

**CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES SOBRE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU PERCEPCION DEL PROGRAMA
SERVICIOS AMIGABLES DEL MUNICIPIO DE SANTA LUCÍA È ATLÁNTICO.
2016**

KAREN PAOLA BROCHADO ARIZA

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
MEDELLIN
2017**

Nota de Aceptación:

Presidente del Jurado

Segundo Jurado

Tercer Jurado

DEDICATORIA

A Dios, que siempre me ha guiado por el mejor camino, ese que conduce al éxito y la felicidad.

A mi abuelito Pedro, porque sé que me cuida desde donde está.

A mi madre, que es mi heroína, y me ha enseñado que todo lo que se quiere se puede con dedicación y esfuerzo.

A Jose Rafael, por su paciencia, amor, comprensión, apoyo, por esperar por mí en esas largas noches, de viajes y estudio.

A mi familia y amigos, especialmente a mi negra y a mis sobrinos, que siempre están alegrando mis días.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la fuerza que me concede para nunca desfallecer, por su presencia en mi vida, por planificar para mí un futuro lleno de éxitos.

A MIS PADRES

Por todo el sacrificio realizado para que pudiera cumplir mis sueños, a mi madre en especial, por ser mi apoyo, guía, cómplice y mi más grande inspiración.

A JOSE RAFAEL

Porque diste todo de ti para que yo estuviera donde estoy, porque te sacrificaste conmigo, me alentaste, animaste, me tuviste paciencia y me impulsaste a seguir adelante.

A MI FAMILIA

A mis hermanas (Adri y Mary), a mis tíos, a mi abuela, a mis primos, porque siempre obtuve de ellos el ánimo para continuar, la palabra de aliento para no desfallecer; especialmente a mis sobrinitos Andrés Camilo y María Camila, porque estar junto a ellos alegra mi vida.

A MIS AMIGOS

Por tenerme paciencia, por darme ánimo, por acompañarme en este camino, en mis anécdotas, en mis viajes, por hacer mi vida más feliz.

A LA UNIVERSIDAD CES

Por formarme como magister, por entregarme su apoyo en mi proceso de formación y por el respaldo recibido para realizar este proyecto. Especialmente al Dr. Hernán García y a la Dra. Liliana Montoya.

A MIS COMPAÑEROS DE CLASE

Por cada momento compartido, por todas las enseñanzas, y por el afecto transmitido.

CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
1.2 Justificación	16
1.3 Pregunta Problema.....	17
2. MARCO TEORICO	18
2.1 Salud Sexual y Reproductiva.....	18
2.1.1 Problemas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes	19
2.1.2 Consumo de Alcohol y sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	21
2.2 Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.....	23
2.2.1 Fecundidad.....	23
2.2.2 Anticoncepción	26
2.2.3 Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo	27
2.2.4 Conocimiento de ITS y del VIH/SIDA	29
2.2.5 Educación Integral de la Sexualidad	34
2.3 Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes	36
2.3.1 Generalidades del Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes	36
2.3.2 Modalidades del Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes	38
2.4 Legislación Colombiana.....	39
2.5 Estudios de Conocimiento y Percepción de adolescentes y jóvenes	41
2.5.1 Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile.	41
2.5.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca.	42

3. OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo General.....	43
3.2 Objetivos Específicos	43
4. METODOLOGÍA.....	44
4.1 Enfoque Metodológico:	44
4.2 Alcance del Estudio:	44
4.3 Población y Muestra:	44
4.3.1 Criterios de Inclusión	44
4.3.2 Criterios de Exclusión	44
4.4 Descripción de las Variables:.....	45
4.4.1 Diagrama de Variables.....	45
4.4.2 Clasificación de las Variables.....	46
4.5 Técnicas de Recolección de la Información:.....	55
4.6 Proceso de recolección de la información	55
4.7 Prueba Piloto:	55
4.8 Mecanismos para el Control de sesgos y errores:.....	56
4.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos:	56
4.10 Plan de Divulgación de los resultados:.....	56
5. CONSIDERACIONES ETICAS.....	57
6. RESULTADOS	59
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
8. CONCLUSIONES.....	72
9. RECOMENDACIONES.....	73
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Mujeres y Hombres de 13 a 19 años por zona que han tenido al menos un (1) hijo</i>	<i>25</i>
<i>Figura 2 Mujeres de 13 a 49 años en unión y no unidas sexualmente activas, según su uso actual de MA.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 3 Hombres de 13 a 49 años en unión y no unidos sexualmente activos, según su uso actual de MA ...</i>	<i>27</i>
<i>Figura 4 Mujeres de 20 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años por zona.....</i>	<i>28</i>
<i>Figura 5 Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años... 28</i>	
<i>Figura 6 Mujeres y Hombres de 13 a 49 años con conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida</i>	<i>30</i>
<i>Figura 7 Mujeres y Hombres de 18 a 49 años que está de acuerdo con que se enseñe el uso del condón y que se entreguen condones a niños entre 12 y 14 años</i>	<i>31</i>
<i>Figura 8 Distribución según edad y sexo de los adolescentes y jóvenes de PSA</i>	<i>59</i>
<i>Figura 9 Distribución Porcentual de los adolescentes y jóvenes que iniciaron o no su vida sexual y en que rango de edad lo hicieron.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 10 Distribución según el tipo de relación que tenía el adolescente o joven con la persona que inicio su vida sexual.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 11 Distribución de las ITS que son conocidas por los adolescentes y jóvenes del PSA.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 12 Distribución del conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre sus derechos sexuales.....</i>	<i>63</i>
<i>Figura 13 Percepción de los adolescentes y jóvenes del PSSAAJ orientado a la Participación, Atención, Personal y Accesibilidad.</i>	<i>65</i>
<i>Figura 14 Percepción de los adolescentes y jóvenes sobre las opciones del PSSAAJ.....</i>	<i>66</i>

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Embarazos adolescentes en Santa Lucía de 2011 a 2016</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 2 Asistencia de adolescentes y jóvenes al PSSAAJ</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 3 Niveles de fecundidad para los tres años que precedieron la ENDS 2015.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 4 Porcentaje de los niveles de escolaridad y el sexo de los adolescentes y jóvenes de PSA</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 5 Distribución de consumo de alcohol y PSA entre los adolescentes y jóvenes del PSA.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 6 Distribución de los resultados obtenidos en relación con los Métodos Anticonceptivos.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 7 Relación de edad, sexo y ITS conocidas por los adolescentes y jóvenes del PSA.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 8 Distribución de la edad, el sexo y el inicio de la vida sexual de los adolescentes y jóvenes del PSA</i>	<i>64</i>

LISTA DE CUADROS

<i>Cuadro 1 Fecundidad y Paridez.....</i>	<i>24</i>
<i>Cuadro 2 Embarazo y maternidad en mujeres adolescentes.....</i>	<i>25</i>
<i>Cuadro 3 mujeres con conocimientos de ITS.....</i>	<i>32</i>
<i>Cuadro 4 Hombres con conocimientos de ITS.....</i>	<i>33</i>

LISTA DE ANEXOS

<i>Anexo 1. Ficha Técnica Proyecto de Investigación</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 2. Cartas de Consentimiento y Asentimiento Informado</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 3. Protocolo CES ERYL</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 4. Encuesta Autoadministrada</i>	<i>75</i>

ABREVIATURAS

ENDS	Encuesta Nacional de demografía y salud
ESE	Empresa Social del Estado
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MA	Métodos Anticonceptivos
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PNSDSDR	Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
PSA	Programa de Servicios Amigables
PSSAAJ	Programa de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SPA	Sustancia Psicoactiva
SSA	Secretaría de Salud del Atlántico
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VBG	Violencia Basada de Género
VPH	Virus del Papiloma Humano

RESUMEN

Esta investigación es de tipo cuantitativa, observacional y descriptiva, tiene por objetivo describir el conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre Salud Sexual y Reproductiva y su percepción acerca del Programa de Servicios Amigables del municipio de Santa Lucía . Atlántico, encaminado a mejorar la información sobre SSR y a diagnosticar el PSSAAJ desde la perspectiva de esta población. Se aplicó la encuesta auto administrada "Conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre salud sexual y reproductiva y percepción del programa de servicios amigables". Este estudio contó con una muestra de 54 adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años del municipio de Santa Lucía Atlántico, que han asistido por lo menos una vez al PSSAAJ de la ESE del municipio. Se encontró un alto nivel de desconocimiento acerca de los métodos anticonceptivos (44%) y de las Infecciones de Transmisión Sexual, además que las mujeres inician más temprano su vida sexual (el 8% inicio entre los 10 y los 14 años su vida sexual, mientras que ningún hombre lo hizo a esta edad), pero son más estables que los hombres con sus parejas, asimismo que el consumo de alcohol es elevado entre esta población (el 44,5% consume alcohol por lo menos una vez al mes o en fechas especiales), siendo los hombres quienes consumen esta sustancia con más frecuencia (el 20% lo hace más de 4 veces al mes), además de que el 55,6% de los participantes no conocen sus derechos sexuales. En cuanto a la percepción del PSSAAJ, encontramos que los participantes no saben acerca de los principales aspectos del programa (en el 100% de las preguntas el mayor porcentaje siempre es para la respuesta "no se"), que solo conocen un poco acerca de la participación (25,9%) y lo que menos les agrada es el personal (25,9%) y la atención (24,1%). Se concluye entonces que la falta de comunicación, información y/o educación dentro del PSSAAJ, no ha permitido alcanzar el objetivo deseado, sin embargo, se destaca la participación de los adolescentes y jóvenes en las actividades lúdicas que los alejan de otros excesos de la sociedad.

PALABRAS CLAVES: Santa Lucía, Servicios Amigables, Salud Sexual y Reproductiva, Conocimiento, Percepción, adolescentes y jóvenes.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2003 la tasa de mortalidad en el grupo entre 15 y 24 años fue de aproximadamente 130 por 100.000 habitantes, especialmente por accidentes, violencia y problemas relacionados con el embarazo o enfermedades que son prevenibles o tratables. Los países con tasas mayores de 200 por 100.000 fueron Colombia, Haití, Honduras y Perú (1).

En la mayoría de los países de América Latina entre 30% y 50% de las mujeres solteras sexualmente activas, de 15 a 24 años de edad, no utilizan ningún método anticonceptivo (1).

En Colombia el 14% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (2).

Según la Encuesta Nacional de demografía y salud, para el 2010 una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. La mayor proporción de adolescentes en embarazo de su primer hijo se tiene en la región Caribe, en Bogotá y en la Orinoquía-Amazonía (2).

Los porcentajes más bajos en los niveles de conocimiento de las prácticas seguras para evitar el contagio de VIH/Sida se observan entre las mujeres más jóvenes; las de la zona rural; las que no tienen ninguna educación o solamente tienen educación primaria; y las del nivel de riqueza más bajo (2).

A 2010, los mayores porcentajes con una ITS en los últimos 12 meses corresponden a las mujeres entre 25 y 29 años, de la región Caribe, las de educación secundaria y aquéllas con índice de riqueza medio. Cauca, Atlántico, San Andrés y Providencia y Tolima son los departamentos en donde se reportan, mayores porcentajes de mujeres que han tenido ITS, en los últimos 12 meses (2).

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, Minsalud reporta que 87% de los encuestados declara haber consumido alguna vez en la vida, y 35.8% manifiesta haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas). Se observan claras diferencias por sexo: mientras el 46.2% de los hombres manifiesta haber consumido alcohol en el último mes, entre las mujeres la cifra es del 25.9% (3).

En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 49.2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, y con un valor del 45.4% se define el consumo entre los jóvenes de 25 a 34 años. Los adolescentes de 12 a 17 años son quienes menor tasa de consumo presentan, del 19.3% (3).

Para el 2013, el mayor consumo de marihuana se observa en los jóvenes de 18 a 24 años, con un 8.2% de prevalencia, seguido por los grupos de adolescentes (4.3%) y jóvenes de 25 a 34 años (3.8%). Aproximadamente el 62% de los consumidores de marihuana son personas que tienen entre 12 a 24 años y casi el 87% de los consumidores tienen menos de 34 años (3).

En el Departamento del Atlántico el 17% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. En este departamento el embarazo adolescente subió 4 puntos porcentuales en 2010 con respecto a 2005 (4).

Para el 2010, sólo un 6% de las mujeres en unión libre utiliza el condón en sus relaciones sexuales, lo anterior significa que un 94% no toma ningún tipo de precaución contra las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida (4).

El 49% de las mujeres del Atlántico nunca ha oído hablar del Virus del Papiloma Humano ni conoce cómo se puede prevenir. Un 7% de las mujeres del Atlántico no conoce a cerca de las Infecciones de Transmisión Sexual. Un 4% de las mujeres entre 15 y 49 años señaló haber tenido una Infección de Transmisión Sexual durante el último año (2010) (4).

Santa Lucía, municipio ubicado al sur del departamento Atlántico, cuenta hasta el 2015, con una población aproximada de 12467 personas de las cuales el 21,48% (2678) son adolescentes o jóvenes entre 10 y 24 años, según lo reportado por el SISBEN del municipio.

En la tabla 1, se evidencian las cifras de embarazos adolescentes en la población en los últimos años.

Tabla 1 Embarazos adolescentes en Santa Lucía de 2011 a 2016

EMBARAZO ADOLESCENTE Sta. Lucía			
EDAD	10 - 14	15 - 19 años	TOTAL
AÑO	años		
2011	1	23	24
2012	1	36	37
2013	1	35	36
2014	1	31	32
2015	3	52	55
2016	4	58	62

Fuente: E.S.E. Centro de Salud Santa Lucía

Según lo reportado por la Jefe de Enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Santa Lucía, hasta la fecha, las cifras de adolescentes y jóvenes infectados con el VIH/SIDA estaban alrededor de 12 casos, durante el transcurso del 2016 se detectaron 2 casos nuevos.

El centro de salud Santa Lucía, es una Empresa Social del Estado de primer nivel de complejidad, que brinda atención de urgencia y de medicina general a su población. Desde el año 2012, se inició el PSSAAJ en este municipio, con la ayuda técnica de la Secretaria de Salud del Atlántico.

El programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes debe ser un servicio donde los(a) adolescentes y jóvenes encuentren oportunidades de salud cualquiera que sea la demanda, siendo agradables a usuarios y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el proveedor de salud y por la calidad de sus intervenciones (5).

Según datos de la SSA, la tabla 2, muestra la cantidad de adolescentes y jóvenes que asistieron al programa en los últimos años en el municipio.

