisivo en este aspecto.

Una cifra que destaca es el 46% que afirma que nunca se niega a tener relaciones sexuales si la pareja no quiere utilizar el condón, lo que demuestra que las jóvenes están dispuestas a la práctica arriesgada aun cuando posiblemente no estén de acuerdo con ello, mientras, el 19% indica que a veces le ocurre esta situación. Este hecho se refleja en el 55% que señala que nunca deja que la pareja toque los genitales, aun cuando insista a pesar de haber dicho contundentemente su negativa, igualmente, un 16% manifiesta que a veces esto sucede, por el contrario, apenas un 16% señala que esto es así siempre.

En mayor proporción, el 57% deja que la pareja acaricie su cuerpo si esta no la desea, incluso si insiste, a su vez el 17% expone que esto ocurre a veces. Resulta evidente que los jóvenes no suelen expresar abiertamente a su pareja la necesidad estimulación oral (69%), mientras que de manera preocupante el 45% señala que nunca inicia el coito cuando lo desea, incluso un 28% manifiesta que esta situación se presenta a veces.

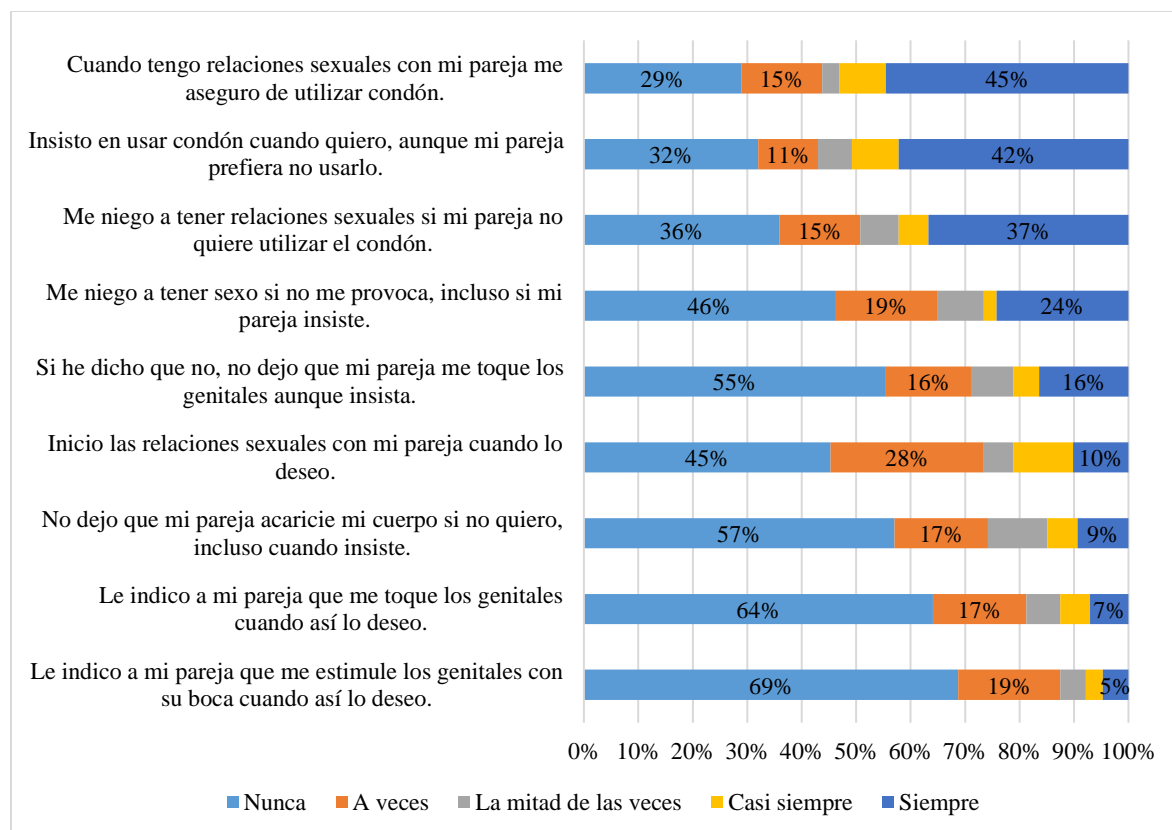


Figura 28. Asertividad sexual

Fuente: elaboración propia (2020)

Con respecto las actitudes hacia la sexualidad mostrada en la tabla 7, se observa que el 38% está totalmente de acuerdo con que bañarse desnudo/a puede ser una experiencia excitante; en el otro extremo, un 27% parece estar en total desacuerdo con este planteamiento. Por otro lado, el 44% de los jóvenes piensa que masturbarse no es una práctica que le produzca placer, en menos proporción se encuentran los que sí afirman este hecho (11%). Destaca de los resultados que la mayoría, concretamente el 37% considera que pensar en tener una relación sexual puede ser estimulante.

En concordancia con el poco agrado por la masturbación, el 51% de los jóvenes indica que no sería placentero acariciar sus genitales, igualmente, el 41% no considera que tener sueños sexuales sea agradable; por último, el 42% no siente curiosidad por material de contenido sexual

(libros, películas, etc.), por el contrario, existe una menor proporción que se manifiesta en favor de los planteamientos anteriores, especialmente en lo que tiene que ver con masturbación o consumo de material sexual explícito.

Al analizar las cifras promedio, se observa que el 40% está totalmente en desacuerdo (valor 1) con la mayor parte de los planteamientos que, sumado al 10% de la segunda posición (valor 2) y el 9% de la tercera (valor 3), alcanzan en total un contundente 59%, en contrapartida el 31% se asimiló a valores superiores a 5 y apenas un 10% se mantuvo neutral ante estos hechos.

Tabla 7.

Asertividad sexual

Planteamiento	1	2	3	4	5	6	7
Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante	27%	5%	4%	9%	9%	10%	38%
Masturbarme podría ser una experiencia excitante	44%	12%	11%	8%	8%	7%	11%
Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual	37%	7%	9%	13%	11%	6%	17%
Sería una experiencia excitante acariciar mis genitales	51%	12%	7%	13%	4%	5%	9%
Me agrada tener sueños sexuales	41%	14%	11%	9%	9%	3%	13%
Siento curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas)	42%	12%	10%	10%	7%	11%	8%
Promedio	40%	10%	9%	10%	8%	7%	16%

Nota: Totalmente en desacuerdo = 1; Totalmente de acuerdo = 7

Fuente: elaboración propia (2020)

Seguidamente, el uso y errores del condón señalada en la figura 29 presenta el comportamiento de los participantes en este aspecto. Según los porcentajes reportados, el 89% de los participantes no ha usado el condón posterior a la penetración, solo un 9% afirma haber realizado esta acción una vez y un 2% al menos en tres oportunidades. Asimismo, el 91% nunca se lo ha puesto al revés, mientras que el 7% sí lo ha hecho por lo menos una vez. Se destaca que en el 93% de los casos el condón no se ha salido durante la relación sexual o la pérdida de la erección, este aspecto se fundamenta en que el 91% afirma que no ha tenido problemas con el

ajuste, igualmente, señalan en más del 98% que no han tocado con ningún tipo de implemento que pueda afectar la seguridad del método.

Además, resulta relevante que entre un 4% y un 9% al menos una vez a ejecutado las prácticas mencionadas en la figura, salvo un 1% que ha tocado el condón con objetos que comprometan su seguridad. Desde esta perspectiva, se asumen conductas seguras como no iniciar relaciones sexuales con penetración sin el condón, colocación adecuada del dispositivo, pérdida de la erección, ajuste correcto sin pérdida durante el coito. Por lo anterior, se asume que aquellos que han mantenido sexo con su pareja han mantenido los parámetros de prevención estándar para este tipo de métodos de protección.

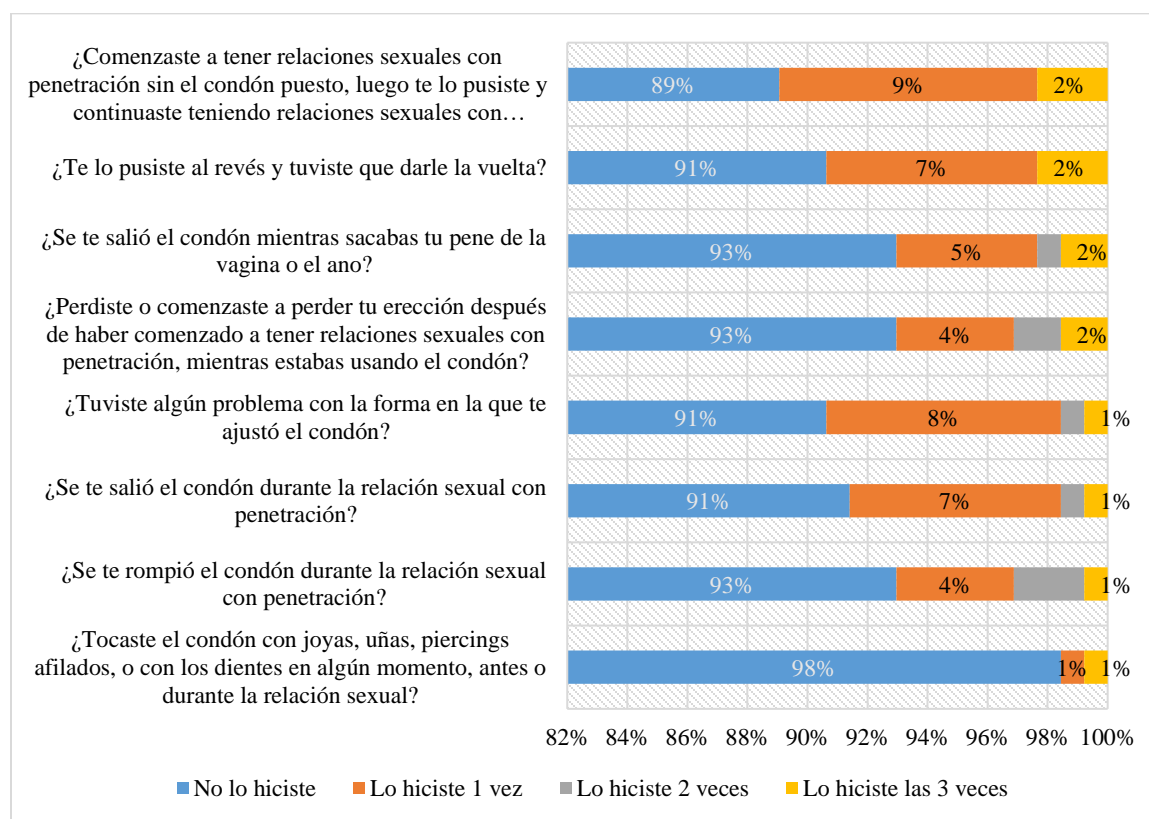


Figura 29. Uso y errores del condón – Parte A

Fuente: elaboración propia (2020)

A continuación, se expone la segunda parte del cuestionario para facilitar el análisis en la figura 30. No obstante, el 70% manifiesta que no dejó espacios vacíos en la punta del condón

cuando se lo estuvo colocando; incluso, el 72% no sacó el aire o comprobó daños antes de la relación sexual con penetración. Además, el uso de lubricante a base de agua parece ser común entre los jóvenes pues el 84%.

