



Revista de Salud Pública  
ISSN: 0124-0064  
Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina -  
Universidad Nacional de Colombia

## Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos

**Cabrera-García, Victoria; Docal-Millán, María del Carmen; Manrique-Mora, Luz Mery; Cortés-Piraquive, Juana M.; Tobón-Aguilar, Clara M.**

Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 3, 2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

**Disponible en:** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42258458002>

**DOI:** 10.15446/rsap.V20n3.60386

# Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos

Family and school: contexts associated with the onset of sexual activity among colombian teenagers

Victoria Cabrera-García<sup>1</sup> victoria.cabrera@unisabana.edu.co  
*Universidad de la Sabana, Colombia*

María del Carmen Docal-Millán<sup>2</sup>  
maria.docal@unisabana.edu.co  
*Universidad de la Sabana, Colombia*

Luz Mery Manrique-Mora<sup>3</sup> luzmanmo@unisabana.edu.co  
*Colegio la Merced de Bogotá, Colombia*

Juana M. Cortés-Piraquive<sup>4</sup> juanacopi@unisabana.edu.co  
*Secretaría de Educación Distrital, Colombia*

Clara M. Tobón-Aguilar<sup>5</sup> claratoag@unisabana.edu.co  
*Aspaen Entrevalles, Colombia*

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 3, 2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

Recepción: 30 Septiembre 2016  
Recibido del documento revisado: 23 Junio 2017  
Aprobación: 12 Marzo 2018

DOI: 10.15446/rsap.V20n3.60386

CC BY

## RESUMEN

**Objetivo :** Analizar los factores educativos como la supervisión y el apoyo de los padres; así como el tipo de educación, diferenciada y no diferenciada, y su relación con el inicio de la actividad sexual de adolescentes escolarizados.

**Materiales y Métodos :** Estudio cuantitativo, descriptivo, explicativo transversal, con 522 participantes entre 12 y 18 años de edad. Se aplicó una prueba de 26 preguntas que evaluaron algunas prácticas parentales, el tipo de educación y el inicio de la actividad sexual. El análisis se realizó en el programa SPSS versión 23. Cada participante formalizó el consentimiento informado garantizando la confidencialidad en los datos.

**Resultados :** Se encontraron diferencias significativas en el inicio de la actividad sexual de acuerdo con el tipo de educación y la edad. Según el tipo de familia no se encontraron diferencias. Los padres de familia de educación diferenciada supervisan más que los de educación mixta. A mayor edad del adolescente, mayor apoyo del papá y menor supervisión de éste, se incrementa la probabilidad de tener relaciones sexuales en la adolescencia. En contexto de educación mixta se encontró una proporción mayor de adolescentes que habían iniciado su actividad sexual.

**Conclusiones :** Se resalta la importancia de la participación del padre en la educación de los hijos para posponer el inicio de la actividad sexual, como práctica saludable. A menor supervisión parental y a mayor edad del adolescente se espera mayor inicio de la actividad sexual. Inician más temprano los adolescentes de educación mixta, supervisan más las mamás de educación diferenciada.

**Palabras Claves:** Actividad sexual++ educación++ relaciones padres-hijo++ salud adolescente (fuente: DeCS, BIREME).

## ABSTRACT

**Objective :** To analyze factors such as parental supervision and support, as well as the type of education (single-gender education and co-education) and its correlation with the initiation of sexual activity in adolescents.

**Materials and Methods :** Quantitative, descriptive, explanatory cross-sectional study with 522 participants between 12 and 18 years of age. A questionnaire with 26 questions was applied to evaluate some parental practices, the type of education and the initiation of sexual activity. The results were analyzed using the SPSS program version 23. Each participant gave informed consent, and the confidentiality of the data was preserved.

**Results :** Significant differences were found regarding the onset of sexual activity in adolescents according to the type of education and age; no differences were observed with respect to family type. As the age of the adolescent increases, parents show more support and less supervision, therefore, the likelihood of engaging in sexual intercourse increases. In the context of co-education, a greater number of adolescents who had initiated sexual activity was found.

