

Cambios en prevalencias de conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad en adolescentes escolarizados, Bogotá, 2011-2015

Changes in prevalence of knowledge, attitudes and practices of sexuality in teenage students, Bogotá, 2011-2015

Juan C. González-Quiñones, Ángela M. Hernández-Pardo,
Jenny P. Salamanca- Preciado, Karol A. Guzmán-Castillo
y Ruth M. Quiroz Rivera

Recibido 6 julio 2018 / Enviado para modificación 12 diciembre 2018 / Aceptado 22 febrero 2019

RESUMEN

Objetivo Presentar los cambios en las prevalencias de conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes escolarizados en torno a sexualidad luego de un proceso de intervención.

Metodología Estudio descriptivo observacional. Se aplicó un cuestionario a 319 adolescentes, pertenecientes a tres colegios públicos, durante cinco años consecutivos a medida que avanzaban en los grados escolares (séptimo a undécimo). Se realizaron talleres de promoción de la salud. Se midieron los cambios de prevalencias de identificación del ciclo menstrual, de la anticoncepción de emergencia y de la protección del condón, así como de la aceptación de los padres a la planificación, de haber tenido relaciones sexuales, razones para hacerlo y si usó protección en la primera y última relación. Se compararon los resultados por género.

Resultados La identificación de la anticoncepción de emergencia se incrementó del 52% en séptimo al 70% en undécimo; igualmente la certeza de protección del condón (del 45% al 62%, respectivamente). El promedio de la prevalencia de relaciones sexuales fue del 24%, el de protección en la primera relación fue del 52% y, en la última, el 81%; no se encontraron diferencias estadísticas de estas variables al compararlas por género. La percepción de la aceptación de la planificación por parte de los padres se incrementó del 45% al 79%.

Conclusión El programa puso en evidencia la necesidad de fortalecer el proceso educativo a través de las prevalencias encontradas.

Palabras Clave: Adolescente; educación sexual; conocimiento; actitud; conducta del adolescente (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To present the changes in the prevalence of knowledge, attitudes and practices in high school adolescents in sexuality after an intervention process.

Methodology Observational descriptive study. It was administered a questionnaire to 319 adolescents, attending three public schools, for five consecutive years as they progressed in school years (seventh to eleventh). Health promotion workshops were held. Changes in the prevalence were measured (identification of the menstrual cycle, emergency contraception and, condom protection, as well as parents' acceptance of contraception methods, having sex, reasons for do it and, whether they used protection in the first and last relationship). The results were compared by gender.

Results The identification of emergency contraception was increased from 52% in seventh to 70% in eleven; also, the certainty of the condom protection (from 45% to 62%, respectively). The average of the prevalence of sexual intercourse was 24%, pro-

JG: MD. M. Sc. Salud Pública. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Profesor titular. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co
AH: MD. M. Sc. Educación. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Profesora asociada. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. angela.hernandez@juanncorpas.edu.co
JS: MD. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co
KG: MD. M. Sc. Salud Pública. Bogotá, Colombia. karol.guzman@juanncorpas.edu.co
RQ: Enf. M. Sc. Sexología. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia. marina.quiroz@hotmail.com

tection in the first relationship 52% and, in the last one was 81%; no statistical differences of these variables were found when comparing them by gender. Parents' perception of acceptance of planning increased from 45% to 79%.

Conclusion The program results highlighted the need to strengthen the educational processes.

Key Words: Adolescent; sex education; knowledge; attitude; adolescent behavior (*source: MeSH, NLM*).

Uno de cada siete habitantes del planeta tiene entre 10 y 19 años (1). Si bien es cierto que en la adolescencia la mortalidad tiene una baja incidencia, el inicio de la vida sexual enfrenta al joven con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado, situaciones que causan mayor impacto en los países más pobres (1). En EE. UU. la mitad de las ITS se presentan en jóvenes pobres (2). En Colombia, en 2013, en una muestra de 1 200 adolescentes, la prevalencia fue de 15,3% (3). En el mundo, la mitad de las infecciones por VIH se presenta en adolescentes pobres (4).

El embarazo entre 15 a 19 años se presenta en pobres de África en 143/1000. Latinoamérica 120/1000 (5). En Colombia y a pesar de un descenso sostenido está en 174/1000 (6). Se calculan 46 millones anuales de abortos inducidos en el mundo, siendo 20 millones ilegales (7), practicándose en un 16% en adolescentes. Los inseguros ocasionan 1 muerte de cada 8 jóvenes en África (8). En Colombia 1 de 10 mujeres abortaron (ENDS 2015). En Brasil se calcula que entre 17% y el 40% de embarazos de adolescentes culminan en aborto (9).