Tabla 2 Asistencia de adolescentes y jóvenes al PSSAAJ

	NUMERO DE CONSULTAS DEL JOVEN								NUMERO DE CONSULTAS PLANIFICACION FAMILIAR							
	CONSULTA 1RA VEZ				CONSULTA DE CONTROL				CONSULTA 1RA VEZ				CONSULTA DE CONTROL			
	10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	95	120	88	85	45	63	50	49	3	2	37	30	1	1	23	35
2014	23	34	27	31	14	26	21	31	0	0	14	24	0	0	19	83
2015	7	19	14	21	2	10	9	14	0	1	14	20	0	0	8	14

Fuente: Secretaria de Salud del Atlántico. Noviembre de 2015.

embre de 2015.

Se evidencia de las tablas 1 y 2, que cada año disminuye el número de usuarios que asisten al PSSAAJ, y va en aumento el número de adolescentes embarazadas.

Con el PSSAAJ se busca informar, educar y comunicar a los usuarios sobre la prevención de los problemas más comunes en salud pública relacionados con su salud sexual y reproductiva como son embarazos adolescentes, Infecciones de transmisión sexual y el contagio con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que cada año aumenta y afecta mucho más a la población rural.

1.2 Justificación

Las decisiones que cada adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva no son estrictamente determinados por factores individuales; a momento de decidir o no tener alguna condición, entran en juego toda una variedad de factores, muchos de ellos sociales, que le harán optar por una u otra conducta o que contribuirán a tener uno u otro resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc. (6).

Los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por: falta de información sobre métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin protección, falla anticonceptiva, uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a efectos del alcohol o drogas y por violación (7).

Por estas razones es importante evaluar el conocimiento de esta población al respecto de la salud sexual y reproductiva y la percepción de ellos referente al PSSAAJ. Con estos resultados se podrían intensificar las actividades de información, educación y comunicación o redirigirlas para una mejor comprensión de lo que se está transmitiendo.

Con los resultados obtenidos, además, se tendría un diagnóstico del PSSAAJ desde la percepción de los adolescentes y jóvenes, y se podría generar nueva información para proponer investigaciones que permitan mejorar el programa y volverlo más atractivo a esta población.

Los adolescentes y jóvenes resultan directamente beneficiados con esta investigación, indirectamente las familias y la comunidad, además, el PSSAAJ también se ve favorecido al identificar puntos claves para mejorar la comunicación con los adolescentes y jóvenes.

Con el acercamiento de los adolescentes y jóvenes al programa de servicios amigables, se puede esperar una posible disminución en los embarazos adolescentes, menor contagio de ITS y VIH/SIDA, disminución de los Abortos ilegales (consecuencia de embarazos no deseados), detección de abuso sexual y violencia intrafamiliar, prevención de cáncer de cuello uterino y de mama, incluso fortalecimiento del aprendizaje sobre los derechos sexuales y reproductivos que tienen.

1.3 Pregunta Problema

¿Cuál es el conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre Salud Sexual y Reproductiva y su percepción acerca del Programa Servicios Amigables del Municipio de Santa Lucía, Atlántico en el 2016?

2. MARCO TEORICO

2.1 Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (8).

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (8).

En consecuencia, la salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener la información que satisfaga sus necesidades.

Los objetivos consisten en asegurar la capacidad de los individuos de poder disfrutar de las relaciones sexuales sin temor, y mejorar la calidad de estas (9).

Los derechos sexuales y reproductivos se definen según la Federación Internacional de Planificación Familiar de la siguiente forma: condiciones de salud nutricionales, afectivas, educacionales y ambientales apropiadas para

el desarrollo armónico de los hombres y mujeres; en todas las etapas del ciclo vital (9).

La sexualidad humana es el resultado de la interacción de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales: la reproductividad que consiste en la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que produjeron, el género se entiende como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina así como las características del individuo que lo ubican en algún punto de rango de diferencias, el erotismo se entiende como el proceso humano en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias y la vinculación afectiva se entiende como la capacidad del ser humano de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que ellos se derivan (10).

2.1.1 Problemas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se sitúa entre los 10 y los 14 años y la juventud entre los 15 y los 24 años (1).

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años (7).

Los conceptos de ~~la~~ salud sexual+ y ~~la~~ salud reproductiva+ han sido concebidos como un corpus indisoluble, haciéndose mayor énfasis en los aspectos ~~reproductivos~~+de la salud que en los ~~sexuales~~+. La atención de

SSR ha estado centrada en las mujeres y, especialmente, en su salud reproductiva. Bajo este modelo, la salud sexual de las mujeres ha quedado relegada a la esfera reproductiva y la salud tanto sexual como reproductiva de los hombres no ha sido temática de políticas públicas ni de reflexión social (1).

Tras esto subyace la idea de que los y las adolescentes no ~~deben~~ tener una sexualidad activa, y que educarlos(as) en estas temáticas contribuye al inicio temprano de relaciones sexuales y a toma de decisiones poco asertivas sobre su cuerpo y su sexualidad (1).

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual (7).

Las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la Violencia Basada en Género y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual sin tener en cuenta la necesidad de la anticoncepción, o sin haber tenido acceso a servicios apropiados (7).

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o asertividad para utilizar medidas preventivas. Los programas que abordan la sexualidad adolescente suelen fomentar el retardo del inicio de las relaciones sexuales sin poner énfasis simultáneamente en la promoción del uso de métodos anticonceptivos (7).

Es posible que algunos hombres busquen tener relaciones con adolescentes muy jóvenes bajo el supuesto de que así tienen menor riesgo de contagiarse ITS ellos mismos.

Las adolescentes muy jóvenes son más vulnerables a la contaminación por agentes de ITS y al VIH, durante el coito, por no haber completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior.

Además, cuando existe diferencia de edad entre la mujer adolescente y el hombre, y éste es sexualmente experimentado, hay más probabilidad de que él tenga una ITS y que pueda infectar a la joven. A su vez, las adolescentes infectadas con ITS tienen diez veces más probabilidades de contraer el VIH si tienen sexo desprotegido con un hombre infectado (7).

La salud sexual y reproductiva está determinada por factores que van más allá de los servicios de salud, tales como el estilo y proyecto de vida, el comportamiento, la autonomía, el empoderamiento y las condiciones socioeconómicas. Estos elementos juegan un papel fundamental en la promoción de la salud sexual y como determinantes de riesgo para la salud reproductiva (1).

Aspectos tales como niveles bajos de educación, desempleo, difícil acceso a los servicios de SSR (incluidos los métodos de anticoncepción), la violencia intrafamiliar y sexual, el nivel socioeconómico, además de los usos y costumbres de la población, entre otros, se convierten en barreras que afectan la SSR de las y los adolescentes (1).

Los jóvenes se enfrentan a mayores riesgos de salud sexual y reproductiva que los adultos/as; sin embargo, están menos dispuestos y capaces de acceder a servicios de SSR. La falta de sensibilización, información inadecuada y las barreras importantes que plantea el estado actual de la mayoría de los servicios de salud reproductiva que son percibidos como poco acogedores por los jóvenes usuarios (1).

2.1.2 Consumo de Alcohol y sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes.

Uno de los factores de riesgo de precocidad sexual más ampliamente estudiado es el consumo de alcohol y otras drogas. En los ambientes recreativos nocturnos, cuando hay perspectiva de encuentros sexuales, se puede derivar hacia un mayor consumo de drogas. Son muchos los jóvenes que valoran las sustancias (muy en especial el alcohol, pero también otras como *cannabis*, cocaína o éxtasis) por sus efectos facilitadores de logros sexuales que, abarcan un amplio abanico de objetivos que van desde la relajación hasta una completa desinhibición (11).

El alcohol es la sustancia preferida por los jóvenes porque facilita el encuentro sexual, involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumenta la excitación. La segunda sustancia más valorada es la cocaína porque permite prolongar la relación sexual (11).

Pero también encontramos consecuencias negativas derivadas de la asociación entre consumo de drogas y relaciones sexuales. Esto es debido a la disminución de la percepción de riesgo que producen estas sustancias, lo que hace más probable mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual incrementa los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (11).

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de EE.UU. reporta que las personas con desordenes de consumo de alcohol tienen mayor probabilidad de contraer infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual que la población general debido a relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas, relaciones con trabajadoras sexuales y sexo a cambio de alcohol o drogas (11).

La prevalencia de vida de trastornos por sustancias psicoactivas en mayores de 18 años es del 10,6%, siendo el abuso de alcohol el principal problema, con una prevalencia de vida de 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Por otra parte, una de cada 100 personas abusa de sustancias ilegales y una de cada 200 tiene dependencia de éstas; siendo las drogas de mayor prevalencia de vida la marihuana en un 11,1%, seguida de la cocaína en 3,7% y los tranquilizantes en 2,6% (6).

De particular interés resulta el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes escolarizados entre los 12 y 17 años. Los estudios en este subgrupo de población muestran altas prevalencias de vida de consumo de cigarrillo (51,4 hombres y 41,8 mujeres) y alcohol (77,9 en hombres y 72,5 en mujeres), con un promedio de edad inicio para estas dos sustancias de 12,7 años. Del mismo modo se evidencia un alto consumo de tranquilizantes y solventes, entre las sustancias psicoactivas lícitas que se usan indebidamente, así como alta prevalencia de consumo de marihuana como sustancia predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas (6).

2.2 Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015

Los recientes resultados publicados de la ENDS tienen algunos componentes importantes para nuestra investigación, entre los que se encuentran: Fecundidad, Anticoncepción, Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, Conocimiento de ITS y del VIH/SIDA y Educación Integral de la Sexualidad.

2.2.1 Fecundidad

La fecundidad es la capacidad reproductiva de una población, y la variable de mayor incidencia en el crecimiento de una población y determinante de su estructura por edad. En demografía, el término *%fecundidad* se refiere, casi siempre, al número de hijos e hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo (generalmente entre los 15 a 49 años) si se comportara de acuerdo con el patrón de fecundidad por edad y no estuviera afectada por la mortalidad. (12)

Tabla 3 Niveles de fecundidad para los tres años que precedieron la ENDS 2015

Rango Edad	Zona		Total 2015	Total 2010	Total 2005
	Urbana	Rural			
15 . 19	62	118	75	84	90
20 . 24	100	156	112	122	132
25 - 29	87	111	92	100	116

Fuente: ENDS 2015

El Cuadro 1 evidencia los marcados diferenciales en el nivel de fecundidad existentes en el país: la fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas y en los de menor nivel de educación. En 2015, mientras que las mujeres más educadas, las que viven en la zona urbana o en las regiones más desarrolladas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo; aquellas sin educación, las que viven en las zonas rurales, o en regiones de menor desarrollo tienen niveles de fecundidad similares a los que tuvo el país a principios de la década de 1980.(12)

La edad de inicio del rol reproductivo es un factor que influye en el nivel de fecundidad: entre más temprano se tiene el primer hijo e hija, más amplio

el período de reproducción y mayor el nivel de fecundidad en ausencia de control natal. Inicios muy tempranos de la reproducción están también asociados a consecuencias negativas para la salud de la joven madre y su hijo e hija: mayor mortalidad materna y neonatal, y menor peso al nacer.

Los resultados indican claramente que el inicio del rol reproductivo ocurre a una edad mucho menor en las mujeres que en los hombres, tanto en la zona urbana como en la rural, y ocurre más temprano en la zona rural que en la urbana en ambos sexos.(12)

Cuadro 1 Fecundidad y Paridez

Característica	Tasa Global de fecundidad ¹ mujeres de 15-49	Porcentaje de mujeres de 15-49 años actualmente embarazadas	Promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49
Zona			
Urbana	1.8	2.9	2.5
Rural	2.6	4.4	3.7
Región			
Atlántica	2.5	3.8	3.1
Oriental	2.0	3.7	2.7
Bogotá	1.8	2.2	2.4
Central	1.6	3.2	2.6
Pacífica	1.9	3.1	2.7
Orinoquía y Amazonía	2.2	3.7	3.3
Educación			
Sin educación	3.9	3.0	5.1
Primaria	3.0	2.6	3.4
Secundaria	2.1	3.6	2.5
Superior	1.6	3.0	1.9
Total 2015	2.0	3.2	2.7
Total 2010	2.1	3.5	2.9

¹Tasa Global de Fecundidad (TGF) para los tres años anteriores a la encuesta, porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente embarazadas y número promedio de nacidos vivos de mujeres de 40 a 49 años, por características seleccionadas, Colombia 2015

Fuente: ENDS 2015

La fecundidad en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública a principios del presente siglo cuando se confirma una tendencia sistemáticamente creciente: la tasa específica de fecundidad en el grupo 15 a 19 años baja de 99 a 70 por mil entre 1969 y 1990, año a partir del

cual aumenta consistentemente hasta llegar a 90 por mil en 2005, para luego empezar a descender llegando a 74 por mil en 2015. El mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, 41.8%, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, 4.7%, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza. (12)

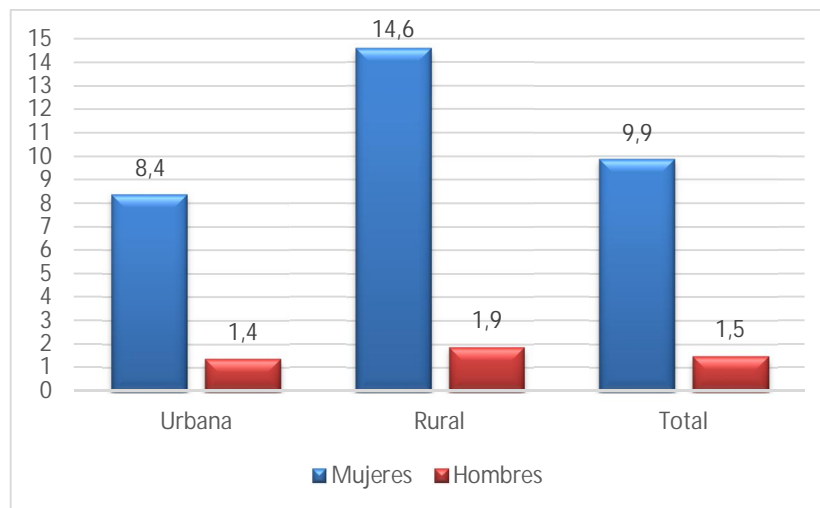
Cuadro 2 Embarazo y maternidad en mujeres adolescentes