**Conclusions :** This study highlights the importance of parental involvement in the education of children to delay the onset of sexual activity as a healthy practice during adolescence. Less parental supervision and a greater age result in earlier onset of sexual activity in young people. Co-educated teens engage in this activity earlier, although their mothers tend to supervise them more. Family and school are important contexts for fostering healthy life styles in teenagers.

**Key Words:** Sexual activity, education, parent-child Relations, adolescent health (source: MeSH, NLM).

Según cifras de los estudios realizados en los últimos años, la vida sexual de los adolescentes inicia cada vez más temprano; reportándose un promedio de edad de inicio entre los 13 a 15 años <sup>1</sup>.

En Colombia estudios similares han indagado sobre factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes, centrándose en identificar en el contexto social y familiar aspectos relacionados con su comportamiento sexual (sexo, nivel socio-económico, grupo étnico, estructura familiar), encontrando que el papel de la madre y la presencia de pares influyen en la educación sexual, se ha demostrado que el concepto propio sobre sexualidad juega un papel relevante en la toma de decisiones. De igual manera se determina que el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas precipitan el inicio de la actividad sexual <sup>2</sup>. Factores evaluados como actitudes, conocimientos y prácticas de riesgo en la sexualidad juvenil, así como estructura y percepción de la funcionalidad familiar evidenciaron que la información recibida no retrasa el inicio de la vida sexual, además, la disfunción familiar es un factor de riesgo moderado que se asocia con comportamientos en torno a la sexualidad de los jóvenes <sup>3</sup>. Igualmente, se reconoce que entre menor sea la edad de comienzo de vida sexual, habrá mayor riesgo de embarazo <sup>4</sup>.

Por lo anterior, la presente investigación buscó estudiar en un grupo de adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre 12 y 18 años, factores como tipo de educación (diferenciada y no diferenciada), así como, algunas prácticas parentales (monitoreo y apoyo parental) que se pueden asociar el inicio de la actividad sexual.

Este estudio cobra relevancia, en la medida que contempla factores claves a tener en cuenta desde una responsabilidad colectiva que, más allá de las dificultades particulares de la adolescencia, involucra formas compartidas de pensar el bienestar y la salud sexual de los adolescentes. Es de resaltar que la sexualidad y la reproducción son aspectos que están ligados a la calidad de vida, en el ámbito individual y social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente, ausencia de enfermedades en los aspectos

relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos <sup>5</sup>.

Si bien, se han encontrado investigaciones que han estudiado los factores asociados al inicio de la actividad sexual de los jóvenes, algunas indican que la fecundidad adolescente ha venido aumentando, acompañada de embarazos, nacimientos prematrimoniales y posible ocurrencia de abortos que se asocian con estilos de vida poco saludables, esto predomina más en el sexo femenino. Menos del 20% de los adolescentes utiliza con frecuencia el condón, situación que puede llevar a la presencia de factores de riesgo como la presencia de enfermedades crónicas, infección del virus inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS <sup>6</sup>. En este sentido, es necesario involucrar a los padres y la escuela para contribuir a la formación sexual de los adolescentes y prevenir comportamientos poco saludables.

Analizar las prácticas parentales ejercidas por los padres, el contexto escolar, específicamente el tipo de educación de la institución educativa en la que está escolarizado el adolescente, pueden contribuir a la explicación del inicio de la actividad sexual de los jóvenes en el contexto colombiano. Es escasa la literatura en donde se contemplan las prácticas parentales y el tipo de educación del colegio de los adolescentes en el mismo modelo de investigación. De ahí que este estudio aporte conocimiento y fundamentación de acciones de salud sexual y reproductiva para grupos de adolescentes que vinculan los servicios de salud, la escuela y la familia.

El estudio colombiano realizado por Vargas <sup>7</sup> señala la autoeficacia y el contexto normativo en el que se desarrollan los adolescentes, encontró que estos perciben una actitud más favorable hacia las relaciones sexuales por parte de sus amigos que por parte de sus padres, y piensan que cerca de la mitad de sus amigos ya tiene relaciones sexuales, convirtiéndose esta en una de las razones para iniciar la actividad sexual <sup>7</sup>.