El debut sexual se presenta a los 16,1 años en hombres y 17,7 años en mujeres (6). Las adolescentes más pobres inician más tarde con menos protección (10). En EE. UU., el 43% de los hombres entre los 15 y los 19 años ya tuvieron relaciones sexuales (11).

Sabemos que los determinantes sociales (1) y el conocimiento influyen en la toma de decisiones (12) de sexualidad. En Colombia 24% de los adolescentes no reconoce las manifestaciones de las ITS (6), 87% no identifican el ciclo menstrual y dudan sobre la protección del condón (13), a pesar de reconocer el VIH (14). El 50% de adolescentes no usaron condón en su última relación (6). Macyntere (15) explica el dilema entre deseo y autorregulación.

Respecto a quien ha de educar a los jóvenes, la ENDS 2015 (6) encontró que 80% de los padres quieren la responsabilidad de abordar la sexualidad de sus hijos. En el 2012 (16) Gonzalez encontró que 27% así lo hicieron, siendo el colegio responsable del 37%. Nelson (17) y Fernandez (18) insisten en confrontar educación con realidad vivencial. Kabra (19) integra a padres y colegios y Macyntere (15) insiste en abordar emotividad juvenil (20).

Los servicios de salud (21,22) muestran un déficit en esta responsabilidad, tal vez como consecuencia de las di-

ficultades del sistema de salud colombiano (23), perdiéndose la utilidad de una consulta personalizada.

Este trabajo unió colegios con facultades del área de la salud, explorando intervenciones que permitan entender las realidades de los adolescentes. El objetivo es presentar y discutir las prevalencias de comportamientos, actitudes y prácticas en sexualidad obtenidas durante cinco años (2011-2015) en el Programa Integral de Promoción en Salud del Adolescente (PIPSA) de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, esperando que su análisis permita fortalecer intervenciones necesarias para promover la protección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo observacional.

Población: Durante cinco años se encuestó un promedio anual de 319 adolescentes, pertenecientes a cuatro colegios públicos de la localidad de Suba (uno de los colegios se retiró pasado el primer año) que aceptaron formar parte de una intervención educativa (PIPSA) basada en talleres, a medida que iban avanzando en los grados escolares (de séptimo a undécimo), apreciándose que, al menos cada año, se retiraban o llegaban nuevos estudiantes en cada colegio (30%-50%). Se explicó el programa a adolescentes, padres y profesores. Cada padre firmó el consentimiento autorizando la participación.

Variables

Se usaron 264 variables relacionadas con aspectos psicosociales. Para esta investigación se analizaron las concernientes a sexualidad clasificadas en conocimientos, comportamientos y actitudes. Se indagaron: edad, sexo, estrato socioeconómico (clasificado de 1, condición socioeconómica más baja, a 6). De conocimientos: Sobre el ciclo menstrual, mediante un caso donde se pidió identificar días de riesgo de embarazo, día de ovulación y uso de la píldora del día después ante riesgo de embarazo. Sobre el uso del condón, si cree que protege contra el VIH (“Sí y está seguro”; “Sí, pero no está seguro”; “No lo cree” y “No sabe”). Sobre planificación, si ha recibido información (“Sí y la entendió”; “Sí, pero quedó con dudas”, y “No ha recibido”), y de quién la ha recibido, pudiendo elegir una o varias opciones (colegio, padres, médico o enfermera, por su cuenta y/o amigos o, “No ha recibido”). De comportamientos: si ha tenido relaciones sexuales, si usó protección tanto en la

primera como en la última relación sexual. Se preguntó: si ha estado en situación de embarazo o aborto, diferenciando hombre (su pareja) o mujer. De actitudes: si cree que padres aceptarían que planificara (“Sí lo cree”, “No lo cree”, “No sabe”), la percepción del aborto (“Es un pecado”, “Es una opción que cada decide”, “No tiene opinión”), la decisión de abortar si estuviera embarazada (o su pareja)

Manejo estadístico

Se usó el programa Excel para obtener las frecuencias. Con el programa Epi Info se calcularon los odds ratio de las variables estudiadas versus el género y las que resultaron significativas se sometieron al proceso de regresión.

