

**ACTITUDES FRENTE AL RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LOS GRADOS NOVENO (9º) A
UNDÉCIMO (11º) DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE
BELÉN (NARIÑO), AÑO LECTIVO 2007-2008**

MANUEL ANTONIO DELGADO LASSO

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto**

2008

**ACTITUDES FRENTE AL RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LOS GRADOS NOVENO (9º) A
UNDÉCIMO (11º) DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE
BELÉN (NARIÑO), AÑO LECTIVO 2007-2008**

MANUEL ANTONIO DELGADO LASSO

Proyecto de Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
PSICÓLOGO

Asesor

Dr. LEONIDAS ORTIZ DELGADO

Universidad de Nariño

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Psicología

San Juan de Pasto

2008

NOTA DE ACEPTACION

Presidente

Jurado A

Jurado B

San Juan de Pasto, Agosto 15 de 2008

Actitudes frente al riesgo de embarazo

A María Jesús, Manuel y Manuela

Manuel Delgado Lasso

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar al Doctor Leonidas Ortiz Delgado por ser un apoyo constante, por orientar y enriquecer el trabajo investigativo.

A Mauricio Herrera López y Margarita Chávez Cerón, los jurados del trabajo de grado, por su acompañamiento y orientación a la investigación.

También a Carmen Eugenia Carvajal, quien en primera instancia colaboraría con la realización de este trabajo, a Elizabeth Ojeda y Nubia Sánchez que como Directoras del Programa de Psicología fueron un apoyo y ayuda constante para que este proceso termine.

Igualmente a Diana Marcela Gálvis por sus valiosos aportes y a “Charito” que siempre estuvo pendiente de este trabajo.

Finalmente a todos los que hicieron posible este proceso Docentes, Estudiantes, Adolescentes embarazadas y Directivos de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén; al personal de la Alcaldía, Dirección Local de Salud e IPS Centro de salud Belén periodo 2004-2007.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE FIGURAS	
ABSTRACT	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
Tema	8
Titulo	9
Planteamiento del problema	9
Formulación del problema	14
Sistematización del problema	14
Justificación	15
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
MARCO DE REFERENCIA	21
Contextualización	21
Municipio de Belén	21
Institución educativa Nuestra señora de Belén	23
Misión Institucional	24
Visión Institucional	24
Antecedentes	24
A nivel Internacional	24

Actitudes frente al riesgo de embarazo

En el plano nacional	27
En el ámbito Departamental	30
Marco teórico	35
Las actitudes	35
Componentes de las actitudes	38
Componente Cognitivo	38
Componente Afectivo	41
Componente Conductual	43
Formación de las actitudes	44
Teoría del Aprendizaje	44
Teoría de la Consistencia Cognitiva	45
Teoría de la Disonancia Cognitiva	45
Medición de las actitudes	47
Tipos de medida de las actitudes	48
Adolescencia	48
Adolescencia temprana	52
Adolescencia media	52
Adolescencia tardía	53
Sexualidad en la adolescencia	54
Factores de riesgo en los adolescentes	58
Factores biológicos	61
Factores psicológicos	62
Factores sociales	67
Factores culturales	70

Actitudes frente al riesgo de embarazo

Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo	72
Embarazo en adolescentes	74
Consecuencias del embarazo en adolescente	76
Marco conceptual	78
Actitud	78
Adolescencia	78
Sexualidad en la adolescencia	79
Factor de riesgo	79
Embarazo en la adolescencia	79
Escala Likert	80
METODO	81
Tipo de estudio	81
Participantes	81
Muestra	83
Técnicas de recolección y análisis de información	84
Categorías de Evaluación	88
Procedimiento	90
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	96
Resultados encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia	96
Sistematización de ítems	97
Resultados escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	118
Sistematización de ítems	122

Actitudes frente al riesgo de embarazo

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según la edad	149
Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según el género	153
Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según el grado	157
Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según la procedencia	161
Análisis de los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes y de los factores de riesgo para embarazarse en la adolescencia	165
Análisis del componente cognitivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	166
Análisis del componente afectivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	170
Análisis del componente conductual de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	174
Análisis de factores de riesgo ante el riesgo de embarazo en la adolescencia	178
Análisis factores biológicos frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	179
Análisis de factores psicológicos frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	181
Análisis de factores sociales frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	187

Actitudes frente al riesgo de embarazo

Análisis de factores culturales frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	192
DISCUSION Y CONCLUSIONES	194
RECOMENDACIONES	213
REFERENCIAS	217
ANEXOS	224
Anexo A. Escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	225
Anexo B. Encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia	228
Anexo C. Escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia Versión para pilotaje y cálculo de validez y confiabilidad	233
Anexo D. Cálculo de confiabilidad ítem escala, a través del Coeficiente de Correlación Biserial. Mitad impar de la escala.	237
Anexo E. Cálculo de confiabilidad ítem escala, a través del Coeficiente de Correlación Biserial. Mitad par de la escala.	239
Anexo F. Puntajes totales escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia	241
Anexo G. Cronograma de actividades.	243

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <u>Distribución de la población de Belén según grupos de edad 2007</u>	23
Tabla 2. <u>Distribución total de los participantes.</u>	82
Tabla 3. <u>Muestreo estratificado por grados.</u>	84
Tabla 4. <u>Distribución de estudiantes embarazadas.</u>	97
Tabla 5. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 1</u>	98
Tabla 6. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 4</u>	99
Tabla 7. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 8</u>	105
Tabla 8. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 24</u>	105
Tabla 9. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 27</u>	107
Tabla 10. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 35</u>	109
Tabla 11. <u>Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 58</u>	115
Tabla 12. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 1</u>	123
Tabla 13. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 6</u>	126
Tabla 14. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 11</u>	129
Tabla 15. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 14</u>	130
Tabla 16. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 20</u>	133
Tabla 17. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 26</u>	135
Tabla 18. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 33</u>	138
Tabla 19. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 37</u>	140
Tabla 20. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 43</u>	143
Tabla 21. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 49</u>	146
Tabla 22. <u>Puntajes escala de actitudes ítem 55</u>	148

Actitudes frente al riesgo de embarazo

Tabla 23. <u>Relación escala de actitudes y edad ítem 16</u>	152
Tabla 24. <u>Relación escala de actitudes y género ítem 12</u>	155
Tabla 25. <u>Relación escala de actitudes y género ítem 39</u>	157
Tabla 26. <u>Relación escala de actitudes y grado ítem 1</u>	159
Tabla 27. <u>Relación escala de actitudes y grado ítem 16</u>	160
Tabla 28. <u>Relación escala de actitudes y grado ítem 12</u>	163
Tabla 29. <u>Relación escala de actitudes y grado ítem 53</u>	164
Tabla 30. <u>Distribución ítems según componentes de las actitudes y factores de riesgo</u>	165

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1.</u> Esquema para la construcción y aplicación de la escala	86
<u>Figura 2.</u> Resultados obtenidos por los participantes en la escala de actitudes	120
<u>Figura 3.</u> Promedio puntajes de cada ítem escala de actitudes.	121
<u>Figura 4.</u> Puntajes totales de cada ítem escala de actitudes.	122
<u>Figura 5.</u> Distribución puntuación media ítems componente cognitivo.	167
<u>Figura 6.</u> Distribución puntuación media ítems componente afectivo.	171
<u>Figura 7.</u> Distribución puntuación media ítems componente conductual.	175
<u>Figura 8.</u> Distribución puntuación media ítems factores biológicos.	179
<u>Figura 9.</u> Distribución puntuación media ítems factores psicológicos.	182
<u>Figura 10.</u> Distribución puntuación media ítems factores sociales.	188
<u>Figura 11.</u> Distribución puntuación media ítems factores culturales.	193

ABSTRACT

This is a quantitative, descriptive-transversal research work which its main goal was to describe the attitudes about pregnant risk in adolescent stage on students from ninth to eleventh grade in Institucion Educativa Nuestra Señora de Belén in Belén (Nariño).

The study worked out by means of a Likert attitudes scale called Attitude scale about pregnant risk in adolescent stage, which has been made by the author of this research work containing 57 items. The risk of being pregnant in the adolescence stage has been tested in this scale taking into account cognitive, affective and conductible components of the attitudes, also biology, and physiological, social and cultural risks.

The sample was 128 students between male and female from Institucion Educativa Nuestra Señora de Belén. The analysis data was made by means of descriptive statistics and Excel from Microsoft Office 2007 to graphics and estimations.

The outcome was that attitudes presented by students from Institucion Educativa Nuestra Señora de Belén about pregnant risk shows a danger for them to be in this situation. In general terms the common attitude was indifference or neutral, but there is a lot of significance between the measured elements to establish that several pregnant cases will happen if a sexual life is started with cognitive, affective and conductible elements that everyone possess, added to biological, physiological social and cultural risk factors tested before.

RESUMEN

El presente es un estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, que tuvo como objetivo describir las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno a undécimo de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño).

El estudio se llevó a cabo por medio de una escala de actitudes tipo Likert, llamada *Escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia*, construida por el autor de este trabajo, la cual consta de 57 ítems. En la escala se evaluó el riesgo de tener un embarazo en la adolescencia teniendo en cuenta los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes, así como los factores de riesgo biológico, psicológico, social y cultural. La muestra de la población fue de 128 estudiantes de los dos géneros de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén. El análisis de los resultados se realizó a través de la estadística descriptiva y para las gráficas y estimaciones se empleó el programa Excel de Microsoft Office 2007.

Como resultado se obtuvo que las actitudes que presentan los y las estudiantes de la Institución educativa Nuestra Señora de Belén, frente al riesgo de embarazo implican un peligro para que en ellos y ellas suceda dicha situación. En general la actitud promedio fue de indiferencia o neutral, pero existe mucha significancia entre los ítems de cada uno de los elementos evaluados para decir que probablemente ocurrirán muchos embarazos si se inicia una vida sexual con los elementos cognitivos, afectivos y conductuales que cada uno posee, sumado igualmente a los factores de riesgo de tipo biopsicosociocultural que se evaluaron.

**ACTITUDES FRENTE AL RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LOS GRADOS NOVENO (9º) A
UNDÉCIMO (11º) DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE
BELÉN (NARIÑO), AÑO LECTIVO 2007-2008.**

La adolescencia es un periodo evolutivo de transición entre la niñez y la adultez, que inicia a los 10 años y termina a los 20 años aproximadamente (Santrock, 2003, p. 16). Este periodo de vida esta caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales que se dan en las personas; los cuales a la par son influenciados por factores como la familia, la escuela, los amigos, la sociedad, así como la cultura en que se desenvuelven.

Por las razones nombradas y otro sinnúmero de situaciones que en esta etapa del desarrollo del ser humano ocurren, se lo ha considerado como un periodo vulnerable de la vida; ya que el adolescente se encuentra en proceso crítico de formación para dejar la niñez hasta llegar a la adultez. Este factor ha llegado a ser relevante porque en muchos países la población de adolescentes llega a representar del 20 al 25% del total de habitantes. En Colombia este grupo, comprendido por individuos entre los 10 a 19 años, corresponde al 21,5%, es decir 8'646.165 habitantes, de los cuales el 49% son de género masculino y el 51% de género femenino (Asociación Pro Bienestar de la familia Colombiana [Profamilia], 2000).

Al respecto de los conflictos a que se enfrentan los adolescentes se pueden nombrar aquellos que están relacionados con la salud y bienestar psicofísico integral, especialmente en lo que tiene que ver con lo sexual y lo reproductivo, debido a los múltiples riesgos y daños que en este campo pueden presentarse.

Algunos estudios han mostrado que las jóvenes entre los 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidad de morir, más que las mayores de 20 años, a causa de eventos relacionados con la reproducción y embarazo; este riesgo en menores de 16 años es seis veces mayor; se ha encontrado también que el 75% de las jóvenes embarazadas, tienen más riesgo de tener un parto prematuro que las mujeres adultas (Profamilia, 2000). Paralelamente otras de las problemáticas que se presentan en el aspecto sexual de los adolescentes, son las conductas, pensamientos, conocimientos y creencias que entre ellos y ellas mantienen, causa principal también del contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El embarazo en adolescentes, desde el modelo médico ha sido definido como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica, que es el tiempo transcurrido a partir de la menarca o primera menstruación hasta completar dos años de producirse el periodo menstrual (Rivero, Schinini, Feu, González & Villalba 2001); para intereses de este estudio se abordará al embarazo en adolescentes como el que sucede en menores de 20 años.

El motivo por el cual el embarazo en adolescentes se ha convertido en una preocupación para muchos sectores, es la aparición cada vez más constante y a edades más tempranas; igualmente lo son las causas que lo motivan y las consecuencias que trae para las personas que lo padecen, como para la sociedad en general (Profamilia, 2005). Dichas consecuencias en la madre adolescente hacen que tenga que dejar sus estudios o trabajo para realizar las labores de crianza, en el padre adolescente ocurre igual; en la familia se presentan muchas dificultades ya que también se dedican al cuidado del niño o

la niña y en la sociedad se presentan implicaciones de tipo económico, cultural, educativo y en el esquema de seguridad social y en el sistema de salud.

Generalmente los embarazos en adolescentes se dan en circunstancias no planeadas, ya que comúnmente son el resultado de relaciones sexuales espontáneas y sin ningún tipo de protección. En estas relaciones los adolescentes inducidos por la curiosidad, el desconocimiento y el interés por explorar nuevas situaciones no prescriben las consecuencias que se pueden generar a raíz de ello. Además al inicio de relaciones sexuales sin ningún cuidado se añaden también las características de personalidad y estilos de afrontamiento propios de cada joven, así como la ineficacia encontrada en los programas de educación sexual, los conflictos familiares y sociales, la incidencia de los medios de comunicación, al igual que los aspectos culturales o costumbres de cada región.

En Colombia según Profamilia (2000), 78 de cada 100 adolescentes son madres cada año. Entre las razones más comunes por las que esta situación se presenta son, el acceso temprano a la actividad sexual, el desconocimiento y mala utilización anticonceptivos, el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), las creencias y conductas sexuales inadecuadas, la influencia de amigos o compañeros en el inicio de la actividad sexual, los factores y conflictos sociofamiliares, así como la información distorsionada y errónea que acerca de la sexualidad mantienen las personas de estas edades.

En el Departamento de Nariño entre los años 2003 y 2004 se comprobó que el embarazo en menores de 15 años ocurrió en un 10.5%, con un total de 499 casos, en adolescentes entre los 15 y 19 años este porcentaje fue del 26%. En

estos dos años en el Departamento el 16,7% de las jóvenes entre los 15 y 19 años ya eran madres (Instituto Departamental de Salud de Nariño [IDSN], 2004). Si se mira detenidamente, estos porcentajes resultan muy altos para una región tan pequeña y poco densa como lo es Nariño

Entre tanto, para el Municipio de Belén en el año 2006 el valor total de los embarazos en menores de 20 años fue del 30%. De éstos, el 70% se presentaron en estudiantes de bachillerato, resaltando que el 80% no fueron planeados, al igual que se dieron en mujeres que iniciaron actividad sexual entre los 14 y 16 años de edad. Durante el año 2007, se presentaron 19 casos de embarazo en adolescentes, el 37% del total de la población embarazada, la tasa más alta de los últimos años (Empresa Social del Estado [ESE] Belén 2007).

En lo que se refiere a la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (2007), de los casos presentados en el año 2006 en el Municipio, el 30% correspondieron a estudiantes de la institución. La cifra para el año 2007 llegó al 60%, duplicando considerablemente la del año inmediatamente anterior. Esta situación llevó a que dos de las adolescentes que tuvieron dicha condición desertaran del año escolar y así mismo llevó a que haya un 100% de ausentismo en las estudiantes embarazadas restantes.

De esta manera se observa que la magnitud del problema del embarazo en adolescentes es muy grande, para contrarrestar dicha dificultad las entidades del orden mundial, nacional, regional y municipal han enfocado sus esfuerzos para prevenir su aparición y aumento. Es así como en Colombia el Ministerio de la Protección Social (2003) se propuso como meta reducir en un 26% la

aparición de los embarazos de adolescentes. Para tal fin planteó estrategias para que los y las jóvenes conozcan sus derechos sexuales y reproductivos, se informen y consulten sobre métodos de anticoncepción, así como también para que se retarde el inicio de relaciones sexuales. Estas estrategias se diseñaron ya que en el país el inicio de la actividad sexual ocurre entre los 14 y 15 años de edad. De la misma forma se ha detectado que los programas formulados en salud sexual y reproductiva no han alcanzado las metas que se han fijado.

Lo anteriormente mencionado representó un punto de partida valioso para el interés de esta investigación, ya que se tuvo en cuenta las estadísticas encontradas en los diferentes ámbitos, nacional, regional y municipal, para detectar y describir las características y conocimientos sobre sexualidad de la población adolescente de Belén. Así, con los resultados encontrados en este estudio, posteriormente se podrán diseñar planes de intervención encaminados a disminuir la aparición de los embarazos en los y las adolescentes de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, y por que no del municipio de Belén.

Así, en una primera instancia se planteó como objetivo para el estudio, determinar si las actitudes frente a la sexualidad que mantienen los y las adolescentes representan un riesgo para embarazarse antes de los 20 años. Esta preocupación surgió a partir de la situación observada en el Municipio de Belén (Nariño), como también de la problemática encontrada en el Departamento de Nariño, en donde desde hace unos años el índice de embarazo en adolescentes ha aumentado considerablemente, especialmente en menores de 15 años, situación que involucra tanto a hombres como mujeres.

En segundo lugar se contextualizó el lugar y población a estudiar, definiéndose como objetivo final, identificar las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia de los estudiantes de grados 9 a 11 de la Institución educativa Nuestra Señora de Belén en el año lectivo 2007-2008. Este objetivo se logró a través de la aplicación de una escala que midió las actitudes ante el riesgo de embarazo en la adolescencia (ver Anexo A). La razón por la que se enfocó el estudio a este grupo de individuos está relacionada con el hecho de que la mayoría de embarazos en adolescentes ocurridos en el municipio de Belén se han presentado en el grupo de edades de 14 a 20 años; en las y los estudiantes de la Institución el grupo que corresponde a dichas edades cursaban los grados noveno, décimo y undécimo.

En el presente informe, en primer lugar se presentan los aspectos referentes al planteamiento del problema, delimitación de los objetivos y justificación del estudio. Luego se plantea el marco referencial, compuesto por una contextualización, marco teórico y de antecedentes respecto al embarazo en la adolescencia. Posteriormente se muestra la metodología de investigación utilizada. Después se presentan los resultados y análisis respectivo. Finalmente se encuentra la discusión y conclusiones. En un apartado especial, al final del documento, se muestran los anexos con información de soporte estadístico y los instrumentos utilizados para recolectar la información.

Tema

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia en estudiantes de género masculino y femenino, de grados noveno, décimo y undécimo de secundaria.

Título

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño), año lectivo 2007-2008.

Planteamiento del Problema

Los temas relacionados con la sexualidad y el inicio de las relaciones sexuales han sido de mucho interés desde hace tiempo, debido a las diferentes implicaciones que estas situaciones han traído para las personas. Al respecto, han sido objeto de estudio los ritos y las practicas de iniciación sexual, la reproducción y el embarazo, el aborto y actualmente el impacto que han causado el contagio de las ITS, el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA).

En la adolescencia, la investigación en sexualidad ha dirigido su atención hacia diferentes aspectos tales como la detección de causas y consecuencias del inicio de la actividad sexual, la cual conforme pasan los años sucede a edades más tempranas. Esta situación es muy relevante ya que quienes inician relaciones sexuales en su juventud aumentan la probabilidad de un embarazo y de igual forma incrementan la frecuencia en el contacto sexual, no con una sino con diferentes parejas, lo que hace que el riesgo de contagiarse de una ITS también crezca. Hay que resaltar que la aparición del embarazo en adolescentes ha acarreado como resultado la práctica del aborto en esa etapa del ciclo vital, por ende también se han acrecentado las tasas de muerte materna y/o perinatal. En el aspecto psicosocial se han encontrado efectos adversos en el campo educativo, familiar y sociocultural.

Consecuente con la situación anteriormente señalada el Gobierno Nacional a través de las políticas de Salud y Educación, se ha propuesto diseñar, evaluar y replantear los diferentes programas de atención y manejo de la sexualidad en los y las adolescentes; con el fin de contribuir tanto a la disminución del embarazo y sus diferentes consecuencias, como también con el objetivo de atender problemáticas como la práctica del aborto, la deserción y ausentismo escolar, el aumento de niños abandonados, el riesgo de muerte materna y/o perinatal, la desintegración familiar, los problemas de salud pública, entre otros.

Como resultado de la implementación de las diferentes políticas, en el campo educativo, el Ministerio de Educación Nacional creó el Proyecto Nacional de Educación Sexual en el año 1991; mientras que en el ámbito de la salud, el Ministerio de Salud, planteó en el Plan de Atención Básica (PAB), la línea de salud sexual y reproductiva para adolescentes (IDSN, 2004).

Así, en educación, entre 1991 y 1994 se hizo obligatoria la educación sexual en las Instituciones Educativas, a través de la implementación del proyecto nacional de educación sexual. En la *ley general de educación* ó ley 115 de 1994, se estableció la obligatoriedad de cumplir con la educación sexual, la cual se impartirá de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas, y en concordancia con la edad de los estudiantes; buscando a través del proyecto lograr conciencia y responsabilidad frente a la procreación y la prevención de problemas del manejo irresponsable de la sexualidad (Ministerio de Educación Nacional, 2002).

Por su parte, el Ministerio de Protección Social (2004) a través de la circular externa No 18 del 2004, estableció como segunda prioridad entre sus

proyectos, a la Política de Salud Sexual y Reproductiva en todos los PAB. Para tal fin surgió la necesidad de diseñar, ejecutar y evaluar planes de acción para los y las adolescentes en los temas de sexualidad, retardo en el inicio de relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de ITS y VIH-SIDA. En dicha circular, el Ministerio plantea como meta, reducir en un 26% los embarazos en adolescentes; tomando como población adolescente a las personas con edades comprendidas entre los 10 y 20 años. A su vez, en las instituciones de salud de cada municipio del país deben registrarse mensualmente el número de embarazos y abortos ocurridos en adolescentes, así como el total de adolescentes, hombres y mujeres, que consulten y utilicen métodos de planificación familiar.

Las políticas nacionales referidas, justifican su atención en las elevadas cifras de embarazo en adolescentes, las cuales como pasan los días tienden a seguir incrementándose. Este aspecto se verá más detenidamente cuando se analicen los antecedentes planteados en este estudio. Resumiendo, se encuentra que en Colombia en el año 2004, el 42% de los y las adolescentes iniciaban relaciones sexuales entre los 13 y 18 años sin ninguna protección; un 23% de las mujeres usaban anticonceptivos después de tener un hijo y el aborto inducido en adolescentes se presentaba en un 44,5%; según los datos de Profamilia (2005), las gestantes entre los 15 y 19 años de edad tenían doble probabilidad de morir o que su hijo lo haga en el parto, en las menores de 15 años este riesgo fue seis veces mayor, para el 2004 del total de muertes maternas sucedidas en el país, el 29% ocurrió en menores de 19 años.

Para el Departamento de Nariño entre los años 2003 y 2004, el embarazo en menores de 15 años fue del 10.5%; un 26% se presentó adolescentes entre los 15 y 19 años, en estos años el 16,7% de las jóvenes entre los 15 y 19 años de Nariño fueron madres, resaltando que de 62 municipios que tiene el Departamento solo 38 municipios notificaron al IDSN. Así, en estos dos años se excedió en un 16% la meta Nacional de reducción del embarazo en adolescentes (IDSN, 2004).

En el Municipio de Belén las estadísticas muestran también un plano desalentador que aumenta día a día. Justamente para en el año 2002, el 34,72% de embarazos de la población ocurrió en menores de 20 años. En el año 2003 la cifra llegó al 19%, aumentándose hasta el 24% en el 2004; en años posteriores como el 2006 el embarazo en mujeres menores de 20 años fue del 30%, de las cuales el 70% fueron estudiantes de bachillerato que no planearon su embarazo e iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Finalmente para el año 2007, se presentaron 19 casos de embarazo en adolescentes lo que representa un porcentaje del 37%, la cifra más alta en los últimos años. Cabe destacar que de estos 19 últimos casos más del 50% correspondieron a estudiantes del casco urbano de la población (Empresa Social del Estado [ESE] Belén 2007).

En la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, no se dispone de estadísticas que indiquen la incidencia anual de embarazos sucedidos en estudiantes. La información recibida del personal que labora en la Institución indica que desde el mismo año de fundación en el año 1980, se presentó un caso en una adolescente de 18 años; posteriormente en el año 1996 ocurrieron

cinco casos de adolescentes embarazadas. Para el año 1999 ocurrió un caso en una estudiante de 16 años. Después, en el año 2004, del total de embarazos reportados por la ESE Belén, el 50% correspondió a estudiantes de la Institución, se destaca que en este año terminaron sus estudios tres estudiantes madres adolescentes, las que en primera instancia abandonaron los estudios para dedicarse al cuidado de sus hijos.

Entre tanto para el año lectivo 2006-2007, de los casos notificados desde la ESE Belén, el total de adolescentes embarazadas de la Institución fue del 30%. En lo corrido del año lectivo 2007-2008 se han presentado siete casos, de los cuales dos han desertado del sistema educativo para dedicarse a las labores de crianza y del hogar; de las estudiantes embarazadas restantes se ha encontrado que existe un 100% de ausentismo a clases (Y. E. Lasso, entrevista personal, 26 de septiembre 2007).

Como se observa, estas circunstancias indican que el problema del embarazo en adolescentes aumenta a diario y que la causa de su aparición obedece a la conjugación de muchos factores, los cuales deben investigarse más a fondo. Siendo la Psicología la ciencia que estudia la conducta y cognición humana, y sabiendo que la problemática de los y las adolescentes en el campo sexual comprende múltiples aspectos de tipo biológico, psicológico, social y cultural, al investigar las razones por las que posiblemente está ocurriendo el embarazo en la adolescencia, se estará buscando contribuir al crecimiento y fortalecimiento de la misión de esta ciencia, especialmente cuando se observa que los factores asociados a la aparición del embarazo adolescentes en el contexto nariñense, han sido explorados más por el modelo

medico que por el psicológico. De esta manera, la investigación no solo servirá para describir las actitudes por las que posiblemente se presenta la problemática en el medio Belenita, sino que además servirá como punto de referencia para diagnósticos posteriores y para el diseño de programas de intervención multidisciplinarios para la reducción de la problemática. Este aspecto se podría resumir como lo proponen Molina, Sandoval y Gonzáles (2003): “la fecundidad adolescente es el reflejo de la iniciación de la actividad sexual no protegida en adolescentes. Por lo tanto, conocer estas conductas, los factores asociados a ellas y sus cambios en el tiempo, facilitará entender este comportamiento y buscar alternativas de intervención en función de la educación y la protección de los jóvenes (p. 415).

Formulación del Problema

¿Cuáles son las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño)?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son las actitudes ante el riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes según las variables sociodemográficas edad, género, procedencia y grado que cursan?

¿Cuál es el componente cognitivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes?

¿Cuál es el componente emocional de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes?

¿Cuál es el componente conductual de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes?

¿Cuáles son los factores de riesgo biológico, psicológico, social y cultural que pueden conducir a un embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes?

Justificación

La investigación se ampara bajo el concepto de psicología social y de la salud. En el primer caso ya que aborda el tema de las actitudes y su medición, consistente a la información relativa de los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas, en este caso de los y las adolescentes estudiantes de bachillerato.

En segundo lugar, se acogen los criterios de la Psicología de la Salud debido a que se aplican los principios, técnicas y conceptos científicos desarrollados por ésta rama de la psicología, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los comportamientos relevantes para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan suceder. Igualmente, se aborda desde esta especialización por tanto los objetivos de la psicología de la salud se refieren a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el aspecto psicosocial.

Así, aunque el embarazo en la adolescencia ya no es un acontecimiento que sorprende a la sociedad como en épocas pasadas, resulta muy alarmante encontrar que las cifras aumentan constantemente. Tal parece que las estrategias efectuadas para atender la problemática han resultado insuficientes. Este hecho es observable en los resultados que manifiestan las investigaciones y estudios que se han hecho, los cuales comúnmente se presentan en los

medios masivos de comunicación. Los informes muestran que la actividad sexual y sin protección inicia cada vez a edades más tempranas, de lo que generalmente se obtiene como resultado la aparición del embarazo en adolescentes.