La adolescencia se define como una etapa de transición que representa el paso entre la inmadurez física, psicológica, social y sexual de la infancia a la madurez de la vida adulta en estas mismas dimensiones del desarrollo <sup>8</sup>. Algunos estudios hacen referencia a la adolescencia como una etapa del desarrollo evolutivo humano reducible a la maduración física de la pubertad <sup>9</sup>. Esta etapa también implica cambios psicosociales y cognitivos <sup>10</sup>, trae consigo la capacidad para decidir que puede determinar comportamientos de riesgo que exponen a los jóvenes a eventos o situaciones adversas para su vida, como tener relaciones sexuales sin protección, con la consecuencia de aparición de enfermedades de transmisión sexual, o el embarazo no deseado <sup>11</sup>.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus integrantes y especialmente de los más jóvenes. A través de la comunicación en el hogar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad <sup>12</sup>. Por ejemplo, la supervisión parental se define como el conocimiento que los padres tienen sobre las actividades de los hijos fuera de la casa <sup>13</sup>.

La aceptación parental consiste en formas de relación entre padres e hijos que son percibidas por estos últimos como cálidas y afectuosas, reflejándose en conductas físicas, verbales y simbólicas<sup>14</sup>. Al respecto el apoyo parental se reconoce como expresiones de compañía, orientación, intimidad y confianza, haciendo referencia a la cantidad de soporte y cariño que manifiestan los padres hacia sus hijos<sup>15</sup>.

El contexto escolar es un factor significativo en el que se educan y desarrollan los adolescentes. Se ha considerado el tipo de educación al que pertenecen los adolescentes, como un escenario significativo en la toma de decisiones respecto al inicio de la actividad sexual. Por un lado, la educación diferenciada tiene presente que cada persona nace hombre o mujer, con ritmos diferentes de maduración personal y de aprendizaje, reaccionan y actúan ante los estímulos de forma distinta. En países como Estados Unidos han experimentado el resurgir de la educación diferenciada, concluyendo que esta genera actitudes positivas respecto al rol sexual y favorece la autoestima<sup>16</sup>. De modo que, la escuela debe propender porque cada estudiante cultive las cualidades propias de su modo de ser<sup>17</sup>, esta manera de educar deriva en comportamientos diferentes que se desarrollan en ámbitos de actividad específicos, reforzando la creencia de ser naturalmente opuestos y comportarse de forma contraria<sup>18</sup>.

De otro lado, la coeducación o educación mixta, busca la socialización mediante la convivencia de ambos sexos, que procura una educación igualitaria y comprende que esta no pretende eliminar las diferencias naturales y establece una uniformidad determinada<sup>19</sup>. Pretende promover una convicción ideológica a favor de que los y las adolescentes reciban un trato sin diferencias discriminatorias<sup>20</sup>.

En este orden de ideas, las preguntas de investigación que se plantearon fueron: ¿Existen diferencias significativas en el inicio de la actividad sexual según edad, el tipo de educación y el tipo de familia? ¿Existen diferencias significativas en el monitoreo y la aceptación o apoyo según la edad, el tipo de educación y el inicio de la actividad sexual? ¿Qué factores familiares y educativos contribuyen a la predicción del inicio de la actividad sexual de los adolescentes?

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se determinó llevar a cabo con un estudio mediante la metodología cuantitativa de tipo descriptivo, con corte explicativo, transversal. La hipótesis del presente estudio fue la probabilidad de que un adolescente inicie la actividad sexual está relacionada con un conjunto de variables de tipo familiar y educativo. Para evaluar dicha hipótesis se condujo un análisis de regresión logística que tomó como variable dependiente el inicio de la actividad sexual de los adolescentes (codificación 1 = sí, y 0=no) y como variables predictores potenciales edad, tipo de educación, tipo de familia, monitoreo del papá, monitoreo

de la mamá, aceptación del papá, aceptación de la mamá y rendimiento académico (materias perdidas).