Recolección de la información

Se aplicó el mismo cuestionario cada año a medida que avanzaban en el grado escolar desde séptimo a undécimo, asegurando el anonimato y la voluntariedad de contestar.

RESULTADOS

Los adolescentes recibieron información sobre planificación del colegio (37%, n=977), los padres (27%, n=725), el médico o enfermera (12%, n=305), se informaron por su cuenta (11%, n=290), los amigos (7%, n=178) y, un 7% (n=185) dijo no haber recibido información. (Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas y percepción de ánimo de adolescentes escolarizados de séptimo a undécimo grado, 2011-2015 (Bogotá)

Variable	Séptimo		Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo		Promedio	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alumnos encuestados	724		237		204		230		202		319	
Edad (promedio años)	12,9		14,0		14,6		15,4		16,0		15,0	
Desviación estándar	1,0		0,9		1,0		1,0		2,0			
Moda	12,0		14,0		14,0		15,0		16,0			
Mediana	13,0		14,0		14,0		15,0		16,0			
Sexo												
Hombres	362	50,3	120	50,6	110	54,2	92	40,0	88	44,2	154	48,6
Mujeres	358	49,7	117	49,4	93	45,8	138	60,0	111	55,8	163	51,4
Estrato												
Estrato 1 y 2	259	38,0	137	58,3	105	52,5	137	60,1	135	67,8	155	50,1
Estrato 3	371	54,4	86	36,6	84	42,0	87	38,2	61	30,7	138	44,6
Estrato 4, 5 y 6	52	7,6	12	5,1	11	5,5	4	1,8	3	1,5	16	5,3

La menarquia se dio, en promedio, a los 11,9 años y la primera polución a los 12,3 años. De los que afirman haber tenido relaciones sexuales, el 44% (n=118) la planearon. El 70% (n=219) tuvieron la primera relación sexual con su pareja, 20% (n=63) con un amigo(a) y 0,7% (n=11) con un familiar. El 23% (n=70) afirman haber tenido más de una pareja sexual el último año

10 afirmaron estar (o sus parejas) en situación de embarazo. Un caso en séptimo (mujer, prevalencia del 0,2%), dos casos en octavo (hombres, cuya pareja está embarazada, prevalencia del 0,9%), ningún caso en noveno, dos casos en décimo (hombre y mujer, prevalencia del 1,3%) y cinco casos en undécimo (dos hombres y tres mujeres, prevalencia del 2,6%).

En torno al aborto, hubo un caso en séptimo (mujer, prevalencia del 0,2%); un hombre (pareja) y una mujer en octavo (prevalencia del 0,9%); un hombre (pareja) en noveno (prevalencia del 0,5%); dos hombres (parejas) y una mujer en décimo (prevalencia del 1,3%) y, dos hombres (parejas) y una mujer en undécimo (prevalencia del 1,6%).

El 85% (n=1360) afirmó que la razón principal para tener relaciones sexuales es el amor y un 12% (n=190)

contestó que el placer. El 39% (n=123) dijo sentirse feliz luego de la primera relación y el 5% (n=16), triste.

La Tabla 3 muestra las regresiones de los odds ratios significativos al comparar la diferencia por sexo de las variables de conocimiento, comportamientos y actitudes. La variable “Luego de la primera relación sexual se sintió...”, feliz versus triste, obtuvo un OR de 17,1 (IC 95% 2,1-133) de hombres que se sintieron felices (Tabla 3) por cada mujer que así se sintió.

DISCUSIÓN

Esta investigación enfrentó al sesgo de información eliminando 238 registros por encontrar incongruencias. Por no diferenciarse los nuevos estudiantes que ingresaron a lo largo de los años que duró el proyecto, el estudio no permite hablar de una cohorte homogénea; aun así, las prevalencias encontradas y la experiencia del acompañamiento que se logró hacer pueden fortalecer programas futuros.

La Figura 1 expone las prevalencias en las variables de conocimiento. González (2006) (13) identificó porcentajes similares (67%) de reconocimiento del ciclo menstrual. ¿Por qué no se alcanza un 100% al finalizar

Tabla 2. Conocimientos, comportamientos y actitudes en torno a sexualidad de adolescentes escolarizados de séptimo a undécimo, 2011-2015 (Bogotá)