Característica	Adolescentes madres o embarazadas de su primer hijo(a)			Número de adolescentes
	Ya son madres	Embarazadas de su primer hijo(a)	Madre o embarazada de su primer hijo(a)	
Edad				
15	1.4	1.6	3.0	1,246
16	5.6	3.0	8.6	1,211
17	13.0	4.0	16.9	1,273
18	22.3	4.3	26.5	1,266
19	27.0	6.0	33.0	1,112
Zona				
Urbana	11.6	3.5	15.1	4,666
Rural	20.3	4.4	24.8	1,442
Región				
Atlántica	16.7	4.4	21.2	1,416
Oriental	12.5	4.5	17.1	1,068
Bogotá	8.8	3.4	12.2	912
Central	14.1	2.9	16.9	1,478
Pacífica	12.9	3.7	16.6	1,049
Orinoquía y Amazonía	20.7	2.6	23.3	184
Educación				
Sin educación	*	*	*	12
Primaria	36.4	5.4	41.8	343
Secundaria	13.8	3.9	17.6	4,685
Superior	5.5	2.6	8.0	1,067
Quintil de riqueza				
Más bajo	22.7	4.4	27.2	1,258
Bajo	19.9	5.3	25.2	1,352
Medio	12.0	4.6	16.6	1,299
Alto	7.4	2.4	9.8	1,141
Más alto	3.5	1.2	4.7	1,057
Total 2015	13.6	3.7	17.4	6,107
Total 2010	15.8	3.7	19.5	9,100

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a) y porcentaje que ha empezado la maternidad, por características seleccionadas

Fuente: ENDS 2015

Figura 1 Mujeres y Hombres de 13 a 19 años por zona que han tenido al menos un (1) hijo



Fuente: ENDS 2015

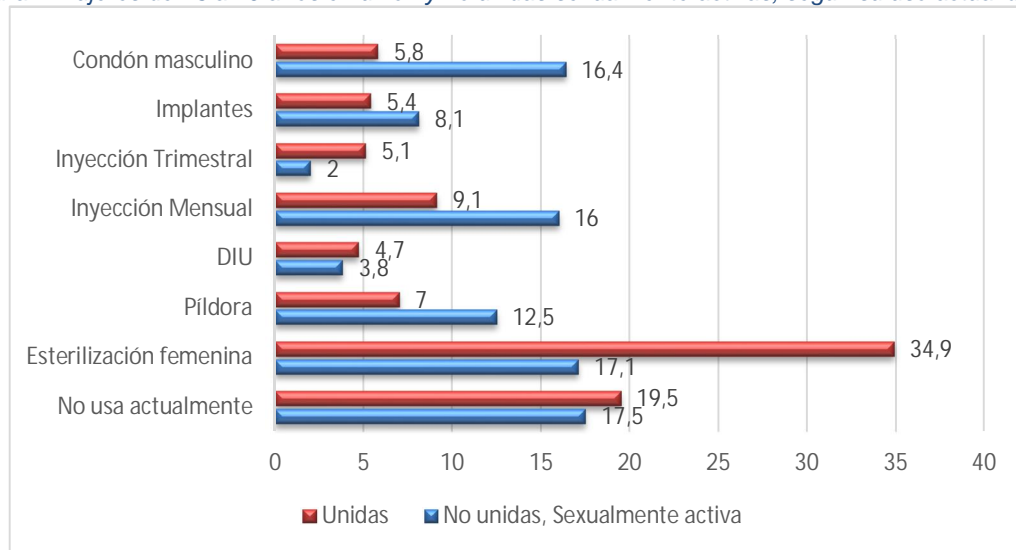
2.2.2 Anticoncepción

La Organización Mundial de la Salud define que el uso de métodos anticonceptivos permite a los individuos y parejas anticipar y alcanzar el número deseado de hijos, así como el espaciamiento y tiempo de los nacimientos, lo cual afecta su curso de vida, el alcance y mantenimiento de una buena salud. El área de Salud Sexual y Salud Reproductiva es cobijada bajo los ODS número 3 y 5, donde se propone garantizar y asegurar el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. (12)

Estos a su vez, se relacionan de manera directa con el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo para Latinoamérica y el Caribe 2013, dando especial relevancia al ejercicio de la sexualidad y la reproducción, bajo un enfoque de género y de derechos humanos, al acceso a la información y los medios necesarios para garantizar la Salud Sexual y Salud Reproductiva plena y segura de toda la población. (13)

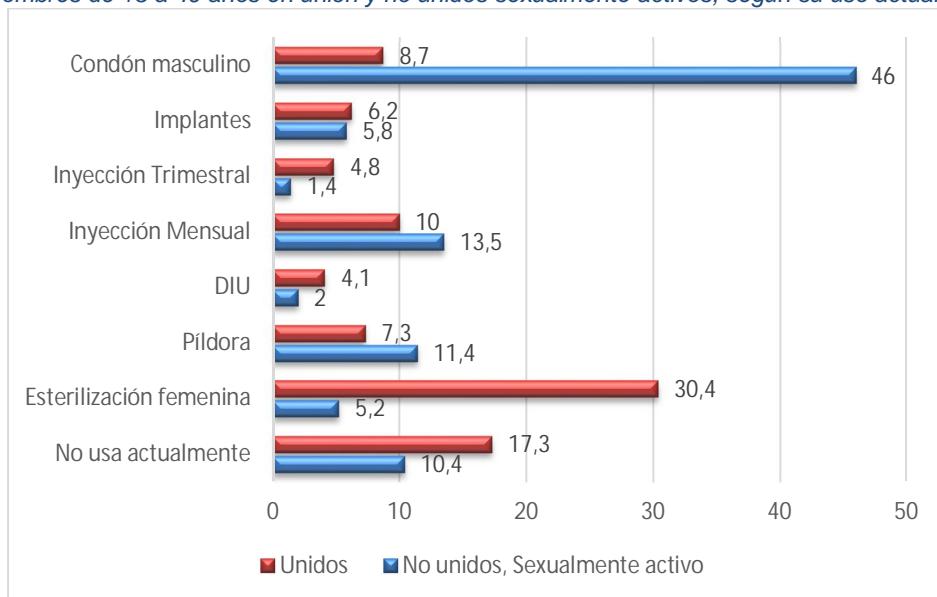
Entre todas las mujeres y hombres encuestados, los métodos modernos específicos más reportados son los siguientes: condón masculino, esterilización femenina y píldora (todos por encima del 90%). Los menos conocidos son la espuma/ jalea, parche anticonceptivo, Método de la Amenorrea por Lactancia y anillo vaginal. Entre las mujeres y hombres en unión se observan brechas por zona urbana y rural para el reporte de algún método tradicional y por métodos específicos tradicionales y modernos. (12)

Figura 2 Mujeres de 13 a 49 años en unión y no unidas sexualmente activas, según su uso actual de MA



Fuente: ENDS 2015

Figura 3 Hombres de 13 a 49 años en unión y no unidos sexualmente activos, según su uso actual de MA



Fuente: ENDS 2015

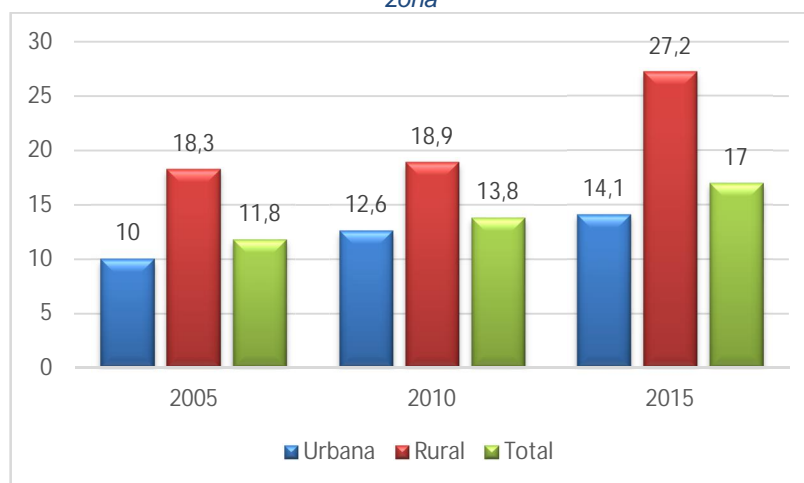
2.2.3 Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

La edad de la primera relación sexual marca el inicio de la exposición al riesgo de embarazo. En 2015, la edad mediana a la primera relación sexual fue de 17.7 entre las mujeres de 25 a 49 años, un poco menor a la observada en 2010 (18.1 años), pero mucho menor a la observada en

1990 (19.9 años). Así, en los últimos 25 años, la edad mediana a la primera relación sexual descendió dos años entre las mujeres de 25 a 49 años. Como consecuencia, el período de exposición al riesgo de embarazo se amplía. De forma paralela, aumenta el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo: el porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que no ha tenido relaciones sexuales disminuye entre 1990 y 2015 de 14.9% a 2.9%, una reducción del 80.5% en 25 años. (12)

La población joven se ve sometida a diferentes presiones para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, lo que conlleva para ellos un elevado riesgo de embarazos no deseados, infectarse con el virus del VIH/Sida y otras ITS. El inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas se constituye en un aumento del riesgo frente a la transmisión del VIH/Sida e ITS, debido a que la negociación en el uso del condón es más limitada por escasa información y la falta de desarrollo de la autonomía sexual. (12)

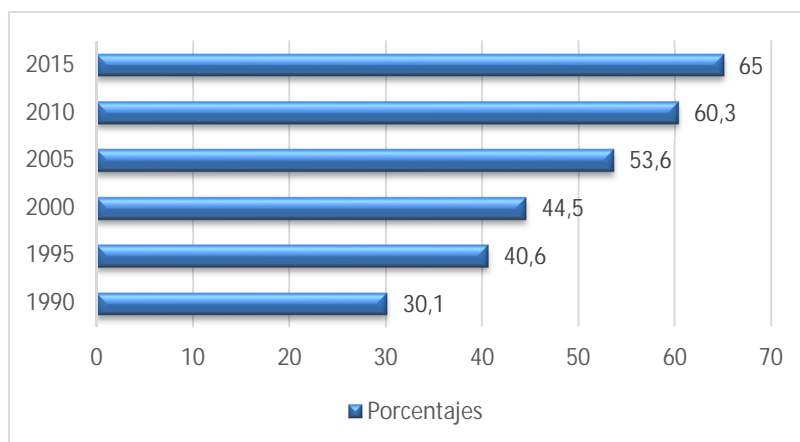
Figura 4 Mujeres de 20 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años por zona



Fuente: ENDS 2015

El 16.3% de las mujeres y el 33.1% de los hombres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. Los mayores porcentajes se encuentran entre las mujeres sin ninguna educación (51.3%) o las que solamente tienen educación primaria (46.0%) y entre las mujeres alguna vez unidas (30.8%). (12)

Figura 5 Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años



Fuente: ENDS 2015

2.2.4 Conocimiento de ITS y del VIH/SIDA

Durante el año 2014 se notificaron 10,093 personas con VIH/ Sida; el principal mecanismo de transmisión sigue siendo sexual, informado en el 98.9% de los casos. Como ya se mencionó, el grupo poblacional más afectado son las y los jóvenes de tal forma que el 34.1% correspondió al grupo de edad de 25 a 34 años, el 22.1% al grupo de 15 a 24 y el 5% al grupo de 10 a 14. (12)

El conocimiento sobre el VIH/Sida se constituye en la base para la adopción de actitudes y prácticas seguras sobre las ITS y el VIH/Sida. La apropiación de conocimientos conlleva a que las actitudes puedan generar prácticas sexuales más seguras para el autocuidado y así disminuir el riesgo de la transmisión de las ITS y el VIH/Sida, por ello es importante indagar sobre conocimientos adquiridos, las percepciones asociadas y las prácticas, lo cual puede mejorar el éxito de los programas de prevención. (12)

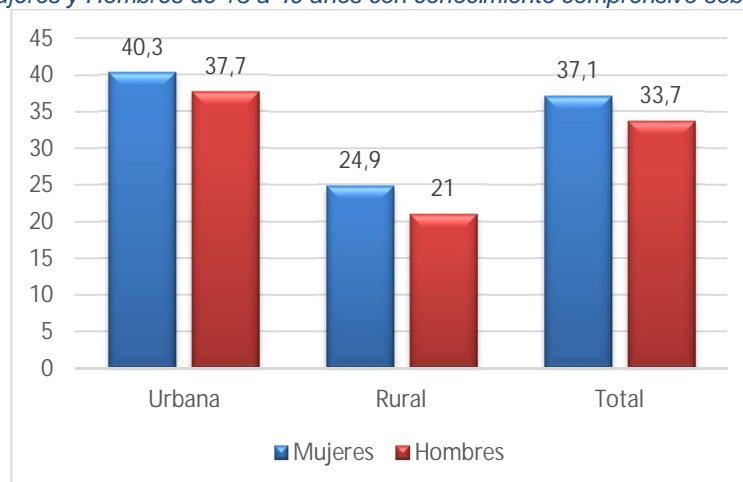
Casi el 100% de las mujeres y de los hombres entrevistados dijeron haber escuchado sobre el VIH/Sida. El mayor nivel de conocimiento general se presenta en las mujeres no unidas que han tenido relaciones sexuales (99.0%), que viven en zonas urbana (99.2%), con educación superior (99.9%) y en el quintil de riqueza más alto (99.8%), con un comportamiento similar en el caso de los hombres. Así mismo, tanto en el caso de las mujeres (99.1%) como de los hombres (99.7%), las personas

que se identificaron como bisexuales, son quienes más información han recibido información o escuchado sobre el VIH/Sida.(12)

El menor nivel de conocimiento general se encontró en las personas sin educación formal y primaria, en el grupo de edad de 13 a 19 años, tanto en mujeres (96.3%) como en hombres (95.0%) y en los hombres de la zona rural (93.9%).(12)

A nivel territorial, en la región Atlántica (96.0% hombres y 96.4 mujeres), la subregión de Guajira, Cesar y Magdalena (92.3% mujeres y 92.4% hombres); en las mujeres de los departamentos de La Guajira (82.2%), Guainía (73%) y Vaupés (62.9%), y en los hombres de La Guajira (84.5%), Guainía (84.4%) y Vaupés (77.6%). (12)

Figura 6 Mujeres y Hombres de 13 a 49 años con conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida



Fuente: ENDS 2015

El uso de condón es referido como una de las prácticas más seguras para prevenir la transmisión en hombres (85.1%) y mujeres (84.4%), sin embargo, un porcentaje mayor de los hombres (86.0%) respondieron que limitar las relaciones sexuales a una sola pareja sexual que no esté infectada es la práctica más segura.(12)

Cerca del 20% de mujeres y hombres de la zona rural, al igual que las personas del quintil de riqueza más bajo, desconocen que el uso del condón disminuye el riesgo de contraer VIH/Sida y la región Atlántica

presenta el mayor desconocimiento tanto en mujeres (81.7%) como hombres (82.8%). Entre las personas que no tienen ninguna educación, el 40% de las mujeres y el 33% de los hombres, desconocen que el uso del condón es una práctica segura. (12)

Las relaciones sexuales de alto riesgo hacen referencia a las relaciones con una persona que no es la pareja estable, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del ITS y VIH/Sida. (12)

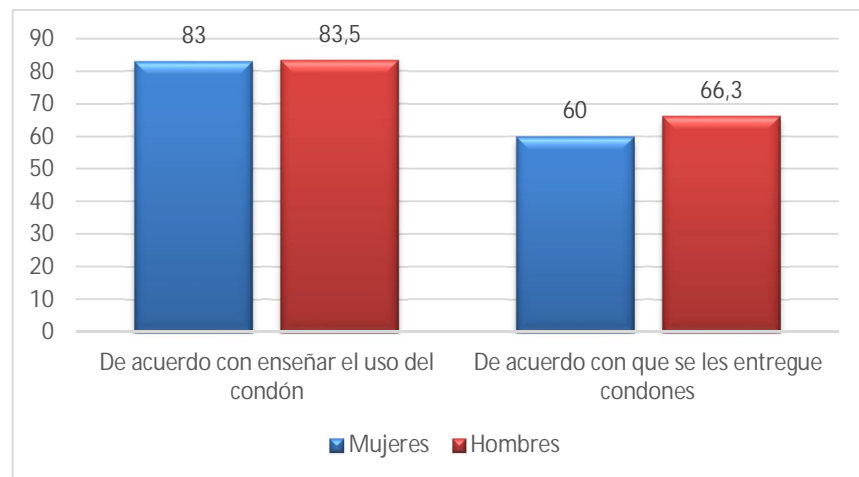
El 4.5% de todas las mujeres entre 13 a 49 años, manifestaron haber tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, a diferencia de los hombres que fue del 21.2%. (12)

El 26.5% de las mujeres y el 42.7% de los hombres entre 13 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, manifestaron haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo (relaciones sexuales con una persona que no era su pareja estable en los últimos 12 meses). Se encuentra un porcentaje mayor en los hombres que se autodefinieron con una orientación bisexual con 81.7%. Lo anterior evidencia un comportamiento de alto riesgo mayor en los hombres con relación a las mujeres. (12)

El uso de condón en la primera relación sexual es un trazador del comportamiento sexual. Cuando los jóvenes inician su vida sexual y usan condón, hay mayor probabilidad de seguir usándolo en las próximas relaciones, lo cual conlleva a una reducción del riesgo de transmisión de las ITS y el VIH/Sida. El uso de condón en los jóvenes también se ve motivado por la prevención de embarazos no planeados. El uso de condón en la primera relación sexual en mujeres jóvenes de 15 a 24 años fue del 56.3%. Para el año 2010 el porcentaje en mujeres fue de 51.6%; si bien se presenta un incremento estadísticamente significativo, este porcentaje es bajo. En los hombres jóvenes este porcentaje fue del 56.2%. (12)

El 30.3% de las mujeres de 13 a 24 años y el 56.1% de los hombres jóvenes usaron condón durante la última relación sexual, observándose una disminución en el porcentaje de uso con respecto al año 2010 en las mujeres (46.4%). (12)

Figura 7 Mujeres y Hombres de 18 a 49 años que está de acuerdo con que se enseñe el uso del condón y que se entreguen condones a niños entre 12 y 14 años



Fuente: ENDS 2015

Las Infecciones de Transmisión Sexual son causadas por varios agentes patógenos principalmente del grupo de bacterias y virus. La etapa de la vida de mayor riesgo de transmisión de las ITS está comprendida entre la adolescencia y el comienzo de la edad adulta; las mujeres son más propensas a tener ITS sin síntomas visibles, lo que conlleva a un mayor riesgo para los hombres de sufrir secuelas permanentes o de duración prolongada.(12)

Cuando las ITS no se manejan adecuadamente, influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, y aumenta la probabilidad de infección por el VIH/Sida, entre otros. Las personas que tienen alguna ITS no tratada se encuentran expuestas a varios riesgos graves, pero la probabilidad de que se manifiesten es mayor en entornos donde el acceso a la atención es limitado y el tratamiento es ineficaz.(12)

Cuadro 3 mujeres con conocimientos de ITS

Departamento	No conoce ITS	Conocimiento de síntomas en una mujer			Número de mujeres
		No mencionó síntomas	Mencionó un síntoma	Mencionó dos o más síntomas	
Grupo de edad					
13-24	23,7	28,4	13,8	34,1	14,547
13-19	29,7	31,4	13,9	25,0	8,526
20-24	15,1	24,1	13,7	47,1	6,021
25-29	14,7	21,3	15,9	48,1	5,611
30-39	13,4	22,2	13,4	51,0	9,927
40-49	18,4	23,9	14,1	43,5	8,633
Zona					
Urbana	14,5	23,7	14,8	47,0	30,656
Rural	34,1	28,8	11,2	25,9	8,062
Región					
Atlántica	26,1	27,4	12,2	34,4	8,278
Oriental	17,0	27,9	15,7	39,4	6,615
Bogotá	14,8	19,2	16,6	49,4	6,640
Central	15,7	26,6	13,4	44,3	9,560
Pacífica	18,7	20,4	13,7	47,3	6,657
Orinoquía y Amazonía	20,0	31,1	11,3	37,6	969
Educación					
Sin educación	52,9	24,6	8,8	13,7	501
Primaria	37,6	29,9	11,0	21,5	6,179
Secundaria	20,0	28,8	14,7	36,4	19,061
Superior	6,0	16,4	14,7	62,8	12,977

Fuente: ENDS 2015

Saber reconocer la forma de prevención y los síntomas de las ITS permite lograr un acceso a tratamiento oportuno y reducir el riesgo de transmisión. El conocimiento es la forma de mayor impacto en salud pública para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual.(12)

El desconocimiento sobre la existencia de ITS en mujeres en el rango de edad de 13 a 49 años fue de 18.6%, y en hombres el porcentaje fue de 16.4. El menor porcentaje de desconocimiento de las ITS en mujeres se presentó en el grupo de edad de 13 a 19 años (29.7%), que nunca han tenido relaciones sexuales (32.7%), de la zona rural (34.1%), de la región Atlántica (26.1%), de la subregión Guajira, Cesar, Magdalena (36.4%), sin educación (52.9%), en el quintil más bajo de riqueza (37.6).(12)

Cuadro 4
conocimientos de

Hombres con
ITS

Característica	No conoce ITS	Conocimiento de síntomas en un hombre			Número de hombres
		No mencionó síntomas	Mencionó un síntoma	Mencionó dos o más síntomas	
Grupo de edad					
13-24	23.3	25.6	17.9	33.2	12,080
13-19	29.9	27.6	16.9	25.5	7,068
20-24	14.0	22.8	19.2	43.9	5,012
25-29	11.2	21.0	17.2	50.6	4,577
30-39	11.0	21.6	17.0	50.4	7,522
40-49	13.3	23.2	20.9	42.6	6,302
Zona					
Urbana	12.4	22.4	18.8	46.5	23,169
Rural	29.1	26.8	16.3	27.8	7,312
Región					
Atlántica	24.7	24.4	16.4	34.6	6,592
Oriental	12.6	26.9	19.0	41.5	5,297
Bogotá	11.5	20.0	23.6	44.9	5,057
Central	14.9	25.9	15.9	43.3	7,486
Pacífica	16.6	17.9	17.8	47.7	5,269
Orinoquía y Amazonía	16.4	27.1	17.4	39.0	780
Educación					
Sin educación	41.9	26.8	11.4	19.9	554
Primaria	32.6	28.6	15.0	23.8	5,690
Secundaria	16.0	25.8	19.5	38.7	15,872
Superior	4.4	15.2	18.4	61.9	8,405

Fuente: ENDS 2015

2.2.5 Educación Integral de la Sexualidad

La educación integral de la sexualidad es un derecho humano, cuya realización efectiva requiere de procesos intencionados, estructurados y sistemáticos que faciliten el acceso a información sobre asuntos referentes a la sexualidad basada en evidencia científica y desde la infancia en diversos contextos, no solo el escolar.(12)

Desde el enfoque de derechos humanos, esta conceptualización de la sexualidad y de los dispositivos sociales que contribuyen a su consolidación, indican que la educación integral de la sexualidad es la que permite la realización del derecho a construir una identidad en lo concerniente a la sexualidad y, a su vez, favorece el ejercicio pleno del derecho al desarrollo armónico e integral. Así mismo, la evidencia disponible indica que cuando los procesos de educación de la sexualidad promueven el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y facilitan el análisis crítico de las actitudes y las normas sociales, generan cambios de comportamiento que promueven la salud sexual y la salud reproductiva.(12)

Los Derechos Sexuales reconocen que las personas merecen disfrutar de una vida sexual placentera, libre de riesgos físicos, psicológicos y sociales. Así mismo, establecen que todos los seres humanos, sin distinción de ninguna índole, merecen expresar libremente su sexualidad, así como decidir autónomamente todas las cuestiones relativas a su vida sexual sin ningún tipo de discriminación, coacción o violencia. Los Derechos Reproductivos, por su parte, reconocen que todas las personas son libres y autónomas para decidir si quieren o no tener hijas o hijos, así como el número y espaciamiento de los mismos. Igualmente, reconocen a las mujeres su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo y sobre la reproducción, así como para usar métodos anticonceptivos. Para el ejercicio pleno de estas libertades, el Estado debe garantizar a sus ciudadanos el acceso a procesos de información, educación, asesoramiento y servicios libres de sesgos y basados en el conocimiento científico disponible sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva.(12)

Según los datos de la ENDS 2010, el 80% de las mujeres de 15 a 49 años dijo haber participado en actividades de educación sexual, siendo el

colegio el lugar que mencionan con mayor frecuencia cuando se les pregunta sobre el contexto de esas acciones educativas (93%). La ENDS también mostró que las mujeres de 15 a 19 años eran las que más habían hecho parte de algún tipo de formación, que esta aumenta con el nivel educativo y es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Además, reveló que se reportaba mayor asistencia a actividades de educación sexual en San Andrés y Providencia, Arauca, Bogotá, Caldas y Risaralda, y menor en La Guajira, Amazonas, Cesar, Vaupés y Atlántico.(12)

Así mismo, el 62% de las mujeres menores de 25 años reconoció haber hablado sobre la sexualidad con personas diferentes a las que se encuentran en el ámbito escolar, siendo los más citados el médico (90%), la madre (67%), una amiga (28%), un familiar (27%) y un amigo o el novio (13%). Muy pocas dijeron haber hablado solamente con el padre y quienes lo mencionaron también habían hablado con la madre o con otras personas. Los porcentajes de jóvenes que mencionan al médico o a la madre disminuyen con la edad.(12)

Los medios de comunicación continuaban siendo una fuente de información sobre el tema de la sexualidad para el 51% de las menores de 25 años, encontrándose en primer lugar la televisión (66%), seguida por la lectura de revistas o de libros (30%), el Internet (23%) y la radio (19%). El 38% de las mujeres de mayor educación dijeron haber aprendido más de estos temas por Internet comparado con apenas el 6% de las mujeres con primaria. Se observó que el interés por la televisión y la radio como fuente de información disminuía a medida que aumentaba el nivel educativo. Internet y televisión eran preferidos en la zona urbana, en tanto que en la zona rural lo eran la radio y la televisión. Internet era más usado por las mujeres solteras de 15 a 24 años y con mayor educación. (12)

Las comparaciones estadísticas por sexo permitieron establecer que la edad promedio a la que acceden las mujeres a educación con respecto a la sexualidad es significativamente más tarde (16.2 años) que en el caso de los hombres (15.5 años).(12)

Los temas a los cuales acceden a una edad promedio mayor son los que se refieren a la interrupción voluntaria del embarazo (19.1 años) y a los mecanismos para denunciar situaciones de vulneración de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (18.4 años). Estos datos señalan que el acceso a información explícita sobre asuntos relacionados con la

sexualidad coincide con el inicio de la pubertad y se centra en temas relativos a la dimensión biológica.(12)

Según los datos las instituciones educativas constituyen la primera fuente de información sobre todos los temas relacionados con la sexualidad; entre las mujeres de 13 a 49 años varía de 43% como fuente de información sobre mecanismos para denunciar vulneración de derechos a 84.8% como fuente de información sobre el funcionamiento de los órganos sexuales; de igual manera, entre los hombres de 13 a 49 varía del 47.9 al 84.9% como primera fuente de información para las mismas temáticas. De acuerdo con la proporción de mujeres que nombraron las distintas fuentes, siguen en orden de importancia los servicios de salud, los medios de comunicación, las amistades y la comunidad. En los hombres, las amistades se encuentran en el tercer lugar, le siguen los medios de comunicación, las instituciones de salud y la comunidad. (12)

Los servicios de salud fueron nombrados por 26.9% de las mujeres y 16.3% de los hombres como primera fuente de información sobre los servicios y recursos de apoyo disponibles en salud sexual y reproductiva.(12)

2.3 Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes

El Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud definen los servicios amigables como aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones+(1).

2.3.1 Generalidades del Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes

El Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes, es una manera práctica y necesaria para convertir los derechos en hechos cuando abordamos el tema de salud en la población de 10 a 24 años de edad. Derechos que las conferencias internacionales y las leyes

nacionales han consagrado en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva (14).

Los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, parten del reconocimiento de ellos y ellas como sujetos de derechos, y apuntan a la identificación y satisfacción de sus necesidades y expectativas, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, asumiendo la salud más que la ausencia de enfermedad, como un proceso permanente en pro del bienestar físico, mental, espiritual y social, producto de la interacción de múltiples factores de riesgo como protectores, que confluyen y configuran en la cotidianidad de cada uno de los individuos y grupos de jóvenes y adolescentes, que se interrelacionan para el desarrollo de un proyecto de vida, independiente de su orientación o alcance (14).