Participaron 522 adolescentes hombres y mujeres con edades entre 12 y 18 años de dos colegios de educación diferenciada y uno de mixta de la ciudad de Bogotá y Cali en Colombia. Se diseñó un cuestionario que indagó sobre variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el tipo de educación, la estructura familiar, el grado de escolaridad y si habían iniciado o no su actividad sexual.

Para evaluar el monitoreo o supervisión parental, se utilizó la Escala de Stattin y Kerr (2000) compuesta por nueve preguntas, como: "mi papá/mamá sabe dónde estoy durante mi tiempo libre". Los participantes debían contestar esas preguntas dos veces una orientada hacia el papá y otra hacia la mamá. Se evaluó con escala Likert donde 1=No sabe, 2=Sabe muy poco, 3=Sabe medianamente, 4=Sabe bien, 5=Sabe muy bien. Para efectos de esta investigación el Alpha fue de ,93 para padres y de ,89 para madres.

La aceptación o apoyo parental se evaluó con la Escala de Rohner (2004). Un ejemplo de pregunta es: "me dice cosas buenas sobre mí". Con una escala likert donde: 1=nunca, 2=casi nunca, 3=algunas veces, 4=casi siempre, 5 = siempre. Son preguntas orientadas tanto hacia el papá como hacia la mamá. El Alpha para padres fue de ,95 y para madres de ,94. Los resultados se analizaron a través del programa SPSS versión 23.

La selección de la muestra fue por conveniencia debido a que las investigadoras de este estudio tenían contacto con las instituciones educativas por razones laborales. La estrategia para contactar a los adolescentes fue mediante comunicación con los rectores de las instituciones, a quienes se les dio a conocer los objetivos de la investigación. Tras la aceptación y consecución de consentimiento informado por escrito, se llevó a cabo un estudio piloto con 30 participantes en uno de los colegios. Las preguntas se organizaron en la plataforma virtual Google drive. El equipo de investigación junto con los docentes de cada colegio, coordinó el proceso de aplicación online del instrumento en las salas de informática de cada institución.

El estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas requeridas en la investigación con seres humanos, (consentimiento informado, derecho a la confidencialidad de la información, protección de datos personales, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio).

## RESULTADOS

Se contó con la participación de 522 adolescentes con edades entre 12 y 18 años ( $M = 14.56$ ;  $DE = 1.69$ ). Se realizaron tres grupos según las diferentes edades de la adolescencia, así: adolescencia temprana los adolescentes entre 12 y 14 años, adolescencia intermedia entre 15 y 16 años y de adolescencia avanzada, entre 17 y 18 años. Respecto del tipo de educación se contó con estudiantes de educación diferenciada y educación mixta. Según la estructura familiar, el mayor número de estudiantes pertenece a una familia biparental (mamá, papá y hermanos),

otro grupo menor vivía en una familia monoparental, compuesta por uno de los dos padres y hermanos, los participantes de las familias reconstituidas compuestas por mamá, padrastro y hermanos o papá, madrastra y hermanos) y los de familia extensa (mamá y/o papá e hijos y otros familiares como tío, abuelos o primos). Respecto al inicio de la actividad sexual, la mayoría de adolescentes no había iniciado su actividad sexual (Tabla 1).

**Tabla 1**  
Frecuencias de las variables sociodemográficas

Variable	F	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	218	.42
Mujer	304	.58
<b>Edad adolescencia</b>		
Temprana	263	50.4
Intermedia	198	.38
Avanzada	61	11.7
<b>Tipo de educación</b>		
Diferenciada	186	35.6
Mixta o coeducación	336	64.4
<b>Estructura Familiar</b>		
Familia nuclear completa	351	67,2
Familia nuclear incompleta	100	19,2
Familia reconstituida	32	6,1
Familia extensa	39	7,5
<b>Actividad sexual</b>		
Sí	111	21.3
No	411	78.7

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con las preguntas de investigación planteadas. En primera instancia se analizaron los datos estadísticos descriptivos de cada una de las variables del estudio. El nivel más alto se concentra en el apoyo de la mamá y el más bajo en la supervisión del papá (Tabla 2).