En general, el 88% no ha perdido su erección mientras se colocó el condón y tampoco ha tenido problemas con la forma en la que se sentía durante actividad sexual. Al iniciar la relación sexual, el 88% indica que no se lo quitó para proseguir sin este método; en virtud de ello, se observa que existe una disposición positiva al uso del condón como herramienta de prevención en el uso y errores evaluados, en este caso, resulta un elemento favorable que contribuye con la protección de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes estudiados.

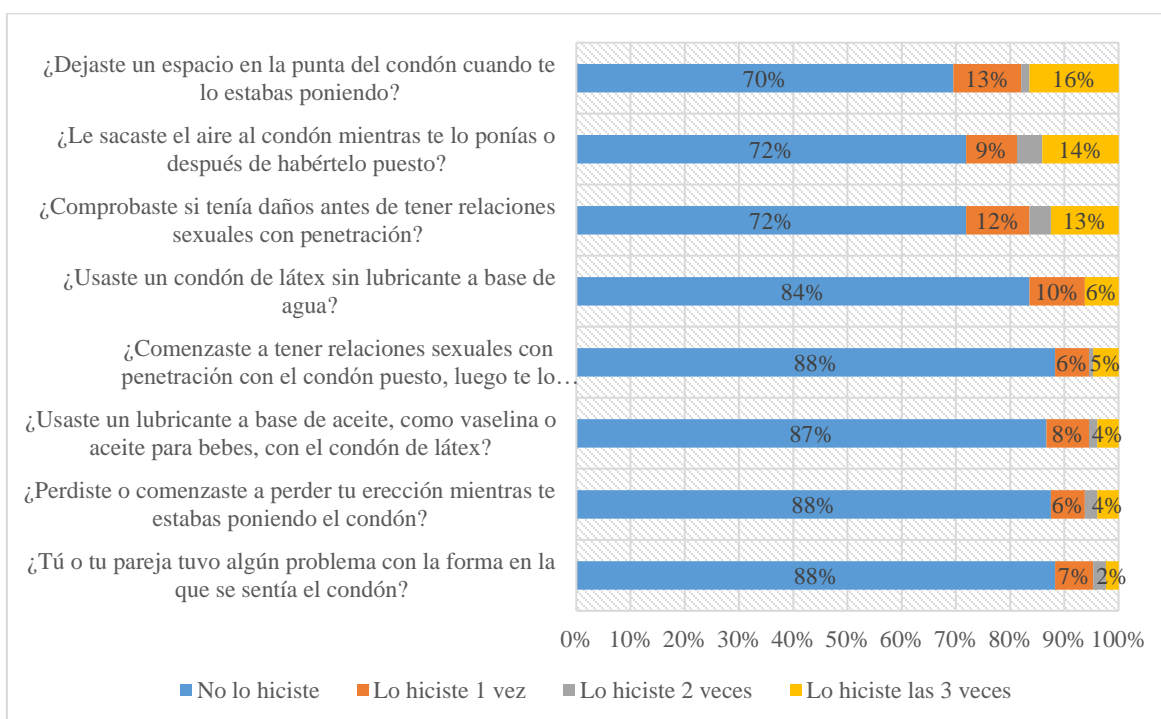


Figura 30. Uso y errores del condón – Parte B

Fuente: elaboración propia (2020)

6.3. Impacto de COMPAS en los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes afrodescendientes

En la presente sección se realiza el análisis del impacto del programa COMPAS en los grupos control y experimental, a fin de verificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en medidas sexuales como las actitudes, asertividad, autoestima, conocimientos y comportamiento frente a personas con VIH, partiendo de las medidas empleadas en los cuestionarios aplicados. En este sentido, se expone en primer lugar la situación inicial tomando como referencia los puntajes totales obtenidos de cada variable, los cuales, se obtuvieron para cada estudiante participante por medio de una sumatoria simple.

A fin de interpretar los resultados de la prueba T Student, es importante señalar que este procedimiento contrasta o compara la variación entre las medias de dos grupos distintos, en este caso, experimental y control. Por ello, se utilizan los puntajes promedios de cada una de las variables utilizadas tanto en la fase pretest como posttest, asumiéndose la siguiente regla de decisión con base en el p valor (significancia estadística):

- a) Si $p \text{ valor} < 0,05$ se comprueban cambios entre los promedios de ambos grupos. Por lo tanto, hay diferencias significativas entre los puntajes observados.
- b) Si $p \text{ valor} > 0,05$ se comprueba que no existen cambios entre los promedios de ambos grupos. Por lo tanto, no hay diferencias significativas entre los puntajes observados.

De este modo, se esperaba que posterior a la aplicación del programa COMPAS, los puntajes promedios de las distintas variables presenten variaciones importantes, asumiéndose este hecho si $p < 0,05$. En el caso que no existan diferencias entre pretest y posttest en los grupos experimental y control, el p valor será mayor al nivel de significancia, es decir, $p > 0,05$, tomando como decisión la opción del literal (b) antes descrito. Así las cosas, en la etapa posttest se esperaba que estos puntajes cambien de manera positiva producto del programa COMPAS, en

línea con los modelos teóricos predictivos de la influencia sobre el comportamiento. Así las cosas, se procede a comprobar si existen cambios significativos en cada una de las variables (conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos).

En la tabla 8 se comparan los puntajes totales medios de las medidas entre los grupos control y experimental, tanto en fase pretest como posttest, a fin de verificar si existen diferencias significativas entre ambos segmentos. En las *actitudes hacia la sexualidad y autoestima* se halló similitud entre los puntajes medios, por lo que no existen diferencias entre los grupos. A partir de esta evidencia, que los adolescentes que reciben el programa COMPAS no incrementaron sus actitudes positivas hacia la sexualidad que el grupo control, en contra de lo que señala la hipótesis específica H1.

Entre tanto, la *asertividad sexual* fue análoga en ambos grupos tanto en pretest como posttest por lo que se afirma que los adolescentes que reciben el programa COMPAS no mejoraron en esta dimensión, contrario a lo que establece la hipótesis específica H2. Por su parte, en el *conocimiento sobre VIH y otras ITS* se presenta una situación diferente, pues en el grupo control se identifican puntajes superiores con respecto al experimental, sin embargo, el resultado de la prueba T Student indica que los adolescentes que reciben el programa COMPAS no mejoraron sus conocimientos sobre sexualidad que el grupo control, rechazándose la hipótesis específica H3 del estudio.

En cuanto a la *fobia al VIH* se observa que los jóvenes del grupo experimental tuvieron mayor puntaje en esta variable respecto a los controles, no obstante, el estadístico T Student confirma que esta diferencia no es significativa, por lo que se puede concluir que los adolescentes que reciben el programa COMPAS no incrementaron más sus actitudes positivas hacia la gente con VIH que el grupo control, rechazándose la hipótesis específica H4.

Asimismo, los jóvenes que recibieron el programa COMPAS no lograron mejorar la autoeficacia hacia el uso del preservativo que el grupo control, demostrado este hecho por la igualdad de las medias obtenidas según la prueba T Student, rechazándose la hipótesis específica H5. En definitiva, con base en estos resultados se determinó que no hubo cambios en las dimensiones de conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos de los participantes en el programa COMPAS en el contexto del presente estudio. La tabla 8 muestra el compendio de los estadísticos evaluados.

Tabla 8.

Contraste de puntajes totales medios entre grupo experimental y control

Medidas	Media (M)		T- Student P valor
	Desviación estándar (DE)		
	Experimental	Control	
Actitudes hacia la sexualidad			
Pretest	19,13 (11,05)	19,27 (9,91)	0,94
Postest	19,41 (11,4)	19,27 (9,91)	0,941
Asertividad sexual			
Pretest	21,84 (9,21)	20,59	0,423
Postest	21,67	20,23	0,348
Conocimientos sobre VIH y otras ITS			
Pretest	50,97 (9,05)	53,86 (9,48)	0,08
Postest	51,22 (9,26)	53,83 (9,51)	0,118
Actitudes hacia el VIH/SIDA			
Pretest	31,20 (7,04)	29,73 (5,52)	0,191
Postest	31,17(6,85)	29,55 (5,96)	0,155
Fobia al VIH			
Pretest	27,03 (8,97)	24,91 (7,36)	0,146
Postest	27 (8,89)	24,88 (7,39)	0,144
Errores y problemas del uso del condón			
Pretest	20,59 (7,36)	19,14 (4,38)	0,178
Postest	20,78 (7,40)	19,23 (4,42)	0,154

Fuente: elaboración propia (2020)

Con base en todos los resultados expuestos, no se evidencian cambios estadísticamente significativos en los diferentes puntajes promedio de las variables, tanto en la fase pretest como postest, lo cual indica que los estudiantes mantuvieron sus opiniones y percepciones con respecto

a asertividad, conocimiento, creencias y actitudes sexuales, posterior a la intervención con el programa COMPAS. Asimismo, en el análisis entre grupos no se puede confirmar que existan cambios en estas variables luego de las sesiones del programa COMPAS.