De esta forma, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de índole biopsicosociocultural, por las diferentes causas por las que se presenta y por consecuencias a que conduce en las personas. Así, entre las múltiples razones por las cuales los y las jóvenes tienen embarazos a edades tempranas, se ha determinado que existe relación con las condiciones socioeconómicas y el bajo nivel educativo. En Colombia, las jóvenes que no ostentan algún nivel de escolaridad tienen su primera relación sexual y su primer hijo antes de aquellas que estudian; las adolescentes de lo rural mantienen actividad sexual e hijos mucho más pronto que las que residen en la zona urbana; esto puede presentarse debido a las condiciones precarias en que viven en el campo o porque tener hijos es una alternativa del proyecto de vida que se han fijado (Ministerio de Protección Social, 2003).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (Profamilia, 2005) encontró que las adolescentes presentan una tasa de 90 nacimientos por mil mujeres. En relación al año 2000 la fecundidad y embarazo en adolescentes mostró un aumento de 71 a 79 nacimientos por mil mujeres en la zona urbana, mientras que en la zona rural fue de 128 nacimientos por cada mil mujeres. En el Departamento de Nariño, según las fuentes del IDSN (2004), de un total de 801.650 adolescentes existentes en el año 2004, el 33% fueron menores gestantes. Mientras que en el municipio de Belén la tasa de embarazos en

adolescentes creció de un 20% en años anteriores al 2006 hasta el 38% en el 2007.

De esta forma, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema del orden nacional de tipo psicosocial, el cual ha alcanzado unas cifras alarmantes que han afectado directamente la salud pública y las condiciones de vida de las personas, las familias, el sistema educativo, económico y sociocultural ya que se presenta en todos los estratos económicos, razas, culturas y regiones.

Al definirse como un problema psicosocial, la solución para disminuir la aparición del embarazo en adolescentes, no está en la aplicación de planes de intervención, diseñados desde la problemática de los adultos; tampoco en los programas extraídos desde otros países al contexto Colombiano. Aquí, como en todos los lugares del mundo los y las jóvenes solicitan y necesitan acciones de promoción y prevención planeadas y diseñadas para responder a sus intereses, preocupaciones e interrogantes propios, en donde su participación sea prioritaria, contando para ello con el apoyo de todos los sectores de la sociedad. Los servicios de atención y educación deben responder a las características propias de su ciclo vital. Para la población adolescente, la investigación en sexualidad debe servir de herramienta para la toma de decisiones políticas que incluyan la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos para así lograr óptimos resultados en la prevención (Ministerio de Protección Social, 2003).

Para ello, se debe partir de que los conocimientos que los adolescentes reciben en el campo sexual provienen de diferentes fuentes como lo son, el

grupo de pares o amigos, al igual que los medios de comunicación, los cuales de acuerdo a sus necesidades e intereses tergiversan y distorsionan la información. En el caso contrario la información viene de los padres de familia los que mantienen tabúes, miedos y mitos ante lo sexual, que fortalecidos por el modelo educativo que se limita a lo biológico de la sexualidad, crean en los y las jóvenes muchos conceptos, creencias y actitudes erróneas acerca del tema. Estos conceptos que se forman las y los jóvenes, al ser aplicados en contextos reales mas que la satisfacción sexual personal lo que acarrear son consecuencias que no se encontraban programadas en las proyecciones de cada uno como embarazos, contagio de ITS o VIH-SIDA, aborto, etc.

Así, cuando se planteó este estudio de actitudes, se buscó detectar cuales de las actitudes frente a la sexualidad que presentan las y los jóvenes de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén representan un peligro para embarazarse. Belén es una localidad ubicada en el norte de Nariño, la cual cuenta con más de 6.100 habitantes. De esta población, el 18% son adolescentes, de los cuales más del 60% estudian, y en su mayoría en la Institución nombrada.

Así, en paginas anteriores se mencionó que más del 60% de las embarazadas menores de 20 años del Municipio son estudiantes de la Institución, motivo por el cual se orientó el presente estudio a este sector de la comunidad, enfatizando en quienes se estaban en un rango de edad comprendido entre los 14 y 20 años, ya que este grupo constituye la población en donde hubo más frecuencia de embarazos. La base de datos del colegio

mostró que los y las adolescentes con estas edades se encontraban cursando los grados noveno, décimo y undécimo (9°, 10° y 11°).

De esta manera, un embarazo en la adolescencia es una situación que tiene mucha relevancia para quien lo afronta, ya que es algo que generalmente no se encuentra planeado, ni proyectado en la vida de los hombres o las mujeres de estas edades. Por ello, al estudiar las actitudes y al detectar cual es el nivel de riesgo de padecer un embarazo en la adolescencia, se fijará un punto de partida para diseñar y ejecutar programas y planes de intervención que prevengan la aparición de esta problemática tanto en Institución Educativa Nuestra señora de Belén, como en el mismo Municipio de Belén.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno (9°) a undécimo (11°) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño)

Objetivos específicos

Determinar las actitudes ante el riesgo de embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno (9°) a undécimo (11°), según las variables sociodemográficas edad, género, procedencia y grado que cursan.

Identificar el componente cognitivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes de los grados noveno (9°) a undécimo (11°).

Determinar el componente emocional de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º).

Describir el componente conductual de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia que presentan los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º).

Determinar los factores de riesgo biológico, psicológico, social y cultural que pueden conducir a un embarazo en la adolescencia de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º).

MARCO DE REFERENCIA

Contextualización

Municipio de Belén

El Municipio de Belén se encuentra localizado en la región norte del departamento de Nariño a 92 kilómetros de la ciudad de Pasto y a una altura de 2.162 m.s.n.m. Tiene una población estimada de 6.110 habitantes (Dirección Local de salud [DLS Belén], 2007), con una distribución de la población 50.3% urbana y el 49.7% rural (ver Tabla 1). Su distribución territorial es de 33.537 km², con una temperatura de 16°C; cuenta con dos corregimientos, 11 veredas y el casco urbano que es Belén.

La fundación del Municipio data del año 1890, inicialmente se llamó Las Llanadas y su autoría se debe a la señora Liberata Solárte, quien para tal efecto donó los terrenos que le compró al señor Juan Gómez por la suma de \$80 pesos y 8 décimos, para que ahí se situara la plaza principal, alrededor de la cual se construyeron unas cuantas chozas calizas que más tarde se harían casas de teja. En el año 1937, la señora Soledad Argote donó un terreno para que se construyera la iglesia y la casa cural. El cambio de nombre del pueblo se produce a finales de 1929, cuando el sacerdote Jesús Escobar inconforme con el primero, propone se llame Belén, ya que es un nombre de origen bíblico (Esquema de Ordenamiento Territorial [EOT Belén], 2004).

Fue nombrado como el 56avo municipio del Departamento de Nariño el 12 de Diciembre de 1985, mediante Ordenanza No. 053. La Gobernadora del Departamento, Dra. Mercedes Apráez de Ortega, realizó el nombramiento del

primer Alcalde del Municipio, que fue el Señor Enrique Copérnico Argote Zambrano (EOT Belén, 2004).

La economía se basa principalmente en la industria del procesamiento del cuero y elaboración de productos de la misma materia prima, por lo que se ha reconocido al municipio como el *centro artesanal del cuero en Nariño*, ya que es un importante productor de manufacturas y cuero curtido que se comercializa a nivel nacional como internacional (EOT Belén, 2004).

El aspecto sociocultural de la población son las costumbres de tipo social, religioso y cultural. La familia es de tipo nuclear y mixta, donde priman los matrimonios de tipo católico, seguidos de la unión libre y el matrimonio civil (EOT Belén, 2004).

De acuerdo al censo Sisben y censo canalización 2007, el Municipio de Belén cuenta con una población estimada de 6.110 habitantes (Véase Tabla 1), de los cuales el 43.43% se localizan en la cabecera municipal y el 56.88% en el área rural. Del total de habitantes, el 48.72% corresponden al género masculino y el 51.09% al género femenino. Entre la población adolescente con un total de 1.234, representa el 20.2%, de los cuales el 51% son hombres y 49% mujeres (DLS Belén, 2007).

En el sector educativo, cuenta con 3 Instituciones Educativas de carácter público, como son: Institución Nuestra Señora de Belén, Agropecuaria La Esperanza y Agroambiental Santa Rosa, donde se prestan los servicios de preescolar, primaria y secundaria, en 11 escuelas que están bajo que están bajo su responsabilidad. En estos establecimientos existen un total de 92

docentes que atienden a 1.627 estudiantes, de los cuales 48.75% son de género femenino y el 51.25% masculino (DLS Belén, 2007).

Tabla 1.

Distribución de la población de Belén según grupos de edad 2007

Grupo de Edad	Género		Total	Zona		Total
	Masculino	Mujer		Urbana	Rural	
Menor 1 año	73	69	143	71	72	143
1-4	288	279	567	282	285	567
5-9	354	343	698	345	353	698
10-14	328	318	646	323	323	646
15-19	301	287	588	292	296	588
20-24	292	278	570	284	286	570
25-29	266	255	521	259	262	521
30-34	232	227	459	235	224	459
35-39	200	203	402	200	202	402
40-44	164	173	337	168	169	337
45-49	135	149	284	141	143	284
50-59	204	228	432	214	218	432
60 y Más	211	253	463	230	233	463
TOTAL	3.048	3.062	6.110	3.044	3.066	6.110

Fuente: Base Sisben, Dirección Local de Salud Belén (2007)

Institución Educativa Nuestra Señora de Belén

La Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, está ubicada en el casco urbano del municipio de Belén; fue fundada en el año 1980, por el Presbítero Libardo Arango Echeverri, quien fue su primer rector; hoy en día este cargo lo desempeña el Magíster Rubio Bravo Ortiz. La institución cuenta con tres sedes físicas, en donde se prestan los servicios de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional, en la modalidad de bachillerato académico.

Actualmente cuenta con 838 estudiantes, distribuidos así: preescolar y primaria cuenta con 373 escolares, y en la sección de secundaria con 465 estudiantes. En cuanto a la procedencia, el 76% son de zona rural, mientras

que el 24% restante son de zona rural; el 52% de ellos son de género masculino y el 48% femenino (Institución Educativa Nuestra Señora de Belén [Inesebel], 2007).

Misión Institucional

La misión de la Institución dice textualmente: “Formar integralmente hombres y mujeres de bien, creando y desarrollando planes y programas de estudio, estrategias metodológicas, ambientes escolares y familiares que posibiliten el logro de los objetivos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y enmarcados en los fines y objetivos del sistema educativo Colombiano” (Inesebel, 2003).

Visión Institucional

La visión es: “la comunidad Educativa del Colegio Departamental Nuestra Señora y centros educativos asociados, educan integralmente hombres y mujeres de bien, comprometidos con el progreso y desarrollo de su entorno” (Inesebel, 2003).

Antecedentes

Los antecedentes encontrados muestran los resultados de diferentes investigaciones referentes al conocimiento y comportamientos sexuales desde el plano Internacional, Nacional hasta el ámbito regional.

A Nivel Internacional

Population Report (1999), recolectó información en varias naciones del mundo acerca del embarazo en adolescentes, de lo cual estimó que cada año más de 15 millones de menores de 20 años dan a luz, lo que representa más de un nacimiento por cada diez en el mundo y uno de cada cinco en África. En

Estados Unidos en 1971 hubo una tendencia a iniciar las relaciones sexuales más temprano, el 25% de los y las jóvenes de 15 años fueron sexualmente activos y en 1976 este valor se incrementó al 35%. En Europa y Chile se observó la misma tendencia.

En algunos países de América se encontró una frecuencia alarmante de embarazos en adolescentes. Concluyeron que en Suramérica nacen cada año entre 83 y 97 niños por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Las jóvenes con experiencia sexual tienden a no planificar, menos del 40% de las mujeres y del 30% de los hombres jóvenes utilizan algún método anticonceptivo durante sus primeras relaciones sexuales. Los y las adolescentes encuentran barreras que obstaculizan la obtención de servicios de planificación familiar, lo que se relaciona con los escasos recursos económicos con los que cuentan.

La investigación mostró que los y las jóvenes sexualmente activos tienden a usar anticonceptivos en menor cantidad que los adultos, o los comienzan a utilizar después de un largo tiempo de inicio de las relaciones, después de un embarazo o posteriormente al matrimonio. Las causas de estas tasas tan bajas de uso suelen ser: la falta de información o información incorrecta, falta de acceso a los métodos, no saben donde adquirirlos o falta de recursos económicos para su compra; también existe una falta de poder decisorio y autoridad en cuanto a la comunicación con la pareja sobre el uso de anticonceptivos. Sumado a esto se encuentra que las actitudes sociales condenan a las adolescentes que planean su vida sexual, combinadas con la ideas de los jóvenes los cuales dicen que dichos planes malogran el romanticismo y detienen la actividad sexual, sin darse cuenta que de esta

manera aumenta la vulnerabilidad ante un embarazo o alguna Infección de Transmisión sexual (ITS).

En España Brugera (1999), evaluó las conductas de riesgo sexual en adolescentes; según los datos obtenidos del *estudio del comportamiento de los jóvenes estudiantes de Barcelona* realizado por el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad, a los 15 años el 14,5% de los encuestados habían mantenido relaciones cóitales, a los 16 años el 29,2%, a los 18 años el 42,9%, y así hasta llegar al 92,3% en los jóvenes de 23 años. El tiempo transcurrido entre el inicio de las relaciones hasta el uso de anticonceptivos, en el 50% de los casos fue de 3 meses, en el 29% de 1 año y en el 22% de hasta 2 años. El 82,1% utilizaron el preservativo en su primera relación cóital y el 13,1% no usó ningún método; los adolescentes que usaban métodos anticonceptivos lo hacían de manera irregular e ineficazmente. Hasta un 17% de los adolescentes reconocen que usaron el preservativo en menor cantidad después de haber consumido alcohol.

En México, Cancelo & Monte (1997) analizaron los embarazos en los últimos 15 años, en el cual se observó un total de partos de 19.017. De ellos, 595 ocurrieron en adolescentes; más del 90% dijeron haber recibido información sobre sexualidad, siendo la fuente más frecuente de la información los profesores en los de 15 años, y los amigos en los chicos mayores. Adujeron haber mantenido relaciones con distintas parejas el 38,24%, aunque todas las chicas coincidieron en declarar que tiene relaciones con una única persona. El 47,05% respondió que la edad a la que tuvo la primera relación sexual fueron los 16 años; el 98,8% tuvieron conocimiento sobre métodos anticonceptivos y

el 75,6% ya habían tenido un hijo o más cuando acudieron a consulta de planificación.

En El Plano Nacional

En el plano Nacional, Profamilia (1990) se ha destacado por llevar a cabo diferentes investigaciones acerca de las conductas y conocimientos que tienen los jóvenes en cuanto a la salud sexual y reproductiva, para ello según la Encuesta Nacional de Fecundidad se encontró que cerca de 3'500.000 de Colombianos son jóvenes entre 15 y 19 años; el 50% han iniciado las relaciones sexuales y el 12.8% eran padres o madres, con hijos que no fueron planeados. La investigación afirma que cada año los jóvenes comienzan su vida sexual más temprano debido a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que tienen de la sexualidad. La encuesta también muestra que tener relaciones sexuales en la juventud aumenta la probabilidad de embarazos, y que en Colombia 78 de cada 100 adolescentes son madres cada año. El 85% de las embarazadas no deseaban estarlo. La encuesta demostró que a los 19 años, el 25% de las Colombianas son madres; en la costa Atlántica tienen hijos el 18% de las adolescentes; el 62% son jóvenes que no han tenido educación y los embarazos han dejado como consecuencia el abandono escolar y gestaciones riesgosas por la inmadurez fisiológica y psicológica de cada una.

Para el año 2000, Profamilia en la Encuesta Nacional de Salud Sexual, manifestó que el inicio de la actividad sexual pasó del 30 a 40% en los últimos cinco años; entre 1990 y el 2000 se observó un aumento del 3 al 4% en la proporción de adolescentes embarazadas; solamente 17% de las usaron

anticonceptivos. Para el año 2003, en Colombia entre las adolescentes el 19% estuvieron embarazadas alguna vez, la edad promedio del primer embarazo fueron los 16.6 años y la edad al primer parto 17.1 años; para el año 2005 se encontraban embarazadas el 5.4%. En cuanto a planificación familiar el 67% nunca la había utilizado; el 38% desconocían su período fértil y 38% usaban el ritmo como método de planificación. Igualmente el 60,8% de las mujeres comenzaron su actividad sexual antes de los 19 años, con una edad promedio de 19,2 años; las jóvenes embarazadas menores de 18 años tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 14 años y el 0,05% antes de los 11 años. Los hombres tuvieron el primer coito a edades más tempranas que las mujeres y las más jóvenes, a menos edad que las mayores (Profamilia, 2005).

El Ministerio de Salud Nacional (1998) realizó el *Diagnóstico de Salud Reproductiva en Colombia*; el cual reveló que la libertad en la conducta sexual se refleja en la elevación de la incidencia del coito en los adolescentes, que se presenta en la edad promedio de 15.7 años para los hombres y 20 años para las mujeres. La preocupación que expone el Ministerio, es el aumento en las uniones de adolescentes menores de 18 años, ya que estos se exponen a un embarazo de alto riesgo en donde se incrementa la probabilidad de muerte materna y/o perinatal, o un eventual aborto; ya que en este grupo de edad no existe una elevada del uso de anticonceptivos y éstos solamente son usados después del matrimonio o posteriormente a un embarazo.

Otro estudio llamado *Salud Reproductiva 1985-1995* (Baldión, 1995), hizo un análisis descriptivo del cambio de la fecundidad en Colombia, haciendo énfasis en el comportamiento reproductivo de los diferentes grupos de edad y en las

diferentes regiones; de este estudio se obtuvo que las primeras relaciones sexuales para 1995 se dieron en un 70.4% entre los 15 a 19 años. Del total de mujeres activas sexualmente solo un 48.1% usaba métodos de anticoncepción.

Mosquera & Mateus (2004), llevaron a cabo un estudio que busco identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, ITS y VIH-SIDA, con relación al uso de medios de comunicación, el cual se aplicó en adolescentes escolarizados de 12 a 18 años de la ciudad de Palmira, del que se obtuvo que el 81.9% de encuestados conocían el uso de los métodos de planificación, de los que sobresalió el condón; también mostró que tenían conocimientos inapropiados acerca de los anticonceptivos; el condón con un 81.9% fue el anticonceptivo con mayor reconocimiento y el coito interrumpido el de menor reconocimiento con el 19.8%; el 96.6% de los encuestados no identificaban el período fértil de la mujer.

Del total de los 232 encuestados, el 21.6% informaron haber tenido relaciones sexuales; el promedio de edad de inicio fue 14.2 años; de ellos el 50% expresaron que la primera relación sexual había sido sorpresiva y el 52% informó que no usó ningún método en dicha ocasión. Los hombres entre los 15 y 18 años que han tenido relaciones sexuales reconocieron que preferían no usar el condón porque lo consideran incómodo y sin él la relación es más placentera; los testimonios expresaron que a las mujeres tampoco les gusta este método. Aunque el grupo de edad entre los 12 y 14 años no tenía experiencia personal en el uso del preservativo, lo percibían como algo desagradable por los comentarios que han escuchado de sus pares; además, los hombres sexualmente activos manifestaron que el consumo de alcohol,

algunas veces les había impedido hacer uso del mismo. Los y las entrevistadas entre 12 y 14 años, concluyeron que los medios de comunicación muestran a la mujer siempre como la víctima y al hombre como el victimario, es decir, son los hombres quienes embarazan, presionan a la mujer para que aborte o para tener relaciones sexuales.

En El Ámbito Departamental

En Nariño encontramos que la evaluación de las actitudes frente al tema de embarazo presenta muy pocas investigaciones, los estudios encontrados miden los conocimientos en el tema de la sexualidad y embarazo en adolescentes, en general y no abordan el tema del riesgo de embarazo en los y las adolescentes desde el punto de vista actitudinal.

Así Muñoz & Salazar (2001), a través de una escala de actitudes midieron la sexualidad en la dimensión psicosocial desde la niñez hasta la adultez en estudiantes de la Universidad de Nariño, teniendo en cuenta género, edad, capacidad de comunicación e intimidad. Ellos obtuvieron que el embarazo en adolescentes, se ve influido en su aparición por diversos factores como son la falta asertividad para la compra de preservativos, las pautas de crianza, inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, mal diseño de planes de intervención, la comunicación distorsionada, la influencia de la pornografía, la dificultad de acceso y uso de métodos de planificación, miedo y presión de familiares y amigos.

Castillo & Villareal (1999); realizaron un estudio denominado *las actitudes del adolescente escolar de los colegios públicos de Pasto frente a las relaciones sexuales*, en el cual encontraron que el 63.8% de los encuestados tuvieron

relaciones sexuales para ser aceptados en el grupo de amigos, el 7% de ellos afirmó que utilizar métodos de anticoncepción no es importante. Ese mismo porcentaje de adolescentes responde que los medios de comunicación incitan a mantener relaciones; el 71.3% de los encuestados estuvo en desacuerdo que las mujeres estén preparadas para ser madres; el 51% de ellos dijo que los contactos sexuales generan seguridad afectiva en la pareja. El 44% opinaron que la religión influye en la sexualidad y el 55% de los entrevistados adujeron que el aborto es necesario antes que enfrentarse a un embarazo o criar hijos.

Otra investigación realizada en colegios públicos y privados de Pasto por Puentes, Martínez & García (2001) llamada *Juventud de Pasto y mundo de hoy*, se encontró que en el sector oficial, los y las adolescentes en un 61.92% ya mantenían actividad sexual, mientras que en el sector privado la tasa fue del 73.08%. Los autores de este estudio concluyeron que en los hombres, la razón que primaron para iniciar relaciones sexuales fue que las vivencias en lo sexual, no se deben dejar pasar así sean aventuras de una noche; aunque afirmaron tener un gran temor a ser padres. En tanto que las mujeres entrevistadas aseveraron temor a ser abandonadas por su pareja después de tener relaciones, igualmente sienten miedo de que su novio o pareja comente lo sucedido con el grupo de amigos, finalmente también a las adolescentes les preocupa la imagen social que pueden tener después de que la gente se entere de que han iniciado actividad sexual.

Igualmente en Pasto, en el colegio INEM, Rodríguez & Santacruz (2003), en la investigación *Imaginario socioculturales respecto al uso de anticonceptivos en adolescentes de grados noveno y décimo del colegio INEM de Pasto*,

encontraron que la fuente de información principal sobre anticonceptivos fueron los medios de comunicación escritos; de la misma forma el grupo de amigos fue la primera opción donde resuelven las dudas de la sexualidad. Los y las adolescentes informaron no recurrir a sus padres o profesores, porque sienten temor y vergüenza de lo que estas personas puedan pensar. En cuanto a la educación sexual que reciben en el colegio, manifestaron que es inapropiada y sin continuidad, lo que deja muchos vacíos en cuanto al uso y funcionamiento de los métodos de anticoncepción.

Finalmente en lo que a la sexualidad respecta, en el municipio de Chachagüi, Benavides, Portilla & Solárte (1996), en un estudio que tuvo como fin explorar los intereses y necesidades de los y las estudiantes del Colegio Nacionalizado de ese municipio, encontraron que el 38% de los hombres encuestados estuvo de acuerdo en mantener relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que en las mujeres el porcentaje se elevó al 41%; así mismo se indagó sobre si en las parejas la mejor prueba de amor que se daban era tener relaciones sexuales, el 41% de los jóvenes y el 19% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la afirmación. En lo que respecta a los padres de familia y docentes el 80% afirmaron estar de acuerdo con que se debe hablar con sus hijos y estudiantes de sexualidad, pero un porcentaje muy bajo lo pone en práctica.

En cuanto al tema del embarazo en adolescentes, Burbano & Montilla (1997), en un estudio que buscó evaluar las vivencias de los y las adolescentes embarazadas entre 15 y 20 años, de Pasto frente al embarazo; concluyeron que el 10% de ellas tuvieron su primer embarazo en la primera relación sexual, el 90% restante lo hicieron en promedio 6.5 meses después de haber iniciado

relaciones sexuales. El 54% de ellas se embarazó de su primer novio, mientras que las restantes lo hicieron con otro tipo de pareja. De los y las encuestadas, entre los hombres en inicio de relaciones sexuales fue entre los 12 y 18 años, en tanto que en las mujeres fue entre los 14 y 15 años. En cuanto al tema de educación sexual, las adolescentes dijeron que la falta de confianza con sus padres hizo que no se hablara de estos temas en el hogar. Igualmente afirmaron que el haber iniciado relaciones a edad temprana hace que no se utilice métodos anticonceptivos y la razón para no adquirirlos es la vergüenza, miedo a consultar y en otros casos el desconocimiento de los mismos.

En otra investigación que se llevó a cabo en el Barrio Pandiáco de Pasto, con adolescentes entre 14 y 18 años embarazadas, Aguilar y Romo (1999), buscaron determinar las características psicológicas y sociales de 24 adolescentes embarazadas, de lo cual dedujeron: el 57% fueron adolescentes menores de 16 años, el 90% de no terminaron o no han terminado estudios secundarios, el 50% no conocían ningún método de planificación familiar, mientras que el 75% de ellas nunca había usado anticonceptivos antes de su embarazo. En cuanto a la información que recibieron en el hogar, sólo el 16% afirmaron que sus padres la orientaban en estos temas y el 41% recibió información errada acerca del tema. En cuanto a las consecuencias de su embarazo, el 83% sintió rechazo, vergüenza y aislamiento y el 25% tuvieron conflictos familiares por su situación.

Por último, en la ciudad de Tumaco, en un colegio en donde se presentaron 103 embarazos en un mismo año, Preciado, Marrongo y Prado (2001), detectaron que las adolescentes embarazadas optaban por ser madres, en

primer lugar porque buscaban independencia del hogar, así mismo ellas afirmaron que en la familia la falta de comunicación hace que no se tomen decisiones adecuadas ante lo sexual. De estos embarazos la gran mayoría no fueron deseados y ocurrieron entre los 14 y 20 años. Al abordar a los padres, estos dijeron que se sentían avergonzados de hablar acerca de la sexualidad; entre tanto en la institución educativa, los docentes aceptan que la situación de embarazo representa un problema social, pero que no cuentan con el personal capacitado para manejar dicha situación.

Respecto al municipio de Belén, no se encuentra un registro de investigaciones relacionadas con la problemática del embarazo en adolescentes, a pesar de que esta situación ocurre desde hace muchos años. Cabe destacar que Muñoz, Ordóñez. & Pasaje (1996), realizaron una investigación de tipo descriptivo-explicativo llamada *un servicio de orientación que responda a las necesidades de la comunidad educativa del Colegio Nuestra Señora de Belén*, la cual se hizo con estudiantes, padres de familia y docentes de la Institución. En los cuestionarios utilizados se plasmaron dos preguntas acerca del embarazo en la adolescencia. Se obtuvo como resultado que el 45% de los y las estudiantes rara vez recibían información de educación sexual en el colegio; el 65% de ellos anotó que casi nunca a los padres los se los orientaba en temas relacionados con la sexualidad. El 73% de los padres y madres de familia se sintieron insatisfechos con que se dieran clases de educación sexual; el 67% de los padres y madres respondieron que en pocas ocasiones se los capacitaba sobre la sexualidad. Así mismo, es de subrayar que el 34% de los

padres y madres de familia afirmaron que habían sido afectados por un embarazo adolescente en su hogar o familia.

Los antecedentes mencionados muestran que en muy pocos casos las ciencias humanas en Nariño, han abordado el estudio de las actitudes en relación al riesgo de embarazo en los y las adolescentes, especialmente son muy escasas las investigaciones desde la psicología, lo cual constituye un factor de mucha importancia debido a que los resultados obtenidos servirán como una base para futuros proyectos que se planteen desde este enfoque.

Marco Teórico

Las Actitudes

Estudiar las actitudes ha representado un tema de mucho interés para muchos profesionales, especialmente para aquellos que estudian el comportamiento humano. Así desde la década de 1930 Allport (citado por Grogg, 1994) planteó los primeros conceptos, para él “la actitud es un estado mental y neutral de disposición organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que se relaciona”. Para Mednick & Cols (1975, citado por Grogg, 1994) “la actitud es una predisposición a actuar de cierta manera hacia cierto aspecto del ambiente propio, incluso hacia otras personas” (p.p. 433-434).

En años posteriores igualmente otras teorías se han escrito acerca del tema de las actitudes, es el caso de Thorndike (1980) que expresó que las actitudes son reacciones en pro o en contra de las personas, fenómenos y de los conceptos que constituye la sociedad, las cuales se miden a través de las

encuestas y las escalas. Para Jones (1980) “las actitud es una predisposición para acercarse (valorar positivamente) o evitar (valorar negativamente) cierta clase de objetos” (p. 448).

Así mismo Ferrero (1982), argumentó que la actitud es una predisposición permanente de un individuo a reaccionar en un determinado sentido sea cual fuere la situación; la actitud hace reaccionar en pro o contra de un elemento cualquiera del medio exterior. En años siguientes Rodríguez (1986) consideró a la actitud como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (p. 330).

Ya hacia la década de los 90, Groggs (1994), buscando plantear una definición en la que todos lo Psicólogos estén de acuerdo, destaca que “las actitudes son constructos hipotéticos que se les tiene que inferir a partir de la conducta, incluso de las repuestas a pruebas y cuestionarios” (p. 434). En la misma década León Rubio (1998), indica que la actitud es una disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase de objetos del mundo social, es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo, directa y socialmente mediatizadas, con dicho objeto o clases de objetos (p. 118). En 1999, Castillo & Villareal proponen que las actitudes son un conjunto de relaciones personales ante un objeto determinado, animal, cosa o idea; que se caracterizan porque se pueden cambiar, son base de la conducta pero no la conducta en sí.

