



Archivos Venezolanos de Farmacología y
Terapéutica
ISSN: 0798-0264
revista.avft@gmail.com
Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y
Terapéutica
Venezuela

Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia

Albornoz-Aria, Neida; Mazuera-Arias, Rina; Carreño-Paredes, Myriam-Teresa; Vivas-García, Marisela; Cuberos, María-Antonia; Ramírez-Martínez, Carolina; Ortiz, Fernando A.; Bermúdez, Valmore
Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, núm. 1, 2019

Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55959379017>

Sociedad Venezolana de Farmacología y de Farmacología Clínica y Terapéutica. Derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de todo el material contenido en la revista sin el consentimiento por escrito del editor en jefe.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-SinDerivar 4.0 Internacional.

Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia

Influence of sexual education on adolescent motherhood in the Department of Norte de Santander, Colombia

Neida Albornoz-Aria

Universidad Simón Bolívar, Colombia

n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55959379017)

[id=55959379017](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55959379017)

Rina Mazuera-Arias

Universidad Católica del Táchira, Venezuela

r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co

Myriam-Teresa Carreño-Paredes

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.carreno@unisimonbolivar.edu.co

Marisela Vivas-García

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.vivas@unisimonbolivar.edu.co

María-Antonia Cuberos

Universidad Simón Bolívar,, Colombia

m.cuberos@unisimonbolivar.edu.co

Carolina Ramírez-Martínez

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.carreno@unisimonbolivar.edu.co

Fernando A. Ortiz,

Gonzaga University, Spokane Washington, Estados Unidos

ortiz2@gonzaga.edu.co

Valmore Bermúdez

Universidad Simón Bolívar,, Colombia

v.bermudez@unisimonbolivar.edu.co

RESUMEN:

El embarazo adolescente puede prevenirse a través de una adecuada educación sexual en la familia y la escuela, debido a que el mismo implica riesgos para la salud física y psicológica de la adolescente. Este estudio es cuantitativo y analiza la influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en Norte de Santander, Colombia, considerando la información de 406 mujeres con edades entre 10 y 19 años. Se realizaron dos modelos de regresión logística binaria: 1) Educación sexual recibida en la escuela y 2) Educación sexual recibida en la familia. Como variables explicativas a) Conocimiento del ciclo menstrual y período fértil y b) Uso de preservativo en la primera relación sexual. Solo el Modelo 2 demostró que la Educación sexual familiar influye en el conocimiento corporal. Se concluye que las(os) adolescentes no son consideradas(os) sujetos de derechos.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, maternidad adolescente, educación sexual, ciclo menstrual, período fértil, preservativo, derechos sexuales y reproductivos.

ABSTRACT:

Adolescent pregnancy can be prevented through appropriate sexual education in the family and school, because it implies risks to the physical and psychological health of the adolescent. This study is quantitative and analyzes the influence of sexual education on adolescent motherhood in Norte de Santander, Colombia, considering the information of 406 women aged between 10 and 19 years. Two binary logistic regression models were carried out: 1) Sex education received in school and 2) Sex education received in the family. As explanatory variables a) Knowledge of the menstrual cycle and fertile period and b) Condom use in the first sexual relationship. Only Model 2 demonstrated that Family Sex Education influences body knowledge. It is concluded that adolescents are not considered as subjects of rights.

KEYWORDS: Adolescence, teenage motherhood, sexual education, menstrual cycle, fertile period, preservative, sexual and reproductive rights.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que comprende el tránsito de la niñez a la vida adulta; época donde el cuerpo del ser humano muestra transformaciones (cambios físicos); se comprende mejor el mundo, hay inclinación por la autonomía para la toma de decisiones (cambios cognoscitivos y psicosociales); aunque el significado y desenvolvimiento de la adolescencia suele estar influenciado por la cultura, educación alcanzada y estrato social al que pertenece el adolescente¹⁻⁴.

No existe un consenso en cuanto a la edad en que inicia y finaliza la adolescencia. Algunas fuentes señalan que comienza a los 10 años en las niñas y 12 años en los niños⁵; otros autores señalan que es la etapa comprendida entre los 13 y 19 años.; Morris dice que inicia entre los 11 o 12 años y culmina a los 17 años³; Papalia et al., que inicia con la pubertad, al adquirir madurez sexual y cuando la reproducción sexual es posible, lo cual ocurre entre los 11 o 12 años y finaliza entre los 19 o 21 años²; finalmente para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los adolescentes se ubican entre los 10 y 19 años, siendo este criterio el que se utiliza en la presente investigación⁶.

Entre los cambios psicosociales que atraviesa el adolescente se identifican aquellos comportamientos tendientes a la búsqueda de identidad, independencia, interacción con pares, suelen verse como adultos debido a los cambios físicos, pero, realmente no han madurado. En muchos casos confunden la independencia y sexualidad y es cuando se exponen a riesgos como embarazo adolescente no deseado, infecciones de transmisión sexual, consumo de drogas, delincuencia entre otros^{4,7}. Al ser la sexualidad un conjunto de condiciones fisiológicas, psicológicas y afectivas propias de cada persona debe ser tratada con responsabilidad para reducir los riesgos durante la adolescencia⁸.

Según informe del Fondo de Población de Naciones Unidas la tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años en América Latina es 83 nacimientos por cada 1.000 jóvenes y Colombia se encuentra entre los países con mayor tasa de fecundidad, ubicándose la misma en 84 nacimientos por cada 1.000 adolescentes, entre 2006 y 2015.. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en Colombia en 2015, muestra un descenso del indicador de embarazos adolescentes. Para el 2015, el 17.4% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado embarazadas o son madres, mientras que cinco años atrás este porcentaje se ubicaba en 19.5% lo cual es un indicativo positivo de algunas políticas públicas. Al observar las cifras de la ENDS de 2015 por departamentos, el Norte de Santander reporta un 21.4% de embarazos adolescentes, es decir, 4 puntos por encima del promedio nacional¹⁰.