6.4. Diferencias entre las variables sociodemográficas y socioculturales en la eficacia del programa

A continuación, se analiza la incidencia de las variables sociodemográficas y socioculturales en la eficacia del programa COMPAS, utilizando para ello, técnicas estadísticas inferenciales que son brevemente explicadas en los apartados correspondientes. Es importante que la variable *estrato* resultó con el 100% para la clasificación 1, por lo tanto, fue excluida del procedimiento dado que no tiene subgrupos con los que poder realizar una comparación. En cuanto a las preguntas con opciones dicotómicas o binarias, por ejemplo, sexo (hombre, mujer) se definió la prueba T Student para comprobar cambios en los puntajes promedios, siguiendo el mismo protocolo estadístico explicado en secciones anteriores.

Puesto que la prueba T Student solo se aplica cuando la variable de contraste es dicotómica, tal como se explica en el párrafo anterior, se empleó un método alternativo para verificar los cambios en los puntajes promedios cuando las opciones de respuestas son tres o más, como por ejemplo la situación familiar cuyos niveles son: casado, separado, conviven, soltero/a o huérfano.

En la tabla 9 se muestran las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes en función del sexo, evidenciando que los puntajes promedio entre hombres y mujeres, tanto en el pretest como posttest fueron diferentes. Los hombres evidenciaron más actitudes positivas hacia la masturbación, curiosidad por material sexual, sueños sexuales y las relaciones sexuales, que las mujeres.

Similar situación se identifica en lo referente a los errores y problemas del uso de condón reportados por los adolescentes, en la cual los hombres lograron un puntaje medio mayor en ambas fases en comparación con las mujeres. Al respecto, los datos indican que las mujeres parecen ser menos cautas en el uso de este método, sin embargo, es válido manifestar que hay preguntas específicas donde no aplica el género femenino como, por ejemplo, perder la erección mientras se coloca el condón, ponérselo al revés, dejar un espacio de aire, ya que están redactadas especialmente al ámbito personal y no general.

Tabla 9.

Diferencia los puntajes de las actitudes hacia la sexualidad, errores y problemas del uso de condón según género

Variables	Media		t	p valor
	Hombres	Mujeres		
Actitudes a la sexualidad - Pretest	22,42	15,66	3,847	0
Actitudes a la sexualidad - Postest	22,55	15,8	3,765	0
Errores y problemas del uso del condón - Pretest	20,94	18,69	2,12	0,036
Errores y problemas del uso del condón - Postest	20,94	18,98	1,821	0,71

Fuente: elaboración propia (2020)

Ahora bien, al analizar la situación familiar, valoración de la relación entre padres, nivel educativo del padre y madre tras el procedimiento estadístico, se observó que no hay diferencias significativas según situación familiar y valoración de relación de padres, sin embargo, en el aspecto educativo se determinaron los siguientes hallazgos mostrados en la tabla 10. Según el nivel educativo del padre, hay cambios significativos en las actitudes hacia la sexualidad posterior a la intervención con programa COMPAS. Con respecto a la educación de la madre, se identificaron diferencias en la las actitudes hacia la sexualidad y los errores de uso del condón.

En este sentido, se interpreta que los jóvenes obtienen puntajes mayores en las actitudes hacia la sexualidad, cuando el nivel educativo de los padres tiende hacia la profesionalización, es decir, en la medida la educación es mayor, los puntajes promedio tienen a ser superiores. Asimismo, en cuanto a los errores y problemas de uso del condón, se asume que los estudiantes con padres de nivel educativo alto obtienen promedios más elevados (orientados a la categoría *lo hice tres veces*).

Tabla 10.

Prueba ANOVA puntajes medios las actitudes hacia la sexualidad y uso condón según nivel educativo de los padres

	Media	F	P valor
Actitudes hacia la sexualidad			
Padre	18,5	2,902	0,01
Madre	19,2	4,111	0,001
Errores y problemas del uso del condón			
Madre	19,3	3,408	0,004

Nota: F: estadístico de prueba; p valor significativo al 0,05.

Fuente: elaboración propia (2020)

Por su parte, se encontraron diferencias entre la religión y actitudes hacia la sexualidad, señaladas en la tabla 11. Con base en los resultados de la prueba ANOVA, los sujetos que afirman ateísmo (ninguna) u otra tienen menos puntajes promedios que los cristianos o católicos (resaltado en la fila gris), esto quiere decir que estos sujetos muestran menos actitudes favorables hacia aspectos como la masturbación, consumo de contenido sexual explícito o tener sueños eróticos con otra persona.

Tabla 11.

Prueba ANOVA puntajes medios - Actitudes hacia la sexualidad según religión

	Media	
	Puntaje total pretest SOS	Puntaje total posttest SOS
Religión		
Cristiana	22	22
Católica	22	22
Ninguna	14	15
Otro	18	18
F	2,902	4,111
P valor	0,01*	0,001*

Nota: F: estadístico de prueba; p valor significativo al 0,05.

Fuente: elaboración propia (2020)

En lo que respecta a variables como: el desplazamiento forzado por situaciones de conflicto no se evidencian diferencias estadísticamente significativas, por lo que parece indicar que estos hechos no modifican las actitudes, conocimiento, creencias y comportamientos sexuales de los adolescentes. Posterior a todo el análisis realizado, *se determinó que los cambios se produjeron en las actitudes hacia la sexualidad para las variables sexo, nivel educativo de padres y religión, asumiéndose que son factores que pueden presentar diferencias significativas en los aspectos señalados por esta variable.* Por el contrario, no se encontraron diferencias importantes en las demás variables.

Finalmente, producto de la intervención del programa COMPAS se encontró que el conocimiento sobre VIH e ITS en los jóvenes afrocolombianos es moderado, además, el uso del condón en las relaciones sexuales es generalizado a pesar de manifestar ciertas dificultades con relación a la forma de utilizarse justo antes del acto sexual.

Por otra parte, se observó un segmento importante de los participantes que tienen novio/a también mantienen prácticas sexuales, lo cual implica que estas acciones se inician a temprana edad. En términos de la eficacia del programa COMPAS en el cambio de conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos correspondiente al segundo objetivo específico de la investigación, no se observaron diferencias significativas reportadas, tanto por las pruebas T Student, como por el análisis ANOVA realizado, sin embargo, se discuten estos hallazgos a la luz de la literatura y modelos recientes sobre el tema para explicar dichos resultados.

Adicionalmente, es válido señalar que sí fueron reportadas asociaciones entre variables sociodemográficas como el género, nivel educativo y religión con algunas actitudes hacia la sexualidad, relacionadas con: la masturbación, el gusto por tener sueños eróticos, la curiosidad por el consumo de material sexual explícito, la expectativa por tener una relación con penetración. Estos hallazgos se contrastan con lo referenciado por artículos científicos similares con el propósito de establecer una coherencia en los resultados.

7. Discusión

Los resultados obtenidos permiten establecer que los adolescentes que recibieron el programa COMPAS no incrementaron más sus actitudes positivas hacia la sexualidad ($p>0,05$) en comparación al grupo control, por tanto, no es posible corroborar la hipótesis específica H1: Los adolescentes afrocolombianos que reciben el programa COMPAS modifican sus conocimientos sobre VIH e ITS, así como las creencias, actitudes y comportamientos sexuales.

Esta misma situación se reportó para las demás hipótesis específicas del estudio, por ello, no hay evidencia estadísticamente significativa que permita afirmar que los adolescentes que reciben el programa COMPAS modifican sus actitudes positivas hacia la sexualidad (H1a, H1b), su asertividad sexual (H2a, H2b), conocimientos sobre sexualidad (H3a y H3b), actitudes positivas hacia la gente con VIH (H4a y H4b), autoeficacia hacia el uso de preservativo (H5a y H5b). No obstante, se encontró que las actitudes a la sexualidad sí varían respecto al género, nivel educativo del padre y religión ($p<0,05$). Este hecho puede estar explicado probablemente por la organización de los grupos según el nivel de conocimiento y experiencia *a priori*, influyendo en la homogeneización de las variables del estudio.

Reflexionando a la par de la literatura los hallazgos relacionados con los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes afrocolombianos, ***asociado con el objetivo específico 1***; en este sentido, se destaca en primer lugar que un alto porcentaje de participantes que tiene pareja actualmente mantiene relaciones sexuales (oral, vaginal, anal y/o masturbación mutua), lo que pone de manifiesto una iniciación temprana de esta práctica, tal como lo han señalado estudios similares como los de Mendoza et al. (2016), quienes exponen que esta es una situación problemática que tiene el potencial para

generar más casos de ITS e infecciones por VIH si no se toman las medidas adecuadas basadas en la educación.

Con respecto a la utilización del condón, se encontraron actitudes y comportamientos favorables hacia este método, donde la mayoría ha expresado que pedirá a su pareja que lo emplee antes de la penetración vaginal o anal; no obstante, una tercera parte de los jóvenes considera que no ha hecho uso correcto de este dispositivo preventivo. Este tipo de inconvenientes son reportados de forma similar por Espada et al., (2015), donde se explica que, a pesar de la percepción positiva hacia el condón, este no fue utilizado eficazmente en las primeras relaciones sexuales.

En tal sentido, los jóvenes asocian el condón como un método eficaz para la prevención de embarazos; además, encuentran que es fácil conseguirlos si son requerido; sin embargo, tienen la percepción de que los demás (compañeros y amigos) no lo utilizan con alta frecuencia, similar a lo reportado por Morales et al. (2018) quienes analizaron que los programas de salud causan un impacto positivo en la autoeficacia en el uso de preservativos, por el contrario, este tipo de intervenciones no genera cambios significativos en las normas subjetivas que tienen los jóvenes.

En cuanto a las actitudes hacia el VIH/SIDA se evidenció que el condón sin lugar a dudas es un método que los jóvenes emplean en sus relaciones sexuales; sin embargo, concretamente con el VIH se encontró que existiría incomodidad ante la presencia de una persona con esta condición, igualmente, se probablemente se alejarían si un amigo cercano lo tuviese, y la poca disposición a realizarse las pruebas de VIH. Ante este hecho, Morales et al. (2016) señalan que las principales barreras que surgen entre los jóvenes para no hacerse el test están la baja percepción del riesgo, el bajo ofrecimiento de someterse al procedimiento y la confianza en los compañeros sexuales.