Variable	Séptimo		Octavo		Noveno		Décimo		Undécimo		Promedio	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimientos												
Riesgo de embarazo												
Sí	544	75,5	154	65,3	140	68,6	141	61,8	127	64,5	221	67,1
No	56	7,8	37	15,7	24	11,8	30	13,2	26	13,2	35	12,3
No sabe	121	16,8	45	19,1	40	19,6	57	25,0	44	22,3	61	20,6
Identifica días de ovulación												
Identifica acertadamente	157	21,9	73	31,3	82	40,2	92	40,0	104	52,5	102	37,2
No identifica o se equivoca	561	78,1	160	68,7	122	59,8	138	60,0	94	47,5	215	62,8
Reconoce anticoncepción de emergencia												
La reconoce	372	52,1	117	50,0	108	52,9	117	52,0	139	70,2	171	55,4
No la reconoce o no está seguro	342	47,9	117	50,0	96	47,1	108	48,0	59	29,8	144	44,6
Conoce qué hacer ante relación de riesgo de embarazo												
Reconoce píldora del día después	490	73,7	187	81,3	162	81,4	181	79,7	174	89,7	239	81,2
No lo reconoce	175	26,3	43	18,7	37	18,6	46	20,3	20	10,3	64	18,8
Cree que si usa condón en una relación sexual, se protege contra el sida												
Sí lo cree y está seguro	304	45,4	97	42,2	90	45,2	124	54,4	120	62,5	147	49,9
Sí lo cree, pero no está seguro	248	37,0	109	47,4	76	38,2	79	34,6	66	34,4	116	38,3
No lo cree	74	11,0	17	7,4	25	12,6	21	9,2	6	3,1	29	8,7
No sabe	44	6,6	7	3,0	8	4,0	4	1,8	0	0,0	13	3,1
Comportamientos												
Ha tenido relaciones sexuales												
Sí ha tenido	78	11,3	40	17,5	30	18,0	70	30,7	81	42,9	60	24,1
No ha tenido	610	88,7	189	82,5	137	82,0	158	69,3	108	57,1	240	75,9
Usó algún método de planificación en la primera relación sexual (del total que han tenido relaciones)												
No utilizó	34	43,6	18	48,6	22	73,3	25	37,9	27	33,3	25	47,4
Sí utilizó	44	56,4	19	51,4	8	26,7	41	62,1	54	66,7	33	52,6
Método de planificación usado en la última relación sexual (del total que han tenido relaciones)												
No usó ningún método de protección	17	21,8	10	25,0	10	33,3	11	15,7	17	21,0	13	23,4
Condón	48	61,5	23	57,5	18	60,0	46	65,7	41	50,6	35	59,1
Pastilla	5	6,4	2	5,0	1	3,3	4	5,7	7	8,6	4	5,8
Coitus interruptus	2	2,6	1	2,5	0	0,0	3	4,3	6	7,4	2	3,4
Inyección	1	1,3	2	5,0	1	3,3	1	1,4	6	7,4	2	3,7
Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3	3	3,7	1	1,6
Sin respuesta	5	6,4	2	5,0	0	0,0	2	2,9	1	1,2	2	3,1
Actitudes												
Cree que sus padres aceptarían que use algún método de planificación												
Sí lo cree	308	45,0	133	58,3	123	60,3	155	68,3	152	79,2	174	62,2
No lo cree	93	13,6	33	14,5	13	6,4	31	13,7	17	8,9	37	11,4
No sabe	284	41,5	62	27,2	68	33,3	41	18,1	23	12,0	96	26,4
Se identifica con la siguiente afirmación sobre el aborto:												
Es un pecado y bajo ningún motivo se debe realizar	312	47,1	99	44,6	108	53,2	77	33,6	67	35,3	133	42,7
Es una opción que cada persona debe escoger libremente	152	22,9	66	29,7	43	21,2	75	32,8	83	43,7	84	30,1
Es una opción triste de resolver un problema	93	14,0	42	18,9	45	22,2	52	22,7	31	16,3	53	18,8
No tiene una opinión	106	16,0	15	6,8	7	3,4	25	10,9	9	4,7	32	8,4
Tomaría la decisión de abortar												
Sí	19	2,9	10	4,5	1	0,5	11	4,8	5	2,6	9	3,1
No	500	75,2	170	76,2	184	91,1	177	77,6	149	77,6	236	79,5
No sabe qué responder	146	22,0	43	19,3	17	8,4	40	17,5	38	19,8	57	17,4

secundaria? Sin duda se falla en cómo se trasmite el conocimiento. Chandra (24) expone, además, que las madres pueden transmitir conceptos errados, y por ello Haennegan (25) insiste en el papel del colegio.