En los últimos años Myers (2000), ha propuesto un concepto que parece más favorable para la investigación el cual dice que, las actitudes son creencias y sentimientos que determinan cierta predisposición frente a los objetos, a las personas y a los hechos. La actitud es así se entenderá como una reacción favorable o desfavorable hacia alguien o algo que se manifiesta en las creencias y conocimientos, los sentimientos o el comportamiento (estos conceptos se analizarán más detenidamente cuando estudiemos los componentes de las actitudes), de lo cual deduce que las actitudes y las acciones se generan mutuamente. Aplicando este concepto a la investigación, tendremos que una actitud positiva ante el riesgo de embarazo, representará una actitud riesgosa para embarazarse; si el resultado es desfavorable o negativo, tendremos una actitud contraria a la anterior, lo cual representará que un individuo, posiblemente al hacer manifiestas sus actitudes ante situaciones que impliquen un riesgo de embarazo, actuará de tal manera que se prevenga el embarazo.

Como se apreció el tema de las actitudes han sido un tema que ha interesado a los investigadores de las ciencias humanas desde hace muchas décadas. Los diferentes estudios que se han abordado muestran que no existe un consenso único en el concepto que se le debe dar a la actitud; lo que si podemos afirmar es que en la teoría se comparte muchos criterios, como la forma como la actitud se genera, así como la valoración que esta puede tener y, como, cuando y en que circunstancias se puede generar tanto la una actitud como una conducta. Igualmente los autores aducen que la actitud está mediatizada por aspectos de tipo biopsicosociocultural y concluyen que se

compone de diferentes factores de tipo cognitivo, afectivo y comportamental a través de los cuales se puede expresar.

Estos factores mencionados son los componentes básicos de una actitud los cuales estudiaremos a continuación.

Componentes de la Actitudes

El Modelo de Actitudes de Tres Componentes o Tripartita, plantea que una actitud es un constructo constituido por tres componentes que son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. Desde esta perspectiva se entiende que los componentes aparecen relacionados horizontalmente. Por ello es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. (Zaragoza, 2003). Algunos autores afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales; esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar que clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.

Componente cognitivo. Al hablar de cognitivo se hace referencia a una serie de procesos que se llevan acabo en la mente humana. Para hacer un estudio a fondo del componente cognitivo de las actitudes en primer lugar se debe aclarar que es una cognición.

Como todos los temas en la psicología, los aspectos cognitivos que subyacen en el ser humano han sido fuente de discusión entre los diferentes investigadores, se han creado diferentes teorías y conceptos acerca de este

concepto; así se puede decir que “la cognición es el acto o proceso de conocer” (Saavedra, Álvarez & Peña, 2006), en el cual intervienen procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta a estos, igualmente intervienen las funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo (Dörr, Bascuñan & Gorostegui, 2008).

El concepto se encuentra fundamentado en la teoría cognitiva que surgió hacia los años 60, con el fin de entender los fenómenos comportamentales desde otro punto de vista y no solo desde el enfoque conductista que predominó por mucho tiempo en el estudio de la psicología. El supuesto básico de esta teoría como lo sustenta Bermesolo (1997, citado por Dörr & Cols, 2008) formula que “los estímulos son recibidos y procesados para extraer la información que contienen. Esta información es integrada a una representación cognitiva del ambiente, en el cual el individuo mismo se encuentra representado. El punto central, es que la información así recibida provee el estímulo efectivo para incitar y orientar la conducta dirigida hacia una meta” (p. 80). Así, el aprendizaje no solo se da por la conexión de estímulo y respuestas, sino que en este proceso intervienen dos fuerzas, la externa y la interna, esta segunda se da en un proceso el cual no se puede observar directamente.

De esta manera, al mencionar el componente cognitivo de las actitudes nos referimos a que, es la representación cognitiva del elemento, el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del cual toma su actitud (Rodríguez, 1986). El componente cognitivo está conformado por el conocimiento, los pensamientos que se tienen en relación al objeto actitudinal.

La representación cognitiva que el individuo se hace del objeto en cuestión es necesaria para que exista el componente de carga afectiva, ya sea en sentido favorable o de rechazo, (Zaragoza, 2003).

Para esta investigación este componente estará explícito en aquellas actitudes ante el riesgo de embarazo que aborden tanto el conocimiento, los pensamientos y creencias que los adolescentes tienen acerca del tema (Oviedo, 1998). Por ejemplo: el adolescente piensa que en la primera relación sexual que tenga una persona, no hay riesgo de embarazo, otro ejemplo, los y las adolescentes mantienen la creencia que son invulnerables y que ha ellos no les va a ocurrir un embarazo en su edad.

Al decir que se tendrá en cuenta el conocimiento, los pensamientos y las creencias se debe hacer la aclaración que el conocimiento tiene que ver el recuerdo del un material previamente aprendido, y como lo exponen Ordóñez & Moncayo (2007), este representa el nivel mas bajo del desempeño cognitivo, a través del cual se puede extraer desde datos específicos hasta teorías complejas, esto depende de aquella información que necesita recopilarse desde la mente.

Cuando se habla de creencias, se hace referencia a el acto de la mente que representa a la realidad, presente en nosotros en grado de ficciones y hace que pese mas sobre el pensamiento, y a su vez que tenga una influencia mayor sobre las emociones y la imaginación (Ortega y Gasset, 2005, citado por Ordóñez y Moncayo, 2007). Una creencia afecta la percepción que tenemos de si mismo, del medio, de los otros y de las situaciones que acontecen; las creencias se originan en las experiencias personales con el objeto y en la

información que recibimos de otros (Fazio & Zana 1981, Citado por Ordóñez & Moncayo, 2007), estos otros pueden ser la familia, los amigos, las personas con las que nos relacionamos y los medios de comunicación, que a diario nos inundan de información, una real otra de ficción.

El componente cognitivo es de mucha importancia en el estudio de la adolescencia, ya que éste ya no se limita a basar sus pensamientos en las experiencias reales y concretas. El y la adolescente en esta etapa “son capaces de crear situaciones verosímiles, hechos que constituyen posibilidades meramente hipotéticas o estrictamente abstractas y puede razonar de forma lógica sobre ellas” (Saavedra & Cols, 2006, p. 45).

En la adolescencia respecto a lo cognitivo aparece también lo que se ha llamado pensamiento de invulnerabilidad, ya que en esta etapa el y la adolescente mantienen la creencia de que son únicos e invulnerables, lo que, sumado a su egocentrismo, coadyuva para que se asuman riesgos en muchos aspectos, especialmente lo que significa un reto para ellos; situación en la que se mide las consecuencias de lo que se hace.

Componente afectivo. “Los procesos afectivos son aquellos que están encargados del manejo de la energía, que definen como se procesan cognitivamente ciertos sectores de la información. No solo están determinados por estructuras cognitivas sino que también por sentimientos” (Lersch, 1966, citado por Dörr & Cols, 2008, p. 110).

Los procesos emocionales o afectivos se los puede entender como los sentimientos, emociones, estados emocionales, el humor, las pasiones, os deseos las tendencias, etc. La emoción es la reacción positiva o no de larga o

corta duración que se expresa en respuestas ante objetos, personas acontecimientos. Para Ordóñez & Moncayo (2007) las emociones se integran de una experiencia conciente (lo que el individuo siente, que se conoce a través de la descripción que la persona haga), de una respuesta fisiológica (enrojecerse, temblar, el ritmo cardiaco) y de la conducta expresiva (dialogar, fruncir el ceño, etc.).

Así, el componente afectivo de las actitudes se define como el sentimiento a favor o contra de un objeto social (Rodríguez, 1976) son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos (Zaragoza, 2003). En el caso de la sexualidad, se refiere a una reacción afectiva de agrado o desagrado, ante una situación, persona, objeto o práctica sexual. Este componente de la actitud implica varios aspectos, como los biológicos (López, 2005), por ejemplo, el ritmo cardiaco o la coloración de la piel que sucede cuando un individuo está besando a su pareja; otro aspecto es el del cambio en las sensaciones del sujeto, un ejemplo del caso se da cuando la adolescente siente desagrado ante la presión de su pareja para mantener relaciones sexuales, este ejemplo nos muestra una actitud afectiva negativa hacia el comportamiento de su compañero sentimental.

Para los y las adolescentes el área sentimental o emocional adquiere mucho interés por cuanto los intereses que mantenía cuando niño empiezan a cambiar y se vuelven variables, diseccionándose hacia una persona en general, así mismo como hacia las modas, los amigos, etc. En la adolescencia se observa un aumento en el pesimismo de las personas, cierta tendencia a la depresión, a

la tristeza y desmotivación por ciertas actividades, en su afán por ser valorados, buscan refugio en los amigos o amigas y en la pareja, cuando se tiene alguna.

Componente conductual. Las actitudes no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

La postura generalmente adoptada por los psicólogos sociales es la que otorga a las actitudes un componente *conativo* que instiga a la acción de conductas coherentes con los afectos relativos al objeto de actitud (Zaragoza, 2003). Para Mann (1980), este componente consiste en la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto (p. 138), estas actitudes pueden entrañar un mínimo de sentimiento y creencias y aparecer cuando una necesidad puede ser satisfecha en una forma sencilla y directa (Clay, 1980, p. 98). Si las personas tienen un determinado patrón de conducta, es probable que intenten justificarlo con opiniones y que se adapten fácilmente a él (López, 2005). Un ejemplo en este componente lo tenemos, cuando un adolescente conoce que con un preservativo puede evitar un embarazo, es muy probable que el usará posteriormente dicho método para evitar la situación de embarazo; o por el contrario si ese adolescente ya usa el preservativo y le ha resultado positivo hacerlo, él justificará positivamente su conducta, lo que hará que esta se mantenga, así como la actitud misma.

En la adolescencia comportamientos que están ligados con la sexualidad se refieren a aquellos por los cuales se expresan el deseo y búsqueda de satisfacción sexual, así, antes de llegar a una relación cóital, aparece la masturbación, cuando se establece un noviazgo se habla constantemente, luego hay un proceso de conocimiento en donde se dan abrazos, caricias y

besos, finalmente aparece el acto sexual como tal el cual permite que haya un intercambio de amor, placer, sentimientos, comunicación , etc.

Cabe anotar que este proceso no es tan fácil como se describe, el o la adolescente para llegar a tal punto pasan por una serie de situaciones en donde esta inmerso en medio social y el desconocimiento personal que muchas veces se tiene acerca del tema; ante la necesidad y deseo de experiencia sexual se actúan en base a lo aprendido en los medios de comunicación, en lo que los amigos predicán, lo que en la escuela se ha aprendido y aquello de lo poco que en el hogar se ha dialogado,; este factor en diferentes circunstancias lo que hace es que los y las adolescentes no expresen su sexualidad de manera adecuada, sino que ésta se muestra con miedos y temores, lo que conduce a que sus acciones representen eso mismo, y que se tenga experiencias desagradables y a veces hasta riesgosa que mas que satisfacción, lo que traen son eventos y consecuencias inesperados y no planeados en la vida adolescente.

Formación de las Actitudes

Se pueden distinguir tres tipos de teorías en la formación de las actitudes: la teoría del aprendizaje, la teoría de la disonancia y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje. En la adquisición de las actitudes juega un papel fundamental el proceso de aprendizaje por interacción social; este inicia con la socialización en familia y continua cuando el individuo entra en contacto con otras agencias e instituciones socializadoras, sin olvidar el efecto de modelaje que ejerce el contacto con personas, experiencias y situaciones sobre él mismo

(Zaragoza, 2003). En el caso de la sexualidad de los adolescentes, el modelo de aprendizaje se aplica a partir de la niñez, en donde padres y madres enseñan sobre los aspectos físicos y diferencias entre hombres y mujeres, conforme pasa el tiempo, el niño y la niña aprenden más aspectos acerca del tema de lo sexual, tanto en el hogar, en la calle, con los amigos, por los docentes en la escuela, como también en los medios de comunicación. Cuando se llega al periodo de la adolescencia, la observación de situaciones agradables para la sexualidad, como la pornografía, así como los comentarios de amigos y conocidos acerca del placer sexual llevan posiblemente a que el adolescente busque esa situación, si el objetivo se logra sin ningún tipo de protección ante un posible embarazo, este continuará produciéndose a pesar de los riesgos que ello implica.

Teoría de la consistencia cognitiva. Consiste en que el aprendizaje de nuevas actitudes se relaciona con la nueva información y con otra información conocida o ya existente en nuestra mente, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí (Rodríguez, 1976); al respecto, podemos citar como ejemplo, a la adolescente que conoce en lenguaje no científico de los cambios físicos que al hombre y la mujer le suceden en la etapa de la pubertad, cuando este asiste al colegio y el docente explica el mismo tema con conceptos más técnicos, tal vez, si ella intenta memorizarlo mediante la relación que se va a aprender con lo que ya se sabe, esto llevará a que a la hora de recordar los conceptos nuevos le resultará más fácil hacerlo.

Teoría de la disonancia cognitiva. Desarrollada por León Festinger (1957, citado por Myers, 2000), consiste en que experimentamos tensión o

disonancia, cuando dos pensamientos, creencias o cogniciones, simultáneamente accesibles, son psicológicamente incoherentes (p.p. 151-152). Es decir, es hacer creer a si mismo y al conocimiento propio que algo no es perjudicial, pero sabiendo en realidad lo que puede suceder si se sigue manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto puede provocar un conflicto, porque se asume dos actitudes incompatibles entre sí que se intentan evitar de manera refleja; esto impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. Por ejemplo, cuando los individuos mantienen relaciones sexuales sin protección ante embarazos tienen conciencia del peligro que sostienen, no obstante siguen manteniendo esa conducta, debido a que el placer que les produce el acto sexual, compensa lo que en un futuro pueda ocurrir.

Como se pudo observar, el estudio de las actitudes es un tema complejo, ya que éste implica un sinnúmero de aspectos y conceptos teóricos desarrollados por muchos investigadores en todo el mundo. Resulta difícil entender que a veces no hay coherencia entre los componentes cognitivos, afectivos y conductuales (Oviedo, 1998), es decir que, las personas no actúan como piensan o sienten, o por el contrario no piensan como actúan. Pero, en síntesis podemos decir que los tres componentes de la actitud, tienden a reforzarse mutuamente, formando una estructura de conjunto, una unidad dinámica en la que, para establecer la integridad del individuo, tiende a la armonía y coherencia (López, 2005).

El hecho de que en el ser humano se formen diferentes actitudes y en diferentes aspectos, hace necesario que se establezcan formas de entenderlas

y analizarlas, como sabemos es muy difícil entender unidimensionalmente al ser humano, más aún a las actitudes que este mantiene; para así hacerlo, nos basamos en los diferentes métodos que existen para medir sus actitudes y así posiblemente predecir sus conductas.

Medición de las Actitudes

Conocer las actitudes de una persona no asegura una predicción de su conducta. Son muy pocos los casos en los que se pueden establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, es necesario conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Así como no es posible observar directamente las actitudes, se deben definir conforme fuere su conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Es difícil observar de un modo directo y sistemático los actos de un individuo, aunque algunas veces esta es la única manera de determinar la importancia de una actitud tiene para una persona. Es más fácil y también eficaz, basar estos juicios en las declaraciones verbales o escritas del individuo. Esto puede llevar a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos (Clay, 1980).

En una escala de actitudes la dirección puede indicarse según el agrado o el desagrado del individuo anotando *si* o *no* o cualquier par de respuestas alternativas parecidas. La intensidad o fuerza de la actitud es igualmente importante y se mide indicando una posición propia en una escala graduada de valores; seleccionando una respuesta entre varias, cuya intensidad va de *fuerte*

a *ligera* o anotando un número mayor o menor de acciones sospechadas en una dirección determinada. Tanto la intensidad como la dirección contienen el componente afectivo de las actitudes. La dirección señala el modo de sentir en pro y en contra, y la intensidad indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud expresada (Clay, 1980, p. 101).

Tipos de Medida de las Actitudes.

Según Groggs (1994) se encuentran seis métodos para medir las actitudes que son: *las escalas Bogardus* o de distancia social (1925); *la escala Likert* (1932); *la escala Thurstone* (1929); *el diferencial semántico* de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957); *la sociometría de Moreno* (1953) y *las entrevistas* (p. 435). León Rubio (1998) menciona además de los anteriores: *el método Guttman*, la técnica de observación de conductas, los métodos basados en estímulos parcialmente estructurados y las medidas psicofisiológicas (p. 121).

Para la presente investigación se evaluarán las actitudes ante el riesgo de embarazo, teniendo como referencia la escala Likert, de la cual se hablará posteriormente en la metodología de investigación.

A continuación se abordará la teoría de la adolescencia, teniendo en cuenta el concepto de adolescencia y sus componentes básicos los cuales serán fundamentales a la hora de realizar el análisis de resultados de la investigación.

Adolescencia

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. (Population Report, 1999). En Colombia en el grupo comprendido entre los 10 a 19 años, corresponde al 21.5% del total del país, es decir 8'646.165 habitantes, de los cuales 49.1% son hombres y 50.9% son mujeres

(Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA, [Onusida], 2004). La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es de gran importancia dada la magnitud numérica del grupo, y los riesgos y daños a que están expuestos.

El término adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez (Pulido, Escobar & Escobar Vélez, 2002). La adolescencia se constituye como una fase del desarrollo con características propias de orden biopsicosocial, ya que abarca un amplio periodo de crecimiento físico y psicológico dirigido hacia la madurez cognoscitiva, funcional, emocional, sexual y social.

La OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS], citada por Mantilla, López & Cortés, 2004), plantea que la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Para Onusida (2007) es un período de crecimiento y desarrollo de altísimo riesgo para la salud de los individuos debido a una multiplicidad de razones, dentro de las que se pueden destacar la curiosidad desbordada, la necesidad de constatar por sí mismo las cosas y acontecimientos del entorno, la necesidad de experimentación, rebeldía y culpa por la misma, la falta de experiencia vital, todo ello asociado a una búsqueda de libertad sin límites.

Durante esta etapa de la vida los padres pasan a un segundo plano ya que estos no tienen el mismo nivel de control sobre sus hijos, solo tienen acceso a conocer los detalles y la intimidad de sus hijos en la medida en que éstos

quieran compartirla, se observa un cambio en los intereses de los padres y los hijos adolescentes, lo que supone mayores dificultades de convivencia.

Los amigos se convierten en su nueva familia, en ellos se deposita la afectividad, la comunicación de la intimidad, la fidelidad total y el establecimiento de vínculos profundos; en ellos se halla la forma de encuentro consigo mismo y con los demás en un plano de igualdad diferenciada (Troncoso, 2003). Al compartir experiencias de pares y amigos, los adolescentes desarrollan sus propias experiencias; el establecimiento de relaciones de amistad hace que estos empiecen a pertenecer a grupos específicos y así, dentro del grupo se buscan rasgos fundamentales como: similitud en gustos y preferencias, tendencias musicales, vestido, ciudad de origen, colegio al que pertenecen, etc.

La llegada de la adolescencia significa la adquisición de la capacidad psicoafectiva para sentir y desarrollar emociones identificables con el amor (Troncoso, 2003). Esta capacidad lleva implícita la discriminación de afectos, como querer de distinta forma a cada una de las personas que le rodean, personalizar los afectos; este proceso se inicia gracias a la capacidad para admirar y apasionarse que tiene el adolescente, para dejarse extasiar por personas que le ejercen atracción. De esta forma los y las adolescentes buscan la atracción física y emocional con sus pares, de donde posiblemente surge el enamoramiento; el adolescente siente deseos por poseer, compartir y convivir con otro ser, de admirarle y desearle, de enamorarse con intensidad. Esta situación también conduce al inicio de relaciones sexuales como una

manifestación afectiva, como también desde la genitalidad, el deseo sexual y la búsqueda de respuestas típicas de esta etapa de vida.

A simple vista la adolescencia parece ser un periodo de la vida libre de problemas por lo que muchos adolescentes dependen de en diferentes aspectos de sus padres o familias o por el hecho de que los jóvenes viven su vida sin prisa ni preocupaciones como las de los adultos, pero desde el punto de vista psicológico y desde de la salud reproductiva, él y la adolescente se definen como un caso especial, debido a las diferentes circunstancias con las que se enfrentan, porque en su búsqueda de autonomía, libertad y experiencia sexual cometen muchos errores que pueden llegar a ser cruciales para el desarrollo de su proyecto de vida, esos errores generalmente suelen terminar en consecuencias que no se encontraban dentro de sus planes, como un embarazo, un aborto o el contagio de una ITS.

Las situaciones que se presentan durante el crecimiento y desarrollo del niño la naturaleza biológica, los rasgos heredados y su proceso de maduración, las características del medio ambiente social y cultural, las condiciones de vida y la educación determinan en gran medida el comportamiento juvenil. Para entender aún, con más detalle estas situaciones profundizaremos en etapa de la vida para ello estudiaremos la adolescencia en tres etapas: temprana, media y tardía, como lo plantea la OMS (citado por Onusida, 2007); la importancia de conocer dichas etapas radica en que a la hora de interpretar las actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente en un embarazo, se entenderá que un adolescente actuará conforme corresponde al momento de la vida que

transita. En la investigación se trabajo con estudiantes entre los 14 y 20 años quienes estuvieron en los rangos de la adolescencia media y tardía.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años).

Incluye la preadolescencia, es decir, un momento localizado entre el período de latencia del desarrollo psicosexual y la adolescencia propiamente dicha (Onusida, 2007). Biológicamente, es el periodo *peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca o menstruación y la madurez sexual en las mujeres, y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos, tanto hombres como mujeres en esta etapa adquieren la capacidad de procrear (Papalia & Wendkos, 1997).

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo; intelectualmente aumentan las habilidades cognitivas y fantasías; no controla impulsos y se plantea metas vocacionales irreales; personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales especialmente por su apariencia física (Issler, 2001).

Adolescencia media (14 a 16 años).

Se la menciona como la adolescencia propiamente dicha; cuando se ha completado prácticamente el crecimiento y desarrollo físico. En esta etapa es donde se busca la satisfacción sexual que aparece asociada a creencias y tabúes sociales, así como a la ausencia de conocimientos adecuados acerca de la sexualidad; se caracteriza por un aumento de la intensidad de los sentimientos y por una mayor visión de estos, así como por la sobrevaloración del grupo de pares. Los adolescentes se muestran preocupados frente a la

imagen corporal por lo cual pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

En estas edades aparece uno de los elementos de riesgo adolescente que es el *sentimiento de omnipotencia e inmortalidad*, el cual le lleva a incremento en la accidentalidad, uso de psicoactivos, comportamiento suicida, embarazo no deseado y presencia de ITS (Onusida, 2007).

Psicológicamente esta etapa del periodo adolescencial, es de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, enfatizando en el contacto físico y conducta sexual exploratoria, en donde pueden presentarse experiencias homosexuales o relaciones heterosexuales. Es aquí donde se sienten invulnerables y asumen conductas que casi siempre generan riesgo, ellos niegan las consecuencias del comportamiento sexual y tienen relaciones intensas y fugaces (Issler, 2001).

Adolescencia tardía (17 a 20 años).

En esta etapa no se presentan cambios físicos, aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía así van desarrollando su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (Issler, 2001). Los principales retos son los de lograr una identidad personal, aumentar la capacidad de intimidad afectiva con el otro, conseguir una independencia e iniciar la adquisición de responsabilidades (Onusida, 2007).

En cada uno de los estadios de la etapa adolescencial existen una serie de cambios de tipo biológico, psicológico, como también sociocultural, unos presentes en mayor medida que en otros. Cabe resaltar que dentro de estos aspectos la sexualidad juega un papel importante dentro del desarrollo, estos aspectos se abordan desde diferentes ángulos, por ejemplo, en lo biológico, debido a los cambios físicos sexuales del adolescente; en lo psicológico resalta el proceso de enamoramiento, los miedos, creencias y conductas ante lo sexual y, en lo sociocultural lo relacionado con las normas, la influencia de pares y amigos, etc. Por ello y muchas razones más la sexualidad en el adolescente se convierte en un tema central de atención, no solo por lo que para el tema suscita, sino por las diferentes complicaciones a que puede llevar si existe un mal manejo de la misma.

Sexualidad en la Adolescencia

Teniendo en cuenta que la finalidad de esta investigación es identificar las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia, es fundamental abordar el concepto de sexualidad, ya que el embarazo es un factor que se encuentra inmerso en el estudio de dicho tema.

La sexualidad se la puede estudiar desde muchos puntos de vista y desde muchas aéreas de investigación, estas pueden ser, desde lo biológico en el campo medico; desde lo psicológico en las ciencias humanas y en lo sociocultural desde las ciencias sociales o lo educativo.

En primer lugar la sexualidad se dice que es algo que esta presente en todos los seres humanos, desde su nacimiento hasta la muerte y, tiene expresiones diferentes en los distintos momentos de la vida (Restrepo, 1995), es un

elemento crucial en la vida social del ser humano, alrededor del cual se han tejido innumerables creencias y mitos (Durán & Rojas, 1996). La sexualidad es un factor muy determinante en el desarrollo del ser humano y por sí en el adolescente, ya que el inicio de las relaciones sexuales comúnmente se da entre los 14 y 17 años; esta tiene diferentes características según la función que se le asigne, como son: la reproducción, el placer y en otros casos la comunicación (Durán & Rojas, 1996).

En lo educativo, el Ministerio de Educación de Colombia (1999) ha propuesto que “la sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano, no se puede apartar que en el desarrollo armónico de toda persona está presente la sexualidad como un componente fundamental del desarrollo de los individuos, reconociendo entonces que la finalidad de ésta contempla dimensiones afectivas, de placer y reproductivas (p. 2).

Para Parra y de Roux (1995), “la sexualidad es un proceso que inicia con la vida y continúa a través de ella, esta relacionada con aspectos reproductivos, con el amor a sí mismo y hacia los demás, con los sentimientos, con el potencial humano, con la vivencia en comunidad” (p.225).

En el campo médico y de la salud sexual y reproductiva el Ministerio de Salud (2004) propone que “la sexualidad es un elemento que hace parte del ser humano y que vamos construyendo a lo largo de la vida de acuerdo a nuestras experiencias” (p. 21). La sexualidad abarca lo biológico en cuanto al sexo con que se nace, así mismo es la forma como se expresa la conducta, los deseos y sensaciones, igualmente comprende las relaciones que tenemos con los demás

y consigo mismo; la sexualidad esta determinada por la sociedad, por las normas y valores que influyen al interrelacionarnos (Ministerio de Salud, 2004)

En conclusión, en todos los conceptos estudiados existen factores que se relacionan entre si, los cuales se pueden resumir en el concepto que plantea López (2005) al decir que: “la sexualidad es una dimensión de toda la persona, con diferentes posibilidades (placer, fecundidad, comunicación, vínculos afectivos, etc.), que puede vivirse en relaciones con diferente grado de compromiso, tanto por hombres como por mujeres, heterosexuales u homosexuales, jóvenes o viejos, etc. La forma concreta de organizar la vida sexual es personal, con un amplio margen de libertad, que debe implicar acuerdos recíprocos con la pareja, aunque también tiene una dimensión social” (p. 76). Este aspecto implica además que esta presente en todas las etapas del desarrollo humano, para fines de esta investigación, en la etapa de la adolescencia.

La adolescencia es una etapa con cambios importantes en las concentraciones de hormonas sexuales que se reflejan en un aumento importante del deseo y de actividad sexual (Campo & Olivo, 2002). Esto nos lleva a afirmar, sobre la importancia de la sexualidad en este período.

Se dice que los y las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, éstos crecen en una cultura donde los compañeros, los medios de comunicación y a veces hasta la misma familia transmiten mensajes manifiestos acerca de mantener relaciones sexuales, las cuales son muy comunes y aceptadas por el medio (Troncoso, 2003). Así mismo, el impulso sexual del adolescente depende sin dudas de los

procesos fisiológicos, bioquímicos y emotivos, pero en el campo de lo social también se ven influidos e influidas por los factores contextuales (Basta, 1996, citado por Arcos y Santacruz, 2003).

En esta fase de la vida son muchos los factores, unos favorables otros no, que pueden influir en una relación con el sexo opuesto, los cuales a su vez conducen a una manera de vivir la sexualidad y el amor en la adolescencia, por ejemplo, a través de los medios de comunicación como la televisión o la pornografía se vende publicidad acerca de la imagen ideal de hombres y mujeres, que al ser confrontados con la realidad genera decepciones y comportamientos en relación al otro sexo (Troncoso, 2003). Igualmente la vivencia de la sexualidad en la adolescencia, sea mujer u hombre, tiene una marcada influencia de los amigos o compañeros que ya han mantenido contactos sexuales placenteros, así como también de aquellos que han vivido una experiencia desagradable o no planeada, por ejemplo, una adolescente violada o una adolescente que se embaraza en su primera relación sexual, etc.