**Tabla 2**  
Estadísticos descriptivos de las variables

Variable	Media	Desviación estándar
Supervisión papá	3,35	1,16
Supervisión mamá	3,87	,89
Apoyo papá	3,80	1,04
Apoyo mamá	4,08	,81

#### *Análisis de diferencias en el inicio de la actividad sexual según la edad*

Se encontraron diferencias significativas en el inicio de la actividad sexual según la edad  $X^2(2) = 83.90$ ;  $p = .000$ . El 59% de los participantes de adolescencia avanzada ya inició su actividad sexual, le siguen los de adolescencia intermedia (27,3%), y luego, los de la adolescencia temprana con (8%).

### *Análisis de las diferencias en el inicio de la actividad sexual según el tipo de familia*

Con el fin de responder a esta pregunta y la siguiente se corrieron análisis de Chi Cuadrado. No se encontraron diferencias significativas en el inicio de la actividad sexual por tipo de familia  $X^2(3)=2.26$ ;  $p=.52$ . No obstante, el 31.3% de los adolescentes de familia reconstituida ya iniciaron su actividad sexual, le siguen los de familia biparental con 21,1% después los de la familia monoparental 20% y, por último, los de familia extensa 17,9%.

### *Análisis de las diferencias en el inicio de la actividad sexual según el tipo de Educación*

Se encontraron diferencias significativas en el inicio de la actividad sexual según el tipo de educación  $X^2(1) = 10.56$ ;  $p=.001$ . Entre los participantes que ya iniciaron su actividad sexual el 25.6% pertenece a educación mixta, y el 13.4% pertenece a educación diferenciada.

### *Análisis de las diferencias en monitoreo, aceptación y apoyo según el tipo de educación*

Con el fin de responder a esta pregunta se corrieron ANOVAS. Se encontraron diferencias significativas en el monitoreo del papá [ $F(1,520)=82.52$ ;  $p=.000$ ] y de la mamá [ $F(1,520) = 93,99$ ;  $p=.000$ ], es decir, los papás ( $M = 3.92$ ) y las mamás ( $M=4.34$ ) de educación diferenciada monitorean más que los de educación mixta Papás ( $M = 3.03$ ) y mamás (3.61). Las mamás de participantes de ambos tipos de educación monitorean más que los papás.

En cuanto a la aceptación y apoyo también se encontraron diferencias significativas entre el papá [ $F(1,520) = 53.473$ ];  $p=000$ ) y la mamá [ $F(1,520) = 39.99$ ;  $p=000$ ] según el tipo de educación. Los papás ( $M=4.23$ ) y las mamás ( $M=4.38$ ) de educación diferenciada apoyan y aceptan más a los hijos que los papás ( $M = 3.56$ ) y las mamás ( $M = 3.92$ ) de educación de educación mixta o no diferenciada.

### *Explicación del inicio de la actividad sexual a partir de las prácticas parentales y el tipo de educación*

Las variables que se evaluaron en este estudio permitieron hacer una estimación correcta en un 78.7% [ $X^2(10) = 113.422$ ,  $p=.000$ ]. Se obtuvo un  $R^2$  de Nagelkerke=.30 lo cual indica que la proporción de eficacia predictiva del modelo a la ocurrencia del evento de tener relaciones sexuales es de 30%.

En cuanto a las variables predictores el efecto de la edad y el apoyo del papá hicieron un aporte positivo y significativo a la predicción del inicio

de las relaciones sexuales, es decir a mayor edad y altos niveles de apoyo del papá se incrementa la probabilidad de tener relaciones sexuales en la adolescencia. Por el otro lado, el monitoreo del papá también resultó significativo, es decir, a menor supervisión del papá mayor probabilidad de iniciar las relaciones sexuales. (Tabla 3).