En general, se observó que el conocimiento sobre VIH/SIDA es moderado, sobre todo en aquellos aspectos que tienen que ver con la transmisión; no obstante, en parte de los casos se identificaron opiniones basadas en creencias, tales como el riesgo de abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva o lavar la ropa en conjunto. Este hecho ha sido también analizado por Calatrava, López-del-Burgo y De Irala (2012) en sus estudios sobre factores de riesgo asociados a la salud sexual en los jóvenes europeos, en el cual se indica que existe un desconocimiento generalizado de las ITS diferentes al VIH, percepciones equivocadas sobre las medidas que pueden ser eficaces como prevención y la forma en que se transmite esta enfermedad.

Con relación al objetivo específico 2, el cual buscó comparar los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales, se evidenció que al ejecutar las pruebas estadísticas entre los grupos de control y experimental, tanto en la fase de pretest como postest, *no se encontraron diferencias significativas en la variación de los puntajes de las medidas empleadas*. Este hecho indica claramente que los conocimientos, creencias, comportamientos y actitudes de los estudiantes no se modificaron de manera importante tras la intervención en el programa COMPAS. Este elemento puede explicarse desde los resultados expuesto por Escribano, Espada, Morales y Orgilés et al. (2017) quienes señalan que los métodos de recolección auto informados, a pesar de su rapidez y fiabilidad, pueden estar influenciados por sesgos no controlables por el investigador, tales como el efecto de la conveniencia social, el cual consiste en dar respuestas acordes a lo generalmente aceptado en el entorno para no trasgredir patrones, normas o creencias.

Por otra parte, Vallejo et al. (2018) ha dejado evidencia de algunas limitaciones de medir aspectos relacionados con la fobia al VIH en la población adolescente colombiana, destacando que no existen medidas consistentes que permitan evaluar la validez convergente con otros

instrumentos, especialmente en su escasa revisión de las propiedades psicométricas para el contexto nacional, por lo que recomiendan que se deriven investigaciones más profundas en este ámbito.

De acuerdo con Morales et al. (2018), en las intervenciones rápidas incrementan el uso del condón en la conducta a largo plazo, y contribuyen a mejorar la salud sexual fortaleciendo aspectos como el conocimiento, la promoción de actitudes favorables hacia el VIH, la autoeficacia, la comunicación con los padres, el comportamiento sexual; no obstante, mencionan que las normas subjetivas son un factor inesperado que influye significativamente en los resultados de la percepción de los jóvenes en cuanto a la salud sexual, por lo que se debe poner mayor atención en estudios empíricos que exploren estos escenarios.

En general, se puede observar que los programas de intervención diferentes al COMPAS han venido avanzando en mejorar la prevención de ITS y el embarazo precoz, comprendiendo que este es un fenómeno con potencialidad para convertirse en un problema de salud pública, tal como lo han argumentado autores como Flores et al. (2017), indicando que la escasa formación que reciben los estudiantes en el ámbito escolar es un factor que repercute significativamente en las tasas de embarazos prematuros en la población juvenil.

Por último, con respecto a las diferencias entre las variables sociodemográficas y socioculturales, cabe señalar que *se encontraron diferencias significativas entre el sexo, nivel educativo del padre y madre, así como la religión*. En el caso del género, las variaciones se muestran en las actitudes hacia la sexualidad y los errores del uso del condón, al respecto, Espada et al. (2015) reseña que las mujeres exponen conductas adversas al riesgo y tienden a usar menos el preservativo cuando se encuentran en una relación estable, asimismo, el grupo

femenino por lo general tiene una actitud más favorable hacia el VIH/SIDA por lo que modera su comportamiento en función de su percepción sobre este tema.

Igualmente, Escribano et al. (2017) encontraron que el sexo puede estar asociado las barreras del uso del condón, en especial los hombres quienes en ocasiones ven interrumpida la relación de placer generando una creencia y percepción negativa hacia el dispositivo de protección en el largo plazo. Con relación a la educación de los padres y el efecto en las actitudes hacia la sexualidad, los mismos autores Escribano et al. (2017) sostienen que las conductas sexuales pueden estar influenciadas por la información recibida del entorno, principalmente en el familiar. Por ello, destacan que la comunicación es un canal fundamental para orientar educativamente sobre la sexualidad en los jóvenes.

Por último, González y Molina (2017), afirman que la afiliación religiosa retarda el inicio de la actividad sexual, en comparación con aquellos que no declaran ninguna; no obstante, los adolescentes que profesan cristianismo u otra tendencia, incrementan la posibilidad de no utilizar el condón, esta evidencia contrasta con los resultados expuestos, pues los que no profesan religión mostraron puntajes menores en comparación con los católicos o cristianos. No obstante, desde una perspectiva sociológica se puede explicar este hecho basado en los postulados de Pearce, Uecker y Denton (2019) quienes argumentan que el apoyo comunicacional que ofrece la religión puede ejercer efectos positivos o negativos según el contexto, por ello, probablemente en los cristianos y católicos existan mayores canales de comunicación abiertos para explorar la temática sexual.

Así las cosas, partiendo de los hallazgos estadísticos, resulta relevante discutir parte de estos datos desde la perspectiva teórica, en este caso, tomando como referencia el modelo de Teoría de Acción Planeada propuesto por Ajzen (1991), bajo cuyos postulados se comprende que la

conducta actual puede estar influenciada por normas subjetivas que provienen de las incidencias de agentes externos, en este caso, los amigos, familiares y, en especial, la religión. Esto induce un incentivo en el comportamiento que el sujeto asuma una conducta en particular en función de su actitud.

Las actitudes frente a la sexualidad (masturbación, sueños eróticos, contenidos sexuales, tocar los genitales, etc.) puede variar significativamente por la inclinación afectiva y los sentimientos que posea el individuo, tal como lo aclara Kroesen et al. (2017); asimismo, el juicio de terceras personas puede impactar en el comportamiento obedeciendo, a un código normativo colectivo (Roos y Hahn, 2017). Por tal motivo, se puede explicar las diferencias que existen entre hombres y mujeres, religión, así como el nivel educativo de los padres.

A su vez, tomando como referencia los postulados de Bandura (1986) en el Modelo Socio-Cognitivo, el joven puede desarrollar sus conductas a través de la atención (observación del entorno), retención (procesamiento de información), reproducción (poner en práctica el comportamiento observado) y motivación (resultado de la conducta). Siguiendo estas bases, se puede inferir que dentro de esta población las conductas asociadas con la sexualidad, específicamente, masturbación, curiosidad por material sexual adulto y sueños eróticos, provienen en gran parte del núcleo familiar o de amigos.

En este caso, desde la perspectiva del modelo IMHC probablemente se puedan explicar las diferencias encontradas en las actitudes hacia la sexualidad, dado que la información (conocimiento) que reciben los sujetos está modificando sus motivaciones (actitudes) y habilidades para actuar frente a los aspectos que mide ésta. Por ende, se considera que al dar una mayor formación en aspectos relacionados con la propia sexualidad podría modificar en gran medida las destrezas para actuar frente a estas situaciones.

8. Conclusiones y recomendaciones

En primer lugar, al evaluar algunos aspectos sociodemográficos de la muestra que forma parte del análisis ad hoc del **objetivo específico 1**, es importante destacar la estabilidad familiar que algunos poseen, pues se encuentran en hogares con la presencia de ambos padres casados o en convivencia, igualmente, la mayoría no ha sufrido de situaciones de desplazamiento que puedan afectar dicho contexto. Además, se comprobó que el estado civil de los padres está asociado con una valoración positiva de la relación, permitiendo este elemento inferir que en familias disfuncionales la comunicación en el aspecto de la sexualidad puede verse afectado negativamente.

Asimismo, se concluye que la mitad de los estudiantes con pareja actual mantienen relaciones sexuales, lo que implica un riesgo considerable si no se toman las medidas pertinentes en este sentido, hecho comprobado estadísticamente mediante la prueba Chi Cuadrado. A partir de esta evidencia, se afirma que los jóvenes están más abiertos a las relaciones sexuales a más temprana edad si cuentan con novio/a, lo que sugiere que los programas de intervención como el COMPAS deben contribuir de manera importante en la orientación sexual de estos sujetos. Otro factor relevante del análisis fue la cantidad de personas con la que ha mantenido relaciones sexuales con penetración durante la vida, permitiendo concluir este hallazgo que desde muy temprana edad se inician estas prácticas, inclusive algunos desde los 9 años de edad, variando este promedio entre los 6 y 13 años.

Siguiendo en orden de los objetivos del estudio, se confirma que los conocimientos sobre VIH e ITS en el grupo de adolescentes afrocolombianos analizados es moderado, asimismo, sus actitudes frente al uso del condón son favorables. En este sentido, se concluye que en la población joven participante existe una disposición positiva hacia el empleo de dicho método de

prevención en las relaciones sexuales, asimismo, las recomendaciones y preocupación por que amigos cercanos se realicen pruebas de VIH ante conductas sexuales riesgosas, es un hecho que demuestra la conciencia y sensibilidad que tienen los participantes sobre el tema.

A pesar de su conocimiento, en la práctica existen barreras que impiden una correcta utilización de este dispositivo, concluyéndose que factores como la afectación de la erección en el hombre, facilidad para su uso y poca exigencia de la pareja en cuanto a su utilización pueden estar impactando en esta conducta. De otra parte, hay una concepción generalizada de que los compañeros emplean el condón en sus relaciones sexuales, lo que puede contribuir a mejorar la conducta siguiendo los postulados de la Teoría de Acción Planeada o el Modelo Socio-Cognitivo.

Con base en el **segundo objetivo específico**, al comparar los conocimientos sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales, antes y después de la exposición al programa COMPAS, se concluye que no existen diferencias significativas entre el grupo control y experimental en las fases de pretest y posttest. Sin embargo, se evidenciaron variaciones puntuales en cuanto al género, nivel educativo de los padres y la religión en las actitudes hacia la sexualidad relacionada con aspectos diversos de la sexualidad.