Todas estas situaciones prescritas por muchas teorías y conceptos populares parecen ser el resultado de algo ya preestablecido, en donde cada generación de adolescentes lo vive de acuerdo a sus conceptos de la sexualidad. Es muy común escuchar entre las personas de lo que puede ocurrir por llevar una vida sexual sin protección y sin calcular las consecuencias de ello. Entre los jóvenes se mantienen mucha información de lo que puede ser su sexualidad, así como también se sabe que circunstancias representan un riesgo para ellos, lo que no se sabe es como actuará cada uno de ellos, ante una situación sexual. A continuación nos detendremos en analizar que tipo de factores representan un

riesgo en la sexualidad de los y las adolescentes, ya que el tema es muy amplio como para abordar los múltiples factores, solo tomaremos en cuenta los aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes.

Factores de riesgo en los adolescentes

Los planteamientos que hoy se hacen sobre salud sexual y reproductiva sugieren que el desarrollo de la personalidad requiere de una vida sexual responsable, segura y satisfactoria. Para ello las personas deben conocer todos los aspectos relativos a su sexualidad, sus derechos y deberes, incluyendo la libre determinación, el control del propio cuerpo, el respeto por las decisiones de los demás y asumir las consecuencias de sus actos sexuales. De allí que sea tan importante evaluar los conocimientos de las adolescentes sobre, por ejemplo, el período de riesgo de embarazo dentro del ciclo menstrual, la planeación de los embarazos, el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos (Ordóñez, 2000). La adolescencia es un período de la vida en el que se es vulnerable a cualquier situación riesgosa para su sexualidad, ya que son muchas las situaciones críticas por las cuales se debe pasar y afrontar para llegar a la adultez.

El concepto de riesgo en la juventud, como lo plantea Weinstein (1992, citado por Krauskopf, 1994) se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas del adolescente conducen a daños en el desarrollo, que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud. El riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, para el proyecto de vida, la supervivencia personal y/o

de otros. La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen (Weinstein, 1992, citado por Krauskopf, 1994). Esto resulta importante si se sabe que las consecuencias adversas del riesgo varían durante el ciclo vital del ser humano, tanto en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección, como en relación a los recursos personales de cada individuo.

Para la OMS (2000), el riesgo se define como, “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. La percepción que tiene una persona del riesgo y su reacción a éste dependen de la experiencia previa, la información y los valores recibidos de la familia, la sociedad y el gobierno. Se trata de un proceso de aprendizaje que comienza en la infancia y se actualiza constantemente durante la edad adulta” (p. 3). En este aspecto la OMS, afirma que para la prevención de enfermedades y los traumatismos es fundamental dedicar atención a los riesgos para la salud, procediendo primeramente a la evaluación y reducción sistemática de las causas que conllevan a las enfermedades y traumatismos (OMS, 2002).

El enfoque de riesgo aplicado a la adolescencia se ha destacado particularmente porque las conductas riesgosas de los y las jóvenes son un factor que conduce a la morbilidad y mortalidad. En cuanto a esto, el Departamento de Salud de los Estados Unidos (1994, citado por Krauskopf, 1994) ha realizado un listado de las situaciones que representan riesgo para los adolescentes, de las que tenemos: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido

el tabaco y la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección necesarios para hacerlo.

Lo indicado en el párrafo anterior muestra que los riesgos en la adolescencia son numerosos, por ello se hace necesario hacer una valoración exhaustiva de los mismos, con el fin de definir realmente que consecuencias traen, y por ende cuales pueden evitarse. Ante esto la OMS (2002) plantea que: “para aumentar la eficacia de la intervenciones destinadas a mejorar la salud reproductiva de los hombres y mujeres, es preciso comprender mejor como se percibe el riesgo sexual y cuales son sus componentes de riesgo” (p. 11).

Así, previamente a que se establezcan en una comunidad modelos y métodos de intervención ante una problemática, es necesario detectar que causas hacen que aparezca el problema y que consecuencias trae el mismo para dicha comunidad; posteriormente se buscará establecer y plantear la manera adecuada de abordar la situación, para continuar ejecutando y evaluando las estrategias que se diseñaron para tal fin. En éste caso para la evaluación del riesgo de embarazo, como lo dicen Slovic y Cols (1992, citado por Puy, 1995), se utilizará un enfoque por medio del cual se evaluará el riesgo, basándose en el enfoque psicométrico, el que sirve para cuantificar y estudiar por medio de técnicas de escalamiento psicométrico y análisis multivariado (p. 58). Desde este enfoque el riesgo se evalúa a través de cuestionarios que incluyen diversas fuentes de peligro para que los sujetos juzguen cuantitativa y cualitativamente las características y atributos que perciben ante una situación dada (Puy, 1995).

En el concepto de riesgo existen, muchos factores que inciden en la percepción que se hace de de ellos, como son: los riesgos psicológicos, lo psicosociales, los sociológicos, los culturales, los debidos al contexto situacional y los relativos a las características cualitativas de las distintas fuentes de riesgo (Puy, 1995, p. 60).

Para esta investigación se tuvieron en cuenta el siguiente tipo de factores, que se asocian a la problemática del embarazo en adolescentes, los cuales se pueden en factores: biológicos, psicológicos, sociales y culturales; éstos junto a los componentes de la actitud abordados en paginas anteriores vienen a ser la base fundamental para crear el enfoque de evaluación del riesgo de la presente investigación, a partir de los que se creó la escala que mide las actitudes de riesgo de embarazo en la adolescencia. Esta clasificación se ha planteado basada en los cuatro niveles del riesgo expuestos por Otway & Pahner (1976, citado por Puy, 1995), los cuales plantean estos niveles en el siguiente orden: “1) riesgo físico, biológico para las personas y el medio ambiente; 2) la percepción de ese riesgo por parte de los individuos; 3) el riesgo potencial para el bienestar psicológico de los individuos, como consecuencia de esas percepciones, que pueden generar ansiedad, y 4) riesgos para las estructuras sociales y los valores culturales que pueden resultar afectados por la colectividad de estados psicológicos de los individuos” (p. 9).

Factores biológicos.

La adolescencia es el periodo durante el cual una persona alcanza la madurez sexual y tiene la capacidad de reproducirse. Los factores biológicos controlan en cierta medida el desarrollo sexual, se cree que las fuerzas

biológicas condicionan determinadas diferencias en el comportamiento sexual (Etal & Reiniseh, 1981, citado por Muños & Salazar, 2001), diferencias que se pueden observar en el actuar de hombres y en mujeres.

Se ha encontrado estrecha relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual, con la aparición de la menarquía y los cambios sexuales secundarios se están produciendo un adelanto en las relaciones sexuales. Un indicador de esta relación se demuestra en la tasa de fecundidad de las adolescentes en Colombia, que se ha incrementado en cinco años de 70 a 89 nacimientos por mil mujeres (Profamilia 2000). Este factor se relaciona igualmente con los varones, así lo plantea Lefrancois (2000) al decir que “en los jóvenes la genitalidad y el estímulo hormonal están a tope, esto implica una alta motivación hacia la práctica de las relaciones sexuales cóitales que conllevan a un premio inmediato, (placer); mientras que los riesgos se ven como poco probables y en el futuro” (p. 572). Es decir que no existe ninguna excepción entre géneros, solamente que los cambios físicos en hombres se presentan más tardíamente que en las mujeres, las cuales los sufren entre los 9 y 12 años, mientras que en los varones estos ocurren a partir de los 12 años respectivamente, lo cual nos dice que tanto en mujeres como hombres el cambio físico sexual representa un factor de riesgo para embarazarse.

Factores psicológicos.

“Los cambios psicológicos que se dan en la adolescencia están relacionados con los gustos, los pensamientos, los sentimientos o las ideologías” (Saavedra & Cols, 2006, p. 59). Para el estudio de estos factores aquí se entenderá a los factores psicológicos como aquellos que tienen que ver con las emociones, los

pensamientos y comportamientos individuales del adolescente, podemos mencionar entonces como factores de riesgo psicológico: el acceso o inicio a edades tempranas del contacto sexual, la percepción de invulnerabilidad de los adolescentes, la monogamia secuencial o noviazgos de larga duración, entre otros. Estos factores inciden en la formación de las actitudes de riesgo, ya que en si representan la base cognitiva, emocional y conductual de la que se compone la actitud, por ello se estudiarán una a una para conocerlas más a fondo y comprender el alcance del tema en el aspecto psicológico.

1. Acceso temprano a la actividad sexual. La iniciación sexual, entendida como la primera experiencia cóital, presenta diferentes características en nuestro medio, por lo que se convierte en una meta para las personas, especialmente para los hombres. Esta es una experiencia que divide a la sexualidad en infantil de la adulta, en la adolescencia mujeres y hombres se encuentran físicamente preparados para tener una relación sexual pero no psicológica y socialmente preparados para adoptar un comportamiento responsable (Issler, 2001). De esto tenemos que en Colombia los hombres inician su vida sexual en promedio a los 13.4 años y las mujeres a los 14.8 años (Profamilia, 2000), de lo que se puede demostrar que aunque los hombres presentan cambios físicos a mayor edad, son los que inician más rápido las relaciones sexuales, este factor igualmente se verá marcado en los siguientes factores, como en el social, en donde los amigos influyen en que el contacto sexual se presente a menor edad; así mismo el inicio sexual es quizá uno de los factores más riesgosos ante el embarazo.

2. La percepción de invulnerabilidad o pensamiento de inmortalidad así como los problemas emocionales y afectivos del adolescente. Al tener la creencia de estar protegidos, de que nada les pasará y que ciertas cosas le pueden ocurrir a otros, pero no a ellos, forma parte de las características normales de la adolescencia y favorece las conductas arriesgadas, que sumado con la dificultad para afrontar la frustración al decir no y posponer una relación sexual, aumentan el peligro de un embarazo inminente. Al respecto, cabe resaltar lo descrito por Barrera, Sarmiento y Trujillo (1994) donde sustentan que el antecedente inmediato de cualquier comportamiento sexual es la intención de ejecutarlo o la disposición para tener relaciones sexuales penetrativas; esto a su vez se basa en que la intención conductual está determinada, por la tendencia favorable o desfavorable del adolescente hacia el comportamiento o la actitud personal hacia la actividad sexual; la percepción del joven sobre las actitudes de otros significativos frente al hecho de realizar el comportamiento o la percepción del adolescente de qué tan favorable es la opinión de los padres y de los amigos hacia el hecho de tener relaciones sexuales y, la percepción del número de miembros del grupo de pares que practican la conducta, en otras palabras, percepción de prevalencia o norma de pares.

Los conflictos a los cuales se enfrentan los y las adolescente, generalmente por el abandono de su pareja y la relación con sus padres genera en una alteración en los patrones de afecto e identificaciones y se agudizan los sentimientos de soledad y de desprotección (Loaiza & Villamil, 2001), este tipo de problemas en los y las jóvenes genera mucho desconcierto e intranquilidad, especialmente en las mujeres, por lo que los hombres aprovechan la situación

para presionarlas y tener relaciones, esto se agudiza más aun si el joven ha mantenido otras contactos de tipo sexual.

3. Monogamia secuencial o noviazgos de larga duración constantes. Entre las y los jóvenes se presenta el deseo de tener un noviazgo por mucho tiempo, aunque también puede suceder que se quiera tener varias y/o diferentes personas para tener relaciones sexuales. Esta característica hace que entre las parejas de adolescentes se establezca un sistema de creencias y conductas con respecto al mantener su relación por mucho tiempo, así aparecen las presiones amorosas o las amenazas de abandono en la pareja (Sola, 2004); por ello muchas adolescentes que presionadas, obligadas y llenas de temor de perder a su chico hacen el amor sin suficiente deseo y sin protección alguna. Al respecto Profamilia (2000) aduce que muchos de los embarazos en las jóvenes se deben a este acto que lo único que prueba es la posición de sometimiento en la cual se encuentra la mujer.

4. El conocimiento y utilización métodos anticonceptivos. El uso del condón y otros anticonceptivos es bajo entre los adolescentes, lo cual guarda una estrecha relación con el alto número de embarazos no programados. En Colombia se observa que aún se mantiene el uso de métodos ineficaces como el retiro o coito interrumpido, así mismo no se usan dichos métodos porque manifiestan que confían en su pareja o no les gusta (Loaiza & Villamil, 2001), así la percepción de los jóvenes para rechazar el uso del condón, se asocia con la baja disposición del adolescente para usarlo (Barrera y Cols, 2004).

Muchas mujeres están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque creen que para el embarazo se requiere

mantener una vida sexual frecuente, de igual forma conocen de nombre los métodos, pero no saben cómo utilizarlos, se observa que el uso de condón en la primera relación sexual varía entre el 20 y 70%. (Profamilia, 2000). Campo & olivo (2002), al respecto mencionan que en los jóvenes las prácticas anticonceptivas se basan en una falta general de conocimiento sobre la ovulación; de la misma forma los adolescentes tienen dificultades con los compañeros sexuales para dialogar sobre sexo seguro, lo que constituye un riesgo importante para la salud de la pareja.

5. Tiempo de riesgo prolongado antes del uso de métodos anticonceptivos en quienes mantienen actividad sexual. El porcentaje de jóvenes activos sexualmente aumenta gradualmente durante los años de la adolescencia, algunos estudios informan que entre el 20 y el 75% de los adolescentes de 15 años de edad tienen relaciones cóitales (Campo & olivo 2002), y que el tiempo transcurrido desde el inicio de las relaciones cóitales hasta el inicio del uso de métodos anticonceptivos eficaces, en algunos casos es de 3 meses, en otros de 1 año y un último grupo nunca los usa (Brugera, 1999).

6. El consumo abusivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Es muy frecuente que entre los adolescentes se tengan encuentros sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, sin considerar que así se favorecen las conductas sexuales de riesgo, relaciones no planeadas y sin ninguna protección. Navarro & Vargas (2003), concluyeron que en los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, el 26,9% de las relaciones sexuales penetrativas fueron bajo el efecto del alcohol, el 4,7% con marihuana y el 1,8% cocaína y el 53,6% no estuvieron bajo el efecto de SPA.

Factores sociales.

“La supervivencia de cualquier sociedad o cultura esta directamente relacionada con las consecuencias de las actividades sexuales de sus miembros, y ellas ejercen un efecto mucho más importante sobre la estructuración de la cultura respectiva que sobre la personalidad de los individuos” (Muños & Salazar, 2001, p.76). Los factores sociales aquí representados no representan un comportamiento en si, sino más bien la percepción de la norma, la influencia de lo externo, lo familiar, lo escolar y lo social en las actitudes del adolescente. Entre los factores de vulnerabilidad social más frecuentemente asociados a la salud sexual de los jóvenes se encuentran los aspectos familiares, así como la influencia de amigos o compañeros, como también el nivel de escolaridad, el estrato social o condiciones económicas, la residencia o zona de origen, la cobertura de Salud y la influencia de los medios de comunicación.

1. En la familia se habla poco de sexualidad. Los padres escasamente explican a sus hijos temas como los métodos anticonceptivos o sexualidad de manera concreta, otros nunca lo hacen. Brugera (1999) plantea que en la familia se crea un ambiente de poca confianza para que se indague sobre temas sexuales ya que, por lo general, los padres se muestran ambivalentes y en desacuerdo con la sexualidad. Es común, aun hoy en día encontrar personas y familias que viven con la creencia o la idea de que algún día todos nos casaremos y que el matrimonio será hasta la muerte, pero observamos, este concepto desde hace tiempo empezó a desaparecer, y tanto en jóvenes como en adultos las relaciones afectivas se han vuelto esporádicas y pasajeras.

2. Transmisión del modelo de educación familiar. Es muy cierto que el modelo familiar se transmite de padres a hijos, y en el campo de la salud sexual se ha demostrado que la influencia del modelo se presenta más en el género femenino, en tanto que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de iniciar relaciones cóitales entre los 15 y 20 años, como sucedió con ellas. Ante esto Lefrancois (2000) ha descrito que “las actitudes sexuales en la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, participación de éstos en la educación sexual, etc.), mientras que en los hombres está más influenciada por factores individuales (edad, religión, autoestima, etc.)” (p. 566).

3. La influencia de los amigos o compañeros. En el campo de la sexualidad por lo general la información y consejos que el adolescente recibe, no son siempre positivos o veraces. Cuando los jóvenes obtienen su información sexual a través de amigos, intercambian frecuentemente gran cantidad de conocimientos errados dado que muchos de ellos conocen poco acerca de estos temas (Brugera, 1999). Para las mujeres aceptar la iniciación sexual temprana que impone las prácticas tradicionales significa perder la confianza de los padres y su reputación; para los hombres es sinónimo de prestigio y complicidad social (Díaz, Barroso, Hernández, Romero, Daroqui & Novo, 2000). En general, entre los jóvenes la iniciación y las relaciones sexuales se presentan de manera clandestina, ya que muchos de ellos se ven influenciados por la presión social y familiar que les prohíbe tales acciones y la presión de los amigos, que les incitan a tenerlas.

4. La influencia de los medios masivos de comunicación. La publicidad y los medios de comunicación promueven las relaciones sexuales (Onusida 2007); tanto en los medios escritos, visuales y actualmente en Internet que combina los dos, se promueve mucho el sexo, a través de la pornografía y la publicidad. Al respecto Profamilia (2000) expone, que el motivo por el cual los adolescentes practican el sexo, y el por que lo hacen sin métodos anticonceptivos, se debe a que hoy en día crecen rodeados de la televisión, cine y revistas que transmiten mensajes en los cuales se manifiesta que las relaciones sexuales prematrimoniales son aceptadas. Las películas, novelas y series televisivas venden a los jóvenes modelos a imitar, en donde no hay amor romántico y rara vez se menciona el uso de anticonceptivos (Lefrancois, 2000).

5. Falla en educación y en los programas de educación sexual. La mayoría de los programas de educación sexual enfatizan en la importancia de lo biológico, en las causas y consecuencias de procesos como la menstruación, las emisiones nocturnas, la reproducción, etc., y se olvidan de aquello que realmente están buscando los adolescentes, como los sentimientos, el amor, el placer e iniciación, masturbación, entre otros. Por otra parte, muchos sectores asumen que este tipo de programas al resultado que llevan es al desconocimiento acerca de temas sexuales y aumento en la curiosidad por lo sexual, lo que conlleva a que el joven se comporte de manera no responsable. En este aspecto Brugera (1999) expone que el tipo de conocimientos impartidos en estos programas parece ser necesario pero no suficiente para prevenir una actividad sexual irresponsable.

Porque así mismo parece ser que en estar en planteles educativos donde los embarazos tempranos son comunes y la responsabilidad para prevenirlos se considera como una norma más que como una causa para su interés (Profamilia 2000). Sumado a esto se puede sumar que los docentes se preocupan por lo académico, porque la ley así se lo exige y se descuida o deja a un lado un factor muy importante como lo es el ser humano.

6. Las malas o bajas condiciones socioeconómicas. La pobreza se constituye en un factor causal muy importante tanto del embarazo adolescente, como del inicio en las relaciones sexuales. En cuanto al embarazo Loaiza y Villamil (2001) encontraron que los mayores índices de gestación en mujeres jóvenes se presenta en los sectores marginales. Podemos decir que la pobreza explica numerosos embarazos, porque en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 20 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor (Profamilia, 2000). En tanto que el inicio de las relaciones se ve influenciado por el joven del barrio líder de pandillas que desde muy corta edad toma posesión de la niña y le prohíbe cualquier otro tipo de relación, obligándola a tener sexo, para si obtener seguridad y al mismo tiempo un estatus entre el grupo de amigos.

Factores culturales.

“Las demandas y requerimientos de una cultura en particular, al igual que las diferencias dentro de ésta, también producen una amplia gama de actitudes hacia los temas sexuales” (McCary, 1996, p. 231).

Dentro de este factor se analiza el componente cognitivo de la actitud, ya que como se aclaró anteriormente, las creencias forman parte de lo cognitivo, lo que nos lleva a evaluar directamente en este aspecto, lo que se encuentra relacionado con las costumbres, creencias y tradiciones de las culturas.

Es frecuente encontrar en muchos países y regiones existen prácticas sexuales que interfieren en el libre desarrollo de la etapa adolescente. Por ejemplo tenemos que en muchos casos se obliga a las jovencitas a casarse y por ende embarazarse a temprana edad, por motivos económicos o de clase social y alcurnia. Ante esto Loaiza y Villamil (2001) afirman que es necesario reconocer que las actitudes y concepciones frente a la sexualidad está mediada por la cultura, en elementos como los tabúes, las creencias, las costumbres sociales y muchas veces razones religiosas, sociales o culturales; que lejos de ayudar a las jóvenes a construir un concepto equilibrado de su sexualidad, contribuyen a crearle una imagen distorsionada.

En lo que respecta a la cultura Nariñense, es muy común observar que aun se mantienen cierto tipo de creencias en el aspecto sexual, que junto a factores como la influencia de los medios de comunicación y la información errónea recibida de los amigos, llegan a crear en los jóvenes más confusiones en el conocimiento y en la expresión de su sexualidad, más que soluciones prácticas. Esta situación hace que en ocasiones los y las adolescentes se enfrenten a relaciones que más que placenteras, terminan siendo desagradables; o así mismo terminan en situaciones como un embarazo a edad temprana, se pueden nombrar al respecto, creencias como que el *ph* de la orina de los seres humanos mata al espermatozoide cuando este ha ingresado en la vagina, y

esto se mantiene como un método de prevención de embarazos, no solo para los adolescentes, sino que los adultos así también lo creen; igualmente se contemplan creencias de tipo religioso y moral en lo referente al tema sexual.

Los factores que se acaban de analizar representan el riesgo y los porcentajes de esos riesgos a los que se encuentran enfrentados los jóvenes actualmente. Como se analizó, dichos riesgos no son más que el reflejo de que nuestra sociedad no se encuentra lo suficientemente preparada para evitar que sucedan situaciones que pongan en peligro la salud de los y las adolescentes. El simple azar o el paso de los días, no son razón para dejar que los adolescentes se conduzcan por si solos, menos aún ante el tema sexual. El adolescente necesita de todos los sectores que le puedan ayudar a sobrellevar su vida satisfactoriamente hasta llegar a la adultez, evitando así que se presenten consecuencias en su vida sexual como, los embarazos, abortos, la deserción escolar, entre otras.

Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo

Como resultado de las conductas sexuales que mantienen los y las adolescentes, se pueden presentar diferentes eventos adversos para la integridad de los mismos ya que dichos comportamientos son a veces causa del azar y no de algo planeado previamente, esos eventos adversos que pueden resultar son: el embarazo, el aborto, las infecciones de transmisión sexual o el desagrado por el sexo.

1. Embarazos no planeados. El embarazo en la adolescencia supone en la mayoría de los casos un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los adolescentes especialmente en las mujeres. En Colombia se

ha encontrado que del total de nacimientos que ocurren cada año, el 16% se presenta en madres adolescentes (Profamilia, 2000). El embarazo en adolescentes a su vez representa un riesgo para la adolescente en el aspecto de la gestación, ya que normalmente esta termina satisfactoriamente y, en otros casos esta termina en muerte de la misma adolescente o de su hijo, sino de los dos. Así, las tasas más elevadas de mortalidad materna en adolescentes en Colombia, se presentan en las regiones de la Orinoquía-Amazonía con un porcentaje del 27.8%, seguida por la región Pacífica con 15.1%. En este aspecto es de resaltar que a nivel Departamental el Meta, ostenta la mayor tasa de muertes maternas con un 31.4 por cien mil casos, seguido por los Departamentos de Boyacá, Nariño y Chocó (Profamilia 2000).

2. Interrupción voluntaria de embarazo o aborto inducido. El riesgo de aborto es mucho más alto para las mujeres jóvenes, si son menores de 19 años, ellas tienen el doble de riesgo que una mujer mayor de 40 años. Según Profamilia (2005) en las mujeres embarazadas menores de 19 años, el 44% ha tenido por lo menos una experiencia de aborto. De igual manera muchos embarazos en nuestro medio terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas (Díaz y Villamil, 2001).

3. Contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Las jóvenes se están haciendo activas sexualmente cada vez a una edad más temprana y se casan más tarde, lo cual significa tener encuentros casuales más frecuentes e informales, mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH (Díaz y Villamil, 2001).

4. Experiencias desagradables en las primeras relaciones amorosas. Aquellas jóvenes que tienen experiencias sexuales desagradables, cuando son presionadas a hacerlo pueden crear diferentes conceptos erróneos acerca de su sexualidad, por ejemplo miedos ante cierto tipo de comportamientos, problemas a consecuencias de embarazos no programados, o abortos mal realizados; estas situaciones pueden comprometer la salud y desempeño afectivo-sexual de los adolescentes.

Estas consecuencias son el producto del riesgo que se enfrenta él y la adolescente, para nuestro caso analizaremos el embarazo en estas edades, ya que este en muchos, sino en todos, de esta consecuencia se derivan otras situaciones adversas, como la deserción escolar, el aborto, el abandono familiar, etc.

Embarazo en Adolescentes

El embarazo es la iniciación de una nueva vida que se crea partir de la fecundación del ovulo por parte del espermatozoide, que sucede de la relación sexual o en algunos casos por la inseminación artificial, este proceso termina con el parto o nacimiento del niño; el embarazo no es una enfermedad, es una continuación de la vida, aunque a veces este proceso, en ciertas etapas del mismo reúne las características de una enfermedad.

Aclarado lo anterior, el embarazo en adolescentes desde el modelo médico ha sido definido como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica, que es el tiempo transcurrido a partir de la menarca o primera menstruación hasta completar dos años de producirse el periodo menstrual (Rivero, Schinini, Feu, González & Villalba 2001); para esta

investigación de tipo psicológico éste concepto se aplicará a personas menores de 20 años. Éste fenómeno en la mayoría de sociedades y culturas ha implicado una situación indeseable, un acto de censura especialmente para la joven; tanto es así que, el embarazo en esta etapa ha sido asociado con pobreza, reducción de oportunidades, y llamado caso especial para los servicios de salud, constituyéndose en un problema de salud pública, que afecta el desarrollo psicosocial de la madre y de su hijo, además de su entorno familiar, social y económico (Pulido y Cols, 1998).

Cuando la adolescente se embaraza inicia un proceso de toma de decisiones, hasta decidirse por una, que comúnmente es el aborto, o por el contrario se da a luz al hijo, pero este se da a la crianza de los abuelos o a entidades que velan por ello. Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, especialmente del orden psicosocial, que ocurre en todos los estratos sociales, razas y naciones sin tener las mismas características en todos ellos. (Profamilia 2000).

Esa preocupación psicosocial que ha suscitado el embarazo en las adolescentes de Colombia se ha visto desde hace ya unos 30 años, por las múltiples consecuencias que trae consigo. Así, en lo psicosocial el embarazo trae consecuencias adversas en la adolescente y sus familiares y aumenta la probabilidad de practica de aborto inducido. Así mismo se ve afectado el aspecto económico, por el aumento en los egresos y la dificultad para conseguir empleo, que muchos jóvenes buscan, como resultado de tener hijos. Un proceso similar sufre el sistema educativo, en donde las y los adolescentes

implicados deben ausentarse o peor aún desertan del colegio para realizar labores de cuidado y crianza.

De ahí que a la problemática deba dársele una búsqueda de soluciones interdisciplinarias, que es lo que el estudio psicológico de las actitudes puede aportar, en primer lugar detectando las posibles causas por las que dichos eventos ocurren y darle solución en esa etapa del proceso, así mismo como para frenar la aparición de las consecuencias que surgen a partir del embarazo propiamente dicho.

Consecuencias del Embarazo en Adolescente

Existen numerosas consecuencias que pueden aparecer a partir de un embarazo en adolescentes, tanto en el plano físico o biológico, en lo psicológico de cada individuo, así como también en el aspecto sociocultural de una comunidad en general; de las que podemos nombrar:

1. Un embarazo en una joven significa el rechazo; como mínimo de sus padres, familiares o amigos, aún en aquellos hogares donde la madre ha enfrentado problemas similares; igualmente se presenta el abandono por parte del compañero o por el contrario el inicio de una convivencia o matrimonio no planeado; igualmente puede ocurrir el retiro, al menos temporal, de los estudios; así como la recurrencia a intentos continuos de suicidio, o el suicidio en sí (Profamilia, 2000).

2. La posibilidad de morir en el parto de estas mujeres es dos veces mayor que en las mujeres de 20 a 29 años (Population Report, 1999).

3. Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto, ya que es la primera opción que toman los adolescentes en su desespero y confusión (Loaiza y Villamil, 2001).

4. Desde un punto de vista psicosocial, las investigaciones demuestran que los hijos de mujeres adolescentes experimentan más problemas de conducta y problemas en la escuela, que los hijos de mujeres adultas (Issler, 2001).

5. Las tasas de separación y divorcio son mucho mayores entre las parejas formadas de manera forzada por un embarazo no deseado; así como la paternidad temprana conlleva al abuso y el abandono infantil (Issler, 2001).

6. El hijo de padres adolescentes tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de muerte súbita. Lefrancois (2000) asegura que los niños de madres y padres adolescentes “tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral (p. 573).

7. Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y este pase a ser tarea solo de mujeres (Issler, 2001).

8. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos entre uno y otros más cortos, manteniéndose así el círculo

de la pobreza. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Ante esto Lefrancois (2000) dice que “es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras posibilidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección” (p. 573).

9. “Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo” (Lefrancois, 2000, p. 573). Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y se convierten en una población con riesgo potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia (Issler, 2001).