Las relaciones sexuales en esos adolescentes se han incrementado (Tabla 2) 24% versus 17% en el 2006. La

figura 2 muestra que 62% de jóvenes de once creyeron en protección del condón versus 30% en el 2006 (13).

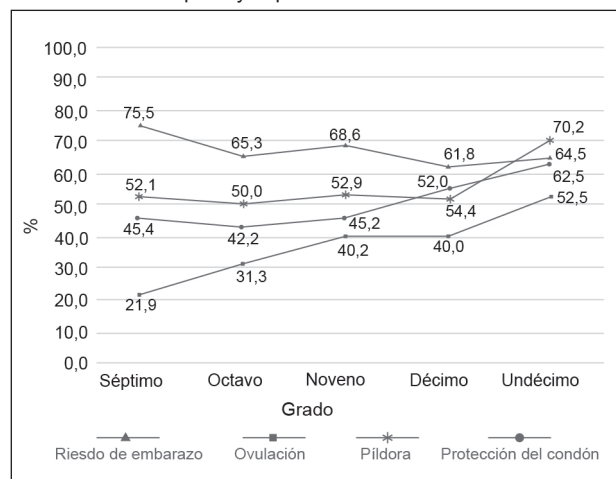
La Figura 3 expone más protección en última relación versus la primera y más de lo hallado en el 2006 (13) cuando en población similar se alcanzó un 30% de protección en primera relación. De hecho, se logró más protec-

Tabla 3. Regresiones entre hombre y mujer versus conocimientos, comportamientos y actitudes de adolescentes escolarizados de séptimo a undécimo, 2011-2015 (Bogotá)

Variable	Nº	%	Nº	%	OR	LI	LS	Valor p					
El principal motivo para tener una relación sexual debe ser:	Placer		Amor		4,2	2,2	7,9	0,0000000					
	Hombres	102	13,8	635					86,2				
	Mujeres	45	5,9	721					94,1				
¿Cree que sus padres aceptarían que use algún método de planificación?	No lo cree		Sí lo cree		0,3	0,2	0,4	0,0000000					
	Hombres	49	10,4	424					89,6				
	Mujeres	138	23,7	444					76,3				
Cree que si usa condón en una relación sexual, se protege contra el SIDA:	No lo cree		Sí lo cree y está seguro		0,5	0,3	0,9	0,0161000					
	Hombres	77	16,1	401					83,9				
	Mujeres	129	28,0	331					72,0				
	Sí lo cree, pero no está seguro		Sí lo cree y está seguro						0,6	0,4	0,8	0,0019000	
	Hombres	401	62,5	401									83,9
	Mujeres	331	49,7	331									72,0
	No identifica ovulación o se equivoca		Identifica ovulación		1,4	1,1	1,9	0,0202000					
	Hombres	554	72,2	213					27,8				
	Mujeres	518	63,9	293					26,1				

ción que la referida por la ENDS 2015 que alcanzó 56% de protección en última relación versus 59% (Tabla 2). La explicación que ofrecemos es que el programa contribuyó. ¿Por qué no se protegen todos? Se ha explicado que el no uso puede ser por falta de acceso y por vergüenza de comprarlo (26), por considerar que es dudar de la pareja, por asociarlo con “suciedad” (27) o por creer que solo es útil para relaciones pene-vagina, no en las pene-anales (28).

Figura 1. Identificación del ciclo menstrual, la píldora del día después y la protección del condón

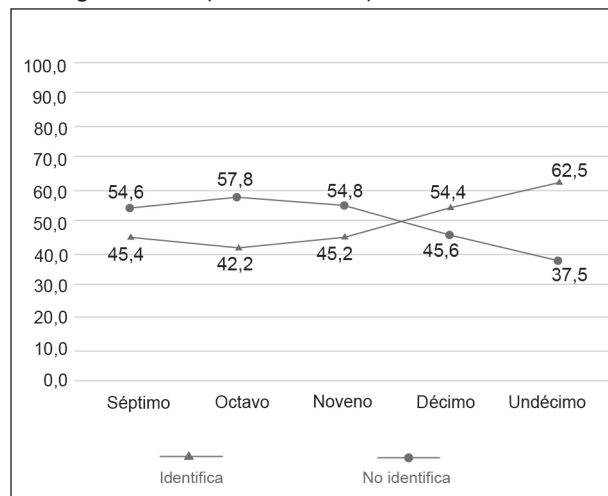


En este estudio un 39% de los adolescentes dijo sentirse bien luego de la primera relación sexual (56% normal y 5% tristes). Ott (11) describe la importancia de indagar sobre emotividad para acercarnos a entender.