Estos tienen por objetivo primordial contribuir al fortalecimiento del sector salud y protección social, especialmente en el establecimiento y sostenibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, desde un enfoque integral de equidad y ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, a través del fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del sistema general de seguridad social en salud con la participación activa de jóvenes y adolescentes (6).

El modelo de SSAAJ tiene un pilar fundamental que funciona como el eje sobre el cual se desarrolla la propuesta de implementación de servicios para la atención de la población joven y adolescente. Se refiere a las modalidades en que se pueden prestar los servicios que son tres: la Consulta Diferenciada, la Unidad amigable y el Centro Amigable; la elección de cualquiera de estas modalidades depende de las características operativas, la infraestructura de la institución y lo más importante, la voluntad gerencial de comprometer al equipo administrativo y asistencial para adoptar y adaptar el modelo en su institución, con el ánimo de dar las mejores y más oportunas respuestas a la población joven y adolescente de su área de influencia (14).

La estrategia PSSAAJ, es una iniciativa que promueve la transformación de servicios tradicionales de salud, en espacios que contribuyen al desarrollo de una salud sexual y reproductiva plena y saludable, además

de satisfacer necesidades y expectativas de las o los jóvenes, con altos estándares de atención integral, oportuna, pertinente y equitativa (5).

Los servicios amigables constituyen un indicador de calidad que visibilizan los objetivos y metas de desarrollo institucional de cualquier entidad de salud, y responde a los estándares de calidad establecidos por el Ministerio Colombiano de la Protección Social. Los PSSAAJ, figuran como una estrategia para mejorar la SSR en el marco de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública de Colombia, según el Decreto 3039/2007 y están incluidos como parte las estrategias de atención en las nuevas guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública en el módulo de guía para la detección temprana de alteraciones del desarrollo de jóvenes de 10 a 24 años (5).

Con esta estrategia se responde a algunos de los objetivos y metas del milenio, objetivo 5: Mejorar la salud materna cuya meta es reducir, (entre 1990 y 2015), la mortalidad materna en tres cuartas partesLreducción del embarazo en la adolescencia cuya meta es lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva y el objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (15).

2.3.2 Modalidades del Programa de Servicios de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes

✚ Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes

Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes. Esta actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.(6)

✚ Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes



Así se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada.(6)

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes

Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y jóvenes. Cuenta con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes, garantizando así el acceso permanente a los servicios. El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias.

Además de la prestación de los servicios de salud, el Centro tiene espacios en los cuales adolescentes y jóvenes plantean sus dudas y expectativas, discuten, conforman grupos o redes y organizan procesos sociales, a través de dinámicas lúdicas, culturales, artísticas y deportivas. De esta forma, los Centros no son solamente el espacio en el cual las y los adolescentes y jóvenes reciben atención específica en salud, sino también ofrecen posibilidades para potenciar y facilitar desarrollos psicosociales y formativos, que son reconocidos en la norma como procesos de promoción de la salud.(6)

2.4 Legislación Colombiana

-  Entre 1990-1994 se crea el Programa Presidencial para la juventud, la mujer y la familia que institucionaliza las políticas públicas de juventud.
-  En 1993 se lanza el Manual de Normas Técnico Administrativas de Atención Integral al adolescente+. Proporciona directrices a funcionarios

para desarrollar un Programa de Atención Integral en Salud dirigido a esta población.

- ✚ Entre 1994-1998 se crea el Viceministerio de la Juventud, adscrito al Ministerio de Educación, el cual se convierte, en el año 2000, en el Programa Presidencial Colombia joven.
- ✚ En 1997 se promulga la Ley 375 o la Ley de la Juventud. Y se establece el marco legal e institucional para las políticas de juventud en el país.
- ✚ En el año 2000 la Resolución 412 crea la norma técnica de Detección de Alteraciones del joven que visibiliza la salud del adolescente y joven en los servicios de salud por primera vez (16).
- ✚ Código de la Infancia y la Adolescencia (ley 1098 del 2006). Establece protección integral de infantes y adolescentes mediante un sistema de derechos y garantía, de políticas públicas y restablecimiento de los derechos. Garantiza el acceso gratuito de adolescentes a los servicios especializados de SSR y obliga a desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. Tiene en cuenta la perspectiva de género y la pertenencia a pueblos indígenas y demás grupos étnicos (17).
- ✚ Con base en el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) y en la Ley 1122 del 2007 se orienta la creación de servicios integrales y diferenciados a través del Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes.
- ✚ En 2007, Convenio UNFPA-MPS desarrolla y valida el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes+para adecuar las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades. En 2008, se inicia la fase de implementación en todo el territorio nacional haciendo énfasis en los servicios de SSR en un marco de equidad de género y DSR (6).
- ✚ Resolución 769 y 1973 de 2008. El MPS adopta la norma técnica de planificación para hombres y mujeres que moderniza e incrementa la oferta anticonceptiva.

- ✚ En 2008, el MPS define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, Resolución 425 (18).
- ✚ El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), de 2012 - 2021, elaborado por el Ministerio de Salud y protección Social, en sus dimensiones prioritarias contempla la Dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (19).
- ✚ Recientemente en el 2014, Minsalud junto a Profamilia y la UNFPA, construyeron la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, orientada al desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud, y coincide con la estructura y las indicaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión prioritaria de **Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos**, para que todas las personas a lo largo y ancho del país se desarrollen en condiciones de bienestar (20).

2.5 Estudios de Conocimiento y Percepción de adolescentes y jóvenes

2.5.1 Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile.

El objetivo de este estudio fue analizar el conocimiento y la percepción de los y las adolescentes sobre el Programa de Planificación Familiar. Se realizó un estudio transversal a través de metodologías cuantitativa (encuesta semiestructurada) y cualitativa (técnica de grupo focal y entrevistas individuales), con una muestra de 277 adolescentes (15 a 19 años) usuarios del Hospital de El Carmen, en el año 2010. El 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de las mujeres, antes de los 15 años). Aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el

Programa que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. Los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es necesario intensificar las actividades de difusión de los Programas de Planificación Familiar entre los y las adolescentes. (21)

2.5.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca.

Estudio de tipo descriptivo, analítico, de campo y transversal en el cual se utilizó un muestreo polietápico con una muestra de 425 sujetos. Se pretendió conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de ambos sexos; habitantes de un municipio del departamento de Cundinamarca, de estratos 1 y 2 del SISBEN, por medio de la encuesta *«Recreando nuestra sexualidad»*. Con el fin de generar nueva información que sirva como base para proponer nuevas investigaciones en el área sexual. Dentro de los principales resultados se encontró: que existe un alto riesgo de embarazos no deseados por la falta de información, además porque el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo, aunque él más conocido es el preservativo. La enfermedad de transmisión sexual más conocida es el VIH/SIDA, que según los o las encuestadas se puede adquirir al tener relaciones sexuales sin condón; solo la mitad de la población tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales y ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social en Salud, por lo tanto, se ha dificultado el ejercicio de sus derechos a partir de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se les debe prestar con altos niveles de calidad y oportunidad (9).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir el conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre Salud Sexual y reproductiva y su percepción acerca del Programa de Servicios Amigables del municipio de Santa Lucía . Atlántico, encaminado a mejorar la información sobre SSR y a diagnosticar el PSSAAJ desde la perspectiva de esta población.

3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Caracterizar la población adolescente y joven del municipio de Santa Lucía usuaria del PSSAAJ por variables sociodemográficas.
- ✚ Describir el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre Salud Sexual y Reproductiva enfocado en prácticas sexuales, métodos anticonceptivos, sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual y abuso o violencia sexual.
- ✚ Establecer la relación entre el nivel del conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes y sus características sociodemográficas.
- ✚ Establecer el nivel de percepción de los adolescentes y jóvenes frente al Programa de Servicios de Salud Amigable, orientado a la accesibilidad, el personal, la atención, las opciones, la participación y el tiempo de vinculación al mismo.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque Metodológico:

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo observacional. Se soportó en la recolección y análisis de datos, que explican el fenómeno de estudio.

4.2 Alcance del Estudio:

Estudio descriptivo que pretendió obtener conocimiento sobre el fenómeno determinado, pero sin llegar a ubicar las causas que lo determinan.

4.3 Población y Muestra:

Para este estudio no se calculó tamaño de muestra. Se trabajó con los adolescentes y jóvenes que asistieron en el año 2016 al programa de servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes.

La población de estudio estuvo formada por 65 adolescentes y jóvenes, de los cuales participaron 54. Todos pertenecientes al municipio de Santa Lucía, Atlántico.

4.3.1 Criterios de Inclusión

Tener entre 10 y 24 años, ser del municipio de Santa Lucía, Atlántico, haber asistido por lo menos 1 vez en el 2016 al PSSAAJ de este municipio.

4.3.2 Criterios de Exclusión

Menores de 18 años que no contaron con el consentimiento informado de sus padres, cuidador, tutor o responsable legal, o aquellos que no fueron certificados por el psicólogo. Mayores de 18 años que no desearon participar en la investigación.

4.4 Descripción de las Variables:

4.4.1 Diagrama de Variables



4.4.2 Clasificación de las Variables

Nombre de la Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Sexo	Condición fisiológica de ser hombre o mujer	Cualitativa	Nominal		1.Mujer 2.Hombre
Edad	Edad del participante	Cuantitativa	Razón Ordinal	Años	1. entre 10 y 14 2. entre 15 y 19 3. entre 20 y 24
Estado civil	Estado civil del participante	Cualitativa	Nominal		1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre
Escolaridad	Grado de escolaridad actual	Cualitativa	Ordinal		1.Primaria 2. Secundaria 3. Validando 4. educación Superior 5.Sin escolaridad
Hogar	Con quien vive el participante	Cualitativa	Nominal		1. con sus padres 2. con sus padres y su pareja 3. solo/a con su pareja 4. con familiares de su pareja
Nivel Socioeconómico	Nivel socioeconómico donde vive el participante	Cualitativa	Nominal Ordinal		1. Bajo 2. Medio 3. Alto
Procedencia	Lugar donde habita el participante en el municipio	Cualitativa	Nominal		1. Urbana 2. Rural
Inicio Vida Sexual	Comienzo de las relaciones intimas	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No

Años Inicio Vida Sexual	Edad que tenía, cuando inició su vida sexual	Cuantitativa	Razón Ordinal	Años	1. entre los 10 y 14 2. entre los 15 y 19 3. después de los 20
Primera Vez con Protección	La primera vez que tuvo relaciones sexuales usó protección anticonceptiva	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3. anticoncepción de emergencia
Edad persona primera vez	Edad de la persona con la que mantuvo por primera vez relaciones sexuales	Cuantitativa	Razón Ordinal	Años	1. no sabe 2. entre 10 y 14 3. entre 15 y 19 4. entre 20 y 24 5. más de 25
Persona primera vez	Qué tipo de relación tenía el participante con la persona con quien inicio su vida sexual	Cualitativa	Nominal		1. Amigo 2. Novio/a menos de 1 mes 3. Novio/a menos de 1 año 4. Novio/a de más de 1 año 5. Un conocido 6. Familiar cercano / lejano 7. Persona que conoció ese día
Embarazo	Alguna participante si es mujer o su pareja si es hombre, ha estado embarazada	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No
Embarazo a la primera	Algún/a participante, quedo en embarazo la primera vez que tuvo relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No
Hijos	Número de hijos del participante	Cuantitativa	Razón Ordinal	Hijos	1. de 1 a 2 hijos 2. de 3 a 4 hijos 3. No tiene hijos
Aborto	El participante o su pareja ha practicado alguna vez el aborto	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. Sí más de 1 vez 3. No

Sexualmente Activo	El participante mantiene relaciones sexuales 1 vez a la semana o mínimo 3 veces al mes	Cualitativa	Nominal	1 sí 2. no
Abuso o Violencia Sexual	El participante ha vivido experiencias propias de Abuso o violencia sexual	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Embarazo la primera vez	En la primera relación sexual se puede quedar embarazada	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Conoce ITS	Que ITS conoce el participante	Cualitativa	Nominal	1. Clamidia 2. Gonorrea 3. Sífilis 4. Herpes Genital 5. VIH/SIDA 6. VPH 7. Candidiasis 8. Piojos Púbcos 9. Hepatitis B 10. Tricomoniasis
ITS	El participante ha manifestado algún episodio de ITS alguna vez	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
ITS contagiada	Que ITS ha tenido el participante	Cualitativa	Nominal	1. Clamidia 2. Gonorrea 3. Sífilis 4. Herpes Genital 5. VIH/SIDA 6. VPH 7. Candidiasis 8. Piojos Púbcos 9. Hepatitis B 10. Tricomoniasis

Alcohol	Cada cuanto el participante consume alcohol	Cuantitativa	Razón Ordinal	veces al mes	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. entre 2 y 3 3. más de 4 4. fechas especiales 5. No consume
SPA	Cada cuanto el participante consume SPA	Cuantitativa	Razón Ordinal		<ol style="list-style-type: none"> 1. frecuentemente 2. alguna vez consumió 3. nunca ha consumido
Conoce MA	Que MA conoce el participante	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Preservativo o Condón 2. Pastillas diarias 3. Pastilla de emergencia 4. Inyecciones mensuales 5. Inyecciones Trimestrales 6. Dispositivo Intrauterino 7. Implante Subdérmico
Uso de MA	el participante usa o ha usado algún MA	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. Alguna vez utilizó 3. Nunca ha utilizado 4. No los conoce
Edad primera vez MA	rango de edad del participante cuando utilizó por primera vez los MA	Cuantitativa	Razón Ordinal	Años	<ol style="list-style-type: none"> 1. entre 10 y 14 2. entre 15 y 19 3. después de los 20 4. Nunca ha utilizado 5. No los conoce
MA utilizado alguna vez	Que MA ha utilizado alguna vez	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Preservativo o Condón 2. Pastillas diarias 3. Pastilla de emergencia 4. Inyecciones mensuales 5. Inyecciones Trimestrales 6. Dispositivo Intrauterino 7. Implante Subdérmico