En función de lo anterior, es posible concluir que los estudiantes participantes en la intervención con el programa COMPAS no modificaron sus conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de manera significativa, probablemente motivado a lo reportado por investigaciones como las de Escribano et al. (2016) que indican que los métodos de selección auto informados pueden estar sesgados por componentes asociados a la conveniencia social. A su vez, se asume que en el corto plazo la eficacia del COMPAS no pudo ser comprobada.

Finalmente, con relación a la influencia de las variables sociodemográficas y socioculturales, se identificó que el género, nivel educativo de padres y religión tienen un efecto moderador en las actitudes hacia la sexualidad, lo que permite confirmar según los resultados de la prueba T Student ($p < 0,05$) que en el caso de los hombres aspectos como la masturbación, motivación hacia las relaciones sexuales, consumo de material de contenido adulto es mayor que las mujeres.

Por su lado, la educación de los padres repercute en estas actitudes, probablemente medido por la capacidad comunicativa que tienen en el hogar y la apertura para estos temas con los adolescentes. Además, se concluye que la religión católica o cristiana está asociada con las conductas favorables hacia la masturbación, el agrado por las relaciones sexuales y los contenidos explícitos, en comparación con los que afirmaron no tener filiación religiosa alguna. En definitiva, luego de la ejecución de los lineamientos del programa COMPAS, se concluye que los estudiantes no mostraron signos importantes de cambio en cuanto al conocimiento sobre VIH e ITS, creencias, actitudes y comportamientos sexuales, en cuyo caso, representa un hallazgo clave que se discutió con base en la literatura científica.

A partir de los hallazgos de la investigación resulta importante esbozar algunas recomendaciones asociadas con las conclusiones evidenciadas. En primer lugar, vale mencionar que la educación sexual es un instrumento útil para fomentar comportamientos y actitudes adecuadas en lo jóvenes. Por ende, desde las escuelas y espacios educativos es relevante que tanto docentes como comunidad en general se involucren activamente en el diseño de estrategias que fomente el conocimiento sobre los métodos de prevención del VIH y otras ITS, en especial el condón por la facilidad con la que se puede encontrar actualmente.

En cuanto a este dispositivo y el fortalecimiento del conocimiento sobre el VIH e ITS, se recomienda a las autoridades nacionales en el marco de la salud pública que adelanten jornadas

específicas de capacitación en los colegios para que los adolescentes puedan comprender las consecuencias de su no utilización; asimismo, este tipo de acciones podría contribuir significativamente en el uso correcto durante la relación sexual, pues se cuenta con evidencia que sugiere que en algunos casos este dispositivo suele ser incómodo y desagradable, descartándose a fin de cuentas y exponiendo a la pareja a ITS e incluso el embarazo precoz.

Por otra parte, al encontrarse que los jóvenes participantes inician algún tipo de práctica sexual a muy temprana edad, se sugiere que desde la familia e institución educativa se adelanten procesos comunicativos abiertos para que los niños comprendan el alcance de estos comportamientos riesgosos. Actualmente, con la apertura de la información que existe en internet y redes sociales, es necesario implementar mayores controles sobre el manejo de contenido al que tienen acceso los adolescentes y con esto evitar posibles situaciones más complejas.

Con respecto al conocimiento sobre VIH y otras ITS, así como la fobia a estas enfermedades vale decir que aún persisten creencias y percepciones erróneas en los alumnos sobre la forma de transmisión, adicionalmente, el alejamiento hacia personas con este tipo de condición refleja el temor que siente en este sentido. Por tal motivo, se insiste sobre la necesidad de formar en las escuelas con programas continuos que evalúen los comportamientos de forma constante, tomando como pilar fundamental la comunicación y los modelos teóricos del comportamiento a fin de establecer las directrices que sean más efectivas para cada caso.

En aras de lo evidenciado en el objetivo específico 2, sobre la comparación de los resultados pretest y posttest y su no significancia estadística, en términos científicos, resulta pertinente evaluar en estudios posteriores desde el punto de vista psicométrico las escalas adaptadas para la comunidad afrocolombiana, dado que su aplicación puede estar influenciada por efectos

socioculturales no medibles, tales como las normas subjetivas, que están presentes en los estudiantes. De este modo, contextualizar estos elementos contribuiría a generar mayor cantidad de estudios que fortalezcan la validez, fiabilidad y extrapolación de resultados.

Por último, en cuanto a las variables sociodemográficas y socioculturales como sexo, nivel educativo de padres y religión, resulta prudente diseñar estrategias de educación sexual por parte de los colegios que tengan en cuenta estos componentes, dado que probablemente la percepción de hombres y mujeres con relación a la sexualidad será distinta. A su vez, el involucramiento de los padres según su nivel educativo puede contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes afrocolombianos analizados en el presente estudio.

Es probable que la conformación de los grupos de estudiantes haya influido en los resultados del estudio, por tal motivo, es necesario que en próximas intervenciones se controlen algunas variables asociadas con la sexualidad como el conocimiento previo, experiencia, creencias y actitudes, así como analizar el entorno sociocultural del estudiante, de este modo probablemente sea posible reducir los efectos de estos elementos sobre los hallazgos, dado que aún no se ha probado un modelo teórico por medio de ecuaciones estructurales que permita determinar la interrelación entre las variables. .

Con relación a las investigaciones futuras, se recomienda que puedan replicarse el mismo procedimiento a otros segmentos poblacionales y así contrastar los hallazgos bajo otros esquemas. Asimismo, la pertinencia de socializar las evidencias encontradas en el estudio con padres, representantes y docentes, podría ser una estrategia útil para que exista un mejor cuidado de la salud sexual en los jóvenes participantes, argumentando que la participación es un factor determinante para involucrar a todos en la construcción de soluciones a la problemática del VIH, ITS y embarazos precoces. Como líneas futuras de investigación, se propone el análisis

psicométrico de las escalas de conocimiento, multicomponente de fobia al VIH, actitudes, SAS, SOS y errores en el uso del condón, específicamente para la población afrocolombiana de estratos 1 y 2, y comparar los hallazgos con los autores referentes sobre el tema.

Se espera que los resultados expuestos en el presente trabajo investigativo sirvan de base en la profundización del futuro de los programas de educación sexual que se llevan a cabo en los colegios, ya que, esta medida contribuirá finalmente a mejorar las condiciones de prevención y bienestar, no solo de los jóvenes afrocolombianos, sino también la de sus familiares cercanos y pareja actual. Por ende, la labor de divulgación es imprescindible para llevar el conocimiento generado desde el campo científico a las personas que más lo requieren, y con esto lograr un fortalecimiento en sus conocimientos, actitudes creencias y comportamientos sexuales.

Referencias

- Abraham, C., y Sheeran, P. (2017). Implications of goal theories for the theories of reasoned action and planned behavior. In *Planned Behavior* (pp. 101-122). New York: Routledge.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. URL:
https://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_4931_0.pdf
- Ajzen, I. (2011) The theory of planned behaviour: Reactions and reflections, *Psychology y Health*, 26:9, 1113-1127, doi: 10.1080/08870446.2011.613995
- Albán, R., y Lucia, J. (2018). Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 17 años del 4to y 5to año del colegio José cardo, distrito de Sullana, durante el período 2013-2015. (tesis de pregrado). Universidad Católica Los Ángeles, Chimbote, Perú.
- Aloe, A. M., Becker, B. J., Duvendack, M., Valentine, J. C., Shemilt, I., & Waddington, H. (2017). Quasi-experimental study designs series—paper 9: collecting data from quasi-experimental studies. *Journal of clinical epidemiology*, 89,77-83.
doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.02.013
- Alzate, M. M., Dongarwar, D., Matas, J. L., &Salihu, H. M. (2019). The Effect of Sexual Literacy on Adolescent Pregnancy in Colombia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(1), 72-82. doi.org/10.1016/j.jpag.2019.09.005
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Novales, M. G. M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373. doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359

- Bandura, A., y Rivièrè, Á. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid, España: SLU Espasa Libros.
- Becken, B., Multani, A., Padival, S., & Cunningham, C. K. (2019). Human Immunodeficiency Virus I: History, Epidemiology, Transmission, and Pathogenesis. In Introduction to Clinical Infectious Diseases (pp. 417-423). Springer, Cham.
- Berge, L. I. O., Bjorvatn, K., & Maalim, A. M. (2018). Reducing Early Pregnancy in Low-Income. En Anderson S., Beaman L. & Platteau J. (Ed.), *Towards Gender Equity in Development* (pp.141) United Kingdom: Oxford.
- Brawner, B. M., Jemmott, L. S., Wingood, G., Reason, J., & Mack, N. (2018). HIV/STI prevention among heterosexually active Black adolescents with mental illnesses: Focus group findings for intervention development. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(1), 30-44. doi.org/10.1016/j.jana.2017.09.008
- Calatrava, M., López-del Burgo, C., & de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138(12), 534-540. doi:10.1016/j.medcli.2011.07.020
- Campbell, D. T., y Stanley, J. C. (2015). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. EEUU: RavenioBooks.
- Campuzano, M. D. L. R., Rodríguez, A. R., Soriano, N. Y. R., y Rodríguez, J. C. G. (2016). Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(2).
- Cardona Duque, D. V., Ariza-Gerena, A., Gaona-Restrepo, C., y Medina-Pérez, Ó. A. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(6), 568-576.