Dado que ninguno de los colegios reportó situaciones de embarazo, los hallazgos de 2,5% en once versus 4%

en el 2012 (6) se podrían interpretar como situaciones que se resolvieron fuera del colegio (aborto o, en el caso de los hombres, sus parejas no estaban en estos colegios). Una posibilidad para enfrentar esta problemática es asegurar el entendimiento del funcionamiento de la píldora del día después y de las situaciones en que se debe emplear (29) a lo largo de la adolescencia (Tabla 2). Además, abrir consejerías a cargo de estudiantes del área de la salud debidamente preparados (30,31) para promocionar el sexo seguro (4,15), entendido como consensuado, dialogado y protegido (32).

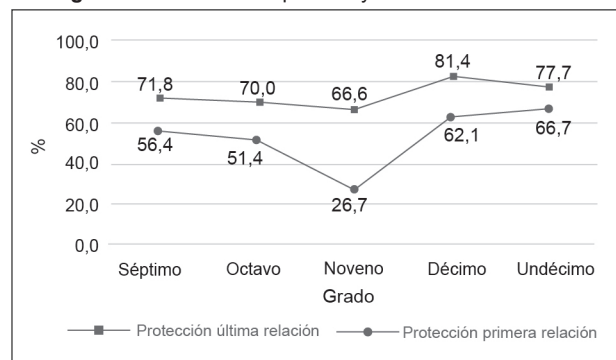
Figura 2. Percepciones hacia la protección del condón



Fortenberry (33) propone analizar junto con los adolescentes esas situaciones comprometedoras para enfrentarlas de manera responsable.

Las percepciones acerca del aborto (pecado en un 43%) fortalece la posición de Patrick (34) de cómo la religión puede ser protectora contra esa práctica.

Figura 3. Protección en primera y última relación sexual



Se encontró que es el colegio el principal responsable de la educación sexual (promedio 37%) porcentaje parecido al encontrado en 2006 (38%) en poblaciones similares (13), seguido por los padres (27%), situación que poco ha cambiado (31% en 2006), tal vez porque no están preparados. Uribe (35) menciona que algunos padres hablan (y no oyen). Davis (36) que, en las familias más pobres, los padres, por sus trabajos, disponen de menos tiempo para comunicarse con la familia.

Este trabajo busca promover intervenciones que impulsen una sexualidad responsable en los colegios. Macyntire (15,39) hace un llamado para oír a los jóvenes en torno como viven su sexualidad, donde expresen las vivencias de afectividad, emotividad, amor y ellos propongan las conductas protectoras. Además de proyectos compartidos fijo por padres y profesores, incluso otros sectores (1). Cordova (37) expone como en Bolivia se unen los colegios con el servicio de salud a través de consejerías, integración muy efectiva (22,31,37).

La Tabla 3 muestra cómo la mujer cree menos en la protección del condón. Bell (38) lo explica con lo que ha denominado la “masculinidad hegemónica”, donde el hombre es quien habla y sabe del condón. No se encontraron las diferencias en torno conocimientos y comportamientos halladas en 2006, tampoco en la percepción del aborto. Proponemos hipotéticamente que el hombre y la mujer se están igualando, al menos en estos colegios.

En resumen, esta investigación permite observar los cambios en la sexualidad a lo largo de la secundaria, haciendo notar déficits en reconocimiento del ciclo menstrual (24,25), un alarmante problema en torno al uso del condón (14,26), y que en el colegio se debe insistir en la píldora del día después (29); los casos de embarazo y aborto informados así lo atestiguan. Evidencia que los adolescentes perciben en sus padres un mayor entendi-

miento (2) y que los programas deben indagar más sobre la sexualidad del adolescente, ampliando el enfoque de riesgo que le ha dado la salud pública, por refuerzos del mundo afectivo emotivo (15,33,37-39).