**Tabla 3**  
Análisis de regresión logística para la explicación

Variable	F	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	218	.42
Mujer	304	.58
<b>Edad adolescencia</b>		
Temprana	263	50.4
Intermedia	198	.38
Avanzada	61	11.7
<b>Tipo de educación</b>		
Diferenciada	186	35.6
Mixta o coeducación	336	64.4
<b>Estructura Familiar</b>		
Familia nuclear completa	351	67,2
Familia nuclear incompleta	100	19,2
Familia reconstituida	32	6,1
Familia extensa	39	7,5
<b>Actividad sexual</b>		
Sí	111	21.3
No	411	78.7

## DISCUSIÓN

La aplicación de la prueba que indagó sobre aspectos familiares como supervisión, apoyo parental y tipo de educación, diferenciada y mixta, permitió un acercamiento sistemático y confiable sobre los factores asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes escolarizados. Como refieren investigaciones es necesario reconocer que la sexualidad trasciende los marcos de un fenómeno individual; desborda las fronteras del yo y se revela y crece en el nosotros, en lo común y compartido: su proyección social cristaliza en la riqueza de los vínculos afectivos que se establecen con la pareja, la familia, la sociedad<sup>21</sup>.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud afirma que la prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes colombianos varía ampliamente según las características de la población, en particular la edad, pues la prevalencia se incrementa con la misma<sup>22</sup>. Estudios similares afirman que en la medida en que avanzan los jóvenes en edad, van consolidando sus ideas sobre afectividad, amor y sexualidad<sup>23</sup>. Es importante tener en cuenta que la salud de los adolescentes guarda una relación estrecha con su propio comportamiento, dependiendo del ambiente que frecuentan

pueden consolidarse estilos de vida saludables o de riesgo que van a condicionar su morbilidad al llegar a la edad adulta. En la adolescencia se presentan características específicas (impulsividad, negación del riesgo) que propician algunas situaciones de interés de salud pública como son los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual o los trastornos en la conducta alimentaria <sup>24</sup>.

El presente estudio aporta información en la explicación del inicio de la actividad sexual de los jóvenes como comportamiento saludable, de acuerdo con el tipo de modelo educativo en el que estudian los adolescentes. La investigación arrojó diferencias significativas según el tipo de educación. Empiezan más temprano la actividad sexual los adolescentes vinculados a colegios de educación mixta, que los de colegios de educación diferenciada <sup>25</sup>. Aunque algunos estudios reconocen la importancia de la opinión de los amigos en la adolescencia, los padres también pueden establecer una relación fuerte y cercana con sus hijos que contribuya a la salud sexual de los adolescentes.

Como lo explica Calvo, el modelo educativo en el que se encuentre el adolescente, se asocia con el inicio de la actividad sexual de estos, sobre todo en los contextos donde se encuentran estudiantes de los dos sexos, debido a los procesos de socialización que se gestan en el entorno educativo <sup>26</sup>.

En cuanto al monitoreo, se encontraron diferencias significativas. Las mamás de participantes monitorean más que los papás, lo que coincide con lo encontrado por Cabrera, Guevara y Barrera <sup>27</sup>. Otros autores refieren que los padres deben practicar el monitoreo por el bien de los hijos. Los padres deben solicitar información sobre las actividades de ellos <sup>28</sup>, por tanto, es importante para el funcionamiento de una familia el establecimiento de límites. Por ello, es importante cumplir dos características: ser claros y definirse de manera precisa para permitir a las personas el desarrollo de funciones sin interrupciones y fortalecer el contacto entre los miembros <sup>29</sup>.

Para los adolescentes, sigue siendo importante la opinión de los padres en los temas de afectividad y sexualidad. Esto coincide con los resultados de este estudio, en la medida en que algunas prácticas de los padres sobre todo del papá, se asocian con el inicio de la actividad sexual de los adolescentes <sup>30</sup>.