- Carr, J. B., y Packham, A. (2017). The effects of state-mandated abstinence-based sex education on teen health outcomes. *Health economics*, 26(4), 403-420.
- Castillo-Arcos, L. D. C., Alvarez-Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., Valle-Solís, M. O., Valdez-Montero, C., y Kantún-Marín, M. A. D. J. (2017). Edad, género y resiliencia en la conducta sexual de riesgo para ITS en adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*, 16(45), 168-187. dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921
- Cihlar, T., & Fordyce, M. (2016). Current status and prospects of HIV treatment. *Current opinion in virology*, 18, 50-56. doi.org/10.1016/j.coviro.2016.03.004
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). Políticas públicas para afrodescendientes. Recuperado de:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40854/1/S1601272_es.pdf
- Congreso de Colombia. (27 de agosto de 1993). Ley 70, por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política. Diario Oficial: 41.013
- Constitución Política de Colombia. [Const.] (1991). 2da Ed. Legis.
- Cooley, C. H. (2017). *Human nature and the social order*. New York: Routledge.
- Coyle, K. K., Guinasso, S. A., Glassman, J. R., Anderson, P. M., & Wilson, H. W. (2017). Exposure to violence and sexual risk among early adolescents in urban middle schools. *The Journal of Early Adolescence*, 37(7), 889-909. doi.org/10.1177/0272431616642324
- Creswell, J. W., y Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage publications.
- Cristea, M., y Gheorghiu, A. (2016). Attitude, perceived behavioral control, and intention to adopt risky behaviors. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 43, 157-165. doi.org/10.1016/j.trf.2016.10.004

- Dooley, T. P., y Schreckhise, W. D. (2016). Evaluating social cognitive theory in action: An assessment of the youth development program's impact on secondary student retention in selected Mississippi Delta communities. *Youth y Society*, 48(3), 383-401.
doi.org/10.1177/0044118X13493445
- Escribano, S., Espada, J. P., Morales, A., & Orgiles, M. (2017). Psychometric Properties of the Condom Use Barriers Scale for Adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 20(e73), 1-8.
- Espada, J. P., Escribano, S., Orgilés, M., Morales, A., & Guillén-Riquelme, A. (2015). Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: comparison of two cohorts in Spain. *AIDS care*, 27(6), 783-788. doi.org/10.1080/09540121.2014.996516
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., y Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564.
- Esther, N. U. M., Félix, E., & Julius, D. S. (2018). Predictive Factors Related to Teenage Pregnancy. *GynecolReprod Health*, 2(1), 1-6.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., y Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. *Emerging theories in health promotion practice and research*, 2, 21-64.

- Fisher, J. D., y Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin*, 111(3), 455.
- Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123-151.
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., y Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19, 374-378.
- Gabbidon, K. S., & Shaw-Ridley, M. (2018). "Sex is a sin": Afro-Caribbean parent and teen perspectives on sex conversations. *Journal of immigrant and minority health*, 20(6), 1447-1457.
- Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., y Rodríguez Sánchez, C. O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 280-289.
- García, P. A. R., y González, A. D. P. O. (2016). Problematización de la Educación Sexual: Reflexiones acerca de la sexualidad en la escuela colombiana. *Bio-grafía Escritos sobre la Biología y su enseñanza*, 9(16), 23-29.
- Gómez-Lugo, M., Vallejo-Medina, P., Correa, J. C., Saavedra-Roa, D. A., García-Montaña, E., Pérez-Pedraza, D. & Morales, A. (2020). A text mining approach for adapting a school-based sexual health promotion program in Colombia. *Preventive Medicine Reports*, 101090.
- González, A., & Molina, G. (2017). Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la Región Metropolitana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 396-407.

- Guillem, F. C., Alonso, C. F., &Ortego, G. G. (2019). Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPS. *Atención Primaria*, 51(4), 195.
- Hall, K. S., Sales, J. M., Komro, K. A., &Santelli, J. (2016). The state of sex education in the United States. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 58(6), 595.
- Hall, W. J., Jones, B. L., Witkemper, K. D., Collins, T. L., & Rodgers, G. K. (2019). State policy on school-based sex education: a content analysis focused on sexual behaviors, relationships, and identities. *American journal of health behavior*, 43(3), 506-519.
- Harrell, J. P., & Wright, L. W. (1998). The development and validation of the Multicomponent AIDS Phobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(3), 201-216.
- Heras, D., Lara, F., & Fernández-Hawrylak, M. (2016). Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de psicodidáctica*, 21(2), 321-337.
- Higuera-Gutiérrez, L. F., y Cardona-Arias, J. A. (2018). Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 5-16.
- Hikal, W. (2017). Aprendizaje criminal desde los postulados de Albert Bandura y su articulación con la política criminal. *Sapere*, 1(11), 12.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2017). Ruta Crece. Recuperado de: <https://www.elheraldo.co/atlantico/atlantico-con-tasa-de-20-de-embarazo-entre-adolescentes-405469>

- Jackson, C. K. (2016). *The effect of single-sex education on test scores, school completion, arrests, and teen motherhood: evidence from school transitions* (No. w22222). National Bureau of Economic Research.
- John, S. A., Walsh, J. L., y Weinhardt, L. S. (2017). The Information–Motivation–Behavioral Skills model revisited: A network-perspective structural equation model within a public sexually transmitted infection clinic sample of hazardous alcohol users. *AIDS and Behavior*, *21*(4), 1208-1218.
- Kelly, M., Dowling, M., y Millar, M. (2018). The search for understanding: the role of paradigms. *Nurse researcher*, *25*(4), 9-13.
- Klein, C. H., Kuhn, T., Huxley, D., Kennel, J., Withers, E., & Lomonaco, C. G. (2017). Preliminary findings of a technology-delivered sexual health promotion program for black men who have sex with men: quasi-experimental outcome study. *JMIR public health and surveillance*, *3*(4), e78.
- Kojima, N., Davey, D. J., & Klausner, J. D. (2016). Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Aids*, *30*(14), 2251-2252.
- Körük, S., Aypay, A., Salimoğlu, K. B., y Dinç, S. Y. (2019). An Examination of the Effectiveness of Various Intervention Programs in Increasing Sexual Health Knowledge and Behaviors in Adolescents: A Meta-analysis. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *8*(1), 299-321.
- Kroesen, M., Handy, S., y Chorus, C. (2017). Do attitudes cause behavior or vice versa? An alternative conceptualization of the attitude-behavior relationship in travel behavior modeling. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, *101*, 190-202.

- Liang, M., Simelane, S., Fillo, G. F., Chalasani, S., Weny, K., Canelos, P. S., ... & Michielsen, K. (2019). The state of adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health, 65*(6), S3-S15.
- Lin, C., Franceschi, S., & Clifford, G. M. (2018). Human papillomavirus types from infection to cancer in the anus, according to sex and HIV status: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases, 18*(2), 198-206.
- Lindberg, L. D., Maddow-Zimet, I., & Boonstra, H. (2016). Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health, 58*(6), 621-627.
- Liu, G., Hariri, S., Bradley, H., Gottlieb, S. L., Leichliter, J. S., & Markowitz, L. E. (2015). Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States. *Sexually transmitted diseases, 42*(1), 20-26.
- Lozano, R. O. (2016). SIDA: 35 años de historia. *Historia y vida, (585)*, 80-82.
- Martinez, O., Arreola, S., Wu, E., Muñoz-Laboy, M., Levine, E. C., Rutledge, S. E., ... & Rodríguez-Díaz, C. E. (2016). Syndemic factors associated with adult sexual HIV risk behaviors in a sample of Latino men who have sex with men in New York City. *Drug and alcohol dependence, 166*, 258-262.
- Mayaud, P., McCartney, D., & Mabey, D. (2020). Sexually transmitted infections. In *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases* (pp. 52-68). Content Repository Only!.
- Medina, R. S., Negrete, D. J. E., y Piña, C. R. R. (2019). Información, motivación y habilidades conductuales asociadas al uso del condón en la última relación sexual en hombres privados de la libertad. *Persona, (022 (1))*, 36-50.

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., y Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., y Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.

Mendoza, L. A., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., ... y Acuña, M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(4), 271-279.

Ministerio de Cultura. (2018). Afrocolombianos, población con huellas de africana. Recuperado de: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf>

Ministerio de Educación Nacional (MEN). (2019). Cátedra de Estudios Afrocolombianos. Recuperado de: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82805.html>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta nacional de demografía y salud [Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS]. Recuperado de: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2019). Infecciones de transmisión sexual (ITS). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Otras-infecciones-de-transmision-sexual-ITS.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (24 de diciembre de 2015). Resolución 5592. Diario Oficial N° 49.739.

Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (3 de julio de 2013). Resolución 2338. Diario Oficial N° 48.840.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. [Online]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/profesionales%20salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Otras infecciones de transmisión sexual (ITS). [Online]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Otras-infecciones-de-transmision-sexual-ITS.aspx>

Molina, M. K. R. (2017). Los componentes estructurales que integran la cátedra de estudios afrocolombianos. *Revista de Ciencias de la Educación, Docencia, Investigación y Tecnologías de la Información CEDOTIC.*, 2(1).

Montano, D. E., y Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. *Health behavior: Theory, research and practice*, 70(4), 231.

- Morales, A. S. (2015). *Promoción de la salud sexual en adolescentes españoles: análisis de factores de riesgo y evaluación de estrategias preventivas*. Doctoral dissertation. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Morales, A., Carratalá, E., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2017). Un estudio preliminar de la eficacia de un programa de promoción de la salud sexual en adolescentes con padres divorciados. *Salud y drogas*, 17(1), 37-44.
- Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *PsychosocialIntervention*, 25(3), 135-141.
- Morales, A., Espada, J. P., Orgilés, M., Escribano, S., Johnson, B. T., & Lightfoot, M. (2018). Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A meta-analysis of trials, 2008-2016. *PloSone*, 13(6).
- Morales, A., Garcia-Montaña, E., Barrios-Ortega, C., Niebles-Charris, J., Garcia-Roncallo, P., Abello-Luque, D y Lightfoot, M. (2019). Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Social Science y Medicine*, 222, 207-215.
- Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncallo, P., Gomez-Lugo, M., ... y Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC public health*, 18(1), 1377.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., y Burkholder, G.J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.

Moscoso-Loaiza, L. F., y Díaz-Heredia, L. P. (2018). Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto. *Aquichan*, 18(2), 171-185.

Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19, 848-854.

ONUSIDA. (2018). El SIDA en cifras. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Infecciones de Transmisión Sexual. [Online]. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Infecciones de Transmisión Sexual.