En Colombia, las relaciones sexuales con adolescentes menores de 15 años son consideradas un delito según el Código Penal vigente, quién tenga acceso carnal con una persona menor de 14 años es castigado con prisión de doce a veinte años, y quién realice actos sexuales diferentes al acceso carnal con una persona menor de 14 años incurre en pena privativa de la libertad de nueve a trece años, según los artículos 208 y 209 de la Ley 599 de 2000¹¹. Por lo anterior, existe un enfoque hacia la protección de los derechos por parte del Estado y la sociedad¹².

Existen factores que influyen en el embarazo como los determinantes intermedios (socioculturales y ambientales, familiares e individuales) y determinantes próximos (pareja estable y actividad sexual, edad de la primera relación sexual y uso de anticonceptivos), a tomar en cuenta en las políticas públicas y las acciones tendientes a disminuir la tasa de embarazos adolescentes, los cuales deben ser de interés y más cuando se trata de embarazos no planificados y conductas tipificadas como delitos en el caso de relaciones sexuales con adolescentes menores de 15 años¹³.

El presente estudio tiene como objetivo estudiar los determinantes intermedios relacionados con la educación sexual recibida en la escuela, educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo y conocimiento del ciclo menstrual y período fértil y los determinantes próximos como el uso del preservativo en la primera relación sexual, que influyeron en el embarazo de adolescentes con edades entre 10 y 19 años, en el Departamento Norte de Santander- Colombia.

MÉTODOS

Población, muestra y diseño del estudio

El enfoque del estudio es cuantitativo. La población estudiada son mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años que viven en el Departamento Norte de Santander, Colombia; criterio establecido por el Fondo de Población de la Naciones Unidas¹⁴. Fue consultada la distribución de la población proyectada por edades simples del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)¹⁵, en los municipios de Norte de Santander para los años 2013 y 2014 y fueron seleccionadas las personas de sexo femenino con dichas edades. Por lo tanto, la población estudiada son adolescentes embarazadas y madres adolescentes con hijos no mayores de 18 meses. La población quedó constituida por un total de 6.435 madres adolescentes. Se utilizó una encuesta estructurada aplicada a una muestra independiente, no probabilística, intencional aplicándose un cuestionario denominado: Maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander.

El tamaño de la muestra fue de 406 mujeres con domicilio en el Departamento Norte de Santander, Colombia, con edades entre 10 y 19 años, embarazadas en el cuarto o posterior mes de embarazo o con hijos menores de 18 meses. Para el diseño muestral se consideraron dos unidades muestrales: centros educativos en el caso de las madres que estudian, centros de salud de los municipios y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Debe considerarse que todas asisten al control prenatal y que están afiliadas al plan de salud contributivo o subsidiado.

Al tener elegidos los municipios y centros de salud y educativos, el paso siguiente fue la selección de las adolescentes embarazadas. Al llegar al centro respectivo el encuestador se identifica, solicita autorización para aplicar el instrumento y al tener acceso a las adolescentes, se solicita el consentimiento informado a las mismas y se procede a levantar la información. Las encuestas se aplicaron durante el periodo 15 de septiembre al 15 de noviembre de 2015.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se plantearon dos preguntas de investigación: 1) ¿Existe relación entre las adolescentes que recibieron educación sexual en la escuela y los factores: conocimiento de su ciclo menstrual y periodo fértil y que hayan utilizado el preservativo en la primera relación sexual? 2) ¿Existe relación entre las adolescentes que recibieron educación sexual en la familia antes del primer embarazo y los factores: conocimiento de su ciclo menstrual y periodo fértil y que hayan utilizado el preservativo en la primera relación sexual?

Siguiendo la metodología del estudio de Menkes Bancet, Serrano Sánchez y Sosa Sánchez y trabajo de Ávila Vélez y Sanín Restrepo^{16,17}; ambos realizaron dos modelos de regresión logística binaria, de manera independiente:

- 1) Educación sexual recibida en la escuela y
- 2) Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo.

Las variables explicativas en ambos casos son: a) Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil y b) Uso de preservativo en la primera relación sexual.

La educación sexual recibida en la escuela y en la familia son definidas como variables dependientes, considerando que las altas tasas de embarazo adolescente en América Latina obedecen a una educación sexual de mala calidad y otros factores de naturaleza, social, económica y cultural como: bajo nivel educativo, no uso o uso inconsistente de métodos anticonceptivos, educación de baja calidad, limitadas alternativas de inserción laboral o ausencia de un proyecto de vida que contenga logros profesionales¹⁸.

Las variables explicativas fueron definidas considerando que los conocimientos limitados sobre la salud reproductiva y la falta de acceso a métodos preventivos dificultan a las adolescentes poder decidir libremente sobre su sexualidad¹⁹. El conocimiento del periodo fértil es indispensable para el uso de métodos anticonceptivos tradicionales²⁰ y su desconocimiento es un factor de riesgo frente a embarazos y la vulnerabilidad de los derechos²¹. En la Tabla 1, se detallan las variables consideradas en el estudio y su respectiva escala de medida.