Este cúmulo de consecuencias, son las que motivan al estudio del tema del embarazo e adolescentes, ya que si se pudiera minimizar la aparición de la problemática, seguramente disminuirán las consecuencias y sus correspondientes porcentajes en la población joven de la región.

Marco Conceptual

Actitud

La actitud es una reacción favorable o desfavorable hacia alguien o algo que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento (Myers, 2000).

Adolescencia

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la

adulterez y consolida la independencia socioeconómica, y fija sus límites entre los 10 y 20 años (OMS citada por Mantilla y Cols, 2004).

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad es una dimensión de toda la persona, con diferentes posibilidades (placer, fecundidad, comunicación, vínculos afectivos, etc.), que puede vivirse en relaciones con diferente grado de compromiso, tanto por hombres como por mujeres, heterosexuales u homosexuales, jóvenes o viejos, etc. La forma concreta de organizar la vida sexual es personal, con un amplio margen de libertad, que debe implicar acuerdos recíprocos con la pareja, aunque también tiene una dimensión social (López, 2005). En el caso de esta investigación, el concepto aplica para las personas entre los 10 a 20 años.

Factor de riesgo

El concepto de riesgo indica la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo y que puedan afectar tanto el conjunto de potencialidades como deteriorar el bienestar y salud (Weinstein, 1992, citado por Krauskopf, 1994).

Embarazo en Adolescentes

El embarazo en adolescentes, desde el modelo médico ha sido definido como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica, que es el tiempo transcurrido a partir de la menarca o primera menstruación hasta completar dos años de producirse el periodo menstrual (Rivero & Cols, 2001); para nuestros intereses, como estudio psicológico abordaremos el embarazo en adolescentes como aquel que se presente en personas menores de 20 años.

Escala Likert

La escala Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta una serie de enunciados y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo una de las cinco posibles opciones de respuesta de la escala, muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo o muy desacuerdo. A cada punto se le asigna un valor numérico; así, el sujeto obtiene una puntuación respecto al ítem; al final se obtiene una puntuación total sumando los puntajes obtenidos en todas las afirmaciones (Hernández; Fernández y Baptista, 2003).

METODO

Tipo de estudio

La presente investigación está amparada por el enfoque cuantitativo con un tipo de estudio descriptivo transversal, como plantea Santander (1988) los estudios con el método descriptivo pretenden obtener información respecto al estado o situación actual de un problema o fenómeno; este método se limita a describir lo que existe en una determinada situación y así mismo es de mucha utilidad en la elaboración de diagnósticos, planeación de recursos, etc.

Coolican (1997) por su parte expone que si en un estudio sobre las actitudes los resultados se expresan de forma numérica, se les conoce como cuantitativo y se hace uso de la estadística descriptiva para presentar el resumen de los datos. También podemos nombrar a Danhke (citado por Hernández & Cols, 2003) que señala “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 54).

Así que como primer paso el estudio fue exploratorio, descriptivo, ya que el problema y la variable actitud ante riesgo de embarazo en la adolescencia, no se ha abordado desde el modelo psicológico en el contexto Departamental, más aún no se reporta ninguna investigación en el municipio de Belén.

Participantes

Participaron 128 estudiantes de los grados 9^o a 11^o de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, la cual se encuentra ubicada en la zona urbana del Municipio de Belén. Según el grado que cursan fueron: a) 30.46% de

grado noveno, b) 37.5% de grado décimo y, c) 32.04% del grado undécimo (ver Tabla 2).

Las edades de los participantes se encuentran en un rango de 14 a 20 años, el cual se dividió en adolescencia media, aquellos que con edades comprendidas entre los 14 y años que corresponden al 67.96% de estudiantes del estudio; y adolescencia tardía aquellos de 17 a 20 años, con un total del 32.04% de la muestra (ver Tabla 2).

Hubo participación de estudiantes de los dos géneros, de los cuales el 51.56% fue de género femenino y el 48.44% del masculino (ver Tabla 2).

En cuanto a la procedencia de los participantes de la investigación, el 28.13% correspondió a estudiantes de la zona rural y el 71.87% fueron estudiantes de la zona urbana (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Distribución total de los participantes.

Variables Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Edad				
14-17 (Adolescencia media)	87	67.96	87	67.96
18-20 (Adolescencia Tardía)	41	32.04	128	100
Grado				
9	39	30.46	39	30.46
10	48	37.5	87	67.96
11	41	32.04	128	100
Género				
Masculino	66	51.56	66	51.56
Femenino	62	48.44	128	100
Procedencia				
Rural	36	28.13	36	28.13
Urbana	92	71.87	128	100

Muestra

Para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó la formula (1) para poblaciones finitas:

$$\underline{n} = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{N \times e^2 + Z^2 \times p \times q} \quad (1)$$

$$N \times e^2 + Z^2 \times p \times q$$

En donde:

Z = nivel de confianza, el valor 1.96; según la tabla de distribución normal, para el 95% de confiabilidad.

N = universo, en este caso tiene un valor de 192 estudiantes.

p = probabilidad a favor, con un valor de .5.

q = probabilidad en contra, con un valor de .5.

e = error de estimación del 5%. Con un valor de .05.

n = tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$\underline{n} = \frac{(1.96)^2 \times (.50) \times (.50) \times 192}{(192) \times (.05)^2 + (1.96)^2 \times (.50) \times (.50)}$$

$$\underline{n} = \frac{184.3968}{1.4404}$$

$$\underline{n} = 128.01$$

Así se obtuvo que: $\underline{n} = 128$ estudiantes.

Además para dividir el número de participantes por cada grado, se usó la formula (2) de muestreo estratificado (ver Tabla 3).

$$\underline{f} = \frac{n}{N} \quad (2)$$

En donde:

\underline{f} = es la fracción de muestreo.

\underline{N} = universo, en este caso 193 estudiantes.

\underline{n} = tamaño de la muestra, que equivale a 128.

Reemplazando se tendría que la fracción es igual a:

$$f = \frac{128}{192}$$

Simplificando se obtuvo:

$$\underline{f} = \frac{2}{3}$$

Tabla 3.

Muestreo estratificado por grados.

Grado escolar	Estratos en la población	Determinación de estratos muestrales	Estratos en la muestra
Noveno	58	$58 \times 2 / 3$	39
Décimo	72	$72 \times 2 / 3$	48
Undécimo	62	$62 \times 2 / 3$	41
Total	192	$192 \times 2 / 3$	128

Fuente base de datos, Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Septiembre 28, 2007).

Técnicas de recolección y análisis de información

Para la recolección de la información se empleó dos técnicas. La primera fue un cuestionario de tipo cerrado, diseñado por el autor de este estudio,

denominado *Encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia* (ver anexo B), ésta se aplicó a un total de 14 estudiantes embarazadas o que estuvieron en ese estado seis meses antes de este estudio. La encuesta se realizó con el fin de comparar y analizar los resultados que se obtuvieron en la escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia.

El segundo formato fue una escala tipo Likert de actitudes llamada *escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en adolescentes*, diseñada por el autor de esta investigación (ver anexo A). Dicha escala fue el instrumento que se utilizó para responder a los objetivos planteados en la investigación. Esta escala como lo presentan Hernández & Cols (2003), consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

En el proceso de construcción de la escala se tuvo en cuenta el método desarrollado por Briones (1990), que consta de los siguientes pasos para su construcción (ver Figura 1):

1. Definición nominal de la actitud o variable que se va a medir: este paso consiste en diferenciar y/o clasificar objetos con base en la propiedad que se desea medir.

2. Operacionalización o recopilación de ítems o indicadores de la variable: en este paso se va a señalar la manera en que la variable será medida, se toman como indicadores las respuestas que las personas dan a un conjunto de proposiciones o afirmaciones.

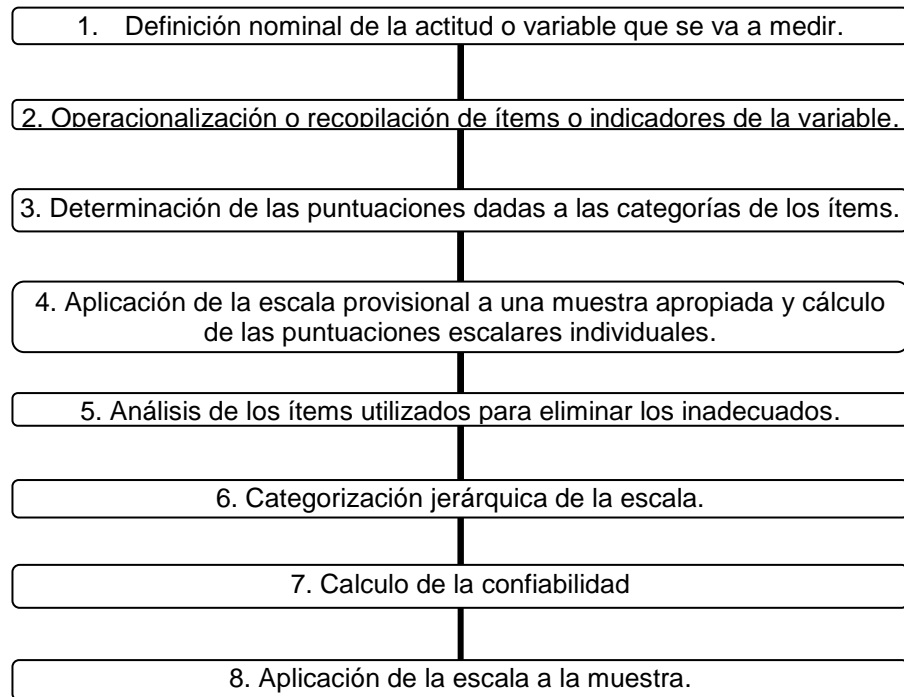


Figura 1. Esquema para la construcción y aplicación de la escala.

Las proposiciones que se presentan en forma de afirmaciones pueden ser negativas o positivas. Se dice que es negativa cuando se presenta la proposición con una redacción que indica una actitud contraria al objeto de referencia de manera que el hecho de estar de acuerdo con la afirmación, significa tener una actitud en esa dirección, las positivas son el caso contrario. Dentro de una escala se recomienda utilizar los dos tipos de ítems de igual manera; además es muy recomendable que las afirmaciones no excedan de aproximadamente 20 palabras (Hernández & Cols, 2003).

3. Determinación de las puntuaciones dadas a las categorías de los ítems. En este paso se utiliza el método de la *desviación sigma*; convencionalmente se usan los números 1, 2, 3, 4 y 5, para cada una de las categorías así: *Muy de acuerdo*: 5. *De acuerdo*: 4. *Indiferente*: 3. *Desacuerdo*: 2. *Muy en desacuerdo*: 1. *No responde o nulo*: 0; este método va a permitir cuantificar las respuestas que emiten los sujetos.

Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores obtenidos en cada ítem. En las escalas Likert a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT , en donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones; entonces una puntuación se analiza en el continuo 1-5 (Hernández & Cols, 2003).

4. Aplicación de la escala provisional a una muestra apropiada y cálculo de las puntuaciones escalares individuales. Los ítems escogidos se aplican a una muestra de la población objeto de estudio, con el fin de obtener los ítems que se descartarán, según su nulo o bajo poder de discriminación. Las puntuaciones escalares individuales se encuentran sumando para cada uno las puntuaciones de cada ítem, según su acuerdo o no. Se debe tener muy en cuenta las proposiciones negativas y las positivas en su puntuación, ya que las negativas en una respuesta de acuerdo puntúa, o sea, 4, que es su verdadero valor, y una positiva que puntúa de acuerdo, o sea, 4, su valor verdadero es el contrario 2 (Briones, 1990).

5. Análisis de los ítems utilizados para eliminar los inadecuados. Con el fin de establecer el poder de discriminación, es decir, la capacidad de diferenciar a las personas en la actitud medida según los fines propuestos en

toda medición, se utilizará el método de correlación ítem-escala, que es con el cual se establece la consistencia interna de los ítems; así se establece la correlación que puede haber entre la puntuación asignada a cada ítem por persona y el valor escalar total de la misma, para el cálculo se utiliza el *coeficiente de correlación r de Pearson* o el *coeficiente gamma*. Los ítems seleccionados son aquellos que tienen la correlación más alta (Briones, 1990).

6. Categorización jerárquica de la escala. suele hacerse en forma arbitraria tanto en lo que se refiere al número de categorías como a los límites numéricos de cada una.

7. Cálculo de la confiabilidad; se debe someter la prueba a métodos de confiabilidad y validez estadística.

8. Aplicación de la escala a la muestra.

Así, en el estudio se llevaron a cabo todos los pasos mencionados, de los que se obtuvo una escala 57 ítems. La escala final se obtuvo a partir de un proceso de pilotaje con un grupo de 30 estudiantes de los dos géneros de la Institución Educativa Agropecuaria La Esperanza del municipio de Belén.

Finalmente, obtenida la confiabilidad y validez de la escala, ésta se aplicó a la muestra de investigación, se plantearon y analizaron los resultados, por último se plasmaron las conclusiones del estudio.

Categorías de Evaluación

En la investigación se evaluó la variable actitud ante el riesgo de embarazo en la adolescencia; en primer lugar teniendo en cuenta las diferentes variables demográficas edad, género, contexto o grado que cursan, así como la procedencia de cada individuo, que puede ser rural o urbana.

En segundo lugar se hizo una evaluación de cada uno de los tres componentes de las actitudes, como son el afectivo, el cognitivo y el conductual. Estos componentes se evaluaron de la siguiente manera:

1. Componente cognitivo: siguiendo los planteamientos del marco teórico de esta investigación, se estudió en los ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 12, 15, 17, 19, 20, 23, 26, 28, 32, 34, 40, 44, 45, 47, 50, 52, 54, 56 y 57. Para un total de 24 afirmaciones (ver anexo A).

2. Componente afectivo: éste se evaluó en las afirmaciones numeradas en la escala así: 7, 8, 11, 14, 24, 25, 30, 31, 35, 36, 41, 46, 48 y 49. en total 14 ítems (ver anexo A).

3. Componente conductual: se estudiaron las actitudes en este componente en los ítems: 5, 9, 10, 13, 16, 18, 21, 22, 27, 29, 33, 37, 38, 39, 42, 43, 51, 53 y 55. Con 19 enunciados en la escala (ver anexo A).

Finalmente se evaluaron los factores de riesgo determinados en marco teórico de este estudio, como son: factores biológicos, factores psicológicos, factores sociales y factores culturales, así:

1. Para los factores biológicos se tuvo en cuenta aspectos como la edad de maduración sexual, la menstruación y los cambios físicos que se producen en las personas, estos factores se encuentran discriminados en los ítems 1 hasta el número 4 de la escala (ver anexo A).

2. En tanto que en los factores psicológicos se evaluaron en los ítems 5 hasta el ítem 35 del cuestionario (ver anexo A), que se caracterizan por el acceso temprano a la actividad sexual, la percepción de invulnerabilidad y los problemas emocionales, la monogamia continua, el conocimiento y utilización

de métodos anticonceptivos, el tiempo que pasa entre el inicio de relaciones sexuales y el uso de métodos de planificación, así como la influencia de las sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales.

3. Los factores sociales evaluados están contenidos entre los ítems 36 hasta el ítem 52 de la escala (ver anexo A), se caracterizan por la influencia de la familia en la adquisición de riesgos, la presión de los amigos o compañeros, los medios de comunicación, así como los problemas socioeconómicos y la falla en educación en los programas de educación sexual.

4. Finalmente las afirmaciones que contiene el factor cultural, fueron aquellas relacionadas con las costumbres, creencias religiosas y tabúes, que se encuentran inmersas desde el ítem 53 hasta el 57 de la escala (ver anexo A).

Procedimiento

Para efectos de la investigación se desarrolló un cronograma de actividades proyectado para nueve meses, contados a partir del mes de septiembre del año 2007 hasta el mes de mayo del año 2008 (ver anexo F). Durante los primeros meses de ejecución, se planteó el tema de investigación y se llevó a cabo una revisión bibliográfica extensa, en donde se encontraron los antecedentes mencionados. Luego se delimitó la magnitud del problema tanto en la población de Belén, como en la misma Institución educativa, de lo cual se planteó el objetivo de estudio: *Describir las actitudes de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño) frente al riesgo de embarazo en la adolescencia*; para tal efecto se realizaron entrevistas personales y reuniones con los directivos de la

institución, los cuales brindaron la información y apoyo necesario para el desarrollo de la investigación.

Delimitado el estudio se definieron el marco teórico, antecedentes, contextualización, marco conceptual y los aspectos relacionados con el método de investigación, como son, el tipo de estudio, la selección de la muestra y la técnica de recolección de la información, la cual fue la escala tipo Likert.

Terminados estos pasos se comenzó a formular los ítems de la escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia. En primer lugar, se dispuso de un cuestionario de 101 ítems (ver anexo C), que fue evaluado en su redacción por dos profesionales de Psicología. Posteriormente se llevó a cabo un proceso de pilotaje o prueba piloto (ver anexo D-E), a un total de 30 estudiantes de la Institución Educativa La Esperanza escogidos mediante el mismo método de muestreo utilizado en esta investigación. La escala fue respondida de forma individual en un tiempo promedio de 40 minutos; de este proceso se obtuvieron igualmente la consistencia y confiabilidad de las afirmaciones,

Para obtener la consistencia se empleó el coeficiente biserial, el cual se calculó a cada uno de los ítems; a través de la fórmula (3) así:

$$r_b = \frac{m_p - m_x}{S_x} \cdot \frac{P}{y} \quad (3)$$

En donde:

r_b = correlación biserial.

M_p = media en el test de los sujetos que aciertan el ítem.

M_x = media del test

\underline{P} = proporción de los sujetos que aciertan el ítem.

$\underline{S_x}$ = desviación típica del test.

\underline{y} = ordenada correspondiente al valor de la puntuación típica en la curva normal que deja por debajo un área igual a P, estos valores vienen dados por tablas estadísticas, para cada valor de P (ver anexo D-E).

El *coeficiente de correlación biserial*, es una estimación de la correlación de Pearson, es decir que esta en un parámetro entre -1 y 1, en donde los valores que más se acercan a 1, se correlacionan positivamente con el test. Para este caso se tomó aquellos que tuvieron un valor superior a .60, vale recordar que el coeficiente biserial puede dar valores superiores a 1 si alguna de las variables es bimodal, los ítems con estos valores también se toman para la escala.

Ejemplo:

Ítem 1: Los hijos de adolescentes son más sanos y fuertes.

$$\underline{M_p} = 1.6$$

$$\underline{M_x} = 2.5$$

$$\underline{P} = .32$$

$$\underline{S_x} = 1.25$$

$$\underline{y} = 0.3576$$

Reemplazando se obtuvo:

$$\underline{r_b} = \frac{1.6 - 2.5}{1.25} \times \frac{.32}{.3576} =$$

$$\underline{r_b} = -.72 \times .8949 =$$

$$\underline{r_b} = -.64 \text{ ítem sin consistencia interna.}$$

La fórmula fue aplicada a cada uno de los ítems, los valores del coeficiente de correlación biserial de todos los ítems de la prueba se indican posteriormente (ver anexo D-E).

La confiabilidad y validez de la escala, se establecieron por medio del método par-impar, aquí los resultados de la prueba piloto se dividieron en dos partes iguales, pares e impares. Con cada una de las partes se calculó el coeficiente de *correlación de Pearson o correlación lineal*; es decir, se obtuvo la correlación de los valores de la mitad par con relación a los puntajes totales de la escala, el mismo procedimiento se hizo con la mitad impar. Para encontrar el coeficiente de correlación de Pearson (r), se utilizó el programa Microsoft Excel y el programa STATS, del que resultó:

El Coeficiente de correlación de Pearson para la mitad impar (r_i) fue de $r_i = .7983$, esto indica un valor alto de la parte impar. En tanto que en la mitad par, el coeficiente de correlación (r_p), fue de $r_p = .8585$, lo que también demuestra un valor positivo. Así, finalmente, para el calcular el coeficiente de correlación de toda la escala se usó la fórmula (4):

$$r = \frac{2 \cdot r_i \cdot r_p}{1 + r_i \cdot r_p} \quad (4)$$

En donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson.

r_i = coeficiente de correlación mitad impar de la prueba.

r_p = coeficiente de correlación mitad par de la prueba.

Reemplazando obtenemos que:

$$r = \frac{2 \cdot (.9266) \cdot (.9145)}{1 + (.9266) \cdot (.9145)} =$$

$$1 + (.9266) (.9145)$$

$$r = .91$$

El resultado fue de .91, lo que indica correlación alta en la escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia es alta. Este valor resulta muy positivo si se tiene en cuenta que en la medición de actitudes se espera que los resultados sean mayores a .80; en casos de difícil precisión son aceptados puntajes desde .70.

Al finalizar este procedimiento se descartaron un total de 44 ítems, los cuales en la prueba piloto (ver anexo C), aparecen numerados en el siguiente orden: 1, 2, 4, 6, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 23, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 48, 49, 54, 56, 60, 64, 65, 66, 68, 69, 73, 74, 76, 78, 83, 84, 91, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 100 y 101. La escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia final quedó constituida por 57 ítems (ver anexo A), que se establecieron según el valor del coeficiente de discriminación, igualmente se corrigieron según las opiniones de los estudiantes evaluados. La escala final se aplicó a la muestra de 128 estudiantes de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén.

En tanto que la *Encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia*, se aplicó como prueba piloto a 5 adolescentes embarazadas que terminaron hace menos de dos años su bachillerato en la Institución Educativa, de la que se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de .85, a través del método test-retest lo que la hizo válida y confiable. Finalmente el cuestionario fue aplicado a 14 estudiantes embarazadas.

Como paso final, por medio de la estadística descriptiva se realizó el análisis de los resultados, de las variables sociodemográficas. Así mismo, se evaluaron

cada uno de los componentes de las actitudes y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioculturales planteados. Para las gráficas y estimaciones se utilizó los programas Excel de Microsoft Office y el programa STATS.

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados de la investigación *actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia*, la cual se llevó a cabo con estudiantes de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén.

En primera instancia se muestran las respuestas obtenidas en el primer formato de investigación, *encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia*.

En segundo lugar se indican y analizan los resultados obtenidos del instrumento, *escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia*.

Posteriormente se aborda el análisis de los objetivos específicos, exponiendo primero el que responde a identificar las actitudes ante el riesgo de embarazo según las variables sociodemográficas edad, género, procedencia y grado, proceso que se hizo contrastando cada ítem con cada una de las variables sociodemográficas, utilizando la prueba Chi cuadrado. Luego los objetivos referentes a los componentes cognitivo, afectivo y conductual. Finalmente se analizan en los factores de riesgo biológico, psicológico, social y cultural.

Resultados encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia

El primer instrumento aplicado fue la encuesta de *factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia* (ver anexo C), cuestionario de tipo cerrado con única respuesta que fue respondido en un tiempo promedio de 20 minutos, por un total de 14 estudiantes de género femenino cuyas edades oscilan entre los 15 y 20 años y la edad promedio es 17 años. De las participantes, el 21.42% se

encontraban en embarazo, mientras que 71.43% eran madres y el 7.15%, que corresponde a un caso había sufrido un aborto (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Distribución de estudiantes embarazadas

Variables Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Edad				
15-17	9	64.28	9	64.28
18-20	5	35.72	14	100
Grado				
10	3	21.43	3	21.43
11	5	35.72	8	57.15
Retirada	2	14.28	10	71.43
Bachiller	4	28.57	14	100
Procedencia				
Rural	13	92.85	13	92.85
Urbana	1	7.15	14	100
Estado civil				
Soltera	13	92.85	13	92.85
Unión Libre	1	7.15	14	100

En cuanto al nivel de educación, el 14.28% se hallaban cursando grado octavo y se retiraron de sus estudios, el 21.43% estaban en décimo, el 31.72% en undécimo y un 28.57% eran bachilleres de la Institución. Acerca de la procedencia, el 92.85% pertenecían a la zona urbana y el 7.15% a la rural. El 92.85% eran solteras y el 7.15% estaban en unión libre (ver Tabla 4).

Sistematización de ítems

Ante cada pregunta del cuestionario, se describe tanto la frecuencia, la frecuencia acumulada, el porcentaje y el porcentaje acumulado de cada respuesta.

1. ¿Ha recibido información acerca de la sexualidad?

El 100% de las encuestadas ha recibido información acerca de la sexualidad. Entre los aspectos que se han enterado posiblemente se encuentra la prevención del embarazos, anticoncepción, entre otros (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 1

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
SI	14	100	14	100
NO	0	0	14	100

2. ¿De quién ha recibido mayor información acerca de la sexualidad y la prevención de embarazos?

El 35.71% de las estudiantes dice que la información recibida acerca de la sexualidad proviene de los profesores; el 21.43% responde que de los medios de comunicación, en tanto que el 14.28% contesta que de los padres, un valor similar tienen las opciones amigos y los profesionales de la salud. Esto nos indica que las fuentes de información que tienen acerca de temas sexuales de las estudiantes son múltiples, razón por la cual no se podría decir que una de las causas para que aparezca esta situación es la desinformación; aunque no se puede afirmar que los conceptos que reciben sean los adecuados. Este factor es muy relevante ya que el desconocimiento o la inexperiencia en ciertos aspectos de lo sexual son las causas de la aparición no solo del embarazo, sino también de las ITS, abuso o violencia y hasta el aborto.

3. ¿A que edad tuvo su primera menstruación?

La edad promedio del inicio del periodo menstrual en las participantes fue los 12.2 años, con una edad mínima de 10 años y máxima de 15 años. Este aspecto resulta muy relevante ya que el periodo menstrual es una de las señales físicas que muestra la fertilidad de una mujer, la cual asociada con el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, son factores que incrementan el riesgo de un tener embarazo en la adolescencia.

4. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

La edad más baja en el inicio de relaciones sexuales fueron los 12 años y la más alta 17; así, la edad promedio fue los 15 años. Igualmente se encuentra que entre los 12 y 13 años iniciaron relaciones sexuales el 21.43% de encuestadas, mientras que el 42.85% lo hizo entre los 14 y 15 años y finalmente el 35.72% entre los 16 y 18 años (ver Tabla 6).

Tabla 6.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 4

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
12-13	3	21.43	3	21.43
14-15	6	42.85	9	64.28
16-18	5	35.72	14	100

5. ¿Su primera relación sexual fue planeada?

El 50% responde que su primera relación sexual fue planeada, mientras que para el otro 50% su primera relación no lo fue, lo que indica que existen otro tipo de factores asociados al inicio en la actividad sexual, como la presión de la pareja, la influencia de terceros, etc. Aspectos que se detallaran adelante cuando se analicen las razones de inicio en las relaciones cóitales.

6. ¿Con quien tuvo su primera relación sexual?

El 100% de las estudiantes responde que iniciaron relaciones sexuales con el novio. Lo que demuestra que el inicio de la actividad sexual tiene un fuerte nexo con el aspecto afectivo de las personas, ya que esta situación implica una de las grandes experiencias que marcan el proceso de desarrollo de cada persona, por lo cual cada uno busca que ese momento sea especial y más aún en las mujeres.

7. ¿Para que usted tuviera relaciones sexuales quién influyó?

El 85.72% de las participantes responde que nadie influyó para tener relaciones sexuales, es decir, que la decisión fue propia, mientras que el 7.14% responde que intervinieron los amigos o amigas y el mismo porcentaje dice que el novio o pareja. Esto demuestra que entre los planes de la pareja se encuentra el mantener contacto sexual, pero como se describió anteriormente, las relaciones no son totalmente planeadas, es decir ocurren espontáneamente o si la ocasión requiere.

8. ¿Cual fue la razón para tener su primera relación sexual?

Tabla 7.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 8

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Quería tenerla	9	64.29	9	64.29
Presento oportunidad	3	21.43	12	85.72
Presión o chantaje	2	14.28	14	100

64.29% de las estudiantes contestan que el motivo por el cual iniciaron relaciones sexuales fue el gusto por tenerlas, mientras que el 21.43% responde

porque se presentó la oportunidad y un 14.28% dice que la presionó o chantajeó su pareja (ver Tabla 7).

9. ¿Pensó en tener relaciones sexuales porque sus amigos o amigas ya lo habían hecho?

El 100% de participantes responde no, ante la pregunta. Aunque en el ítem 7 se encontró que las participantes tuvieron influencia del grupo de pares para tener contacto sexual, lo que se puede explicar como que dicho grupo propició los espacios para el encuentro y las relaciones, más no fueron las experiencias sexuales de los amigos o amigas la causa para el inicio propio de las actividad cóital.

10. ¿Mantiene relaciones sexuales actualmente?

85.72% de las encuestadas responde tener relaciones sexuales actualmente, mientras que el 14.28 contesta lo contrario.

11. ¿Utiliza algún anticonceptivo en las relaciones sexuales actuales?

De las estudiantes que respondieron si tener actividad sexual actualmente, el 83.3% usa métodos de planificación, mientras que un 16.7% no lo hace. Resulta preocupante encontrar esta situación, ya que ese 16.7% de adolescentes muy probablemente tendrán otro embarazo, ya que un alto porcentaje de ellas se embarazó por abstenerse de usar anticonceptivos.