Recuperado de: https://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018a). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=8EFF1D34CBD1B5431452ABEB0EB9FEE7?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018b). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018c). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Recuperado de:
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2906:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=551
- Osorio Leyva, A., Álvarez Aguirre, A., Hernández Rodríguez, V. M., Sánchez Perales, M., & Muñoz Alonso, L. D. R. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-14.
- Paredes, M. C., Gómez, Y. M., Torres, A. M., Fernández, M., y Tovar, M. B. (2015). Prevalencia de infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseriagonorrhoeae* en adolescentes de colegios de la provincia de Sabana Centro, Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*, 35(3).
- Pearce, L. D., Uecker, J. E., & Denton, M. L. (2019). Religion and adolescent outcomes: How and under what conditions religion matters. *Annual Review of Sociology*, 45, 201-222.
- Pineda, L. T. O., Cuenca, J., Céspedes, J. L. M., Rios, D. G., y Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41-53.
- Presidencia de la República (12 de junio de 1997). Decreto 1543 de 1997. Diario Oficial. 43.062.
- Presidencia de la República. (18 de junio de 1998). Decreto 1122. Diario Oficial: 43.325.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Provoost, A., Drame, M., Cotte, L., Cuzin, L., Garraffo, R., Rey, D., ... & Dat'AIDS study group. (2018). Risk of diabetes in HIV-infected patients is associated with cirrhosis but not with chronic HCV coinfection in a French nationwide HIV cohort. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 48(3), 281-289.
- Pulerwitz, J., Blum, R., Cislighi, B., Costenbader, E., Harper, C., Heise, L., ... & Lundgren, R. (2019). Proposing a conceptual framework to address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), S7-S9.
- Reyes, A. E. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 63-71.
- Rodríguez, E. C. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *Multimed*, 17(4).
- Roos, D., y Hahn, R. (2017). Understanding collaborative consumption: an extension of the Theory of Planned Behavior with value-based personal norms. *Journal of Business Ethics*, 1-19.
- Rubio, M. D. T., Gómez, K. S. R., y Puerta, Z. B. (2018). Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 15(2), 24-37.
- Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *Journal of adolescent health*, 59(4), S11-S28.

- Sales, J. M., Barton, A. W., Lei, M., Kogan, S., Zapolski, T. C., & Brody, G. (2018). Developmental Patterns of Sexual Risk among Rural African-American Youth from Adolescence to Emerging Adulthood. *Journal of Adolescent Health, 62*(2), S113.
- Sánchez Turcios, R. A. (2015). t-Student: Usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología, 26*(1), 59-61.
- Sano, Y., Antabe, R., Atuoye, K. N., Hussey, L. K., Bayne, J., Galaa, S. Z., ... & Luginaah, I. (2016). Persistent misconceptions about HIV transmission among males and females in Malawi. *BMC international health and human rights, 16*(1), 16.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Benyamini, Y., Johnston, M., y Karademas, E. C. (2016). Self-efficacy and outcome expectancies. *Assessment in health psychology, 31-44*.
- Sierra Freire, J. C., Vallejo-Medina, P., & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de psicología, 27*(1), 17-26. URL:
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/32233/Sierra_SexualAssertivenessScale.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Snell Jr, W. E., y Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research, 26*, (2), pp 256 -263.
- Stirratt, M. J., Marks, G., O'Daniels, C., Cachay, E. R., Sullivan, M., Mugavero, M. J., ... & Giordano, T. P. (2018). Characterising HIV transmission risk among US patients with HIV in care: a cross-sectional study of sexual risk behaviour among individuals with viral load above 1500 copies/mL. *Sexually transmitted infections, 94*(3), 206-211.

- Suen, L. J. W., Huang, H. M., y Lee, H. H. (2014). A comparison of convenience sampling and purposive sampling. *Hu Li ZaZhi*, 61(3), 105.
- Vallejo-Medina, P., Granados, M. R., & Sierra, J. C. (2014). Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Revista Internacional de Andrología*, 12(2), 47-54.
- Villegas-Castaño, A., y Tamayo-Acevedo, L. S. (2016). Prevalence of sexually transmitted infections, and risk factor for sexual health of adolescents, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*, 29(1), 5-17.
- Williams, D. M., y Rhodes, R. E. (2016). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health psychology review*, 10(2), 113-128.
- Wood, L., & Hendricks, F. (2017). A participatory action research approach to developing youth-friendly strategies for the prevention of teenage pregnancy. *Educational action research*, 25(1), 103-118.

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario aplicado en pretest y postest



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO - H

COD: _____
 (Iniciales del primer nombre, primer y segundo apellido; seguido de los 3 últimos dígitos del documento de identidad. Ej: Ana Pérez Gil – APG037)

1. Centro educativo: _____
 2. Curso: _____
 3. Ciudad de residencia: _____ 4. País de nacimiento: _____
 5. Sexo: Hombre _____ Mujer _____ Otro _____ 6. Edad: _____
 7. Número de hijos tuyos: _____ 8. Estrato:

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

9. Número de personas del núcleo familiar (Incluyéndote a ti): _____

10. Situación familiar (marque con una "X" en el cuadro □):

- Padres casados
- Padres separados o divorciados. ¿Qué edad tenías cuando tus padres se separaron? _____
- Padres conviven juntos como pareja de hecho
- Padre o madre soltero/a
- Huérfano de un padre o de ambos
- ¿Con cuántas personas vives actualmente? _____
- ¿Cómo valoras la relación actual entre tus padres?
 Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
- ¿Has vivido una situación de desplazamiento forzado? SÍ No

11. Nivel educativo del padre:

Sin Estudio	
Primaria	
Bachillerato	
Técnico	
Tecnólogo	
Pregrado Universitario	
Estudios postgrado	

12. Nivel educativo de la madre:

Sin Estudio	
Primaria	
Bachillerato	
Técnico	
Tecnólogo	
Pregrado Universitario	
Estudios postgrado	

13. Religión a la que perteneces:

Cristiana	
Católica	
Budista	
Islámica	
Ninguna	
Otra	

14. Asistes a actos religiosos:

A diario	
Al menos una vez por semana	
Al menos una vez cada 2 semanas	
Al menos una vez cada tres semanas	
Al menos una vez al mes	
Al menos una vez al año	
Nunca	

15. Situación personal

- a) ¿Tienes novio/a actualmente? SÍ NO
- b) ¿Qué edad tiene tu novio/a? _____
- c) ¿Has mantenido relaciones sexuales (*sexo oral, vaginal, anal y/o masturbación mutua)? SÍ NO
- d) ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración durante los últimos 6 meses con condón? _____
- e) ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración durante los últimos 6 meses sin condón? _____
- f) ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida? _____



16. En los próximos 2 meses, ¿con qué probabilidad realizarás las siguientes conductas?	Seguro que no (1)	Probablemente no (2)	Puede ser (3)	Probablemente sí (4)	Seguro que sí (5)
Buscaré condones si los necesito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utilizaré el condón si tengo una relación sexual con penetración	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Antes de la penetración pediré a la otra persona que usemos condón	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tendré sexo si he abusado del alcohol	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tendré sexo si he consumido drogas (sustancias psicoactivas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

17. ¿Has mantenido alguna vez ...

- Bluyineada SÍ NO ¿A qué edad fue la primera vez? _____
- Penetración vaginal SÍ NO ¿A qué edad fue la primera vez? _____
- Penetración anal SÍ NO ¿A qué edad fue la primera vez? _____
- Sexo oral SÍ NO ¿A qué edad fue la primera vez? _____
- Masturbación con otra persona SÍ NO ¿A qué edad fue la primera vez? _____

18. Respecto al condón:

- a. ¿Usaste el condón correctamente en tu primera relación con penetración? SÍ NO No sé No recuerdo No he tenido sexo
- b. ¿Usaste el condón correctamente la última vez que mantuviste sexo vaginal? SÍ NO No he tenido sexo
- c. ¿Usaste el condón correctamente la última vez que mantuviste sexo anal? SÍ NO No he tenido sexo
- d. ¿Usaste el condón correctamente la última vez que mantuviste sexo oral? SÍ NO No he tenido sexo
- e. Indica con qué frecuencia has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses (Marque con una "X")
 - No he tenido sexo vaginal y/o anal 1 vez al mes 2 ó 3 veces al mes
 - 1 ó 2 veces / semana 3 o más veces / semana Todos o casi todos los días

19. Indica en una escala de 1 a 7 cómo percibes el condón como método de protección para el sexo vaginal, anal y/u oral es:

Muy desagradable (para mí)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy agradable (para mí)

Muy nocivo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy saludable

Muy malo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy bueno

Muy dañino

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy beneficioso

Muy molesto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy placentero

20. En tu opinión, usar el condón consistentemente en el sexo vaginal, anal y/u oral es bueno para prevenir embarazos e infecciones sexuales.

Estoy totalmente en desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Estoy totalmente de acuerdo

21. Percepción normativa

- a. ¿Consideras que es fácil conseguir condones? SÍ NO
- b. ¿Crees que los compañeros de tu edad usan condón en sus relaciones sexuales? SÍ NO
- c. ¿Con qué frecuencia crees que tus compañeros utilizan el condón en sus relaciones sexuales?
 - Siempre Casi siempre A veces Nunca



d. ¿En qué medida crees que las personas que son importantes para ti esperan que uses el condón cuando tengas sexo?

No esperan que use condón

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Esperan que use condón

e. ¿En qué grado estás dispuesto/a a cumplir con las expectativas en general de las personas que son importantes para ti?

Nada dispuesto/a

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente dispuesto/a

22. Autoeficacia:

a. Indica qué tan probable es que utilices el condón correctamente cuando tengas sexo con penetración
*Correctamente= comprobar fecha de caducidad, abrir el envoltorio, colocarlo y desenrollarlo antes de mantener contacto íntimo.

Muy probable

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Nada probable

b. Indica qué tan fácil/difícil es o será para ti utilizar el condón cuando tengas sexo con penetración

Muy difícil

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Nada difícil

c. Estoy seguro/a de que soy capaz de utilizar el condón durante el sexo vaginal, anal y/oral si así lo deseo.

Totalmente en desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Totalmente de acuerdo

23. *Responde a esta pregunta sólo si has mantenido sexo vaginal o sexo anal.

¿En tus relaciones sexuales con penetración utilizas alguno de los siguientes métodos de protección?