TABLA 1
Características de las variables de estudio

Variable Criterio	Escala de Medida	Categoría	n	%	95,0% CL inferior para %	95,0% CL superior para %
Educación sexual recibida en la escuela 1/	Categórica nominal	No	32	29.63	21.64	38.69
		Si	76	70.37	61.31	78.36
Variables explicativas						
Uso de preservativo en la primera relación sexual	Categórica nominal	No	65	60.19	50.78	69.05
		Si	43	39.81	30.95	49.22
Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil	Categórica nominal	No	45	41.67	32.69	51.08
		Si	63	58.33	48.92	67.31
1/Muestra = 108 adolescentes que asisten actualmente a un centro educativo.						
Variable Criterio	Escala de Medida	Categoría	n	%	95,0% CL inferior para %	95,0% CL superior para %
Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo 2/	Categórica nominal	No	191	49.10	44.15	54.06
		Si	198	50.90	45.94	55.85
Variables explicativas						
Uso de preservativo en la primera relación sexual	Categórica nominal	No	245	62.98	58.10	67.67
		Si	144	37.02	32.33	41.90
Conocimiento del ciclo menstrual	Categórica nominal	No	190	48.84	43.90	53.80

En el modelo de regresión logística binaria, la variable dependiente Y sólo puede tomar los valores Y=1 e Y=0. Fueron transformados los datos en formato vector de éxitos y fracasos y se presentan las variables propuestas para el análisis del modelo. Como variables a explicar: 1) la educación sexual recibida en la escuela y 2) educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo, donde: si recibió educación sexual (en la familia o escuela) toma el valor 1 y si No recibió educación sexual toma el valor 0. En lo referente al vector de las variables explicativas, se plantea el modelo de probabilidad Educación sexual recibida en la familia y el modelo de probabilidad Educación sexual recibida en la escuela; con Conocimiento del ciclo menstrual y período fértil (categoría 1) frente a sin Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil (categoría 0).

En la regresión se utiliza el Método Adelante (RV), avanzar por pasos especificándose hacia delante (FSTEP(LR)), se contrasta con las variables que entran o salen del modelo mediante el criterio de la razón de la verosimilitud, para así contrastar las nuevas variables a introducir o excluir del modelo. El procesamiento

y análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS en su versión 25 para Windows de 64 bits (IBM SPSS, Chicago, IL, EE. UU.). Por último, los resultados se han considerado significativos al nivel de .05.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos de la muestra

La muestra conformada por 406 adolescentes. Al agrupar la edad, se observó que 6.7% ($n=27$) de las adolescentes se ubican entre 10 y 14 años; 53.7% fueron adolescentes entre 15 a 17 años ($n=218$) y aquellas con edad entre 18 y 19 años un porcentaje de 39.7% ($n=161$). La edad promedio del primer embarazo fue a los 16 años, mínimo 11 años y máximo 19 años. La edad promedio de la primera relación sexual fue a los 14.8 años, mínimo 10 años y máximo 19 años. El 44.6% ($n=181$) de las encuestadas estaban solteras al momento de la investigación, 30.3% ($n=123$) casadas, 14% ($n=57$) en unión libre y el resto de porcentaje comprende aquellas que estaban separadas de unión libre o matrimonio, viudas de unión libre o matrimonio y divorciadas con proporciones de 7.6% ($n=31$), 3.2% ($n=13$) y 0.2% ($n=1$).

La mayoría de las adolescentes manifestaron tener el bachillerato incompleto, registrándose un porcentaje de 54.9% ($n=223$), bachillerato completo 25.6% ($n=104$), primaria completa 9.9% ($n=40$), primaria incompleta 3.2% ($n=13$), técnico laboral 2.7% ($n=11$), otros niveles educativos 3.5% ($n=14$) y sin nivel .2% ($n=1$).

MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

Modelo 1: Educación sexual recibida en la escuela

En la Tabla 2, se presenta la información que permite evaluar el ajuste del modelo Educación sexual recibida en la escuela mediante la comparación de los valores pronosticados con los valores observados. Se emplea el criterio de la probabilidad de la variable dependiente de .5 como punto de corte. Por lo tanto, el modelo clasifica correctamente con 64.7% del total de los casos, mientras que clasifica de manera errónea a las adolescentes que no recibieron Educación Sexual en la escuela con 0%. En este caso, el modelo tiene una especificidad nula (0.0%) y sensibilidad alta (100.0%) cuando el punto de corte de la probabilidad de Y calculada se establece (por defecto) en 50% (.5).

TABLA 2
Tabla de clasificación educación sexual recibida en la escuela

Observado			Pronosticado					
			Casos seleccionados ^b			Casos no seleccionados ^{c,d}		
			Educación sexual escolar recibida		Porcentaje correcto	Educación sexual escolar recibida		Porcentaje correcto
No	Si	No	Si					
Paso 1	Educación sexual escolar recibida	No	0	20	0.0	0	12	0.0
		Si	0	54	100.0	0	22	100.0
	Porcentaje global		73.0			64.7		

Fuente: elaboración propia. a. El valor de corte es .500
b. Casos seleccionados validados EQ 1
c. Casos no seleccionados validados NE 1
d. Algunos de los casos seleccionados no están clasificados debido a que faltan algunos valores en las variables independientes o que hay variables categóricas con valores fuera del rango de los casos seleccionados.

Fuente: elaboración propia.

a. El valor de corte es .500

b. Casos seleccionados validados EQ 1

c. Casos no seleccionados validados NE 1

d. Algunos de los casos seleccionados no están clasificados debido a que faltan algunos valores en las variables independientes o que hay variables categóricas con valores fuera del rango de los casos seleccionados.

La Tabla 3 muestra las variables que no se encuentran en la ecuación, donde ambas variables se excluyen del modelo (uso del preservativo en la primera relación sexual con un nivel de significancia $. = .439 > .05$ y conocimiento del ciclo menstrual y período fértil con un nivel de significancia de $. = .555 > .05$), es decir se evidencia que no se presentan relaciones estadísticamente significativas entre la variable conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil y la variable Educación sexual recibida en la escuela.

TABLA 3
Variables en la ecuación educación sexual escolar recibida

Tabla 3 Variables en la ecuación educación sexual escolar recibida

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	.993	.262	14.398	1	.000	2.700

elaboración propia

Modelo 2: Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo

La Tabla 4, presenta la información que permite evaluar el ajuste del modelo Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo mediante la comparación de los valores pronosticados con los valores observados. Se empleó el criterio de la probabilidad de la variable dependiente de .5 como punto de corte. Por lo tanto, el modelo, clasifica correctamente el 57.3% del total de los casos y califica correctamente el 52.8% de las adolescentes que no recibieron educación sexual en la familia, ($Y=0$) y al 60.9% de las que recibieron educación sexual en las familias ($Y=1$).