MA utilizado actualmente	Que MA utiliza actualmente	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Preservativo o Condón 2. Pastillas diarias 3. Pastilla de emergencia 4. Inyecciones mensuales 5. Inyecciones Trimestrales 6. Dispositivo Intrauterino 7. Implante Subdérmico
Quien informo de MA	que persona le informo primero al participante acerca de los MA	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Amigo de su edad 2. Amigo adulto 3. Familiar 4. Profesional de la salud 5. Nadie ha informado
MA + efectivo	Que MA considera el participante más efectivo	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Preservativo o Condón 2. Pastillas diarias 3. Pastilla de emergencia 4. Inyecciones mensuales 5. Inyecciones Trimestrales 6. Dispositivo Intrauterino 7. Implante Subdérmico
Riesgo no protección	Que riesgos corres al tener relaciones sexuales sin protección	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Quedar embarazada 2. Contagiarse de ITS 3. No corre riesgos
Derechos Sexuales	Conoce el participante sus derechos sexuales	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
Planeación del Embarazo	A qué edad tiene planeado el participante quedar embarazada/o	Cuantitativa	Razón Ordinal	Años	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10 a 14 años 2. 15 a 19 años 3. 20 a 24 años 4. más de 24 años
Aceptación del Embarazo	Cree el participante que su familia acepte fácilmente que esté embarazada/o	Cualitativa	Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No

Riesgo Embarazo	Tuvo algún riesgo el participante que estuvo en embarazo	Cualitativa	nominal	1. Sí 2. No 3. Nunca ha estado embarazada/o
Ubicación	La institución es fácil de Ubicar	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Señal en ESE	Existe una señal visible dentro de la Institución que indica que el servicio atiende a jóvenes.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Servicio Amistoso	El servicio es amistoso y acogedor	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Horario Atención	Los horarios de atención se adaptan a las horas en que los jóvenes pueden acudir al centro (por ej.: antes o después de ir al colegio, las tardes o en los fines de semana.)	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Atención sin cita	El servicio dispone de horarios en los que no tienes que hacer cita previa para ir.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Información Servicios	Existe información sobre los servicios que se brindan en el centro.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Información en folletos	El servicio dispone de folletos y afiches con información que quieren las y los jóvenes.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Personal amistoso	El personal es amistoso	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé

personal receptivo	El personal es receptivo (no te juzga)	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
personal capacitado	El personal puede responder satisfactoriamente a todas tus preguntas.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
personal comprensivo	El personal comprende las preocupaciones de las y los jóvenes sobre la sexualidad y las relaciones sexuales.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
personal comunicativo	El personal utiliza un lenguaje que puedes entender.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
personas disponibles	El personal tiene tiempo para escuchar tus problemas en tus propias palabras.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
genero del personal	Puedes elegir entre que te atienda personal masculino o femenino.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Precio Servicios	El precio de los servicios es razonable	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Personal repetitivo	Te dan la opción de ser atendida o atendido por la misma persona en cada visita.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Atención en compañía	Te dan la opción de ser atendida o atendido en una compañía de tu pareja o con un(a) amigo(a)	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Información completa	Se te ha ofrecido información completa de los servicios que has solicitado.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé

Remisión	Te pueden enviar a otro lugar si no te pueden proporcionar un servicio.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Atención discreta	Los jóvenes pueden acceder a los servicios sin llamar la atención en un servicio con adultos.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Personal discreto	El personal respeta la confidencialidad, es confiable y asegura la privacidad.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Asesoría privada	Puedes recibir asesoría en privado (sin que otra persona escuche).	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
SSR	Asesoría sobre salud sexual y reproductiva	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
joven Sano	Consulta del joven sano.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Información Violencia Sexual	Servicios para personas jóvenes que han experimentado violencia sexual.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Citologías.	Citologías.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Anticonceptivos.	Anticonceptivos.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé
Anticoncepción de emergencia.	Anticoncepción de emergencia.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No 3.No sé

Tto ITS	Prueba tratamiento y asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS)	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Prueba VIH	Asesoría y prueba para VIH	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Prueba de embarazo	Prueba de embarazo	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Control embarazo	Control del embarazo y atención del parto.	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Opinión de servicios	Hay formas para que des tu opinión sobre los servicios.	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Recomendar servicios	¿Recomendarías este servicio a un(a) amigo(a)?	Cualitativa	Nominal		1. Sí 2. No 3.No sé
Vinculación al Programa	¿Hace cuánto tiempo te vinculaste al programa?	Cuantitativa	Razón Ordinal	meses	1. menos de 6 2. entre 6 y 12 3. más de 12

4.5 Técnicas de Recolección de la Información:

Fuentes de información

La presente investigación utilizó fuentes primarias como medio para obtener la información.

Instrumento de recolección de información

Se realizó a través de la aplicación de una encuesta auto administrada elaborada por la investigadora apoyada en el Anexo A-11 del documento %Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia+ del Ministerio de Salud y Protección Social (6).

4.6 Proceso de recolección de la información

Para dar inicio al proceso de recolección de la información se realizó la capacitación del personal que hizo parte del equipo de colaboradores, con el objetivo de enseñarles el instrumento y estandarizar la información requerida para la aplicación.

Se inició la recolección de la información una vez se tuvo el aval del Comité Institucional de Ética el 30 de marzo de 2017.

4.7 Prueba Piloto:

Se aplicó el instrumento de recolección en un grupo de cinco adolescentes para identificar dificultades de comprensión de algunas preguntas, no se identificaron problemas en la aplicación del instrumento y se calculó un tiempo de 33 minutos para el diligenciamiento del instrumento.

4.8 Mecanismos para el Control de sesgos y errores:

Sesgos de selección:

Se incluyeron adolescentes y jóvenes que asistieron en el año 2016 al programa de servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes en el municipio de Santa Lucía, Atlántico.

Sesgos de información:

- ✚ Con la prueba piloto se pretendió ensayar el diseño metodológico, el diseño del instrumento de recolección de información, la facilidad o dificultad de llegar a la población objeto del estudio y los tiempos requeridos para la aplicación de la encuesta.
- ✚ Los profesionales encargados de la recolección de la información fueron capacitados y tuvieron claridad frente a los objetivos de la investigación y así se logró obtener datos fidedignos.

Sesgo del encuestado:

Se hizo sensibilización a los adolescentes y jóvenes frente a la importancia de su participación en el estudio.

4.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos:

La información se digitó en una hoja de cálculo de MS Office Excel, luego se exportó, almacenó y procesó en el programa estadístico SPSS®. Para el cálculo de intervalos de confianza se utilizó la calculadora epidemiológica EPIDAT. La presentación del informe se realizó mediante el procesador de texto de MS Office Word 2007.

Se realizó la descripción de las variables incluidas en el estudio mediante gráficos, tablas y estadísticos de resumen.

4.10 Plan de Divulgación de los resultados:

Los resultados de la investigación se presentaron como artículo científico. También se entregó el informe final a la Universidad como requisito para el grado.

En la medida que sea permitido, se realizará retroalimentación al PSSAAJ en el municipio de Santa Lucía.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se rigió bajo la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.(22)

Se clasificó como una intervención con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de la resolución. (22)

Para la presente investigación, los padres de familia, encargados del cuidado, tutores o representantes legales, de los participantes menores de 18 años firmaron el respectivo consentimiento informado.

Para el proceso de evaluación de la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica en el menor de edad, se contactó al laboratorio de psicología de la Universidad CES, área académica que provee servicios de formación, extensión e investigación, mediante la utilización de espacios, instrumentos y equipos que permiten un adecuado control de variables en la realización de actividades propias de la psicología y en consonancia con ello el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Sociedad a través de su línea de investigación: Infancia, Adolescencia y Juventud, logran realizar una alianza para desarrollar el diseño y validación por expertos de un instrumento que permite la medición del entendimiento,

razonamiento y lógica del menor, teniendo en cuenta lo estipulado por el Artículo 25 de la Resolución 8430 de 1993, donde se sustenta que

Para la realización de investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales se deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, una certificación de un neurólogo, psiquiatra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto;

Atendiendo a lo anterior se hizo uso del protocolo CES ERYL (ver Anexo 3), el cual fue ajustado a las necesidades de normatividad y de los proyectos de investigación que requieren evaluación de menores de edad, en el contexto colombiano.

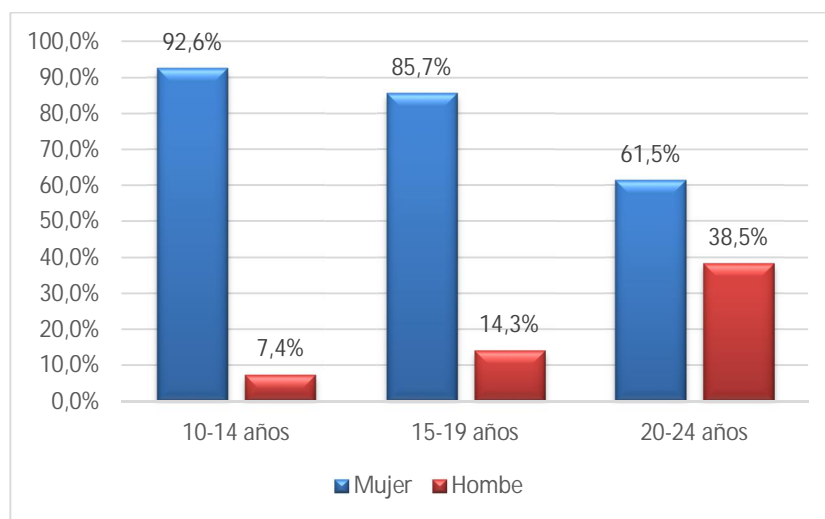
Se presentaron 37 protocolos CES ERYL para ser evaluados, y se certificaron en su totalidad a los menores que participar en la investigación.

6. RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica de los 54 participantes de la investigación es la siguiente:

La figura 8, presenta la distribución de los adolescentes y jóvenes según sexo y edad, la proporción de mujeres es notablemente mayor que de hombres.

Figura 8 Distribución según edad y sexo de los adolescentes y jóvenes de PSA



Fuente: Datos del estudio.

El 88,9% son solteros(as) y el 11,1% viven en unión libre; el 66,7% se considera de un nivel socioeconómico medio, el 20,4% bajo y el 13% alto; el 7,4% vive en la zona rural y el 92,6% en la zona urbana.

En cuanto a su nivel de escolaridad, la tabla 4, muestra los porcentajes de los niveles de estudio y el sexo de los participantes, en su mayoría son estudiantes de secundaria.

En cuanto al conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre Salud Sexual y Reproductiva, se encontró que:

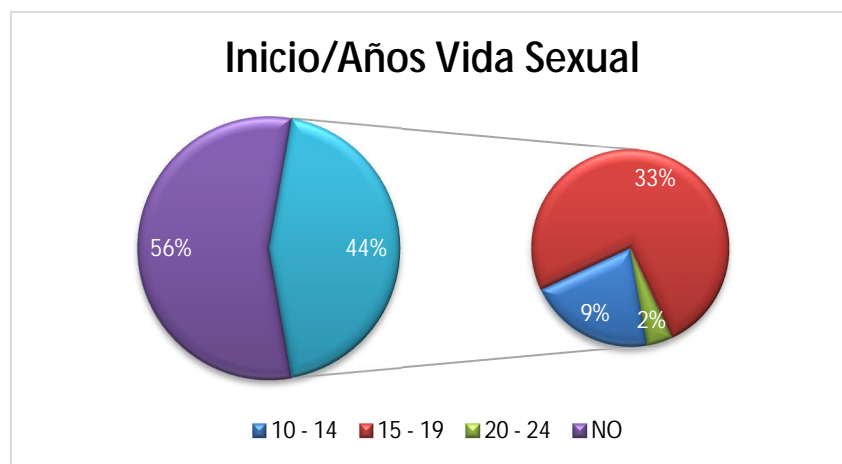
Del total de participantes, 40% de las mujeres y el 66,6% de los hombres ya iniciaron su vida sexual, como se refleja en la figura 9.

Tabla 4 Porcentaje de los niveles de escolaridad y el sexo de los adolescentes y jóvenes de PSA

ESCOLARIDAD				
Tipo	Mujer		Hombre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	9	20%	0	0%
Secundaria	22	48,9%	4	44,4%
Validando	2	4,4%	0	0%
Educación Superior	9	20%	4	44,4%
No estudia	3	6,7%	1	11,2%

Fuente: Datos del estudio.

Figura 9 Distribución Porcentual de los adolescentes y jóvenes que iniciaron o no su vida sexual y en que rango de edad lo hicieron



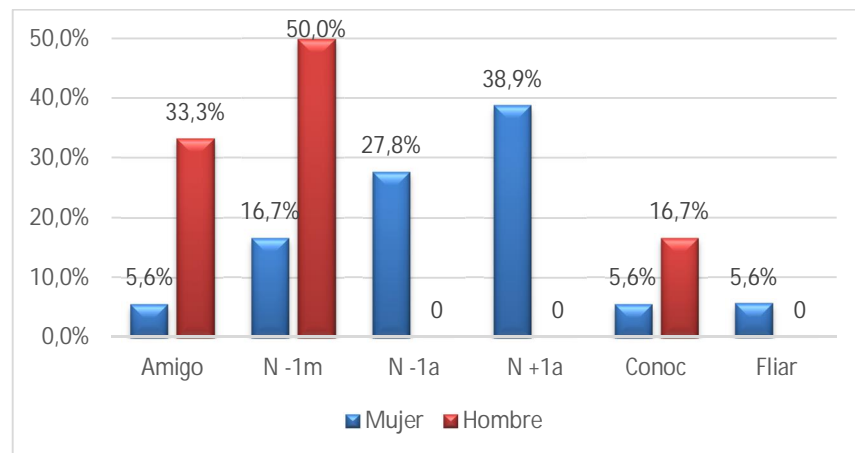
Fuente: Datos del estudio.

Del 44% de los participantes que dijeron haber iniciado su vida sexual, el 29,1% uso protección la primera vez, el 13% no uso protección y el 1,9% uso anticonceptivo de emergencia; además, el 27,8% dijo que su primera vez fue una persona con edades entre los 15 y 19 años, el 11% que tenía entre 20 y 24 y el 3,7% que tenía más de 25 años. El 33,3% de los participantes dice ser sexualmente activo.

La figura 10, indica, la relación que tenía el participante y la persona con la que inicio su vida sexual, se destaca que en su mayoría las mujeres iniciaron su vida sexual con sus novios de más de un año y los hombres con sus novias de menos

de un mes. El 11,1% de los participantes ha estado alguna vez en estado de embarazo y de estos el 5,6% quedó embarazada (a) la primera vez que tuvo relaciones sexuales. El 7,4% tiene entre 1 y 2 hijos y el 1,9% tiene entre 3 y 4 hijos. El 3,7% ha practicado el aborto por lo menos 1 vez.