12. ¿Usted ha consumido alcohol?

El 85.72% ha consumido alcohol, mientras que el 14.28% no lo ha hecho. La pertinencia de esta interrogante radica en las dos preguntas siguientes, referentes al alcohol en las relaciones sexuales.

13. ¿El alcohol hace que usted sienta más deseos de tener relaciones sexuales?

El 61.54% no lo ha sentido deseos de tener relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, mientras que el 38.46% manifiesta afirmativo ante la situación nombrada.

14. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol?

64.28% de las estudiantes no han tenido contacto sexual bajo efectos del alcohol, mientras que el 35.72% si lo ha hecho. Este factor resulta muy relevante para quienes tuvieron relaciones en estado de ebriedad ya que como se indico en los antecedentes de esta investigación, el alcohol coadyuva a que las personas realicen acto donde ponen en riesgo su bienestar, en este caso tener contactos sexuales sin protección para evitar un embarazo o el contagio de una ITS.

15. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales?

El promedio de parejas con las que han mantenido relaciones sexuales es 1.14. De esta manera el 85.72% mantuvieron contacto sexual con una persona, mientras que el 14.28% lo ha hizo con dos parejas. Los estudios que se mencionaron al comienzo de esta investigación indicaron que al iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años se tiene una mayor probabilidad de tener embarazos en la adolescencia y que estos sean de personas diferentes. En este caso la edades promedio de las participantes fueron los 15 años, razón por la que probablemente alguna de ellas tendrá otro embarazo en su adolescencia, si no se llevan a cabo las medidas adecuadas para evitarlo.

16. ¿A que edad tuvo su primer embarazo?

La edad promedio del primer embarazo es 15.71 años, con una edad mínima de 13 años y una máxima de 19 años. Este valor confirma lo encontrado por Profamilia (2005) en Colombia, ya que la edad promedio de embarazo en el país son los 15 años.

17. ¿Su embarazo fue planeado?

Para el 92.85% de las adolescentes el embarazo no fue planeado, el 7.15%, que corresponde a un caso, contesta que si lo programó. La situación encontrada en Colombia se confirma en este estudio, ya que el Ministerio de Protección Social aduce que la mayoría de embarazos de adolescentes no son proyectados.

18. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

De las participantes, solo el 7.15% ha tenido dos embarazos, mientras que el 92.85% se han embarazado una vez. Como se planteó anteriormente, el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas no solo mantener contactos sexuales más frecuentes, sino a que estos sean con parejas diferentes, lo que puede conllevar a embarazos múltiples, como ocurrió con el 7.15% de evaluadas.

19. ¿Actualmente está embarazada?

El 21.43%, que corresponde a tres estudiantes, se encuentran actualmente embarazadas, el 78.57% restante ya terminaron su embarazo.

20. ¿En su primera relación sexual quedó embarazada?

Solamente el 7.15% de las estudiantes quedó en embarazo en su primera relación sexual, mientras que el 92.85% contesta que no fue así. Este valor resulta positivo, aunque un alto porcentaje de ellas se embarazó en el primer

semestre después de la primera relación sexual; de ahí que sea muy importante la planificación familiar si no se puede aplazar el inicio de la actividad sexual.

21. ¿Antes de embarazarse, pensaba que un embarazo no le podía pasar a usted?

De las participantes, el 64.28% responden que no pensaron que a su edad ocurriría un embarazo, en tanto que el 37.72% responde diferente. Lo que demuestra que entre las adolescentes, previo a su estado de gestación, existió el pensamiento de invulnerabilidad redactado en el marco teórico del presente estudio. Este aspecto se presenta en la medida en que los y las adolescentes tienen relaciones sexuales y sin medidas de protección, manteniendo a su vez la idea de que ellas no se embarazaran, pero otras personas si lo harán. Al confirmarse que las estudiantes utilizan como medida de cuidado dicha creencia, un programa de intervención efectivo debe considerar el manejo adecuado de dicho pensamiento irracional.

22. ¿Alguna vez pensó en embarazarse para retener a su pareja?

El 7.15% responde que si pensó embarazarse para retener a su pareja, mientras que el 92.85% restante opina diferente.

23. ¿Sabía usted que teniendo relaciones sexuales se iba a embarazar?

92.85% de las estudiantes sabían que manteniendo actividad sexual se podían embarazar, mientras que 7.15% afirman que lo desconocían. Esta situación se podría definir desde el pensamiento de invulnerabilidad, que como se observó anteriormente, se presentó en un alto porcentaje de las adolescentes, lo que indica que el conocimiento de los eventos adversos de la sexualidad, no necesariamente representan la toma de medidas de prevención

adecuadas, es decir, que más que la falta de información sobre el tema, otro sinnúmero de factores intervienen para desencadenar el embarazo.

24. ¿Cual de las siguientes razones fue por la cual usted se embarazo?

El 57.12% dicen que no planificaban, en tanto que el 14.28% afirma que dejó de planificar; el 7.15% de las estudiantes deseaban tener un hijo, porcentaje similar contestaron que les falló el método de planificación, igual número de estudiantes desearon de tener hijos con la pareja y el mismo 7.15% respondieron que ninguna de las anteriores opciones (ver Tabla 8). Aunque resulta interesante encontrar adolescentes que planificaban para no embarazarse, es muy preocupante encontrar que la gran mayoría de ellas no usaban dichos métodos, razón por la cual esta situación, al igual que las anteriores, se convierte en uno de los factores de riesgo que asumen las adolescentes de la institución, y como los mencionados debe contemplarse como prioritario a la hora de diseñar medidas de prevención.

Tabla 8.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 24

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Quería tener un hijo	1	7.15	1	7.15
Deseo de tener hijos en pareja	1	7.15	2	14.3
No planificaba	8	57.12	10	71.42
Dejó de panificar	2	14.28	12	85.7
Le falló el anticonceptivo	1	7.15	13	92.85
Ninguna	1	7.15	14	100

25. ¿Ha abortado alguna vez?

Respecto a este interrogante, se encuentra que 14.28% de las estudiantes, que fueron dos participantes, responden haber abortado alguna vez, mientras que el 85.72% de ellas contestaron que no lo han hecho. El resultado hallado indica y fortalece la afirmación que se planteó, acerca de que una adolescente que tiene un embarazo, es muy probable que vuelva a repetir dicha situación, en este caso con un aborto en su primera gestación.

26. ¿En su embarazo actual pensó en abortar?

El 35.71% de las participantes afirma que deseó abortar en su embarazo, mientras que el 64.29% no lo pensaron así. Este valor indica que aunque no se cometa dicho acto, la idea de suspender el embarazo es algo que se presenta constantemente ante la idea de ser madre a temprana edad.

27. ¿Para usted los días en que una mujer se puede embarazar son?

Los resultados encontrados indican que el 50% de las estudiantes desconocen los días fértiles de la mujer, mientras el 50% restante afirma que los días intermedios de su periodo menstrual, respuesta que es correcta. Respecto a estas respuestas, resulta muy preocupante que adolescentes que ya son madres desconozcan la realidad acerca de aspectos esenciales de su sexualidad. Es así como en este ítem, 28.57% de las estudiantes dijeron que en el sangrado menstrual es donde hay más riesgo de embarazarse, 14.58% contestaron que antes que inicie el sagrado y 7.15% respondieron que en cualquier momento del periodo. Como se había expuesto en el ítem 2, los y las adolescentes mantienen información acerca de la sexualidad, pero como aquí se observa, los conceptos que tienen parece ser que no son adecuados o están distorsionados.

Tabla 9.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 27

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Días intermedios del periodo menstrual	7	50	7	50
Los primeros días del periodo menstrual	4	28.57	11	78.57
Antes que comience el sangrado	2	14.58	13	93.15
En cualquier momento	1	7.15	14	100

28. ¿Para usted cuales son las personas que tienen mayor riesgo de embarazarse en la adolescencia?

64.28% de las participantes afirmaron que las mujeres que no planifican tienen mayor riesgo de embarazarse a edad temprana, 7.15% dijeron que las jóvenes que no estudian, el mismo porcentaje respondió que aquellas personas menores de 15 años, finalmente el 21.42% contestaron que cualquier mujer, sin importar su edad, clase social, estado civil, entre otras.

29. ¿Planificar para usted es?

Para el 50% de las encuestadas planificar implica la palabra cuidarse, mientras que para el otro 50% planificación familiar es decidir cuando y cuantos hijos tener. Lo que indica al igual que los otros enunciados, que existe mucha desinformación en factores relevantes de la sexualidad.

30. ¿Conoce algún método de planificación familiar?

El 100% de las estudiantes responde conocer algún método anticonceptivo y como se encontró en el ítem 24 una cantidad considerable de ellas hacia uso de estos métodos antes de su embarazo.

31. ¿Cuál o cuáles métodos de planificación conoce?

Entre los métodos conocidos por las estudiantes se encuentran el condón, la píldora, el DIU, los métodos inyectables y orales.

32. ¿Antes de su embarazo usaba algún método de anticoncepción o planificación diferente al condón, en sus relaciones sexuales?

El 57.14% de la entrevistadas contestó no haber usado ningún tipo de anticonceptivo diferente al condón en sus relaciones sexuales; el 42,86% respondió si haberlos usado.

33. ¿La razón por la que no uso anticonceptivos diferentes al condón, antes de su embarazo fue?

De las participantes que dijeron no haber usado anticonceptivos diferentes al condón, el 42.85% adujeron que sentían vergüenza de sus parejas, el mismo porcentaje de estudiantes dijo porque le daba miedo usarlos y el 14.3% porque son costosos. Lo que demuestra que no sólo la desinformación es un factor relevante a la hora de tomar medidas preventivas para no embarazarse, sino que aspectos del orden psicológico como la habilidad para tomar decisiones adecuadas también interfieren para que se presente esta situación.

34. ¿Antes de su embarazo asistió a recibir información sobre anticoncepción en un centro de salud u hospital?

78.57% de las estudiantes afirmó no haber asistido a informarse sobre anticoncepción en un centro de salud u hospital, mientras un 21.43% si recibieron información en una IPS.

35. ¿Cual fue la razón para no asistir a un hospital o centro de salud a informarse sobre planificación?

De aquellas que no asistieron a informarse sobre planificación a un centro de salud, el 45.46% no encontró confianza en el personal de salud, el 18.18% respondió porque no quería ir, un mismo porcentaje porque sentían vergüenza y similar resultado porque confiaban en sus cuidados (ver Tabla 10). Lo que reafirma que entre los adolescentes no se encuentran bien fortalecidas las habilidades sociales para enfrentar este tipo de situaciones, así mismo hay que tener en cuenta que ciertos trabajadores de la salud no mantienen la ética y secreto profesional y en una población pequeña, como Belén este factor lo que crea es desconcierto y pérdida de credibilidad en las personas e instituciones.

Tabla 10.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 35

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Desconfianza en quien atiende	5	45.46	5	45.46
No quería asistir	2	18.18	7	63.64
Vergüenza	2	18.18	9	81.82
Confiaba en sus cuidados	2	18.18	11	100

36. ¿En las relaciones sexuales previas al embarazo usó preservativo o condón?

De las estudiantes el 78.58% responde que usó preservativo en sus relaciones sexuales previas al embarazo, mientras que el 21.42% no lo hizo.

37. ¿De quien fue la idea de usar preservativo?

De aquellas que usaron preservativo, el 90.9% afirma que la decisión de usarlo fue de la pareja; mientras que el 9.1% dice que la iniciativa fue propia.

38. ¿Le parece molesto usar condón en las relaciones?

El 50% respondió que usar preservativo en las relaciones sexuales es molesto, mientras que el 50% restante opinaron lo contrario.

39. ¿A su pareja le parece o le parecía molesto usar preservativos?

El 64,28% de las estudiantes afirmó que a su pareja le parecía molesto usar preservativos, en tanto que el 35.72% opinó que a su pareja no le afectaba el uso de este método. Este factor también es importante ya que indica que dentro de los hombres existe cierta tendencia a realizar acciones sin prever las consecuencias que puedan traer para su vida, en este caso un embarazo.

40. ¿Esta de acuerdo en que los y las adolescentes de su edad mantengan relaciones sexuales?

El 50% de adolescentes estuvo de acuerdo con que los y las adolescentes de su edad mantengan relaciones sexuales, el 50% restante opino lo contrario. Este resultado quizá se deba a que ellas no quisieran que a sus semejantes les sucediera algo similar a ellas como un embarazo a edad temprana.

41. ¿Acepta que los y las adolescentes de su edad planifiquen?

El 100% estuvo de acuerdo con la pregunta, lo que indica que para ellas planificar es algo importante, y para evitar que otras adolescentes se embaracen estas quizá recomendarían y aceptarían que se practique el uso de anticonceptivos.

42. ¿Conoce usted los métodos de planificación de emergencia?

28.58% de las estudiantes no conocen los métodos de planificación de emergencia, mientras que el 71.42% dicen que si saben de estas alternativas de anticoncepción.

43. ¿Alguna vez ha usado métodos de planificación de emergencia?

El 71.42% de adolescentes encuestadas no ha usado los métodos de planificación de emergencia, mientras el 28.58% dijeron que si lo han hecho. Esta situación demuestra que cuando se mantienen relaciones sexuales en la adolescencia y sin las medidas de protección adecuadas, se corre el riesgo de un embarazo y como aquí se observa, se opta por los métodos de urgencia para evitar que la gestación se pueda dar.

44. ¿En su municipio, para un adolescente conseguir anticonceptivos es algo fácil?

El 85.71% opinó que es fácil conseguir anticonceptivos, mientras que el 14.29 respondió lo contrario. Lo que indica que los métodos en si se dispensan en la población, lo que ocurre es que no se adquieren o usan, por los factores de tipo psicosocial que se han venido mencionando, como la falta de asertividad para solicitarlos, el miedo a la crítica o a la falta de privacidad del personal de salud, etc.

45. ¿Usted, ha comprado alguna vez preservativos?

78.57% afirmó no haber comprado preservativos, el 21.43% dijo lo contrario. Tal como se mencionó en el ítem anterior, está situación ocurre por factores de tipo psicosocial más que económicos o porque no quieren hacerlo.

46. ¿Por que no ha comprado preservativos?

De aquellas que no han comprado preservativos, 54.55% afirmaron que no lo han hecho por el temor a que otras personas se enteren, el 36.36% opinó que por vergüenza y el 9.09% por falta de dinero. Como se mencionó anteriormente el uso de anticonceptivos tiene un fuerte valor psicosocial al que se le debe prestar mucha atención para hacer prevención en la adolescencia.

47. ¿Piensa planificar en el futuro?

El 100% de las adolescentes encuestadas respondió que planificaran en el futuro, o en futuras relaciones sexuales. Pero como encontramos en ítems anteriores algunas de ellas que mantienen actividad sexual actualmente, a pesar de haber resultado embarazadas aun no mantienen los cuidados adecuados para prevenir una repetición de dicha situación. Es decir se mantiene el riesgo a pesar de conocer la situación que afrontaran.

48. ¿Recibió orientación de sus padres acerca de anticoncepción?

57.14% afirmaron que no han recibido información sobre anticoncepción de los padres, 42.86% de ellas dijeron que si fueron orientadas por su familia. Este factor demuestra que los y las adolescentes se informan acerca de sexualidad de fuentes diferentes a la familia o por el contrario prefieren quedarse con dudas, porque no encuentran el apoyo o no sienten la confianza que deberían en su hogar. A esto también se podrían sumar los temores que mantienen los padres y madres acerca de lo sexual.

49. ¿Sus padres sabían que había tenido relaciones sexuales antes de embarazarse?

71.42% de las estudiantes aseguraron que sus padres no sabían que ellas mantenían actividad sexual, mientras que 28.58% dijeron lo contrario. Lo que al igual que el ítem anterior demuestra que en la familia no existe una confianza en donde se expresen todo tipo de temores, dudas, experiencias, lo que en si lo que hace es acrecentar los riesgos, más que evitarlos.

50. ¿Cuando tenía alguna duda sobre sexualidad con quién la resolvía?

El 42.84% de las estudiantes no consultaba con nadie las dudas sobre sexualidad, el 14.29% preguntaba a un amigo o amiga, el mismo porcentaje a un docente, el mismo resultado lo hacían con personal de salud y el mismo 14.29% lo resolvían sus dudas con la madre. Este factor se produce porque los y las adolescentes no encuentran ningún respaldo en otros medios y aquellas que si hablan del tema lo hacen con temor o preguntando en tercera persona, esto para no verse involucradas en comentarios.

51. ¿A quien consultó para iniciar relaciones sexuales?

Para iniciar relaciones sexuales un 64.27% de las adolescentes no consultaron con nadie, un 35.71% le preguntaron a un amigo o amiga, mientras que un 7.15% se lo preguntó a la madre o a un docente. Igualmente para iniciar actividad sexual, las jóvenes no consultan a nadie, lo que comúnmente lleva a decepciones y frustraciones acerca del modo como se imaginaron ese momento.

52. ¿A quién le contó que mantenía relaciones sexuales?

En un 49.96% de los casos no le contaron a nadie, 28.57% le comentaron a un amigo o amiga, el 21.47% hablaron con la madre. Lo que confirma que las adolescentes deciden quedarse calladas antes que resolver sus dudas, esto debido a las consecuencias de rechazo que se produzcan por ello.

53. ¿Piensa que la televisión, radio, los periódicos, Internet u otro medio de comunicación incita a los y las adolescentes a mantener relaciones sexuales?

Para el 50% de las participantes los medios de comunicación incitan a que los y las adolescentes mantengan relaciones sexuales, en tanto que el otro 50%

respondió negativo a esta pregunta. Lo que demuestra que existe una percepción positiva de la publicidad ante lo sexual para las jóvenes.

54. ¿Cuál creencia mantuvo acerca de la prevención del embarazo?

De la lista de creencias mencionadas en las opciones del ítem, tan solo una estudiante, que corresponde al 7.15% creía que la orina mataba a los espermatozoides, en tanto que el 92.85% de las participantes no mantienen o mantuvieron ninguna de dichas creencias. Esto demuestra que cierto tipo de dogmas respecto a la sexualidad que hace unos años se mantenían, actualmente no han ido desapareciendo según evolución y cambio de la sociedad y la aceptación de las personas.

55. ¿En su familia la prepararon para evitar embarazarse?

El 78.57% de estudiantes no fueron preparadas en el hogar para evitar embarazarse, mientras que 21.43% de ellas dijeron que si fueron preparadas. Como ya se había mencionado este factor ocurre porque las adolescentes prefieren callar antes que resolver sus dudas y esto debido a la falta de confianza para dialogar o hacer preguntas sin que de ello surja alguna retaliación.

56. ¿En el colegio preparan a los y las adolescentes para prevenir embarazarse?

Ante la pregunta, el 78.57% de estudiantes dijeron que recibieron educación sexual en el colegio y sabían como evitar embarazarse, mientras que el 21.43% contestaron que no. Este factor indica que las instituciones educativas se preocupan por orientar a los y las estudiantes acerca de la sexualidad, pero

como veremos más tarde, la información que dan es poca o no es frecuente como para resolver las dudas que se generan en este campo.

57. ¿Estaba usted preparada para ser madre?

Al igual que en el ítem donde se preguntó si el embarazo fue planeado, aquí, el 92.85% de las encuestadas respondió que no se encontraban preparadas para ser madres, solo el 7.15% dijo que si lo estaba. Lo que reafirma los conceptos planteados que aseguran que las adolescentes no están listas o maduras como para realizar labores de crianza, así mismo se ratifican los hallazgos acerca de que los embarazos de las jóvenes por lo general no son planeados; lo que en muchas ocasiones puede llevar a la práctica del aborto, el abandono de niños o niñas, la deserción escolar, el desempleo, etc.

58. ¿Cuál fue la primera opción que considero cuando se enteró de que estaba embarazada?

La primera opción que consideraron el 57.14% fue la de tener a su hijo, 28.56% pensaron en abortar, mientras que 7.15% quiso irse de casa y retirarse del colegio (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Respuestas encuesta a embarazadas pregunta 58

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Tener su hijo	8	57.14	8	57.14
Abortar	4	28.56	12	85.7
Irse de casa	1	7.15	13	92.85
Retirarse del colegio	1	7.15	14	100

59. ¿Cual fue la respuesta de su pareja ante su embarazo?

El 71.43% dijo que sus parejas opinaron que debían tener el hijo, mientras que el 14.28% contesta que el novio les propuso abortar, un 7.15% responde que ellos no aceptaron dicha situación y el mismo porcentaje contestó que a ellas se les planteó casarse.

60. ¿Cual fue la respuesta de sus padres cuando se enteraron de su embarazo?

Así mismo, 71.43% de las estudiantes dijeron que sus padres optaron porque que tuvieran sus hijos y continúen sus estudios, el 14.27% respondieron que los padres aceptaron con naturalidad, mientras un 7.15% fueron expulsadas de su hogar y un mismo porcentaje contestó que los padres les expresaron que debían casarse. Este factor indica que los padres de una u otra forma no ven como opción abortar o detener su embarazo, aunque cabe resaltar que muchas de las adolescentes embarazadas informan de su estado cuando tienen avanzados meses de gestación, por lo cual los padres ya no ven la opción de terminar el embarazo como una solución; caso contrario ocurre cuando la gestación tiene pocos días o semanas.

61. ¿Piensa que el afecto es importante cuando se tienen relaciones sexuales?

92.85% de las estudiantes opinaron que el afecto es importante para mantener relaciones sexuales con alguien, en tanto que 7.15% dijeron lo contrario. Este aspecto indica del valor que tiene el afecto en las mujeres cuando inician sus relaciones sexuales, caso contrario, como aseguran diversos autores, sucede con los hombres, quienes mantienen actividad sexual con diferentes parejas y sin que ello implique una relación afectiva.

62. ¿Con su pareja hablaban acerca de tener relaciones sexuales?

De las participantes, el 71.49% opinó que conversaban con la pareja acerca de tener relaciones sexuales, mientras un 28.51% dijo que no lo hacía.

63. ¿Con su pareja hablaban acerca de usar algún método anticonceptivo si llegaban a tener relaciones sexuales?

El 100% contesta que dialogaba con su pareja acerca de planificar, si llegasen a tener relaciones sexuales. Aspecto que como se observó no llevaron a cabo un alto porcentaje de las encuestadas.

64. ¿Usted cree, que las mujeres son las únicas que deben planificar?

El 7.15% opinó afirmativo ante la pregunta, mientras que para el 92.85% planificar no sólo es cosa de mujeres. Lo que demuestra que para ellas la percepción que tengan los hombres acerca de la anticoncepción es muy importante, ya que las relaciones sexuales son algo que se hace en pareja, por tal motivo el deber de cuidarse y evitar consecuencias no planeadas tiene que ser de dos.

65. ¿Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?

35.71% de las estudiantes contestó que esta situación no puede ocurrir, mientras que el 64.29% restante tiene claro que en la primera relación sexual hay riesgo de embarazo. Ante esto, es común escuchar tanto a hombres como mujeres, no solo adolescentes, sino también a los adultos mantener ese tipo de creencias y como se observa en las encuestadas el porcentaje que opinaron afirmativo muy probablemente iniciaron relaciones bajo ese concepto y posiblemente otras adolescentes como ellas lo harán así mismo.

66. ¿En su familia alguien más se ha embarazado antes de los 20 años?

Profamilia (2005) planteaba que en una familia donde hayan sucedido embarazos en adolescentes había mucha probabilidad que este evento se repita en varias de las integrantes de ese hogar, de esta manera en el presente estudio se corrobora dicha situación, ya que los resultados indican que el 78.57% respondieron que en su casa alguien más había sufrido un embarazo antes de los 20 años, el 21.43% restante respondió negativo ante la pregunta.

67. ¿El embarazo ha obstaculizado las metas más próximas que ha planeado para su vida?

Un 64.28% de las adolescentes indica que el embarazo ha obstaculizado las metas más cercanas que tenían proyectadas, para el 35.72% el embarazo no ha frenado sus planes.

68. ¿Cree que podrá llegar a cumplir con los sueños y metas que planteó para su futuro?

El 85.71% de las estudiantes responde que las metas que se han propuesto si las llegaran a cumplir, en tanto que el 14.29% no lo cree así.

Resultados escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

Se presentan aquí los resultados obtenidos de la encuesta tipo Likert, *escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia* (ver anexo A). La escala fue respondida en un promedio de 35 minutos, por un total de 128 estudiantes de grados noveno, décimo y undécimo de la Institución Educativa Nuestra señora de Belén.

La aplicación de la escala permite obtener una puntuación total que resulta de la suma de los 57 ítems que componen el instrumento, de esta forma una

persona obtiene un resultado que viene dado por el rango de valores de la escala que se encuentra entre 1 y 5, es decir, cada participante como mínimo puede obtener un total 57 puntos, que es el producto de multiplicar el valor 1 por 57 que son los ítems y como puntaje máximo puede conseguir un valor de 285, que surge a partir de la multiplicación de 5 con 57.

Así, al aplicar la escala y realizar la tabulación de datos correspondiente, en primer lugar se obtuvo una media en los valores de los participantes de 164,47, con un valor mínimo de 135 en un individuo e igualmente en un participante un valor máximo de 189; la moda de los resultados es de 160, en tanto que la mediana es de 165, con una desviación estándar de 11.066.

Posteriormente se calculó la amplitud de los puntajes, mediante la fórmula, $P_{\text{máx}} - P_{\text{mín}} / 5$, en donde $P_{\text{máx}}$, es el puntaje máximo que se puede obtener, en este caso 285; $P_{\text{mín}}$. es el puntaje mínimo que se alcanza en la escala, para este estudio el valor es 57; el valor 5 viene dado por los rangos de calificación contemplados para la escala Likert.

Reemplazando, el resultado fue una amplitud de 45.5, que es la manera como se obtuvieron los rangos de calificación, así:

Entre 57 y 102.6 actitud con tendencia muy negativa.

Entre 102.7 y 148.2 actitud con tendencia negativa.

Entre 148.3 y 193.8 actitud neutra o indiferente.

Entre 193.9 y 239.4 actitud positiva y,

Entre 239 y 285 actitud muy positiva.

De esta manera al observar los resultados en la figura 2, se observa que la mayor parte de encuestados se encuentran en un rango intermedio, de los

datos estadísticos se obtuvo que el 93% de los y las estudiantes tuvieron en promedio una actitud neutra frente al riesgo de embarazo en la adolescencia, mientras que los 7% restantes tienen una tendencia negativa.

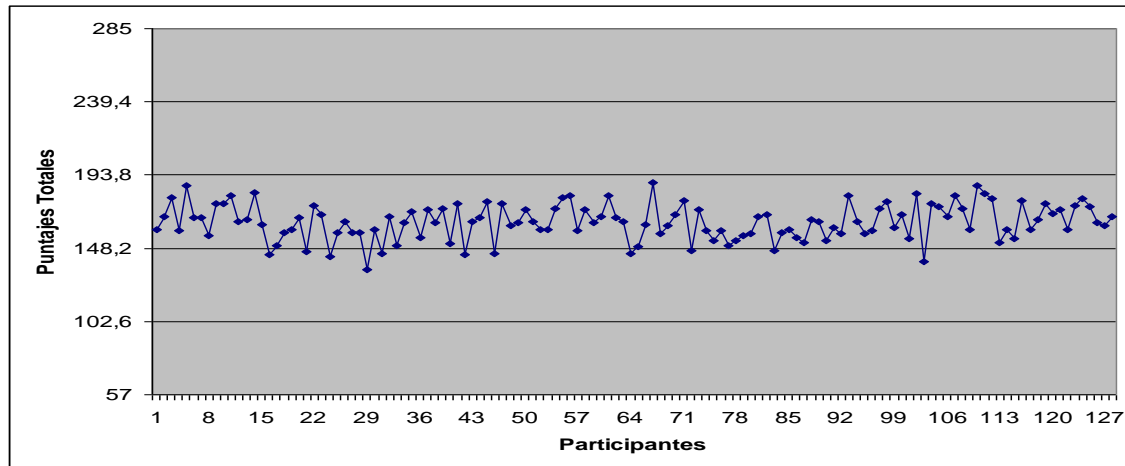


Figura 2. Resultados obtenidos por los participantes en la escala de actitudes

Respecto al valor obtenido en cada ítem, se tuvo en cuenta en primer lugar el proceso explicado en el apartado de construcción de la escala, en donde se dijo que las puntuaciones de la escala Likert se obtenían sumando los valores encontrados en cada afirmación. De esta manera, se calificó el promedio mediante la fórmula PT/NT , en donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de enunciados; entonces se halló el promedio de cada ítem de donde resultaron como ítems positivos aquellos cuyo valor fue igual o mayor a cuatro, entendiendo a éstos con los cuales los y las participantes estuvieron de acuerdo. Los ítems negativos fueron aquellos con valores inferiores o iguales a 2 y un ítem neutro o indeciso aquel el que tuvo un promedio igual a 3.

En el Anexo F, se muestran los valores totales obtenidos en cada ítem, el valor en cada opción de respuesta, la puntuación total, la desviación estándar de cada uno de ellos y también la media de cada uno. El valor promedio de la

escala fue de 2.94, lo que indica una tendencia o actitud neutra o indiferente de los y las participantes.