TABLA 4
Tabla de clasificación Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo

Observado			Pronosticado					
			Casos seleccionados ^b			Casos no seleccionados ^{c,d}		
			Educación sexual de su familia antes del primer embarazo		Porcentaje correcto	Educación sexual de su familia antes del primer embarazo		Porcentaje correcto
			No	Si		No	Si	
Paso 1	Educación sexual de su familia antes del primer embarazo	No	78	59	56.9	28	25	52.8
		Si	58	75	56.4	25	39	60.9
	Porcentaje global				56.7			57.3

elaboración propia

a. El valor de corte es ,500

b. Casos seleccionados validados EQ 1

c. Casos no seleccionados validados NE 1

d. Algunos de los casos seleccionados no están clasificados debido a que faltan algunos valores en las variables independientes o que hay variables categóricas con valores fuera del rango de los casos seleccionados.

La Tabla 5 muestra el resumen del modelo Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo, el estadístico log de la verosimilitud (-2LL) o desviación de 369.433, mide hasta qué punto el modelo se ajusta a los datos. El R cuadrado de Cox y Snell estima un valor de .018 lo cual indica que solo el 1.8% de la proporción de la varianza de la variable dependiente Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo, es explicada por la variable explicativa Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil. Por otra parte, el estadístico R cuadrado de Nagelkerke (versión corregida de la R cuadrado de Cox y Snell), señala que solo el 2.4% de la proporción de varianza de la variable dependiente Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo es explicada por la variable explicativa Conocimiento del ciclo menstrual.

TABLA 5
Resumen del modelo Educación sexual recibida en su familia antes del primer embarazo

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	369.433 ^a	.018	.024

elaboración propia.

La estimación ha terminado en el número de iteración 3 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de .001.

La Tabla 6, muestra la variable que permiten construir la ecuación: conocimiento del ciclo menstrual y período fértil. Se hace la salvedad que la variable explicativa: uso del preservativo en la primera relación sexual fue excluida del modelo por no presentar significancia estadística . = .382 > .05.

TABLA 6
Coefficientes de regresión del modelo Educación recibida en la familia antes del primer embarazo

		Importar imagen	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil(1)	.536	0.246	4.765	1	.029	1.710	1.056	2.767
	Constante	-.296	0.173	2.920	1	.088	0.744		

elaboración propia.

a. Variables especificadas en el paso 1: Conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil.

Con estos coeficientes Importar imagen y Importar imagen se construyó la ecuación de regresión logística, para predecir la probabilidad que las adolescentes que recibieron educación sexual en la familia antes del primer embarazo conozcan su ciclo menstrual y periodo fértil. Por lo tanto, la adolescente que conozca su ciclo menstrual y periodo fértil (valor asignado 1) con una probabilidad de haber recibido educación sexual por parte de su familia ($Y=1$), obtuvo un resultado en la ecuación de .56, derivado del modelo 2 e indica que las adolescentes que conocen su ciclo menstrual y periodo fértil tienen una probabilidad asociada del 56% de haber recibido educación sexual en su familia antes del primer embarazo.

La adolescente que no conozca su ciclo menstrual y periodo fértil (valor asignado=0) y la probabilidad de haber recibido educación sexual por parte de su familia ($Y=1$) y obtuvo un resultado en la ecuación de .43. El resultado de esta segunda ecuación también es derivado del modelo 2 y señala que las adolescentes que no conocen su ciclo menstrual y periodo fértil tienen una probabilidad asociada del 43% de haber recibido educación sexual en su familia.

DISCUSIÓN

Modelo 1: Educación sexual recibida en la escuela

Un indicador de la educación sexual es el conocimiento del ciclo menstrual, su conocimiento suele ser bajo, en comparación al de los métodos anticonceptivos²²; las adolescentes desconocen en su mayoría su propia fisiología de reproducción, lo que implica un uso inadecuado y no seguro de los métodos de planificación familiar²³; situación que las expone al riesgo de embarazo no planificado. Generalmente, la información que reciben las niñas y adolescentes en la escuela y la familia sobre la menarquia se refiere a la higiene y cuidado y solo en ocasiones al embarazo, pero no abarca la sexualidad, su ejercicio, consecuencias, no se reflexiona sobre los derechos sexuales y reproductivos¹². Al inicio de las relaciones sexuales existe un desconocimiento de los métodos anticonceptivos por lo que es muy común no usarlos en la iniciación²⁴. Las creencias infundadas de las consecuencias de los anticonceptivos modernos, así como las dificultades para acceder a los servicios de salud influyen en las preferencias de las adolescentes de tener relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos¹².

El Modelo 1 demuestra que la educación sexual recibida en la escuela no ha influido efectivamente en el conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil, así como tampoco en el uso del preservativo en la primera relación sexual; resultados coincidentes con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que señala que entre las causas del embarazo adolescente está la imposibilidad del ejercicio de los derechos humanos (sexuales y reproductivos), las políticas nacionales que restringen el acceso a medios de planificación familiar, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud reproductiva¹⁴.

Los derechos sexuales y reproductivos comprenden las decisiones sobre el cuerpo, decidir con quien se comparte la sexualidad, emociones, la vida^{24,25}. Específicamente, los derechos sexuales son aquellos derechos humanos que tienen todas las personas de decidir libremente sobre su sexualidad sea en los aspectos corporales, relacionales y/o reproductivos; los derechos reproductivos son aquellos derechos que involucran la determinación sobre la fertilidad²⁶. Como derechos humanos, su ejercicio como manifestaciones del libre desarrollo de la personalidad requieren cierto grado de madurez y reflexión²⁷ y deben ser garantizados a todas las personas sin distinción no obstante, su goce real y efectivo no siempre es accesible a todos.