Figura 10 Distribución según el tipo de relación que tenía el adolescente o joven con la persona que inició su vida sexual



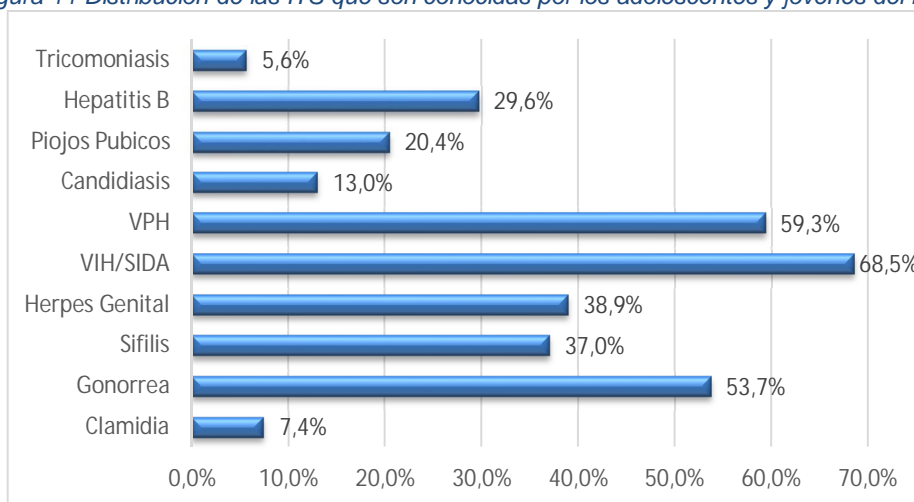
N-1m: Novio menos de 1 mes; N-1a: Novio menos de 1 año; N+1a: Novio más de 1 año; Conoc: Conocido; Fliar: Familiar

Fuente: Datos del estudio.

La figura 11, muestra las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual que conocen los participantes, entre estas se destacan el VIH/SIDA con el 68,5% y el VPH (virus del Papiloma Humano) con el 59,3%.

Entre las ITS que han padecido los participantes se encuentran la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, los piojos púbicos, la hepatitis B y la tricomoniasis con el 1,9% y el VPH con el 3,7%, la candidiasis, el VIH/SIDA y la clamidia, no reportan haberlas padecido.

Figura 11 Distribución de las ITS que son conocidas por los adolescentes y jóvenes del PSA



Fuente: Datos del estudio.

Como refleja la tabla 5, el 100% de los hombres y mujeres de 20 a 24 años, ya consumen alcohol, mientras que el 12% de las mujeres de entre 10 a 14 años ha iniciado el consumo de esta sustancia; el consumo de SPA dentro del grupo de participantes indica que el 16,7% de las mujeres de entre 15 a 19 años, ha consumido por lo menos una vez estas sustancias.

Tabla 5 Distribución de consumo de alcohol y SPA entre los adolescentes y jóvenes del PSA

		10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años
Mujeres que consumen alcohol	SI	12%	58,3%	100%
	NO	88%	41,7%	0%
Hombres que consumen alcohol	SI	0%	50%	100%
	NO	100%	50%	0%
Mujeres que consumen SPA	SI	0%	16,7%	0%
	NO	100%	83,3%	100%
Hombres que consumen SPA	SI	0%	0%	0%
	NO	100%	100%	100%

Fuente: Datos del estudio.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, el 29,6% de los participantes dijo haberlos utilizado al menos una vez, el 25,9% dice nunca haberlos utilizado y el 44,4% dice no conocerlos. En la tabla 6, se observan los diferentes resultados que se obtuvieron en relación con los métodos anticonceptivos.

Tabla 6 Distribución de los resultados obtenidos en relación con los Métodos Anticonceptivos

Métodos Anticonceptivos	MA más conocidos	MA más utilizados	MA más efectivo
-------------------------	------------------	-------------------	-----------------

Condón / Preservativo	68,5%	37,0%	42,6%
Píldora Diaria	51,9%	18,5%	20,4%
Píldora de Emergencia	33,3%	16,7%	13,0%
Inyección Mensual	50,0%	16,7%	20,4%
Inyección Trimestral	27,8%	5,6%	7,4%
Dispositivo Intrauterino	37,0%	7,4%	14,8%
Implante Subdérmico	24,1%	1,9%	18,5%

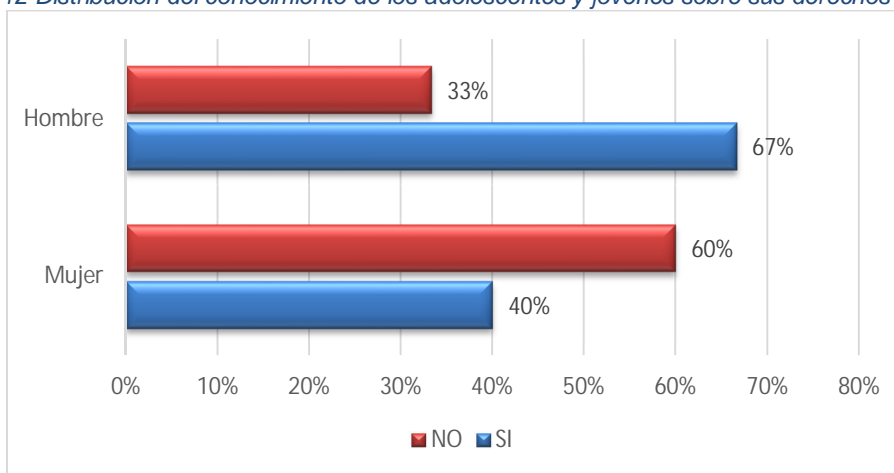
Fuente: Datos del estudio.

Un profesional de la salud fue quien informó al 35,2% de los participantes, sobre los métodos anticonceptivos y el 18,5% fueron instruidos por un familiar.

La figura 12, informa acerca del conocimiento de los participantes sobre sus derechos sexuales, notablemente se evidencia que un mayor número de mujeres no conoce sus derechos sexuales.

El 66,7% de los adolescentes y jóvenes planean tener su primer hijo después de los 24 años y el 90,7% dice que sus padres no aceptarían en estos momentos que quedaran en embarazo.

Figura 12 Distribución del conocimiento de los adolescentes y jóvenes sobre sus derechos sexuales



Fuente: Datos del estudio.

Con respecto al segundo objetivo, la relación entre el nivel del conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes y sus características sociodemográficas arrojó los siguientes resultados.

La tabla 7, muestra el porcentaje de adolescentes y jóvenes que conocen las diferentes infecciones de transmisión sexual según grupos de edad:

Tabla 7 Relación de edad, sexo y ITS conocidas por los adolescentes y jóvenes del PSA

ITS	10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Clamidia	0%	0%	16,7%	0%	12,5%	20,0%
Gonorrea	32,0%	100%	58,3%	100%	75,0%	80,0%
Sífilis	8,0%	0%	66,7%	50,0%	62,5%	80,0%
Herpes	16,0%	50,0%	50,0%	50,0%	62,5%	80,0%
VIH/SIDA	52,0%	100%	66,7%	100%	100%	80,0%
VPH	40,0%	50,0%	66,7%	100%	87,5%	80,0%
Candidiasis	4,0%	0%	16,7%	0%	25,0%	40,0%
Piojos	16,0%	0%	16,7%	100%	12,5%	40,0%
Hepatitis	16,0%	0%	33,3%	50,0%	50,0%	60,0%
Tricomoniasis	4,0%	0%	8,3%	0%	0%	20,0%

Fuente: Datos del estudio.

En cuanto a la relación entre la edad, el sexo y el inicio de la vida sexual, se encontró que las mujeres la iniciaron más temprano que los hombres, el 66,7% de ellas entre los 15 y los 19 años, mientras que en los hombres este porcentaje es del 50%, solo las mujeres reportan haber iniciado su vida sexual entre los 10 y los 14 años en un 8%.

Tabla 8 Distribución de la edad, el sexo y el inicio de la vida sexual de los adolescentes y jóvenes del PSA

		10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años
Mujeres que iniciaron su vida sexual	SI	8%	66,7%	100%
	NO	92%	33,3%	0%
Hombres que iniciaron su vida sexual	SI	0%	50%	100%
	NO	100%	50%	0%

Fuente: Datos del estudio.

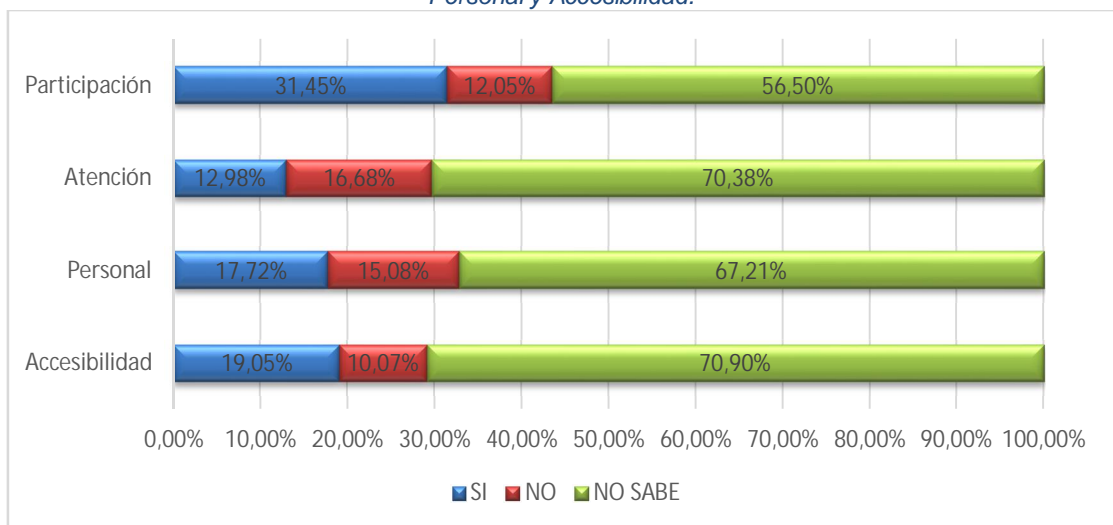
Los resultados encontrados de los métodos anticonceptivos más utilizados son los siguientes: las mujeres de 10 a 14 años han utilizado en un 12% el condón y las pastillas diarias, mientras que los hombres no reportan haber utilizado a esta edad ningún método; entre los 15 y los 24 años, lo más utilizado es el condón.

Entre los adolescentes y jóvenes que asisten al PSSAAJ, el 26,7% de las mujeres dice no correr ningún riesgo si mantienen sexo sin protección, mientras que el

55,6% de los hombres, dice poder quedar en embarazo. De estos porcentajes, los participantes de entre 10 a 14 años en un 37% dicen no correr ningún riesgo, este porcentaje baja a 14,3% entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años.

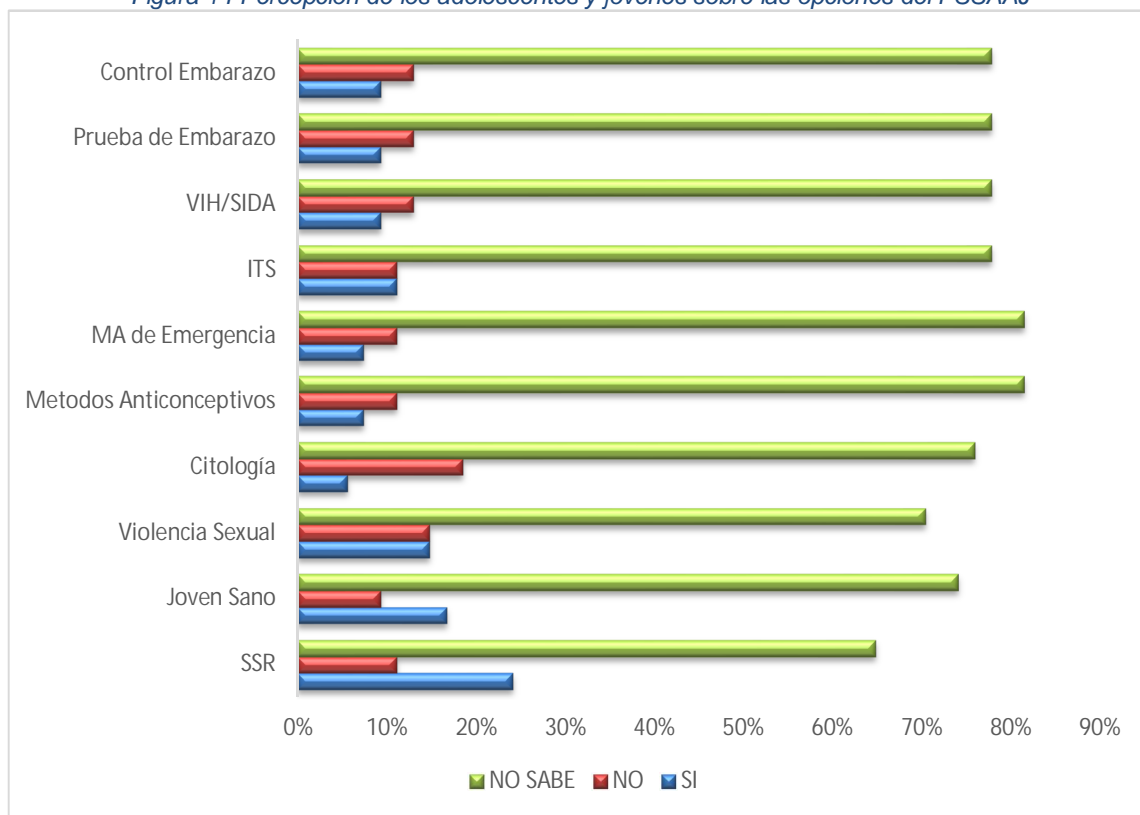
La percepción de los adolescentes y jóvenes frente al Programa de Servicios de Salud Amigable, orientado a la accesibilidad, el personal, la atención, las opciones, la participación y el tiempo de vinculación al mismo, arrojó los siguientes resultados.

Figura 13 Percepción de los adolescentes y jóvenes del PSSAAJ orientado a la Participación, Atención, Personal y Accesibilidad.



Fuente: Datos del estudio.

Figura 14 Percepción de los adolescentes y jóvenes sobre las opciones del PSSAAJ



Fuente: Datos del estudio.