Entre los ítems con los puntajes más altos se encuentran el 2, 8, 15, 25, 26, 27, 30 y 55. Dentro de los enunciados con promedios más bajos están los ítems 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 35, 40, 41, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 54, 56 y 57, para un total de 28 afirmaciones; mientras que aquellos que mostraron una valoración neutra o indiferentes fueron el 1, 3, 4, 5, 6, 14, 20, 21, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 42, 43 44, 45, 49 y 53; con un total de 20 afirmaciones con esta tendencia. En la figura 3, se presenta la variabilidad de los promedios obtenidos en cada expresión.

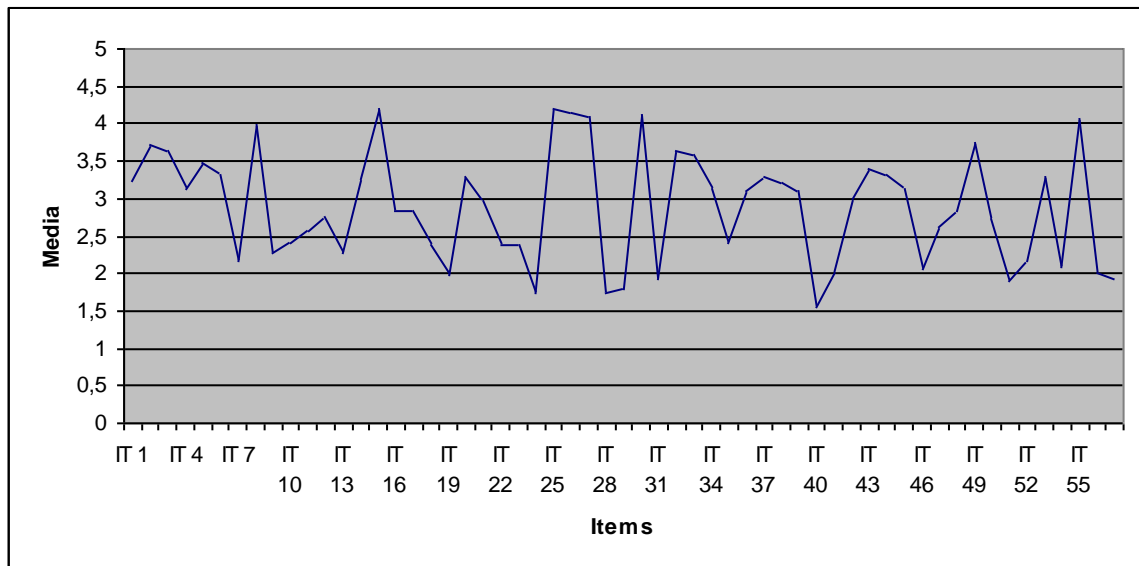


Figura 3. Promedio puntajes de cada ítem escala de actitudes.

Los valores totales obtenidos en cada enunciado se exponen en la figura 4. De estos, el valor máximo fue 539, mientras que el mínimo fue 199, con una media de 350.88, lo que al igual que los valores promedio de la escala, indica una tendencia o actitud neutra o indiferente en cada uno de los ítems.

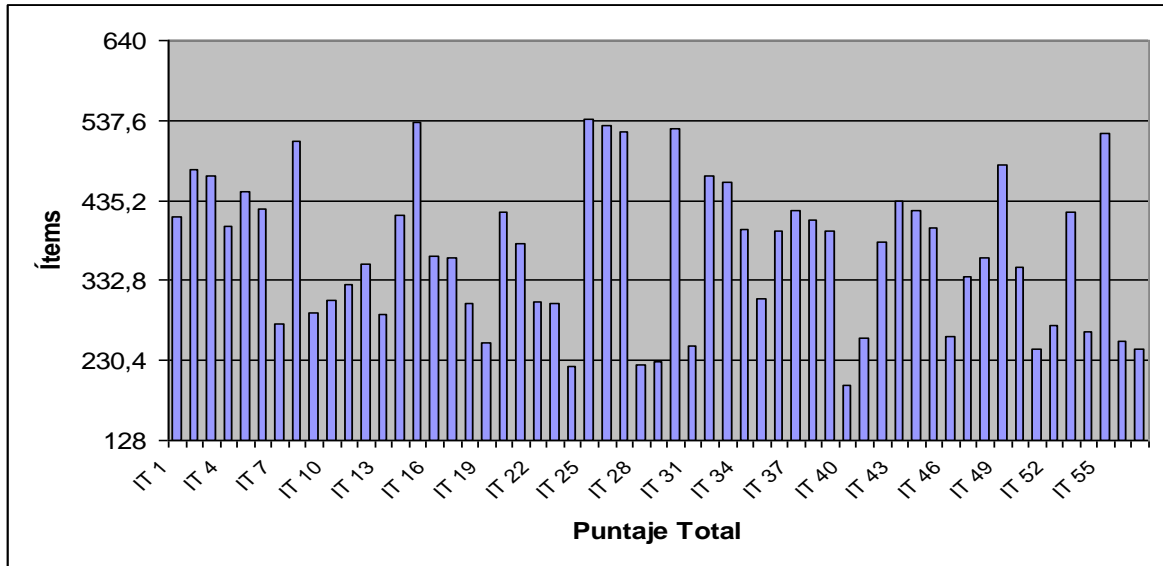


Figura 4. Puntajes totales de cada ítem escala de actitudes.

En general los resultados encontrados muestran una variabilidad en las respuestas de cada individuo e igualmente en cada uno de los enunciados. De esta forma y continuando con el análisis de la investigación, a continuación se hace la sistematización respectiva de cada uno de las afirmaciones.

Sistematización de ítems

En cada afirmación se describe la frecuencia, el porcentaje, la frecuencia acumulada, el porcentaje acumulado y la actitud promedio de cada respuesta.

1. No conozco bien los días en que una mujer se puede embarazar.

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Indiferente	3
Desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

El 29.67% de participantes opinó de acuerdo en no saber exactamente los días en que una mujer se puede embarazar. El ítem muestra una tendencia alta

por parte de los encuestados hacia desconocer el periodo fértil de la mujer. Esta situación puede ser el reflejo de la falta de conocimientos que se tienen respecto al tema o por el contrario el desinterés en este tipo de información, ya que los y las adolescentes en el área sexual más que el conocimiento científico o biológico, lo que buscan es la experiencia y gratificación sexual. En las respuestas se observa un total del 27.34% que contestó indiferente, mientras que las personas que opinaron conocer los días en que la mujer puede quedar en embarazo fueron el 24.22% (ver Tabla 12).

Tabla 12.

Puntajes escala de actitudes ítem 1

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	6	4.68	6	4.68
2	31	24.22	37	28.9
3	35	27.34	72	56.24
4	38	29.67	110	85.91
5	18	14.09	128	100

2. A partir de su primera menstruación, la mujer está en capacidad de tener hijos.

42.97% de estudiantes estuvieron muy de acuerdo y el 23.44% de acuerdo en afirmar que la menstruación es una prueba de que la mujer se encuentra en capacidad biológica de reproducirse. Este resultado muestra una actitud positiva ya que la menstruación es un indicador que informa sobre el riesgo de que cualquier mujer se embarace si mantiene relaciones sexuales a partir de que este evento aparezca. En tanto que un 25% de los encuestados opinó en

desacuerdo, es decir este porcentaje tal vez desconoce el significado de esta respuesta biológica.

3. Una mujer que es virgen no puede quedar embarazada en la primera relación sexual.

El 64.85% de los y las estudiantes mostró una tendencia favorable y a estar de acuerdo en que una mujer virgen en su primer contacto sexual no quedará en embarazo; esto muestra que entre los y las estudiantes de la institución educativa existe un alto riesgo de iniciar relaciones sexuales sin ninguna protección para evitar embarazarse ya que mantienen este concepto acerca de la virginidad. Biológicamente el embarazo se produce por la unión del ovulo con el espermatozoide, para los y las participantes parece ser que la virginidad representa una barrera que impide que el óvulo se fecunde. Entre tanto, un 20.31% de estudiantes afirmó estar en desacuerdo con el enunciado, mientras que el 14.84% contestó indiferente.

4. Existe más riesgo de embarazo durante la menstruación o sangrado menstrual.

Se observa una actitud de riesgo en la afirmación ya que un 44.54% de participantes presenta una tendencia positiva porque respondieron que existe mas peligro de embarazo durante el periodo menstrual. Un total del 35.15% de participantes del estudio tuvieron una respuesta desfavorable y un 20.31% de estudiantes contestaron indiferente. Respecto a estos resultados, se observa que existe un alto grado de desinformación, pues como se analizó en el enunciado 1, se desconocen ciertos aspectos fundamentales de la sexualidad acerca del embarazo. Es más, los valores encontrados en el ítem 1 vienen a ser

corroborados aquí, en cuanto los y las estudiantes como se indicó en la afirmación 2 saben que la menstruación es un factor que indica la fertilidad de las mujeres, pero se tiene una información errada de que día o días exactos de del periodo menstrual son aquellos donde la mujer puede embarazarse; así un joven que afirma que durante el sangrado hay más riesgo, evitará tener relaciones sexuales en dichos días y quizá las mantendrá en los siguientes o intermedios de periodo, lo que implicará un mayor riesgo.

5. Conseguir anticonceptivos no es fácil para mí.

Un total del 56.25% de los participantes estuvo de acuerdo en que conseguir anticonceptivos es difícil. Muchos factores inciden en los y las adolescentes a la hora de conseguir métodos de planificación, es el caso de la falta de dinero y el costo, la falta de sitios donde se dispensan, igualmente la ausencia habilidades personales para solicitarlos, etc. Caso contrario mostraron el 29.69% de participantes, que afirmaron que obtenerlos es fácil. Un total de 14.06% estuvieron indiferentes con el enunciado. Lo que demuestra que aunque los estos métodos son de venta libre y a bajos costos, los y las jóvenes no los adquieren ni utilizan porque como se halló en los resultados a ellos y ellas se les dificulta obtenerlos y al igual que el otro grupo evaluado este responde a la suma de muchos factores de índole psicosocial que ya se han mencionado, y que sumados a los riesgos de desinformación encontrados serian las herramientas perfectas para que se produzca un embarazo en la juventud.

6. A mi edad no puede ocurrirme un embarazo.

El 35.16% de estudiantes respondió muy de acuerdo, sumado a 19.53% que afirmaron de acuerdo con el enunciado. Esta percepción no la tuvieron el

38.28% de participantes que contestaron desacuerdo (ver Tabla 13). Esto muestra que existe una percepción alta de ser invulnerables ante un embarazo durante la adolescencia; lo que corrobora el aspecto mencionado con la inmunidad o pensamiento de que a mi nada me va a pasar que tienen los y las jóvenes. Este factor resulta muy relevante a la hora de diseñar programas de prevención ya que desde el plano psicológico se deben crear estrategias encaminadas a debatir y eliminar ese tipo de creencias irracionales, por cuanto exponen a las personas a riesgos inminentes para su integridad, en este caso para que haya un embarazo a edad temprana.

Tabla 13.

Puntajes escala de actitudes ítem 6

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	26	20.31	26	20.31
2	23	17.97	49	38.28
3	9	7.03	58	45.31
4	25	19.53	83	64.84
5	45	35.16	128	100

7. Siento que un embarazo ayuda a retener al novio o a la novia.

Entre los estudiantes se encontró que el 44.53% estuvieron totalmente en desacuerdo en que el embarazo ayude a retener una pareja. Igualmente la opción de estar desacuerdo presentó un porcentaje del 20.31%. Esto indica que los y las participantes posiblemente no tendrían hijos para prolongar un noviazgo, este resultado es muy diferente al mostrado por Profamilia. Finalmente el otro 17.19% de evaluados contestaron de acuerdo ante la afirmación.

8. Considero que tener hijos a mi edad no cambiaría mi proyecto de vida.

La respuesta que más se presenta es la número 5, es decir, estuvieron muy de acuerdo el 48.44% de los y las adolescentes. Muy en desacuerdo se encontró el 7.81%. Esto demuestra que para la gran mayoría de encuestados tener hijos no sería una situación que frenaría los planes o proyectos de vida. En Colombia, según Profamilia (2000) muchos de los hijos o hijas de adolescentes terminan siendo criados por los padres o familiares cercanos; esta posiblemente sea una de las razones por las cuales los y las participantes no verían un cambio en su proyecto de vida, ya que tendrían un apoyo de sus padres. De la misma manera, para los hombres el embarazo no implica la gestación, lactancia y ni siquiera la crianza de los hijos, razón por la que se pensaría en que no cambiará nada.

9. Cuando hay un embarazo, abortar no es la mejor solución.

La respuesta más frecuente fue la 1, seguida de la número 2, lo que representa que el 69.53% de estudiantes estuvieron desacuerdo con que abortar no sea la mejor solución si se presenta un embarazo. Entre el grupo que respondió diferente se encuentra el 23.44%, el 7.03% contestaron indiferente. Así, la mayoría de adolescentes consideraron el aborto como una opción, esto indica que para los y las adolescentes el inicio y mantenimiento de actividad sexual no se encuentra asociado al deseo de embarazo, razón por la cual se consideraría interrumpir la gestación en caso de que ésta ocurra. Como se observó en las estudiantes embarazadas es muy probable que se presente el aborto o si no por lo menos la ideación de realizarlo, aspecto muy preocupante

porque en Colombia se ha descubierto que el aborto se lleva a cabo en situaciones que atentan contra el bienestar y salud integral de las personas.

10. Tendría hijos a cualquier edad si tuviera una pareja estable.

59.38% de los y las participantes contestaron desacuerdo con tener hijos a cualquier edad aunque estuvieran con una pareja constante; parece ser que entre los planes de los y las estudiantes no se encuentra la opción de tener hijos. Esto demuestra lo que anteriormente se había planteado en este estudio acerca de crear espacios adecuados para que los y las estudiantes más que evitar tener relaciones sexuales, lo que hagan es diseñar un programa de vida donde se planee una sexualidad sana, responsable y segura, libre del embarazos no planeados y sin el contagio de ITS. Igualmente, el grupo que estuvo de acuerdo con la afirmación fue del 17.18%.

11. Tener relaciones sexuales no es la mejor prueba de amor que se dan los novios.

Se observa que las respuestas más frecuentes son la número 1 y la 2, con un 58.65% de los participantes en desacuerdo, lo que indica que tener relaciones sexuales como una prueba de amor es una situación que comparten la mayoría de los encuestados. El 31.25% opinó diferente (ver tabla 14). La estadística encontrada muestra un alto riesgo en los y las estudiantes de mantener relaciones sexuales como una prueba de amor, ya que en ocasiones para las mujeres el comienzo de la actividad sexual viene dado por una presión o chantaje de la pareja más que por una manifestación afectiva propiamente dicha. Las relaciones que se mantienen bajo este concepto por lo general se mantienen sin los cuidados necesarios para no embarazarse.

Tabla 14.

Puntajes escala de actitudes ítem 11

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	37	28.91	37	28.91
2	38	29.69	75	58.60
3	13	10.15	88	68.75
4	24	18.75	112	87.5
5	16	12.5	128	100

12. Si hay una penetración vaginal sin que haya eyaculación, no existe riesgo de embarazo.

Ante la expresión, el 45.32% estuvieron desacuerdo, lo que demuestra que una penetración vaginal donde no haya eyaculación es tomada como un peligro para embarazarse. Una opinión diferente tuvieron el 28.12% de participantes que contestaron de acuerdo. El 26.56% respondió indiferente.

13. Los jóvenes tenemos embarazos porque no aplicamos la información recibida para evitarlo.

La respuesta que se presentó con más frecuencia fue la 2, seguida de la 1, lo que representa que 72.66% de los participantes estuvieron en desacuerdo con que los y las adolescentes no apliquen la información que reciben para evitar embarazarse. Mientras tanto el 6.25% respondieron indiferente y el 21.09% se mostró de acuerdo con la afirmación.

14. Siento que por el temor a que un noviazgo pueda terminar, los adolescentes inician relaciones sexuales.

Comenzar una vida sexual por el temor a perder una relación afectiva es una situación con la que el 35.94% de los participantes estuvieron de acuerdo,

muy de acuerdo el 14.06%. Por su parte 23.44% de estudiantes respondió indiferente, mientras que el porcentaje restante estuvo en desacuerdo (ver Tabla 15). Esto indica que para el 50% de participantes las relaciones sexuales posiblemente son una consecuencia de la presión ejercida por la pareja para obtener beneficio sexual, como se había encontrado en el ítem 11, esto corrobora los resultados que se halló Profamilia en la Encuesta Nacional de Demografía y salud 2005, respecto a los motivos por los que una mujer inicia relaciones sexuales.

Tabla 15.

Puntajes escala de actitudes ítem 14

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	16	12.5	16	12.5
2	18	14.06	34	26.56
3	30	23.44	64	50
4	46	35.94	110	85.94
5	18	14.06	128	100

15. La educación sexual no es necesaria porque ya lo se todo en el campo sexual.

Para los estudiantes la enseñanza en sexualidad parece ser una condición de la cual no se recibe aporte alguno, ya que se demuestra en el 83.19% de los y las participantes que contestaron de acuerdo a la afirmación; frente a un porcentaje del 6.25% que estuvieron en desacuerdo y un 8.59% que respondieron indiferente. Los resultados indican que la educación sexual no es un factor relevante para los y las evaluadas porque asumen saberlo todo en el área sexual, lo que en si, puede representar un riesgo para embarazarse, pues,

la información acerca de los sexual que en estas edades se mantiene suele ser inadecuada y poco veras, ya que viene distorsionada tanto por el medio social, los medios de comunicación, los compañeros y amigos, así mismo como por el sentido común de cada uno tiene. Así mismo, este resultado puede responder a fallas en el modelo de educación sexual, debido a que dichas clases por lo general no abordan temas relevantes para los y las jóvenes, igualmente no son continuas y no llenan las expectativas que cada uno tiene.

16. Haría el coito interrumpido o eyaculación fuera de la vagina porque es un método fácil de hacer.

El 46.09% de estudiantes respondió indiferente ante la afirmación, lo que puede significar que no se conoce muy bien el método o por el contrario no sería una buena opción para tener en cuenta. Por otra parte el 31.25% se mostró en desacuerdo y el 22.66% contestó de acuerdo.

17. Acepto que las personas de mi edad tengan relaciones sexuales.

La respuesta más frecuente fue la número 4, lo que indica que el 30.47% estuvo de acuerdo con que los y las adolescentes mantengan relaciones sexuales; pero, al totalizar los porcentajes se encontró que el 42.97% de estuvieron desacuerdo, en tanto que un 36.72% indicó estar en de acuerdo con la afirmación. Lo que indica que los y las estudiantes no aceptan que sus similares tengan una actividad sexual, tal vez porque proyectan de las posibles consecuencias adversas que pudieran tener si no llevan a cabo cuidados adecuados para evitar complicaciones futuras en su sexualidad.

18. Me gustaría tener relaciones sexuales en estos días.

Ante la idea de tener contacto sexual en estos días se encuentra que un total del 17.19% de estudiantes contestaron de acuerdo, lo que implica que quisieran tener relaciones sexuales, en tanto que un 51.56% estuvo en desacuerdo y un 31.25% respondió indiferente. Esto muestra que un porcentaje muy bajo de estudiantes quisiera tener actividad sexual y un valor mayor no lo desean así, esto sería positivo por cuanto los y las participantes tendrían un factor protector aplazando el inicio de dicha actividad. Obviamente las respuestas no muestran el número de personas que ya han tenido relaciones cónitales y cuales no; por ello no se puede decir que quienes respondieron negativo en la afirmación, no necesariamente son quienes no han tenido dichos contactos.

19. El único método anticonceptivo que conozco es el condón.

Solamente un 14.06% de estudiantes estuvo de acuerdo en que el condón es el único método anticonceptivo que conocían, mientras que el 5.47% respondió indiferente. Caso contrario ocurrió con el 80.47% que respondieron en desacuerdo, lo que demuestra que los y las adolescentes no solo conocen el condón como método para prevenir embarazos. Un resultado positivo si se tiene en cuenta que el embarazo está muy relacionado con el inicio de la actividad sexual y la falta de uso de métodos o alternativas para evitar que suceda.

20. La causa de que haya embarazos en la adolescencia es la falta de información acerca del tema.

El 50.77% de los y las participantes estuvo de acuerdo con la afirmación, por el contrario el 33.6% opinó lo contrario y un 15.63% respondió indiferente (ver Tabla 16). Esto, contrario al ítem 15 donde se concluía que para ellos y ellas no

era necesaria la instrucción sexual, aquí se afirma que la falta de información es una causa de que se presenten los embarazos; tal vez por lo que ya se había dicho, en si no es que sea prioritaria la enseñanza en sexualidad, sino que esta debe ser más continua y responder a las necesidades de cada uno, contando para ello con la ayuda de profesionales expertos en el área, que cambien el concepto negativo que hoy en día se tiene acerca del tema.

Tabla 16.

Puntajes escala de actitudes ítem 20

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	15	11.72	15	11.72
2	28	21.88	43	33.6
3	20	15.63	63	49.23
4	35	27.34	98	76.57
5	30	23.43	128	100

21. El alcohol es un factor que influye en mí para desear tener relaciones sexuales.

39.84% de estudiantes contestaron de acuerdo con la expresión planteada. El 33.6% estuvo en desacuerdo y el 26.56% respondieron indiferente. Lo que indica que para los y las participantes mantener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias embriagantes es un evento que observan como riesgoso ya que se aumenta el deseo sexual y posiblemente en dichas condiciones no se llevaran a cabo medidas de prevención para evitar un embarazo.

22. Los adolescentes debemos tener relaciones sexuales para experimentar y satisfacer la curiosidad.

Se encuentra que sólo un 16.41% de estudiantes estuvo de acuerdo con la afirmación, en tanto que el 24.22% respondieron indiferente. De los mismos, el 59.37% contestó en desacuerdo. Lo que demuestra que para los y las participantes, la curiosidad o la falta de experiencia no es una condición para iniciar actividad sexual.

23. El embarazo ocurre cuando se inician relaciones sexuales antes de los quince años.

Para los y las participantes la opinión fue que las personas que mantienen relaciones sexuales antes de los 15 años no necesariamente son las que se embarazan, ya que el 58.6% estuvo en desacuerdo con el enunciado, opinión contraria tuvieron el 24.21% de estudiantes y el 17.19% respondieron diferente.

24. Cuando una pareja de novios jóvenes se ama deben tener relaciones sexuales sin preocuparse por un embarazo.

Para las y los participantes debería existir preocupación por un embarazo aún en una situación de amor o bastante afecto, por lo que el 85.94% de estudiantes opinó de acuerdo con el ítem; por el contrario un porcentaje más bajo del 7.81% opinó indiferente ante la expresión.

25. Siento que los anticonceptivos no son necesarios para tener relaciones sexuales.

Se encontró un alto riesgo de embarazo en cuanto al uso de métodos planificación, ya que un 82.04% de estudiantes opinó de acuerdo con que no se usen dichos métodos en las relaciones sexuales. Un porcentaje del 4.68% contestó de modo diferente y el 13.28% se mostró indiferente. Estos resultados podrían ser un indicador de que entre los y las encuestadas existe cierto temor

o desinformación acerca del uso correcto de los anticonceptivos, ya que es común escuchar entre los comentarios de la gente que tener una relación con estos métodos no es igual, comentario que muchos adolescentes deben tomar como verdadero, o por el contrario las respuestas significan que los adolescentes creen que pueden evitar un embarazo sin llevar a cabo estas prácticas.

26. En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo.

Los resultados indican que existe un alto riesgo de embarazarse si se mantienen concepciones como la mencionada aquí, ya que un total de 80.48% de estudiantes afirmó que en la primera relación sexual no existe ningún peligro para engendrar un hijo. Un porcentaje del 12.5% opinó indiferente y un 7.02% estuvo en desacuerdo (ver Tabla 17). Lo que demuestra, al igual que en ítems anteriores, en el grupo evaluado existe mucha desinformación en aspectos relacionados con la sexualidad que puede ser relevantes para evitar un posible embarazo en su adolescencia, en este caso el inicio de relaciones sexuales sin ningún tipo de protección bajo el concepto de que en una primera relación sexual no existe ningún peligro para embarazarse.

Tabla 17.

Puntajes escala de actitudes ítem 26

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	2	1.56	2	1.56
2	7	5.46	9	7.02
3	16	12.5	25	19.52
4	47	36.72	72	56.24
5	56	43.76	128	100

27. Si se tiene la oportunidad de una relación sexual, no se debe hablar de usar anticonceptivos porque se puede perder la ocasión.

Para los y las estudiantes hablar sobre anticoncepción previo a una relación sexual, es una situación que puede conducir a que se arruine o se pierda el momento o la ocasión, por ello el 81.25% opinó de acuerdo con que dicha situación sucedería. Un 7.03% de los participantes respondió indiferente y un 11.72% estuvo en desacuerdo. Este aspecto demuestra la existencia de muchas creencias y prejuicios entre los y las adolescentes respecto a los sexual, como se había expuesto en el ítem 25 en donde para el grupo no era necesario el uso de anticonceptivos, así mismo aquí se evidencia una dificultad ante expresar el uso o no de un método.

28. Los embarazos ocurren porque los métodos de planificación son costosos.

El costo de los anticonceptivos resulta ser un factor que no presenta riesgo para que los y las adolescentes se enfrenten ante una situación que conduzca a un embarazarse, ya que el 87.5% se mostró en desacuerdo con que esa sea una causa. El 4.69% opinó diferente.

29. Los anticonceptivos se deben usar cuando se tenga hijos.

Los y las adolescentes tienen un concepto positivo respecto al uso de los anticonceptivos ya que manifiestan que estos no son métodos que deban usarse posterior al nacimiento de un hijo. Ante esto un 81.25% de los y las participantes estuvo en desacuerdo con el ítem. El 14.06% opinó indiferente y el 4.69% se mostró de acuerdo con que la afirmación.

30. Cuando hay amor no deben usarse anticonceptivos en las relaciones.

7.81% de los y las participantes opinó en desacuerdo, mientras que 11.72% respondió indiferente. Entre tanto un porcentaje muy alto del 80.47% estuvo de acuerdo que cuando hay amor los anticonceptivos no son necesarios en las relaciones sexuales. Como se había mencionado en el análisis de ítems anteriores, el uso de anticonceptivos parece ser una situación que los y las adolescentes no comparten o perciben su uso como innecesario; en este caso exponen un lazo afectivo como una fuerte razón para no utilizarlos, aspecto que más que protección es un factor de riesgo.

31. Me siento capaz de mantener relaciones sexuales sin ningún riesgo.

Los y las estudiantes perciben que no se sienten fuera de peligro ante una situación que implique el embarazo, por ello no creen que sean capaces de mantener relaciones sexuales cien por ciento seguras. Ante ello, sólo un 10.93% de los y las participantes opinó de acuerdo, mientras que el 78.13% contestó desacuerdo con la afirmación.

32. Los adolescentes no usan anticonceptivos porque producen cambios en el aspecto físico de las personas.

El grupo de estudiantes estuvo en desacuerdo en un 69.53%, con la afirmación de que los anticonceptivos no se usen porque producen cambios en el aspecto físico de las personas. Un 7.03% opino indiferente, un 15.63 respondió muy de acuerdo y el 7.81% de acuerdo.

33. Los y las jóvenes nos embarazamos porque no sabemos como usar preservativos u otros métodos de planificación.

Tanto la opción 4 con el 38.28%, como la 5 con un 23.43% fueron las respuestas que se presentaron con mayor frecuencia. Es decir que un 61.71%

de estudiantes expresan que el embarazo sucede por no saber utilizar los anticonceptivos. Un 15.63% contestó indiferente, el 17.97% desacuerdo y 4.69% estuvieron muy desacuerdo (ver Tabla 18). Lo que al igual que otros ítems lo que implica es desinformación más que otra cosa. Claro está, que también hay que tener en cuenta que los adolescentes también perciben que encontrar estos métodos es muy difícil, por diversos aspectos del orden psicosocial.

Tabla 18.

Puntajes escala de actitudes ítem 33

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	6	4.69	6	4.69
2	23	17.97	29	22.66
3	20	15.63	49	38.29
4	49	38.28	98	76.57
5	30	23.43	128	100

34. Considero que los y las adolescentes que tienen relaciones sexuales bajo efectos del alcohol u otra droga, tendrán un embarazo muy pronto.

Al igual que en el ítem 24 que se encontró que el alcohol era un estimulante para el deseo sexual; aquí, el 31.25% del grupo de estudiantes consideró también que las personas que mantienen relaciones sexuales bajo efectos del alcohol u otra sustancia psicoactiva se embarazaran más pronto, esto debido al aspecto nombrado, que en ese estado no se percibiría ningún peligro y por tal motivo no se usarían anticonceptivos. En este mismo enunciado, un 9.37% contestaron muy de acuerdo, el 30.47% respondió indiferente, mientras que el 19.53% estuvieron en desacuerdo y un 9.38% muy desacuerdo.