La educación sexual debe ser considerada como una dimensión complementaria de la formación integral de las personas²⁸. En los adolescentes existen limitaciones relacionadas con la edad y/o género sobre

la educación sexual que afecta el derecho a la información, incluso el derecho a vivir una sexualidad sin discriminación, existiendo exclusión sexual²⁵. Si bien los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos, también existen ciertas censuras que no permiten que todas sus dimensiones sean vistas completamente. Ante los conocimientos erróneos de los adolescentes en materia de estos derechos, se hace necesario ahondar en los conocimientos que tengan y empoderarlos, así como en la manera en que se enseñan, por parte de los diversos actores en la sociedad²⁹.

Mientras que la salud reproductiva implica bienestar físico, mental y social en todos los aspectos del sistema reproductivo y sus funciones, comprende la capacidad de ejercer una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, con libertad. Muchas personas no alcanzan la salud sexual y reproductiva debido a factores como el insuficiente conocimiento sobre la sexualidad y la desinformación en la materia, conductas discriminatorias y negativas hacia las mujeres y niñas, actuaciones sexuales de alto riesgo, poco poder de decisión en su vida sexual y reproductiva de las mujeres, siendo los adolescentes más vulnerables³⁰. Dar respuesta a estos determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva requiere innovaciones sociales e institucionales además de modificaciones en los sistemas educativos y de salud³¹; inclusive los medios de comunicación a través de campañas de sensibilización para informar sobre diversos métodos anticonceptivos^{32, 29}.

De igual manera, los resultados obtenidos en el Modelo 1, son contrarios a las metas de una educación sexual integral propuesta por Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud que se enfoca en: el conocimiento del cuerpo por parte de los adolescentes como una forma de valoración y apreciación del concepto de salud y en el desarrollo de una de las habilidades como es el pensamiento crítico que permita discriminar conductas de riesgo³³; mientras que teóricamente los/las adolescentes que reciben educación sexual amplían sus conocimientos en sexualidad, reproducción, anticoncepción entre otros y retrasan el inicio de las relaciones sexuales o en su defecto³⁴, si deciden tenerlas sería una actividad sexual protegida, es decir, se fomenta el cambio del comportamiento reproductivo de los jóvenes³⁵.

Ciertamente, en algunos casos el embarazo y maternidad de las adolescentes, forma parte de su proyecto de vida cuando el mismo es planificado, la pareja está presente y/o existe aceptación de la familia, lo cual significa afirmación de la identidad, reconocimiento social y transición hacia la vida adulta, generando el embarazo felicidad³⁶⁻³⁹.

Sin embargo, cuando es indeseado impone para ella asumir el rol de madre de manera adelantada, responsabilidades de mujer adulta y algunas veces implica su incorporación en actividades domésticas lo cual puede limitar su proyecto de vida, pudiendo ser el embarazo un infortunio para la madre adolescente, su hijo, familia, pareja, servicios educativos y de salud^{1, 39-43}; por lo cual debe ser estudiado desde los procesos de cambio social y cultural según el país y contexto⁴⁴; por ejemplo, después de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y procesos educativos, ha ocurrido una redefinición de las normas sociales en cuanto a la procreación, considerándose en muchos casos como indeseables, los embarazos y nacimientos en la adolescencia bajo el argumento que es una etapa de preparación para la edad adulta⁴⁵.

Modelo 2: Educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo

Es necesario desarrollar en las adolescentes actitudes responsables sobre la sexualidad, para ello se requiere la intervención de la familia en los procesos de educación sexual⁴⁶. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los adolescentes, requieren de la orientación adecuada de los padres, pero la falta de comunicación facilitaría prácticas sexuales riesgosas⁴⁷. Para²⁹, existen incongruencias entre la percepción que tienen los padres de la educación sexual que les dan a sus hijos y lo que perciben los hijos sobre la misma.

De acuerdo con ⁴⁸, existen casos donde las adolescentes al tener relaciones sexuales habituales solicitan a sus padres los anticonceptivos y los mismos son negados, y en otros casos, cuando ya están embarazadas son maltratadas en los servicios de salud, pero las mismas no reclaman ni denuncian la vulneración de sus derechos; no existiendo empoderamiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Aun cuando se informan a los adolescentes sobre la planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos, embarazos, los mismos no se empoderan y asumen conductas de riesgos²⁴. En estudios realizados los adolescentes varones poseen menos información sobre la sexualidad y tienen más prácticas riesgosas en comparación con las adolescentes mujeres aumentando los riesgos de embarazos no planificados ⁴⁹.

En materia de educación sexual existen diferencias entre los mismos padres, investigaciones en Colombia indican que las madres reconocen en mayor porcentaje que los padres, que el preservativo es un medio eficiente para evitar enfermedades de transmisión sexual; los padres han entregado preservativos a sus hijos de manera directa en mayor proporción que las madres; las madres consideran más que los padres, que hay temas sobre la sexualidad que deben conversar sus hijos con personas distintas a ellos ²⁹.

Por su parte, los resultados del Modelo 2, muestran que existe indicio que la Educación sexual en la familia está influyendo de alguna manera en el conocimiento del cuerpo por parte de las adolescentes. Considerando que la familia es una organización social en la cual se fundamenta el cuidado y protección de sus miembros, también es el seno de las interacciones afectivas entre la pareja, hijos, hermanos, padres entre otros⁵⁰. En este sentido, los resultados obtenidos sugieren que los padres cumplen una función en la educación sexual, sin embargo, la misma debe estar fundada en: adecuadas figuras de apego (basadas en la confianza, afecto, estima, eficacia de cuidados e incondicionalidad); modelos aceptables para sus hijos con base en relaciones mutuas de afecto e intimidad; protegerlos de riesgos como los abusos; hablar de riesgos y brindarles ayuda ⁵¹; pues los mismos pueden alterar el desarrollo psicoafectivo así como truncar el desarrollo de las potencialidades y consolidación de la personalidad ⁵².