El 70,4% de los adolescentes y jóvenes consultados hacen parte del PSSAAJ hace menos de 6 meses, el 14,8% asisten hace menos de 1 año y el 14,8% lo hace desde hace más de 1 año.

La respuesta más recurrente de cómo se enteraron los adolescentes y jóvenes del PSSAAJ fue a través de un amigo(a), seguida de un familiar (Primo(a), Hermano(a) o tía) y por el colegio.

Las mejoras que recomiendan los adolescentes y jóvenes encuestados son:

- ✚ Personal Responsable y Amigable
- ✚ Más asesorías
- ✚ Mejor atención
- ✚ Más ayudas y actividades
- ✚ Consultorio Propio
- ✚ Espacio más amplio y con aire acondicionado

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados iniciales muestran que un 83,3% de los participantes son mujeres, lo que indica que al PSSAAJ asisten más chicas que chicos, y que aún se enfoca la salud sexual y la salud reproductiva más hacia ellas que hacia ellos. En la investigación de Jaime Parra, se encontró que: ~~las~~ mujeres consultaron más el Programa que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones+, resultados que son similares en ambas investigaciones (21).

Al analizar los asistentes del PSSAAJ por rango de edad que participaron en el estudio, se observa que el 50% tiene entre 10 y 14 años y el 25,9% de 15 a 19 años, de ahí en adelante, asisten solo para reclamar métodos anticonceptivos, y pocos participan en todas las actividades. Para estos datos, no se ha encontrado ninguna fuente bibliográfica con la cual realizar alguna comparación.

El 66,7% de los participantes dice ser de un nivel socioeconómico medio y un 92,6% de zona urbana, lo que concuerda con el desarrollo económico del municipio, aunque para el presente año, se pueden esperar variaciones de las estadísticas, debido al gran volumen de inmigrantes que han llegado desde Venezuela, lo que influye directamente en la economía, precisamente en la investigación participaron 5 personas de nacimiento venezolano, pero, de por lo menos un padre colombiano.

Tal como se manifiesta en los resultados de la ENDS 2015, la fecundidad de los adolescentes y jóvenes es mayor en la zona rural y en los de menor nivel de educación, que son más susceptibles a engaños y que siguen tradiciones culturales más que ganas de ser profesionales (12).

Según González, los hombres inician su vida sexual primero que las mujeres, en esta investigación los resultados son contrarios a los obtenidos por dicho autor, las mujeres inician su rol reproductivo mucho antes que los hombres, y en un mayor porcentaje, ningún hombre encuestado de 10 a 14 años ha iniciado su vida sexual, mientras que en las mujeres de este rango el valor es del 8%, en lo que sí es similar el resultado, es que las mujeres prefieren iniciar su sexualidad con novios de mínimo 6 meses (66,7%) y son más estables en sus relaciones, en cambio los hombres iniciaron su vida sexual, con conocidas (16,7%), con amigas (33,3%) y con novias de menos de 1 mes (50%) (9).

El 13% de los participantes de esta investigación, no usó protección la primera vez que tuvo relaciones sexuales, siendo un valor alto e influyente en un embarazo no deseado o en una ITS, similar a lo que se encuentra en la investigación de González (9). Esto puede derivarse de las presiones sociales a las que se ven expuestos los adolescentes y jóvenes en su entorno, también a la deserción escolar y a no tener un proyecto de vida establecido.

A esto se le suma la influencia del alcohol y de las sustancias psicoactivas, que dieron como resultado que el 16,7% de las mujeres de 15 a 19 años han consumido SPA.

El consumo de alcohol es alto, sobrepasando el 50% para ambos sexos en el rango de edad de 15 a 19 años, los hombres inician el consumo de bebidas alcohólicas antes que las mujeres y lo hacen más frecuente, estos resultados son congruentes con los que se encontraron en %Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del Departamento de Cundinamarca+, donde se informa que el 63,3% de la población consumen o han consumido alcohol, predominando en los hombres su consumo (9).

A diferencia de la investigación de Parra, donde del total de personas entrevistadas el 81% de los varones y el 84% de las mujeres conocían algún método anticonceptivo, en este estudio, el 44,4% de los participantes dice no conocer los métodos, este porcentaje es elevado, teniendo en cuenta que todos los encuestados han asistido por lo menos una vez al PSSAAJ, el 18,5% usa actualmente algún método anticonceptivo (21).

El rango de edad en el que la mayoría iniciaron el uso de los MA fue entre los 15 y los 19 años (20,4%), pero se destaca que 7,4% inició su uso entre los 10 y los 14 años, que es una edad muy corta para iniciar la vida sexual. En el estudio de %Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile+, de la población sexualmente activa se identifica que el 13,5% de los varones de 15 a 19 años había consultado y solicitado un método anticonceptivo, porcentaje que se eleva al 40% en el caso de las mujeres sexualmente activas (21).

El 51,3% de los encuestados dice no correr ningún riesgo si tienen relaciones sexuales sin protección, de ellos el 37% tiene de 10 a 14 años y el 26,7% son mujeres, mientras que un mayor porcentaje de hombres saben que pueden contraer una ITS o quedar en embarazo, bajo las mismas circunstancias, estos porcentajes son diferentes a los obtenidos en la investigación de González,

donde se destaca que *un 64,3% de los participantes, está al tanto de que en la primera relación sexual se puede quedar en embarazo; conocen los riesgos que se corre por tener relaciones sexuales sin protección, no solo por prevención de embarazo sino por prevención de una ETS y VIH/SIDA+(9).*

Estos porcentajes, aunque elevados, pueden deberse a la clasificación de información que les brindan a los adolescentes en el PSSAAJ, además habría que evaluar la modalidad que funciona en la ESE del municipio y como se están realizando las consultorías individuales y grupales a los adolescentes y jóvenes.

González, en su investigación dice que el método anticonceptivo más utilizado es el ritmo, pero el más conocido es el condón, los resultados que se encontraron en esta investigación indican que el condón es el método más conocido (68,5%) y utilizado (37%) por hombres y mujeres, seguido por las pastillas diarias, los resultados obtenidos por Parra, en Chile, concuerdan con los obtenidos en esta investigación (9) (21).

Igual que en los resultados de la ENDS 2015, donde el condón demostró ser el método más utilizado por los hombres y el segundo más utilizado por las mujeres, hay que aclarar que se utiliza principalmente para prevenir el embarazo y no para proteger de las ITS, aquí habría que hacer un mayor esfuerzo, sobre todo en las mujeres que utilizan la planificación con píldoras diarias y no tienen un compañero sexual permanente y estable, estos resultados, también concuerdan con lo reportado por González en su investigación (12) (9).

Del total de encuestados, el 9,3% tiene hijos (3 mujeres y 2 hombres), todos ellos manifestaron que su primer hijo lo concibieron la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, el 80% de estos, dicen haber iniciado su vida sexual entre los 15 y los 19 años, porcentajes muy similares fueron obtenidos en la última encuesta de demografía y salud (12).

El 3,7% dice haber practicado el aborto alguna vez, sin complicaciones durante el proceso, y el 66,7% desean tener hijos después de los 24 años, porque si en estos momentos le dicen a sus padres o tutores que están en embarazo, no serían aceptados fácilmente. En la investigación de González, el porcentaje de aborto inducido es alrededor del 75% y las que no han estado embarazadas consideran que si lo estuvieran se verían afectadas sus metas para el futuro y que inicialmente afectaría su relación familiar (9).

Con respecto a las ITS, las más conocidas son la gonorrea, el VPH y el VIH/SIDA, todas superan el 50%, estas son las mismas que aparecen en los resultados que arroja la investigación de González, las E.T.S más conocidas son el SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%) y Gonorrea (9.6%)+(9).

Las ITS que padecen o padecieron los adolescentes y jóvenes encuestados alguna vez son la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y los piojos púbicos, todos sin alguna complicación mayor de salud.

Inquietante el resultado de que solo el 44,4% de los adolescentes y jóvenes encuestados, conozcan sus derechos sexuales, siendo estos importantes para la toma de decisiones, el autocuidado y la protección de cada uno, el resultado es coherente con la investigación de González, donde se manifiesta que solo el 50% de la población encuestada tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales (9).

En el caso de la percepción de los adolescentes y jóvenes sobre el PSSAAJ, es preocupante que aunque todos los participantes dijeron conocer el programa y haber asistido por lo menos una vez, en todos los parámetros el mayor porcentaje es para la respuesta "no sé", lo que puede indicar que no se está transmitiendo el mensaje de forma adecuada, hay problemas de comunicación, el personal no es el adecuado, no hay confianza o no hay continuidad en la atención, además de que no se esté enfocando el programa en lo que debe ser, sino solo en actividades lúdicas.

Para tener en cuenta las recomendaciones que entregan los participantes acerca de lo que les gustaría que mejoraran en el programa (se mencionan en la página 66).

8. CONCLUSIONES

Se concluye que los adolescentes y jóvenes del municipio de Santa Lucía en el departamento del Atlántico, que han asistido por lo menos una vez al PSSAAJ, tienen un mínimo conocimiento sobre su salud sexual y reproductiva.

Se esperaba que el conocimiento fuera más amplio y acorde con su edad, pero se encontraron muchos vacíos, que podrían indicar falla en la comunicación, en la estrategia de información y educación o en las consultorías grupales o individuales.

Un ejemplo claro de esto es el alto porcentaje de participantes que no conocen las ITS o los MA, es necesario aclarar la diferencia de no conocerlos(a), a no usarlos(a), porque no se trata de incitar a los chicos y chicas a iniciar su vida sexual a temprana edad, pero si a que, si toman esa decisión, estén preparados para asumir la responsabilidad.

Los resultados indicaron problemas que podrían encaminar la priorización de las estrategias de atención, como son el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la educación en métodos anticonceptivos e Infecciones de Transmisión Sexual y sobre todo en los derechos sexuales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

En cuanto a la percepción del PSSAAJ, los resultados fueron sorprendentes debido a que la mayoría de los adolescentes y jóvenes dicen no saber mucho en accesibilidad, personal, atención, participación y opciones.

El mayor porcentaje positivo lo tuvo la participación, que es concordante por las actividades que se realizan, las lúdicas y los encuentros extramurales, y los mayores porcentajes negativos lo tuvieron la atención y el personal, también afín con las recomendaciones entregadas por los adolescentes y jóvenes al final de la encuesta.

Con estos resultados se podrían intensificar las actividades de información, educación y comunicación o redirigirlas para una mejor comprensión de lo que se está transmitiendo.

9. RECOMENDACIONES

Que la Secretaria de Salud del Atlántico, sea más constante en su apoyo técnico al programa, capacite al personal, brinde estrategias para la difusión de la existencia del programa, de sus objetivos y metas, para atraer más usuarios y que los ya activos no dejen de asistir, además de ser más rigurosos en las exigencias para el cumplimiento del funcionamiento del PSSAAJ.

Que la ESE Centro de Salud de Santa Lucía, individualice, mejore y garantice un espacio físico propio y adecuado para la atención diferenciada de los adolescentes y jóvenes pertenecientes al programa, de igual forma, que se realice contratación de talento humano idóneo para la coordinación del programa, que pueda trabajar continuamente con los usuarios, así como disponer del personal interdisciplinar en un horario pertinente para la atención de esta población.

Desarrollar un plan de mejoramiento o estrategias de fortalecimiento del PSSAAJ conjuntamente entre la SSA y la persona contratada por la ESE para la coordinación del programa.

Que la Alcaldía municipal de Santa Lucía, a través del Secretario de Salud municipal (o quien haga sus veces), brinde apoyo al PSSAAJ para la realización de actividades extramurales que se notifiquen con suficiente tiempo y que sus objetivos estén debidamente justificados.

Que los(las) directores(as) de las Instituciones Educativas de Santa Lucía, brinden un espacio dentro de la jornada académica, donde se puedan realizar actividades enfocadas en la información, educación y comunicación a los adolescentes y jóvenes sobre SSR y otros temas afines con el PSSAAJ.

Que los padres de familia, encargados del cuidado, tutores o responsables legales de los adolescentes y jóvenes les concedan el permiso para asistir al PSSAAJ sin ningún impedimento, siempre y cuando no interfiera en las actividades académicas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía Gómez ML, Montoya Chica P, Blanco Rojas AJ. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud: propuesta para su identificación y superación: documento regional - 2010. 2010.
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS. Colombia; 2010. Report No.: Quinto.
3. Ministerio de Justicia y del Derecho M de S y PS. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013. Bogotá, Colombia; 2014 jun p. 182.
4. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS Atlántico. Colombia; 2010 p. 3. Report No.: Quinto.
5. Valencia CP, Canaval GE, Molina AP, Caicedo HA, Serrano LM, Valencia R, et al. Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. Colomb Médica. 2010;41(1):26-34.
6. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. [Internet]. II. Bogotá, Colombia; 2008 [citado 17 de junio de 2016]. 283 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>
7. Pio Iván Gómez RM, Nina Zamberlin. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima, Perú: Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2010 oct p. 97.
8. Secretaria de Salud de Risaralda. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA [Internet]. [citado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.risaralda.gov.co/site/salud/web/es/salud-sexual-y-reproductiva>
9. González FGG. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del Departamento de Cundinamarca. Acta Colomb Psicol. 2004;59-68.
10. Eusebio Rubio Auriol. Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales.

11. Royuela Ruiz P. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. 2015;127-36.
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2015 [Internet]. Colombia; 2015 [citado 9 de junio de 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf>
13. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo [Internet]. Montevideo; 2013 agosto de [citado 9 de junio de 2017] p. 40. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
14. Moreno López D PRR. Servicios de Salud amigables para Adolescentes. Alemania: Editorial Académica Española; 2012. 71 p.
15. UN Millennium Project, editor. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2005. 333 p.
16. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000 [Internet]. feb 25, 2000 p. 6. Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
17. Congreso de la República de Colombia. LEY 1098 de 2006. may, 2007.
18. Ministerio de la Protección Social. RESOLUCIÓN 0425 DE 2008 [Internet]. feb 11, 2008 p. 21. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 - 2021. 2012.
20. Profamilia U, MinSalud O. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. p. 150. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
21. Jaime Parra Villarroel JDP. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud Colect. diciembre de 2003;9(3).
22. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993. oct 4, 1993 p. 20.

ANEXOS

ANEXO 1. Ficha Técnica Proyecto de Investigación

ANEXO 2. Cartas de Consentimiento y Asentimiento Informado

ANEXO 3. Protocolo CES ERYL

ANEXO 4. Encuesta Autoadministrada