Si bien el imaginario colectivo indica que en estas edades, la importancia de la opinión de los amigos está por encima de la de los padres, los resultados de esta investigación, resaltan la relevancia del apoyo y la supervisión de los padres, y de estos, en particular del papá. Otro elemento interesante de este estudio, es que si bien, desde diferentes perspectivas epistemológicas que han estudiado las relaciones padres hijos, se ha resaltado la figura maternante, no obstante, la figura del padre aparece como clave en la consolidación de los estilos de vida saludables en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Estudios anteriores plantean que tener una relación cercana con los padres se constituye en una oportunidad para favorecer una sexualidad

sana en los adolescentes<sup>31</sup>. Chilman plantea que toda actividad y relación dentro de la familia transmite a los adolescentes mensajes relacionados con la sexualidad en términos de los roles de género, sus funciones, sentimientos, valores sexuales y estilos de relación interpersonal<sup>32</sup>.

Estudios anteriores confirman la tendencia del inicio de la vida sexual más temprano en los últimos años. A pesar de los esfuerzos de los distintos actores educativos en informar a los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, esto no reporta retraso en el inicio de la actividad sexual<sup>33</sup>. Así mismo, se ha confirmado que la interacción con pares del otro sexo está asociada con la edad a la que se inician las relaciones románticas y con el inicio de la actividad sexual<sup>34</sup>. Situación que se evidencia con más frecuencia en las instituciones educativas de educación mixta.

Otras investigaciones han profundizado en la idea de que en la adolescencia, es común ser sexualmente activos, por lo que se les pide que "se cuiden", aun cuando ni en el nivel familiar ni en el de las instituciones (escuela y servicios de salud) les proporcionan el apoyo y asesoría necesarios para la toma de decisiones en este aspecto<sup>35</sup>. Al comparar los resultados de esta investigación con otros estudios similares en que el inicio de la actividad sexual se presenta con mayor frecuencia en familias monoparentales<sup>36</sup>, no coinciden, en tanto, no se encontraron diferencias en el inicio de la actividad sexual por tipo de estructura familiar. Es decir, los adolescentes de todas las estructuras familiares son proclives a iniciar la actividad sexual.

Si bien, estudios anteriores han ilustrado sobre los factores asociados a los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva, lo cual impacta los servicios de salud, esta investigación contribuye a la comprensión del inicio de la actividad sexual en los adolescentes, por cuanto, sus resultados permiten identificar núcleos de atención de la acción de los agentes educativos con el objetivo de retrasar el inicio de la actividad sexual, y en consecuencia, aumentar la eficacia de los programas de intervención en salud, diseñados para reducir embarazo adolescente no deseado y las infecciones de transmisión sexual<sup>37</sup>. Profundizar en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se mantiene como un tema de interés de las ciencias sociales y de la salud por su relevancia en materia de políticas públicas y los costos que representa para el Estado y su atención.

Valdría la pena profundizar mediante estudios con metodología cualitativa en las conceptualizaciones y necesidades de educación sexual de los adolescentes, padres, madres y profesores con el fin de fundamentar programas de educación sexual, de acuerdo con el tipo de educación mixta o diferenciada y el modelo educativo de cada institución, lo cual aportaría en los impactos positivos de las acciones en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ♣

## Agradecimientos:

A los directores de los colegios que permitieron el acceso para la presente investigación, a los adolescentes que voluntariamente participaron y a sus familias por su generosidad en la información.