Programas como este, deben seguir realizándose, publicando lo hecho para que otros puedan replicar y mejorar la experiencia, como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) (19), donde insisten en métodos que permitan entender el mundo afectivo y emocional de los adolescentes (39). Con base en la experiencia vivida y lo revisado, se deben incluir consejerías (29) para que los jóvenes puedan, individualmente o en pareja, consultar situaciones concretas. También deben involucrar a los padres, ofreciéndoles una visión de esos temas que, de seguro, ellos en su adolescencia no vivieron (36), presentándoles las realidades de estas prevalencias (17) y, a los profesores, para obtener mejores resultados y de igual forma unir colegios, con universidades forma parte del trabajo intersectorial que promulga la APS. Este es un ejemplo ♣

Agradecimientos: A los estudiantes de Psicología de la Corporación Universitaria Iberoamericana y de la Universidad Manuela Beltrán que asumieron el acompañamiento de los adolescentes en los talleres. A Diana González Quiñones, comunicadora social encargada de la comunicación con los colegios. A la Fundación Salud Familia y Comunidad que abrió sus puertas para la atención de los adolescentes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Sommer M, Mmari K. Addressing Structural and Environmental Factors for Adolescent Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *American Journal of Public Health*. 2015; 105(10):1973-1981.
- Sutton MY, Lasswell SM, Lanier Y, Miller KS. Impact of Parent-Child Communication Interventions on Sex Behaviors and Cognitive Outcomes for Black/African-American and Hispanic/Latino Youth: A Systematic Review, 1988-2012. *Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014; 54(4):369-384.
- Villegas A, Tamayo LS. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*. 2016; Ene-Mar;29(1):5-17.
- Michielsen K, Remes P, Rugabo J, Van Rossem R, Temmerman M. Rwandan. Young People's Perceptions on Sexuality and Relationships: Results from a Qualitative Study Using the "Mailbox Technique." *Sahara J*. 2014; 11(1):51-60.
- Samandari G, Speizer IS. Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes in Central America: Trends over the Past Two Decades. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010; 36(1):26-35.
- Profamilia [Internet]. Resumen Ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia 2015. Disponible en: <https://goo.gl/xGBUwv>.
- Suruagy D, Calado J, Tabosa ES, Maria MA. Practice of Abortion among Teenagers: A Study in Ten Schools of Maceió (AL, Brazil).

- Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 May [citado 2018 Junio 14]; 16(5):2469-76. Disponible en: <https://goo.gl/t29eXg>.
8. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histories of Induced Abortion among Adolescents from Teresina in the State of Piauí, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Aug [citado 2018 Junio 14]; 18(8): 2311-8. Disponible en: <https://goo.gl/DPL9oC>.
 9. Mitchell EM, Heumann S, Araujo A, Adesse L, Halpern CT. Brazilian Adolescents' Knowledge and Beliefs about Abortion Methods: A School-based Internet Inquiry. *BMC Women's Health*. 2014; 14:27.
 10. Oliveira M, Nunes ML, Madeira F, Santos MG, Bregmann SR, Carvalho mdet al. Sexual Behavior among Brazilian Adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014 [citado 2018 Junio 07]; 17(Suppl 1): 116-130. Disponible en: <https://goo.gl/4vkseB>.
 11. Ott MA, Ghani N, McKenzie F, Rosenberger JG, Bell DL. Adolescent Boys' Experiences of First Sex. *Culture, health & sexuality*. 2012; 14(7):781-793.
 12. Hensel DJ, Fortenberry JD. A Multidimensional Model of Sexual Health and Sexual and Prevention Behavior among Adolescent Women. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2013; 52(2):219-227.
 13. Gonzalez JC. Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2009; 11(1):14-16.
 14. Vonk AC, Bonan C, Silva K. Sexuality, Reproduction and Health: Experiences of Adolescent Students Living in a Small City of the Interior. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 junio [citado 2018 Junio 07]; 18(6):1795-1807. Disponible en: <https://goo.gl/fnz7Ea>.
 15. Macintyre A, Montero A, Sagbakken M. From Disease to Desire, Pleasure to the Pill: A Qualitative Study of Adolescent Learning about Sexual Health and Sexuality in Chile. *BMC Public Health*. 2015; 23(15) (pleasure to the pill): 2253-9.
 16. González JC, Salamanca JP, Quiroz RM, Hernández AM, Hernández AD, Quesada B. Identifying Risk Factors for Pregnancy among Colombian Adolescents from Urban and Rural School Populations. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2012; 14(3):404-16.
 17. Nelson E, Edmonds A, Ballesteros M, Encalada Soto D, Rodriguez O. The Unintended Consequences of Sex Education: An Ethnography of a Development Intervention in Latin America. *Anthropology & Medicine*. 2014;21(2):189-201.
 18. Fernandez D, Figueroa W, Gomez MdlA, Maysonet J, Olivares E, Hunter R. Changes in HIV/AIDS Knowledge among Early Adolescents in Puerto Rico. *NIH Public Access*. 2008 Junio 24; 18 (HIV/AIDS Knowledge among Early Adolescents):146-150.
 19. Kabra R, Ali M, Gulmezoglu AM, Say L. Research Capacity for Sexual and Reproductive Health and Rights. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(7):549-550.
 20. Carlos S, Osorio A, Calatrava M, Lopez C, Ruiz M, de Irala J. Project YOURLIFE (What Young People Think and Feel about Relationships, Love, Sexuality, and Related Risk Behavior): Cross-sectional and Longitudinal Protocol. *Frontiers in Public Health*. 2016; 4:28.
 21. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Disponible en: <https://goo.gl/2fK9Be>.
 22. Pinilla E, Forero CM, Valdivieso MC. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2009 May [citado 2016 Julio 05]; 27(2): 164-168. Disponible en: <https://goo.gl/MDyPQW>.
 23. González JC, Restrepo G, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Rev. Salud Publica (Bogotá)*. 2014; 16(6): 871-84.
 24. Chandra V, Patel SV. Mapping the Knowledge and Understanding of Menarche, Menstrual Hygiene and Menstrual Health among Adolescent Girls in Low- and Middle-income Countries. *Reproductive Health*. 2017; 14:30.
 25. Hennegan J, Montgomery P. Do Menstrual Hygiene Management Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review. Thompson Coon J, ed. *PLoS ONE*. 2016; 11(2):e0146985.
 26. Mustanski B, DuBois LZ, Prescott TL, Ybarra ML. A Mixed-methods Study of Condom Uses and Decision Making among Adolescent Gay and Bisexual Males. *AIDS and Behavior*. 2014; 18(10):1955-69.
 27. Siegler AJ, Mbwambo JK, McCarty FA, DiClemente RJ. Condoms "contain worms" and "cause HIV" in Tanzania: Negative Condom Beliefs Scale Development and Implications for HIV Prevention. *Social Science & Medicine* (1982). 2012; 75(9):1685-91.
 28. Brüll P, Ruiter RAC, Wiers RW, Kok G. Identifying Psychosocial Variables That Predict Safer Sex Intentions in Adolescents and Young Adults. *Frontiers in Public Health*. 2016; 4:74.
 29. Silva F, Vitalle MS, Maranhão H, Canuto MH, Pires MM, Fisberg M. Regional Differences in Knowledge, Attitudes, and Practice in Emergency Contraceptive Use among Health Sciences University Students in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Sep [citado 2018 Junio 10]; 26(9): 1821-1831. Disponible en: <https://goo.gl/EPWV7m>.
 30. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, et al. Sexuality Talk during Adolescent Health Maintenance Visits. *JAMA pediatrics*. 2014; 168(2):163-9.
 31. Kiene SM, Bateganya MH, Lule H, Wanyenze RK. The Effect of Motivational Interviewing-Based Counseling During Outpatient Provider Initiated HIV Testing on High-Risk Sexual Behavior in Rural Uganda. *AIDS and behavior*. 2016;20(9):1928-36.
 32. Rengifo HA, Córdoba A, Serrano M. Adolescents' sexual and reproductive Health Knowledge and Practice in a Provincial Colombian Town. *Rev. Salud Publica (Bogotá)*. 2012; 14(4):558-69.
 33. Fortenberry JD. Puberty and Adolescent Sexuality. *Hormones and behavior*. 2013; 64(2):280-7.
 34. Patrick ME, Maggs JL, Cooper ML, Lee CM. Measurement of Motivations for and Against Sexual Behavior. *Assessment*. 2011; 18(4):502-516.
 35. Uribe I, Amador G, Zacarias X, Villareal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011 Noviembre 22; 10(1):481-494.
 36. Davis AN, Gahagan JC, George C. "Everyone just keeps their eyes closed and their fingers crossed": Sexual Health Communication among Black Parents and Children in Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*. 2013; 12:55.
 37. Córdova K, Chandra V, Decat P, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health in Latin America: Reflections from an International Congress. *Reproductive Health*. 2015; 12:11.
 38. Bell DL, Rosenberger JG, Ott MA. Masculinity in Adolescent Males' Early Romantic and Sexual Heterosexual Relationships. *American journal of men's health*. 2015; 9(3):201-208.
 39. Macintyre AK, Montero AR, Sagbakken M. "Sexuality? A million things come to mind": Reflections on Gender and Sexuality by Chilean Adolescents. *Reproductive Health Matters*. 2015; 23:46, 85-95.