Desde el punto de vista familiar debe tenerse en cuenta que la sexualidad es una condición humana relacional, lo cual implica que los individuos establezcan intimidad con otros y consigo mismos; estos aspectos conllevan a una educación sexual desde la corporalidad, con comprensión de su funcionamiento y desarrollo, logrando estos enfoques en la educación sexual una valoración de sus integrantes, la cual ha de permitir el desarrollo de la autonomía en el ejercicio sexual ⁵³.

No obstante, en la práctica hablar de sexualidad con los padres y docentes genera dificultades, por cuanto han sido formados bajo un modelo educativo tradicional, basado en la biología y la moral ⁵⁴, situación que debe superarse para alinear la educación sexual recibida en la familia con la Política Nacional de sexualidad en Colombia ⁵⁵. Dentro de las dificultades documentadas está la limitación de docentes y padres de familia en cuanto a la apropiación de conceptos en materia de educación sexual, sumando a esta debilidad la escasa habilidad para comunicar mensajes claros y asertivos debido al temor que les produce abordarlos ⁵⁶.

ACCIONES EN MATERIA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Colombia, plantea dentro de las acciones un énfasis en el foco institucional, para lo cual traza el fortalecimiento de procesos de educación integral dirigidos a prestadores de servicios de salud y a responder a las alianzas de estos con el sector educativo, para adelantar capacitaciones a educadores sobre educación sexual, que permita el desarrollo de capacidades en la materia; donde se reconozca la sexualidad desde la diversidad, con enfoque no moralista y ético, de manera que se estimule a los adolescentes a la toma de decisiones conscientes con respecto a su sexualidad y sin desmejorar su calidad de vida. Por ello, el Estado se ha trazado como meta que para el 2021,

el 80% de las instituciones educativas públicas los niños, niñas y adolescentes reciban una educación sexual basada en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con enfoque diferencial y de género⁵⁵.

En Colombia la educación sexual busca formar personas capaces de reconocerse como sujetos de derechos sexuales y reproductivos, que tengan la posibilidad de tomar decisiones informadas, libres, asertivas sobre su sexualidad para lograr un bienestar físico, mental y social según lo establecido en la Ley 1620 de 2013⁵⁷. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, entre 2010 y 2015, la tasa de embarazo adolescente ha disminuido¹⁰, posiblemente por las iniciativas eficaces en materia de educación sexual que han sido adelantadas por los ministerios de Salud y Educación, secretarías municipales y organizaciones independientes, a través de la formulación de estrategias que permiten llevar la educación sexual al aula de clase. Las estrategias desarrolladas por estas entidades responden al cumplimiento de una política nacional que busca fortalecer los proyectos de educación sexual por medio del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC)⁵⁸.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de los países tienen documentación sobre sus programas de educación sexual, pero generalmente carecen de conocimiento basado en la evidencia sobre el éxito o la adecuada implementación de esos programas. En muchos casos, hay evidencia que los programas de educación sexual o las recomendaciones para su implementación casi no se han aplicado en absoluto⁵⁹. Anteriormente, se indicó que las estadísticas oficiales en Colombia muestran que los embarazos de adolescentes disminuyeron en 2015 y es debido a la existencia de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y por la entrada en vigor de la Ley 1620 por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar y el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC)⁵⁷; siendo este último desarrollado en las instituciones educativas a través de alianzas con el sector público de salud.

Es erróneo suponer cuáles son las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, sin tener en cuenta las creencias, actitudes, valores, aspiraciones, relación con los padres, amigos y parejas, conocimiento que poseen y capacidad de evaluar sus necesidades⁴⁴. Por ello, es recomendable realizar diagnósticos en los municipios del Departamento Norte de Santander, para así considerar la necesidad de tomar acciones y crear programas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en un contexto determinado.

El presente estudio, es un reflejo que la Educación sexual recibida en la escuela, no ha influido de manera eficiente en las adolescentes consultadas en cuanto al conocimiento de su cuerpo y en el uso del preservativo durante la primera relación sexual; sin embargo, hay indicios que la educación sexual recibida en la familia, si ha influido pero únicamente en el conocimiento de su cuerpo (ciclo menstrual y período fértil) y no en la orientación que los padres deben brindar a sus hijos e hijas adolescentes con relación al uso del preservativo durante la primera relación sexual. Por lo tanto, la educación sexual recibida carece del enfoque de considerar a los adolescentes como un sujeto de derechos, bajo la creencia que los adolescentes no poseen conocimiento de sus derechos a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad; factores que deben seguir siendo atendidos en las políticas públicas de salud; teniendo en cuenta que Colombia es un estado social de derecho, donde uno de sus pilares es la dignidad humana, debe garantizarse a los adolescentes sus derechos⁶⁰.

La implicancia de una Educación sexual basada únicamente en la enseñanza de las transformaciones biológicas propias de los adolescentes, desconociendo el manejo del placer, la tendencia natural hacia el placer sexual y habilidades para la vida (manejo de presiones por parte de los pares y toma de decisiones), puede conducir al inicio temprano de las relaciones sexuales o uniones tempranas, con posibles resultados de

embarazos en adolescentes donde los riesgos para su primer hijo es un niño prematuro o bajo de peso al nacer, y para ella, son biológicos (especialmente en adolescentes menores a 16 años). Contrariamente, cuando se enseña habilidades para la vida y derechos sexuales y reproductivos, los embarazos en rangos de edad entre 16 y 19 años no conllevan mayores riesgos de salud para la madre e hijo, bajo condiciones óptimas de salud, nutrición, atención prenatal y aceptación familiar^{61,62}.