## REFERENCIAS

1. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencias cuantitativas recientes. UNICEF. 2015;6-51.
2. Holguín Y, Mendoza L, Esquivel C, Sánchez R, Daraviña A, Acuña M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2013; 78(3):209-219.
3. González J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2009; 11(1):14-26.
4. Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. *Persona y Bioética*. 2007; 1(1):2-29.
5. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia. 2003.
6. Rengifo H, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2012; 14(4):558-569.
7. Vargas E, Barrera F. ¿Es la autoestima una variable relevante para los programas de prevención del inicio temprano de actividad sexual?, *Acta Colombiana de Psicología*. 2005; 13:133-161.
8. Vargas E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual. Una revisión: *Revista Colombiana de Psicología*. 2002; 11:115-134.
9. Castillo G. El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor. 2nd Edición, Madrid, Ediciones Pirámide; 2009.
10. Papalia E, Wendkos S, Duskin R. *Desarrollo Humano*. 9na Edición, México, Ediciones McGraw Hill; 2005.
11. De la Hoz F, González J. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2011; 13(1):67-8.
12. Martín L, Reyes Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista cubana de Salud Pública*. 2003; 29(2):183-7.
13. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: A reinterpretation, *Child Development*, 2000, 71, (4):1072-85.
14. Rohner R. The Parental acceptance - rejection syndrome universal correlates of perceived rejection, *American psychologist*. 2004; 59(8): 830-840.
15. Stice E, Barrera M, Chassin L. Relation of parental support and control to adolescent externalizing symptomatology and substance use: a

- longitudinal examination of curvilinear affects. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993; 21:609-629.
16. Calvo M. Los colegios diferenciados por sexo en Estados Unidos: constitucionalidad y actualidad de una tendencia imparable. *UNED: Revista de Derecho Político*. 2013; 86:159-194.
  17. Jimeno J. Educación diferenciada: *Revista Iberoamericana de Educación*. Madrid España. 2007; 41(3):2-25.
  18. Bosch E, Ferrer V, Alzamora A. El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres. *Revista Anthropos*, 2006; 238-41.
  19. Ruiz J. El fundamento antropológico de la educación diferenciada. *Estudios sobre educación: Universidad Internacional de La Rioja*. 2015; 28:155-70.
  20. Barrio J. La coeducación. Un acercamiento desde la antropología pedagógica, Persona y derecho: *Revista de fundamentación de las instituciones jurídicas y de Derechos Humanos*, 2004; 50:325-354.
  21. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros: Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI, Primera edición, La Habana Cuba: Editorial Científico-Técnica; 2003.
  22. Campo A, Silva J, Meneses M, Castillo M, Navarrete PA, Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 2004; 33(4):367-77.
  23. Cabrera V, Salazar P, Docal MC, Aya V, Ardila M, Rivera R, Estilos de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual. 1na Edición, Bogotá, Instituto del Ministerio Público Colombia, 2014.
  24. Instituto Catalán de Salud. Anorexia Nerviosa Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de Riesgo y Protección. Girona - España; Sf.
  25. Irala J, Osorio A, López C, Belen V, Filipinas O, Calatrava M, Guzman F, and Antonio N Torralba. Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel. *Revista Public Health* 2009, 9:282-94.
  26. Gray M, Steinberg L, Adolescent romance and the parent-child relationship A contextual perspective. In Furman W, Brown BB, & Feiring C, *The development of romantic relationships in adolescence*, eds. New York: Cambridge University Press, 1999.
  27. Cabrera VE, Guevara IP, Barrera F. Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*. 2006; 9 (2):115-126.
  28. Crouter A, Head M, Parental monitoring and knowledge of children. In: *Handbook of parenting Being and becoming a parent*, eds. Bornstein M, Lawrence Erlbaum Associates. Vol. 3. 2002.
  29. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Ediciones Gedisa SA, España Barcelona, 2003.
  30. Osorio A, López C, Carlos S, Ruiz M, Delgado M, Jokin de Irala. First Sexual Intercourse and Subsequent Regret in Three Developing Countries. *Revista Journal of Adolescent Health*. 2012; 50:271-8.
  31. Royuela P, Rodríguez L, Marugán de Miguelsanz JM, Carbajosa V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2015; 17(66): 127-136.

32. Chilman CS. Promoting Healthy Adolescent Sexuality. *Family Relations*. 1990; 39: 123-131.
33. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1):52-62.
34. González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2009; 11(1):14-26.
35. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 18(6):388-402.
36. Villarroel J, Pérez Villegas R. Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Medigraphic*. 2010; 24(1):7-19
37. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica Chile*. 2007; 135:1261-9.

## Notas

**Conflicto de intereses:** Ninguno