Condón. Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (marca con una "X"):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Métodos hormonales (píldora anticonceptiva, inyección, implante subdérmico (Jadelle), parches, anillo anticonceptivo). Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (marca con una "X"):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Ningún método de prevención de enfermedades o embarazos

Otros métodos (Indica cuáles): _____

24. Te consideras (*Marca con una X):

Exclusivamente heterosexual.	<input type="checkbox"/>
Principalmente heterosexual, con algún contacto homosexual esporádico.	<input type="checkbox"/>
Principalmente heterosexual, con varios contactos homosexuales esporádicos.	<input type="checkbox"/>
Aproximadamente los mismos contactos homosexuales y heterosexuales.	<input type="checkbox"/>
Principalmente homosexual, con varios contactos heterosexuales esporádicos.	<input type="checkbox"/>
Principalmente homosexual, con algún contacto heterosexual esporádico.	<input type="checkbox"/>
Exclusivamente homosexual.	<input type="checkbox"/>
Asexual (Sin interés por contactos sexuales).	<input type="checkbox"/>



ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL VIH/SIDA

Lea cada una de las siguientes frases y elija la opción que corresponda con su opinión. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estaría dispuesto/a a usar el condón en una relación sexual con penetración.	①	②	③	④
2. Si al momento de la penetración en una relación sexual, me doy cuenta que no tengo condones, esperarías tenerlos para realizar la penetración.	①	②	③	④
3. Estaría dispuesto/a a llevar condones para usarlos.	①	②	③	④
4. Estaría dispuesto/a a mostrarme a favor del uso del condón ante mi grupo de amigos/as.	①	②	③	④
5. Estaría dispuesto/a a defender en público el uso del condón.	①	②	③	④
6. Trataría de convencer a mi pareja para usar el condón si no quiere usarlo.	①	②	③	④
7. Si mi pareja quisiera tener sexo sin protección me negaría a tenerlo.	①	②	③	④
8. Estaría incómodo/a si en mi salón hubiese alguien con SIDA.	①	②	③	④
9. Si un amigo/a se infectara con el VIH, probablemente me alejaría de él/ella.	①	②	③	④
10. Estaría dispuesto/a a realizarme las pruebas del VIH si tuviera prácticas de riesgo (por ejemplo, sexo sin condón).	①	②	③	④
11. Recomendaría a un/a amigo/a hacerse las pruebas de detección del VIH si éste/a hubiese mantenido prácticas de riesgo (por ejemplo, sexo sin condón).	①	②	③	④



ESCALA MULTICOMPONENTE DE FOBIA AL VIH

Lea atentamente cada una de las siguientes frases y conteste con la opción adecuada para usted, marcando la casilla correspondiente.

	1. Completamente en desacuerdo	2. Bastante en desacuerdo	3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4. Bastante de acuerdo	5. Completamente de acuerdo
1. Cuando siento molestia o dolor, asumo que es debido a una enfermedad grave como el SIDA.	1	2	3	4	5
2. Permitiría que un médico que fuera VIH positivo me cogiera puntos en una herida.	1	2	3	4	5
3. Si descubriera que mi odontólogo es VIH positivo, continuaría mi tratamiento dental con él/ella.	1	2	3	4	5
4. Me sentiría cómodo/a estando en la misma habitación con un amigo que tuviera SIDA.	1	2	3	4	5
5. Compruebo mi cuerpo con frecuencia para ver si tengo VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
6. Aunque no me he hecho las pruebas, creo que soy VIH positivo.	1	2	3	4	5
7. No puedo dejar de preocuparme por el SIDA.	1	2	3	4	5
8. Me sentiría cómodo/a si un médico que es VIH positivo me hiciese una revisión.	1	2	3	4	5
9. Comería alimentos que sé que han sido preparados por alguien que es VIH positivo.	1	2	3	4	5
10. Considero que tengo un alto riesgo de contraer VIH.	1	2	3	4	5
11. Visitaría un barrio en el que viviera alguien con SIDA.	1	2	3	4	5



ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH Y OTRAS ITS

Por favor, señale en cada afirmación si es verdadera o falsa. Si desconoce la respuesta marque "No lo sé".

	Falso	Verdadero	No lo sé
1. El SIDA es causado por un virus llamado "VIH".	1	2	3
2. La principal vía de transmisión del VIH en Colombia es a través de las relaciones sexuales.	1	2	3
3. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé.	1	2	3
4. El VIH se transmite exclusivamente por medio de fluidos vaginales, seminales y la sangre.	1	2	3
5. El VIH se transmite a través del aire.	1	2	3
6. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o con SIDA.	1	2	3
7. Lavar la ropa con la de un seropositivo o con SIDA implica riesgo de infección de VIH.	1	2	3
8. Existe riesgo de contraer el VIH por usar jeringas no esterilizadas.	1	2	3
9. El VIH afecta al sistema inmunológico humano.	1	2	3
10. El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH.	1	2	3
11. Tanto el anillo vaginal como el DIU (T de cobre) son métodos eficaces para evitar el VIH/SIDA.	1	2	3
12. Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.	1	2	3
13. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH.	1	2	3
14. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para evitar la transmisión del VIH.	1	2	3
15. Dar un beso con lengua a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH.	1	2	3
16. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH.	1	2	3
17. Practicar la penetración vaginal "viniéndose fuera" es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH.	1	2	3
18. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre.	1	2	3
19. Cuando alguien tiene Gonorrea o Gonococia no es necesario tratar a su pareja sexual.	1	2	3
20. La Gonorrea o Gonococia se cura sola en la mayoría de los casos.	1	2	3
21. La Sífilis es una infección prácticamente desaparecida.	1	2	3
22. La Sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata rápidamente.	1	2	3
23. Actualmente contraer Sífilis es muy difícil.	1	2	3
24. La Hepatitis B nunca deja secuelas.	1	2	3



SAS

La presente escala tiene como objetivo evaluar la percepción o aprecio que tiene usted acerca de su comportamiento sexual. Por favor, marque su grado de acuerdo/desacuerdo respecto a cada una de las preguntas.

	1. Nunca	2. A veces	3. La mitad de las veces	4. Casi siempre	5. Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.	1	2	3	4	5
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.	1	2	3	4	5
3. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.	1	2	3	4	5
4. No dejo que mi pareja acaricie mi cuerpo si no quiero, incluso cuando insiste.	1	2	3	4	5
5. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque insista.	1	2	3	4	5
6. Me niego a tener sexo si no me provoca, incluso si mi pareja insiste.	1	2	3	4	5
7. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón.	1	2	3	4	5
8. Insisto en usar condón cuando quiero, aunque mi pareja prefiera no usarlo.	1	2	3	4	5
9. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar el condón.	1	2	3	4	5

(SOS-6)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre diferentes aspectos de la sexualidad. Por favor, marque su grado de desacuerdo/acuerdo con cada una de ellas teniendo en cuenta que: 1 = totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo (las restantes opciones son posiciones intermedias).

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo	
1. Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7
2. Masturbarme podría ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sería una experiencia excitante acariciar mis genitales.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me agrada tener sueños sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
6. Siento curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas).	1	2	3	4	5	6	7



ENCUESTA DE ERRORES Y PROBLEMAS DEL USO DEL CONDÓN

El cuestionario está diseñado para hombres que hayan usado condones masculinos al menos 3 veces en los últimos 2 meses, para tener relaciones sexuales vaginales o anales con penetración y que se hayan puesto el condón en su pene las 3 veces. Pensando en las últimas 3 veces que tú (no tu pareja) te pusiste el condón en tu pene, indica si los siguientes comportamientos/eventos sucedieron o no, y si ocurrieron, con qué frecuencia.

En las tres últimas veces que usaste un condón para tener relaciones sexuales anales o vaginales con penetración...	No lo hiciste	Lo hiciste 1 vez	Lo hiciste 2 veces	Lo hiciste las 3 veces
1. ¿Comprobaste si tenía daños visibles antes de tener relaciones sexuales con penetración?	1	2	3	4
2. ¿Te lo pusiste al revés y tuviste que darle la vuelta?	1	2	3	4
3. ¿Dejaste un espacio en la punta del condón cuando te lo estabas poniendo?	1	2	3	4
4. ¿Le sacaste el aire al condón mientras te lo ponías o después de habérselo puesto?	1	2	3	4
5. ¿Perdiste o comenzaste a perder tu erección mientras te estabas poniendo el condón?	1	2	3	4
6. ¿Usaste un condón de látex sin lubricante a base de agua, por ejemplo: gel K-Y o espermicida (esto significa, que el condón no tenía lubricante y ni tú ni tu pareja le pusieron)?	1	2	3	4
7. ¿Usaste un lubricante a base de aceite, como vaselina o aceite para bebés, con el condón de látex?	1	2	3	4
8. ¿Perdiste o comenzaste a perder tu erección después de haber comenzado a tener relaciones sexuales con penetración, mientras estabas usando el condón?	1	2	3	4
9. ¿Tocaste el condón con joyas, uñas, piercings afilados, o con los dientes en algún momento, antes o durante la relación sexual?	1	2	3	4
10. ¿Comenzaste a tener relaciones sexuales con penetración sin el condón puesto, luego te lo pusiste y continuaste teniendo relaciones sexuales con penetración?	1	2	3	4
11. ¿Comenzaste a tener relaciones sexuales con penetración con el condón puesto, luego te lo quitaste y seguiste teniendo relaciones sexuales con penetración?	1	2	3	4
12. ¿Se te rompió el condón durante la relación sexual con penetración?	1	2	3	4
13. ¿Se te salió el condón durante la relación sexual con penetración?	1	2	3	4
14. ¿Se te salió el condón mientras sacabas tu pene de la vagina o el ano?	1	2	3	4
15. ¿Tuviste algún problema con la forma en la que te ajustó el condón?	1	2	3	4
16. ¿Tú o tu pareja tuvo algún problema con la forma en la que se sentía el condón?	1	2	3	4

Anexo B. Consentimiento informado

Estimado/a participante

Se solicita su apoyo para llevar a cabo la investigación denominada *Eficacia del Programa Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable (COMPAS), en la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes Afrocolombianos de Barranquilla*, llevada a cabo por la estudiante de María Torres Pérez. En virtud de ello, solicitamos cordialmente exprese su consentimiento para participar en el programa COMPAS en cinco sesiones y algunas pruebas complementarias. Cualquier duda, inquietud o comentario sobre la investigación puede realizarla en el momento que considere más adecuado. Puede además comunicarse por los siguientes correos electrónicos: Email: mariatperez@hotmail.es. Por favor, complete los siguientes datos personales para continuar con el proceso:

Nombre y apellido:	
Firma del participante:	
Firma investigador:	
Fecha de inicio:	