En relación con la familia y la escuela, es importante que se entienda como educación sexual integral, la validación del adolescente hombre o mujer como individuos sujetos de derechos, aspecto que implican el considerar que, sin importar el género, cada individuo ha de ser autónomo en el inicio de su vida sexual, reconociéndose como seres únicos, ni con poder sobre otros. Así mismo, atendiendo a la imperante necesidad que el/la adolescente sea dueño(a) de su corporalidad; la familia y el Estado deben responder a las inquietudes a través de una información clara y veraz que les permita un ejercicio sexual autónomo, seguro y enmarcado en un real ejercicio de derechos; la educación sexual también puede plantearse desde la perspectiva del deseo del adolescente en relación con su proyecto de vida y su capacidad de autonomía económica⁶³.

En materia de Educación Sexual, la enseñanza de lo corporal desde los procesos biológicos debe ir sumada a normas y valores con enfoque de género²⁹. En este sentido, la experiencia española incorpora dentro de las temáticas básicas en la Educación Infantil la educación sexo afectiva desde la corporalidad, cambios y percepción de los mismos, proceso que está reglamentado en el Real Decreto 1630/2006 del 29 de diciembre⁶⁴; modelo importante para repensar el momento en que se debe iniciar la educación sexual desde la escuela y la familia.

Teniendo en cuenta el posicionamiento de la tecnología en la cotidianidad del ser humano es importante enfocar la educación sexual hacia la virtualidad, pues en forma general y constante se reconoce que el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), está influyendo en las formas de pensar de la población adolescente⁶⁵. En Colombia pueden identificarse iniciativas de aulas virtuales de Educación Sexual para adolescentes desarrolladas por Profamilia y el Programa Sexpertos (plataforma web en sexualidad) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá^{66,67}; esfuerzos que deben aliarse y vincularse con el sector educativo formal y la familia, para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

También, en Colombia existen experiencias de trabajo intersectorial que evidencian resultados exitosos en relación a la Educación sexual, donde la escuela es apoyo de la familia a través de la estrategia “escuela de padres”⁶⁸; esta buena práctica, enseña una Educación sexual más allá del enfoque biologicista, considerando al adolescente como sujeto de derechos y con posibilidad de disfrute sin riesgos y trabajando en torno a los elementos de la sexualidad como son la afectividad, transmisión de modelos éticos y diversas formas de asumir la función sexual. Son estas experiencias exitosas las cuales pueden explorarse en futuras investigaciones dando respuesta al interrogante de ¿qué se logra en materia de educación sexual cuando familia y escuela se unen para formar?

REFERENCIAS

1. Varela Petito C, Lara C. Jóvenes de hoy, adolescentes de ayer en Uruguay: maternidad y desempeños. Soc Econ. 26 de junio de 2015;(29):15-37.
2. FMOcc A. Psicología del Desarrollo - Diane E. Papalia. Sally Wendkos Olds. Ruth Duskin Feldman - 11 Ed. [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.academia.edu/12001298/Psicolog%C3%ADa_del_Desarrollo_-_Diane_E._Papalia._Sally_Wendkos_Olds._Ruth_Duskin_Feldman_-_11_Ed
3. Morris CG. Psicología: un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1987. 601 p.
4. McKinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicología del desarrollo: edad adolescente. El Manual Moderno; 1982. 266 p.
5. Lewis M. Desarrollo psicológico del niño. México: Interamericana; 1973.213 p.

6. OMS. Salud de los adolescentes [Internet]. WHO. s.f [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
7. Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 7 de febrero de 2015;10(2):189-221.
8. Martínez Torres J, Parada Capacho L, Duarte K. Uso de condón en la primera relación sexual en estudiantes entre 18 y 26 años de una universidad pública. *MedUNAB*. 27 de septiembre de 2014;16(3):112-7.
9. UNFPA. Sistema de las Naciones Unidas de Cuba, 2017. MUNDOS APARTE: La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad.
10. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I. Bogotá. Profamilia 2015 [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
11. COLOMBIA. Congreso de Colombia (2000). Ley 599 de 2000 por la cual se expide el Código Penal [Internet]. Diario oficial 44097 jul 24, 2000. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html
12. Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 9 de diciembre de 2015 [citado 10 de abril de 2018];14(29). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/15141>
13. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):471–479.
14. UNFPA. 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://cdn.20m.es/adj/2013/10/30/2478.pdf>
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigacione/s/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf
16. Ávila Velez, J, Sanín Restrepo S. Influencia De La Educación Sexual En La Maternidad Adolescente En Colombia. *Vniversitas Económica*. 2013;22.
17. Menkes Bancet C, Serrano Sánchez OV, Sosa Sánchez IA. Salud reproductiva y educación sexual de los adolescentes del Distrito Federal. En: Conference Paper: Octava semana internacional de la estadística y la probabilidad, BUAP. Puebla, México; 2015.
18. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública México*. 2014;56(3):286–294.
19. Albornoz-Arias N, Peinado C, Carreño-Paredes MT. La adolescencia, embarazo y maternidad adolescente, un análisis desde la decisión individual en el Departamento Norte de Santander. En: Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. Primera edición. Maracaibo, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia; 2017. Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>
20. Ramírez Martínez C, Mazuera-Arias R. Visiones culturales en la maternidad de adolescentes norte santandereanas: aspectos sociales y familiares influyentes. En: Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. Primera edición. Maracaibo, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia; 2017. (Colección Textos universitarios). Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>
21. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, de Moyano MF. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en américa latina y el caribe [Internet]. 1°. México: UNFPA América Latina y el Caribe; 2001 [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/publicaciones/diagn%C3%B3stico-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>
22. Albornoz-Arias N, Mazuera-Arias R. Planteamiento introductorio. En: Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. 1. ed. Zulia: Univ; 2017. Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>

23. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. Inter-American Development Bank; 2008.
24. Fontanilla S, Bello AM, Palacio J. Knowledge, sexual assertion skills and decision making based on the intention of sexual and reproductive behavior in adolescents. PSICOGENTE. 2011;14(26):294-309.
25. Juárez Herrera y Cairo LA. Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. 2009;4(30):148-80.
26. Rosales, Pablo Oscar; Villaverde, María Silvia. 2008. Salud sexual y procreación responsable. Desde una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género. Abeledo Perrot. Buenos Aires (Argentina). [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/publicaciones/varios/porrett-a-ssr.pdf>
27. Herrera M, De La Torre N, Fernández S. Manual de derecho de las familias. Buenos Aires, Argentina: Abeledo Perrot Thomson Reuters; 2015. 784 p.
28. Valencia Jiménez NN, Solera Martínez NF. Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe colombiano. Investig Desarro. 2009;17(1):106–131.
29. Sevilla TM, Orcasita LT. “Hablando de sexualidad”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/ as adolescentes en estratos populares de Cali. Av En Enferm. 10 de octubre de 2014;32(2):191-205.
30. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas, editor. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
31. Yon Leau C. Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. Apunt Rev Cienc Soc. 2015;42(76):9-36.
32. Pecheny M, Petracci M. Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. Horiz Antropológicos. Diciembre de 2006;12(26):43-69.
33. OPS & OMS (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf?ua=1
34. Montero V A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev Médica Chile. Octubre de 2011;139(10):1249-52.
35. Cepal 2011. Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad. Panorama Social de América Latina 2011. Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Naciones Unidas. Santiago de Chile [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1241/1/S1100927_es.pdf
36. Mazuera Arias R, Albornoz Arias N. Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). Espac Abierto. 2017;26(1):121-37.
37. Pacheco-Sánchez CI. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. Salud Pública México. Marzo de 2016;58(2):56-61.
38. Reyes DDJ, González Almontes E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sex Salud Soc - Rev Latinoam. 2014;(17):98-123.
39. Cruzat C, Aracena M. Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago. Psykhe Santiago. Mayo de 2006;15(1):29-44.
40. Centenaro Levandowski D, Marin AH. ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. Rev Psicol. 2015;33:333-61.
41. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet Ginecol. Septiembre de 2012;38(3):333-42.

42. Moreno S, León Canelón M, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espac Abierto Cuad Venez Sociol.* 2006;15(4):787-803.
43. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública México.* 15 de marzo de 1994;36(2):154-60.
44. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles Poblac.* 2004;10(39):129-58.
45. Stern C. Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estud Sociológicos.* 2003;XXI(63):725-45.
46. Ríos García AL. Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. *Salud Uninorte.* 2008;24(2):351-8.
47. Climent GI. Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *Ventana Rev Estud Género.* 2009;3(29):236-75.
48. Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2015;14(29):62-82.
49. Ochoa-Marin SC, Vásquez-Salazar EA. Salud sexual y reproductiva en hombres. *Rev Salud Pública.* Febrero de 2012;14:15-27.
50. PROFAMILIA. 2015. Guía temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva para periodistas y comunicadores [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf>
51. López Sánchez F. La educación sexual de los hijos. Madrid, España: Pirámide; 2005. 184 p.
52. Bustos Arcón VÁ, Russo de Sánchez AR. Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *PSICOGENTE.* 23 de noviembre de 2017;21(39):183-202.
53. Cardinal De Martí C. Apuntes sobre sexo, sexualidad humana y educación sexual. En: *Sexualidad y educación: abriendo caminos.* Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio; 1996.
54. Uribe AF, Orcasita LT. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Rev Psicol Univ Antioquia.* Junio de 2011;3(1):39-57.
55. Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
56. UNICEF 2014. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2014 [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>
57. COLOMBIA. Congreso de Colombia (2013). Ley 1620 de 2013 por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar [Internet]. *Diario Oficial.* Año CXLVIII. N. 48733. mar 15, 2013. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1620_2013.htm
58. Colombia. Ministerio de Educación. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC). [Internet]. 2012 [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://colombiaaprende.edu.co/html/docentes/1596/w3-article-345811.html>
59. Kontula O. The Evolution of Sex Education and Students' Sexual Knowledge in Finland in the 2000s. *Sex Educ Sex Soc Learn.* Noviembre de 2010;10(4):373-86.
60. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 11 de marzo de 2014;30(3):471-9.
61. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública México.* Marzo de 1997;39:137-43.

62. Mazuera-Arias R, Albornoz-Arias N, Vivas-García M, Carreño-Paredes M-T, Cuberos M-A, Lalinde JDH, et al. Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela. Arch Venez Farmacol Ter. 2018;37(3):176-83.
63. Sánchez Buitrago M. PODER DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA. Espac Libre. 1(8):5-73.
64. Bejarano Franco MT, García Fernández B. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. Opción. 2016;(13):756-89.
65. Calvo González S. Identidades digitales, selfies y expresiones afectivas: propuesta metodológica basada en la etnografía. Opción. 2015;31(3):273-94.
66. PROFAMILIA. Aula virtual Profamilia Educa [Internet]. s.f [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.profamiliaeduca.com:8080/delfos/>
67. Sexperto. Respuestas expertas sobre salud sexual y reproductiva [Internet]. s.f [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://sexperto.co/>
68. De La Rosa Bobadilla JJ, Fernández Rincon CA, Soto Rivas M. El Abordaje De La Educación Sexual En Las Familias De Los Estudiantes De Las Instituciones Educativas De Básica Y Media Oficiales Del Municipio De Armenia, Quindío, Y Su Influencia En La Dinámica Familiar. APPROACH Sex Educ Stud Fam BASIC MEDIA Off Educ Munic Armen QUINDÍO ITS Inflú Fam Dyn. julio de 2014;26(1):151-63.