35. Los embarazos en adolescentes ocurren porque las parejas desean tener hijos.

Un 61.72% de los y las estudiantes estuvieron en desacuerdo con la afirmación, es decir, no aceptan que el embarazo ocurra porque las parejas lo deseen. Lo contrario respondió el 21.09% y un 17.19% contestó indiferente.

36. Sentiría temor de usar anticonceptivos por el temor de que en mi hogar o en el colegio se enteren de mis relaciones sexuales.

Para los y las adolescentes sentir temor de ser descubiertos que mantienen relaciones sexuales es una situación con la que el 46.87% estuvieron de acuerdo. Mientras que 36.72% opinaron lo contrario y 16.41% respondieron indiferente. Ya se había mencionado anteriormente la dificultad que implicaba la consecución de los anticonceptivos, es decir la existencia de éstos métodos en la población, en este ítem se evidencia que los y las adolescentes mantienen ciertos prejuicios acerca de las consecuencias que puede traer el inicio del contacto sexual. Esto, puede estar infundado en las represalias o rechazo que pudieron haber recibido en la familia cuando se interesaron en temas sexuales, igualmente la desconfianza que existe entre los padres, madres y sus hijos e hijas en este aspecto. De esta manera, el riesgo que implica esta situación es muy grande, ya que los y las jóvenes se verían obligados a no tomar medidas de prevención por ese tipo de temores.

37. Me sería difícil comprar preservativos en un lugar público por temor a que se enteren mis padres.

El 51.56% de estudiantes consideraron que se les dificultaría comprar preservativos en lugares públicos, mientras que el 30.47% estuvo en

desacuerdo con el enunciado, es decir que no les daría miedo adquirirlos. Un porcentaje del 17.97% contestó indiferente (ver Tabla 19). Lo que demuestra este resultado, al igual que el ítem anterior, es la falta de habilidades de afrontamiento y habilidades sociales entre los y las estudiantes. Así como la intolerancia que existe en ciertas familias frente al uso del preservativo, no es raro encontrar en ciertas instituciones educativas a muchos padres de familia creando conmoción porque a sus hijos o hijas por medio de campañas les hablan acerca del uso del condón.

Tabla 19.

Puntajes escala de actitudes ítem 37

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	14	10.94	14	10.94
2	25	19.53	39	30.47
3	23	17.97	62	48.44
4	41	32.03	103	80.47
5	25	19.53	128	100

38. Evitaría adquirir preservativos en una droguería o en una tienda, para evitar los comentarios de la gente.

Ante la afirmación, un 52.34% de adolescentes estuvo de acuerdo. Contrariamente un 35.16% de adolescentes si adquiriría preservativos en tiendas o droguería, sin temor a lo que se diga; el 12.5% opinó indiferente. Los resultados indican que los y las estudiantes no obtendrían preservativos en lugares públicos por los comentarios que la gente haría sobre ellos o ellas. El temor parece estar generalizado frente a la solicitud de anticonceptivos, no

porque sientan miedo de usarlos, sino más bien por las consecuencias que se puedan generar a causa de ello.

39. No pido información sobre anticoncepción en el centro de salud porque no confío en las personas que me atienden.

Pedir información en una institución prestadora de servicios de salud local por desconfianza al personal que atiende, es una situación con la que el 46.09% de estudiantes estuvo de acuerdo, mientras que un 32.03% de participantes opinó diferente y el 21.88% respondieron indiferente. Las respuestas encontradas generan una interrogante respecto al papel del personal de salud y la confidencialidad o ética que se mantiene en las instituciones prestadoras de salud. El hecho que no haya demanda en los servicios para jóvenes no es sinónimo de que no se necesiten, es más bien que existen fallas, y estas equivocaciones se cobran muy caro porque son las que conllevan a la aparición de las situaciones que se quieren prevenir, en este caso el embarazo en edades tempranas. De esta manera, para hacer un manejo adecuado de la problemática se debe diseñar un modelo de atención que debe partir desde estas instancias, incluyendo obviamente al nivel educativo y familiar, ya que del buen funcionamiento de éstos es que empiezan los óptimos resultados.

40. El embarazo solo les ocurre a personas de clase social baja o pobres.

La respuesta más frecuente fue la número 1 con un 67.19%, seguida de la número 2 con un total del 18.75%. lo que indica que el grupo de estudiantes esta en desacuerdo con la afirmación, es decir que para ellos y ellas el

embarazo no es algo que solo les suceda a personas de clase social baja. Un grupo más reducido del 8.59% opinó indiferente y el 5.47% estuvo de acuerdo.

41. Considero que los y las adolescentes se embarazan porque la única expectativa que tienen al salir del colegio es casarse y formar una familia.

Se encontró que un porcentaje muy alto estuvo en desacuerdo con la afirmación. Los resultados fueron, el 34.38% opinaron muy desacuerdo y el 41.41% desacuerdo, lo que representa que los y las participantes no tienen solo la expectativa de casarse y formar una familia al terminar su bachillerato. Un 14.06% opinó indiferente y el 10.15% respondió de acuerdo.

42. No hablo con mis padres de sexualidad porque ellos no me entienden.

Hablar con los padres de temas referentes a la sexualidad es una situación en la que se encontró el mismo porcentaje entre quienes estuvieron de acuerdo y los que contestaron lo contrario el valor fue del 42.97%. Entre tanto un 14.06% opinó indiferente. Esta situación indica lo que se había expuesto en ítems anteriores, que existe muy poca confianza en las familias como para hablar de sexualidad; claro está, esto no demerita a las personas que si mantienen esta conducta, pero observando todos los factores analizados, es muy claro que existen muchos problemas del orden familiar y social para que los y las jóvenes se enfrenten a relaciones que pondrán en riesgo su bienestar.

43. Hablando con mis amigos o amigas sobre sexualidad me siento más seguro o segura que con otras personas.

Las respuestas más frecuentes en este ítem fueron la 4 y 5 respectivamente, con 54.69% de estudiantes que opinaron de acuerdo, mientras que un 28.9% respondieron lo contrario; el 16.41% contestó indiferente (ver Tabla 20). El

resultado indica que entre los y las estudiantes existe más seguridad o confianza para hablar sobre sexualidad con el grupo de pares que con otras personas, esta misma tendencia fue encontrada por Profamilia en el año 2005. Es importante saber que a través de la amistad se manifiestan las diferentes dudas o interrogantes que tienen los y las adolescentes en el campo sexual ya que esta puede convertirse en una alternativa adecuada en la que se busque el alternativas de prevención; lo negativo de este aspecto radica en que el grupo de compañeros o compañeras suelen tener muchas veces las mismas o mayores dudas en el área. Así, un programa de educación sexual de contener temáticas y espacios de trabajo que involucren el papel del grupo donde cada uno se desenvuelve, ya que si se resuelven dudas de uno u otro de manera eficaz, todas las personas involucradas en un proceso servirán de multiplicadores de información real.

Tabla 20.

Puntajes escala de actitudes ítem 43

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	10	7.81	10	7.81
2	27	21.09	27	28.9
3	21	16.41	58	45.31
4	42	32.81	100	78.12
5	28	21.88	128	100

44. La información que en el colegio nos dan sobre sexualidad es muy poca.

El 50.78% de estudiantes estuvo de acuerdo con la afirmación, un 30.47% opinó todo lo contrario y el 18.75% respondieron indiferente. Como se ha venido observando a lo largo de los resultados del estudio, la desinformación ha jugado

un papel muy importante en las actitudes de los y las estudiantes, por lo cual es necesario evaluar todos los procesos que se han llevado a cabo, con el fin de solventar las falencias que han llevado a que el proceso de educación sexual sea valorado como insuficiente.

45. Creo que las clases de educación sexual no explican como tomar decisiones adecuadas para evitar embarazarse.

Ante la afirmación, el 45.31% de estudiantes estuvieron de acuerdo, un 35.94% opinaron en desacuerdo y el 18.75% respondió indiferente. Las respuestas indicadas ratifican lo expuesto en el ítem anterior y despejan el panorama respecto a las áreas en las cuales ha fallado en proceso de educación en sexualidad. De esta manera, desde el campo psicológico es importante tener en cuenta que la toma de decisiones es uno de los aspectos que muestra relevancia y hacia ese punto deben apuntar también los procesos de orientación, enseñanza y entrenamiento.

46. Siento que mis padres aceptan que tenga relaciones sexuales.

Para los y las estudiantes, que los padres acepten que tengan relaciones sexuales es una afirmación con la que el 71.87% estuvieron en desacuerdo, esto indica que para en la familia no aceptarían que a edades adolescentes se mantuviera dicha actividad. Por otro lado, 10.94% de los y las estudiantes opinaron de acuerdo, mientras que el 17.19% respondieron indiferente.

47. Mis amigos o amigas dicen que las relaciones con preservativo no se sienten igual.

La respuesta más frecuente fue en desacuerdo con un 30.47% de participantes que contestaron esta opción, seguido del 22.66% que estuvieron

muy desacuerdo, el 18.75% respondieron indiferente, en tanto que un 17.19% contestaron de acuerdo y un 10.93% muy de acuerdo. Esto indica que los y las estudiantes no han escuchado de sus amigos o amigas decir que el preservativo hace sentir sensaciones diferentes en una relación, es decir, este comentario no es aceptado por la mayoría, aunque no se descarta el porcentaje que aprobaron la afirmación; de esta manera la orientación en sexualidad debe estar guiada hacia la eliminación de esta creencia y otras más que existen respecto al uso de anticonceptivos.

48. Siento deseos de curiosear y tener relaciones sexuales cuando miro escenas eróticas en videos o en la TV.

El 43.75% de estudiantes dijeron que están en desacuerdo, opinión diferente tuvieron el 35.94% de participantes y un 20.31% respondieron indiferente ante el enunciado. El resultado es interesante por cuanto existe un grupo muy abundante que acepta la afirmación, aunque no sea la mayoría, por lo se debe tener muy en cuenta el papel que representa la pornografía, la televisión y actualmente la Internet en el inicio de la actividad sexual de los y las jóvenes.

49. He sentido que mis padres no están de acuerdo con que use o conozca los anticonceptivos.

El 64.07% de estudiantes estuvo de acuerdo con la afirmación, mientras que el 18.75% respondieron indiferente y un 17.18% respondió en desacuerdo (ver Tabla 21). Es decir, que sobre la valoración encontrada, los y las adolescentes perciben que sus padres o madres de familia no permitirían que ellos ellas usen anticonceptivos. Este factor ya se había analizado en el ítem 46, con respecto a las relaciones sexuales; seguramente la posición de un papá o

mamá respecto a la sexualidad de los hijos o hijas es de retraso o evitación de contactos sexuales a edades adolescentes, pero no hay que desconocer que conforme pasan los días estos inician a edades más tempranas y de manera clandestina sin que nadie se entere, por lo cual esconder u ocultar información sobre medidas de prevención no sería la solución más adecuada para prevenir.

Tabla 21.

Puntajes escala de actitudes ítem 49

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	3	2.34	3	2.34
2	19	14.84	22	17.18
3	24	18.75	46	35.93
4	43	33.59	89	69.52
5	39	30.48	128	100

50. Considero que cuando se tiene padres separados se inician relaciones sexuales a más temprana edad.

El 45.31 de estudiantes estuvieron en desacuerdo con la afirmación, mientras que el 31.25% opinaron indiferente y un 23.44% contestaron de acuerdo. De esta los y las participantes perciben que no necesariamente el hecho de tener padres separados es una condición para el inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

51. Considero tener relaciones sexuales en este año porque mis amigos o amigas ya lo hicieron.

Para el 81.25% tener relaciones sexuales porque el grupo amigos o amigas ya lo hizo, es una afirmación con la que estuvieron en desacuerdo, caso contrario opinó el 8.59% y el 10.16% responde indiferente. Es decir, no hay

relevancia en las actitudes respecto al inicio de actividad sexual de otros, con la propia.

52. Los adolescentes se embarazan porque en la familia alguien tuvo un embarazo siendo joven.

El 72.66% de estudiantes estuvo en desacuerdo con la afirmación, mientras que el 15.63% respondió indiferente y el 11.71% contestó de acuerdo. Lo que indica que los y las participantes no relacionan la ocurrencia del embarazo en la adolescencia con que este evento le haya sucedido a otro integrante de su familia, aunque de hecho al igual que Profamilia en este estudio se había encontrado una directa correlación entre estos dos aspectos.

53. Asistiendo a la iglesia no se evita tener relaciones sexuales.

Ante el enunciado, el 52.34% de participantes estuvieron de acuerdo, mientras que el 35.16% opinaron lo contrario y un 12.5% contestó indiferente. Esto representa que para los y las estudiantes la religión no es un medio por el cual se impida en el inicio y/o continuidad de la actividad sexual.

54. Planificar es responsabilidad de las mujeres, porque ellas son las que se embarazan.

Para el 46.09% la opinión fue muy desacuerdo, en tanto que el 26.56% estuvieron en desacuerdo, un 8.59% respondieron indiferente, el 10.17% contestó de acuerdo y el 8.59% se manifestaron muy de acuerdo. Esto revela que para los y las estudiantes planificar no sólo es responsabilidad de las mujeres, por lo que el papel de los hombres en este aspecto se debe tener muy en cuenta.

55. No se debe hablar de sexualidad si aún no se piensa tener relaciones sexuales.

Las respuestas indican que el 78.89% de estudiantes estuvo de acuerdo, mientras el 10.94% opinaron diferente y un 10.17 contestaron indiferente (ver Tabla 22). Lo que muestra que para los y las participantes no es necesario hablar de sexualidad si aún no se piensa tener contactos sexuales. Este factor es relevante por cuanto se asemeja al encontrado en el ítem 15 en donde los y las encuestadas afirmaron que la educación sexual no es necesaria. El hecho de encontrar estos resultados también puede estar influenciado por el papel que representan los valores de crianza en el aspecto sexual y a su vez por la tendencia al inicio de las relaciones sexuales que como se evaluó en ítems anteriores, la gran mayoría no ven como próximas o cercanas.

Tabla 22.

Puntajes escala de actitudes ítem 55

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
1	4	3.13	4	3.13
2	10	7.81	14	10.94
3	13	10.17	27	21.11
4	47	36.72	74	57.83
5	54	42.17	128	100

56. Los lavados vaginales después de una relación sexual evitan el embarazo.

Un total del 69.53% opinaron en desacuerdo con la afirmación, otro 25.78% de los y las participantes contestaron indiferente y un 4.69% estuvo de acuerdo.

Lo que indica que existe una posición crítica y de rechazo frente a este tipo de creencias para evitar un embarazo.

57. Si una mujer después de una relación sexual orina, puede matar a los espermatozoides y no embarazarse.

Se encontró que el 71.88% de estudiantes estuvieron en desacuerdo, un 24.21% respondió indiferente y tan sólo el 3.91% de participantes contestó de acuerdo. Lo que representa que al igual que la anterior creencia esta es otra la cual no aceptan como medida de prevención para evitar embarazarse.

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según la edad

Los cambios de tipo biopsicosocial a los que se enfrentan los y las adolescentes en su proceso evolutivo, varían de acuerdo a como van integrando a su repertorio cognitivo y conductual, las habilidades necesarias para desenvolverse en el medio social en que viven. Conforme pasan los días y los años los y las jóvenes aprenden a discernir aquello de lo que era fantasía y lo que ahora es realidad. En estas edades, aparece la ilusión del primer amor y con ello los deseos de amar y ser amado; se presenta un distanciamiento de la familia para integrarse con el grupo de pares, se crean sueños y se plantean metas, que conforme van creciendo unas se van cumpliendo, otras se van aplazando y otras se van desechando para formarse otras nuevas.

En el aspecto sexual el y la adolescente “debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo como participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado”

(Masters & Johnson, 1994, p. 256). El valor que se da a lo sexual en esta etapa del desarrollo se hace que entre los dos géneros se establezcan actitudes diferentes respecto al inicio o mantenimiento de la actividad sexual, sin percatarse con ello de los riesgos y confusiones a que pueden enfrentarse debido a la inexperiencia que tienen en este campo; obviamente también hay que tener en cuenta que “los jóvenes hoy en día se vuelven físicamente maduros a una edad mucho menor que las generaciones anteriores” (McCary, 1996, p. 256), lo que a veces conduce a que se busque la satisfacción más temprana del deseo sexual, desconociendo los riesgos y consecuencias que de ello se pueden generar.

Para encontrar las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia con respecto a la variable sociodemográfica edad, se contrastó dicha variable con cada uno de los ítems; posteriormente se utilizó la prueba Chi cuadrado para hallar los ítems más significativos con relación a dicha variable y se hace énfasis en aquellos enunciados en donde $[p]$ es igual o menor que .05.

Anteriormente se había descrito las características de los participantes de la investigación, en la variable edad se obtuvo que el 67.96% estaban en un rango entre los 14 y 16 años, grupo al que se denominó como adolescencia media, con un total de 87 participantes; por otra parte el grupo que se estuvo en un rango de edad entre los 16 y 19 años, tuvo un total de de 41 estudiantes, que correspondió al 32.04% de participantes, a éste se le llamó adolescencia tardía (ver Tabla 2). La edad promedio del grupo fue 15,88 años, mientras que la moda y mediana de la edad fueron los 16 años.

Así, en el ítem 1 el valor [p] fue igual a .030 lo que indica que tiene hay incidencia frente a la variable sociodemográfica edad. La direccionalidad del ítem fue negativa por cuanto los y las adolescentes, tanto de edades entre los 14 a 16 años como los de 17 a 19 años estuvieron de acuerdo con no conocer bien los días en que la mujer se puede embarazar. En el grupo de 14 a 16 años se encontró que el 35.71% respondió de manera neutra, en tanto que el 21.84% estuvieron de acuerdo y el 17.86% muy de acuerdo, el 26.44% respondió de manera diferente. Por otra parte, el 46% del grupo de edad entre los 16 a 19 años respondió de acuerdo con la afirmación, mientras que el 29.26% contestó diferente, sólo un 12.19% se manifestó indiferente.

De esto se puede observar que existe mayor desconocimiento de los días en que la mujer se puede embarazar en el grupo de 17 a 19 años en donde estuvieron de acuerdo el 46.37%, mientras que el otro grupo se mostró en posición neutra ya que el 35.71% respondieron indiferente.

Para el ítem 16, el valor de la prueba Chi cuadrado fue de [p] .028. En los resultados se encontró que el grupo de adolescencia tardía tuvo un porcentaje significativo, de los que el 11.72% respondió de acuerdo con que el coito interrumpido es un método fácil de hacer, en tanto que el 35.15% del grupo de adolescencia media contestó indiferente ante el enunciado. En el grupo de 14 a 16 años se observó que el 21.84% estuvieron en desacuerdo, mientras que el 12.64% opinaron lo contrario, así mismo el 51.72% de este grupo respondió indiferente. En la adolescencia tardía o grupo entre los 17 a 19 años el 34.15% respondieron indiferente y el 36.58% se expresaron de acuerdo con la afirmación (ver Tabla 23).

Tabla 23.

Relación escala de actitudes y edad ítem 16

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
14-16	9	19	45	11	3	87
Adolescencia Media	7.03 10.34	14.84 21.84	35.15 51.72	8.59 12.64	2.36 3.46	67.97
17-19	4	8	14	14	1	41
Adolescencia Tardía	3.13 9.76	6.25 19.51	10.94 34.15	10.94 34.15	.78 2.43	32.03
Total	13 10.16	27 21.09	59 46.09	25 19.53	4 3.13	128 100

En el ítem 18 el valor [p] fue de .011, el cual indica que hay significancia. Ante esto se observó que en el grupo de 14 a 16 años, el 36.78% estuvo muy en desacuerdo y el 18.39% desacuerdo, mientras que el 5.75% opinaron lo contrario y un 34.48% contestó indiferente. Por su parte, en el grupo de adolescencia tardía estuvieron muy desacuerdo el 26.83%, el 24.39% respondieron indiferente y el 24.39% de acuerdo. Esto nos indica que no existen diferencias en los resultados de las y los participantes, tanto el grupo de adolescencia media como el de tardía estuvieron en desacuerdo, es decir, que no deseaban tener relaciones sexuales en los días en que se llevó a cabo la investigación.

Se encontró un valor [p] .05 en el ítem 19, lo que indica que existe significancia. De esta forma, en el grupo de adolescencia media, el 81.61% estuvieron en desacuerdo con que el condón sea el único método anticonceptivo que conocían, mientras que el 11.95% opinó lo contrario y un 2.3% respondieron indiferente ante la afirmación. En el rango de edad de 16 a

19 años se observó que 78.04% de estudiantes contestaron en desacuerdo, un 12.19% opinaron neutro y el 9.76% de acuerdo. Así, se puede observar que tanto en el grupo de 13 a 16 y el de 17 a 19 años, el condón no es el único método que conocen, es decir se sabe que saben de otras técnicas para evitar el embarazo. En el ítem se halló que sólo un 14.06% de los y las encuestadas afirmaron lo contrario, es decir, que en los dos grupos no existiría riesgo de embarazo por desconocimiento de los métodos de planificación.

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según el género

Las actitudes frente a la sexualidad en la adolescencia se encuentran fuertemente mediatizadas por el rol social que tanto hombres como mujeres tienen que desempeñar, no solo en las comunidades donde se desenvuelven, sino también en mismo ámbito familiar, en donde padres y madres dentro de sus pautas de crianza incluyen estereotipos socioculturales acerca del comportamiento, pensamiento y emociones que debe tener y mostrar un hombre o una mujer.

Para determinar las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia se tuvo en cuenta el concepto de identidad y perspectiva de género. Masters & Johnson (1994), acerca del primero propusieron que es una convicción personal y privada del individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino; la formación de este aspecto se encuentra en el periodo de la niñez y repercute en el desarrollo social del individuo; ante esto hay que diferenciar que el rol o papel de género es la expresión de lo masculino o femenino según las normas sociales.

Sobre la perspectiva de género el Ministerio de Salud Colombiano (1996), propone que “para nadie son desconocidas las claras diferencias entre el comportamiento de mujeres y hombres; los estereotipos de actividad según los géneros varían de una cultura a otra: su desarrollo, estilo de vida y salud, así como sus aspiraciones y oportunidades, se ven afectadas por la naturaleza de la sociedad a la que pertenezcan y dentro de ésta, por su clase social y su género” (p.25). Por consiguiente se observa que existe una desigualdad social en lo que se denomina masculino y lo femenino frente a lo sexual; en este caso, existen diferentes factores que han desencadenado como consecuencia que se esconda la realidad ante a los distintos hechos, por lo que se han creado conceptos a los que los y las adolescentes han tenido que adaptarse. Por ejemplo, para él hombre, son aceptadas las manifestaciones sexuales en edad temprana, mientras que para ella se admiten, siempre y cuando haya un enlace matrimonial o relación estable; quizás por ello sea que las y los jóvenes asumen conductas más riesgosas que ponen en peligro su bienestar.

Acercas de la variable género, se encontró que el 21.56% correspondieron al femenino, con un total de 66 estudiantes y el 48.49% fueron del masculino, con un total de 62 participantes (ver Tabla 2).

Al realizar la prueba Chi cuadrado con cada uno de los ítems se tuvo en cuenta una significancia [p] .05, al igual que el procedimiento que se realizó con la edad.

Se encontró un valor de [p] .024 para el ítem 12, lo que indica que es significativo. De esta forma, se observó que ante la afirmación, no hay riesgo de embarazo en una relación sexual sin que haya eyaculación dentro de la vagina,

en el género masculino hubo una direccionalidad negativa, ya que el 11.72% de ellos opinaron de acuerdo con el enunciado, frente al 19.53% de las mujeres que respondieron en desacuerdo, lo que indica que las participantes percibieron cierto riesgo de embarazarse en aquellas relaciones sexuales donde haya contacto genital y que no ocurra una eyaculación intravaginal.

De esta manera, dentro de los resultados del grupo masculino se encontró que un 24.12% estuvieron de acuerdo, en tanto que un 20.97% en desacuerdo y un 9.37% contestaron indiferente, mostrándose una tendencia a la ambivalencia ante la afirmación, ya que los porcentajes entre las diferentes opciones fueron muy similares. En el grupo femenino se miró una direccionalidad muy positiva, con un 37.87% las de participantes que respondieron en desacuerdo y un 10.61% muy desacuerdo, frente a un 13.64% que opinaron de acuerdo y un 4.58% muy de acuerdo, finalmente un 33.3% se expresaron la respuesta indiferente (ver Tabla 24).

Tabla 24.

Relación escala de actitudes y género ítem 12

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Masculino	13 10.16 20.97	13 10.16 20.97	12 9.37 19.35	15 11.72 24.12	9 7.03 14.59	62 48.44
Femenino	7 5.47 10.61	25 19.53 37.87	22 17.19 33.3	9 7.03 13.64	3 2.34 4.58	66 51.56
Total	20 15.63	38 29.69	34 26.56	24 18.75	12 9.37	128 100

Para el ítem 17 el valor [p] fue .00018, lo que indica una significancia muy fuerte entre el enunciado y el género. Ante este valor, un 26.56% de los participantes de género masculino se encontraron de acuerdo con la afirmación, frente al 28.9% de estudiantes de género femenino que opinaron en desacuerdo con que las personas de edades adolescentes mantengan relaciones sexuales. Con lo que se observa que existe una tendencia de los hombres a aceptar el contacto sexual de sus similares a muy temprana edad y por ende aceptar el inicio propio de sus relaciones sexuales. La direccionalidad en el género masculino fue negativa, en este grupo se observó que el 54.83% estuvo muy de acuerdo, ante un 29.03% que opinaron lo contrario y un 16.13% que tuvo una tendencia neutra. En el grupo femenino, el 56.06% contestaron en desacuerdo con el ítem, porcentaje muy diferente al visto en el grupo de adolescentes hombres, en tanto que un 19.7% de las mujeres se manifestaron de acuerdo y un 24.24% indiferente.

En el ítem 39 se encontró una puntuación significativa de [p] .0043, del género con el enunciado. Los porcentajes más altos se encontraron en la respuesta 4 de ambos géneros, lo que indica que la actitud asumida es de evitación respecto a este tipo de situaciones, por lo que se podría decir que en los y las adolescentes existe un temor a la pérdida de la confidencialidad del personal que labora en los centros de atención en salud, razón por la que no hacen consulta de planificación familiar, ya que esta situación traería diversas consecuencias en la expresión de su sexualidad, más aún en un población pequeña como el municipio de Belén, en donde es muy probable que hasta la familia se entere de aquello que los y las jóvenes consulten (ver Tabla 25).

Tabla 25.

Relación escala de actitudes y género ítem 39

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Masculino	5 3.91 8.06	7 5.47 11.29	13 10.16 20.97	28 21.88 45.16	9 7.03 14.52	62 48.44
Femenino	11 8.59 16.66	18 14.06 27.27	15 11.72 22.73	20 15.62 30.3	2 1.57 3.04	66 51.56
Total	16 12.5	25 19.53	28 21.88	48 37.5	11 8.59	128 100

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según el grado

En el modelo educativo Colombiano desde hace algunos años ha sufrido un fuerte cambio, desde la abolición del adagio popular “la letra con sangre entra”, hasta estos días donde se han gestando un sinnúmero de cambios, que para bien o para mal, lo que han buscado es acoplarse un proceso de transformación y desarrollo tecnológico, social y cultural que demanda la sociedad actual. Actualmente, se ha demostrado que existe un interés creciente por el aspecto sexual por lo que se ha involucrado a los colegios y escuelas del país en un proceso que se ha llamado “educación sexual”, para el cual se han diseñado cátedras educativas que han profundizado en el cumplimiento de objetivos y estándares más que en los aspectos relevantes que cada persona requiere.

En este aspecto es muy importante destacar lo mencionado por Santrock (2003), acerca de la inmersión de programas y currículos educativos en los colegios y escuelas, “los críticos afirman que, en dichos centros, deberían ponerse en practica actividades específicas que reflejen la amplia variedad de

diferencias individuales en el desarrollo biológico y psicológico durante la adolescencia temprana” (p. 423), y para el logro de esas metas se deben crear los espacios necesarios para que los y las estudiantes desarrollen su identidad conforme los distintos factores que involucra la etapa del ciclo evolutivo.

De esta manera, al confrontar los ítems con el grado, se utilizó al igual que con las anteriores variables sociodemográficas, la prueba Chi cuadrado, de donde se tomó aquellas afirmaciones donde $[p]$ fue menor o igual a .05.

Así, la escolaridad de los y las participantes estuvo distribuida así, el 30.46% en grado noveno, 37.5% cursaban décimo y el 32.04% estaban en undécimo, como se especificó en la Tabla 2.

Se encontró una incidencia de $[p]$.01 en el enunciado 1, con una variabilidad de respuestas respecto a conocimiento de los días en que una mujer se puede embarazar. Ante esto, el 46.15% del grupo de grado noveno respondieron indiferente, mientras que el 36.15% dijeron no conocer muy bien dichos días y el 17.95% de ellos y ellas afirmaron conocer los días de fértiles. En tanto que en el grado décimo se observó un valor similar del 39.55% que estuvieron de acuerdo como que contestaron en desacuerdo, frente a un 20.83% que respondieron indiferente. En undécimo la respuesta más frecuente fue la número 4, con un total del 46.34% de estudiantes que contestaron de acuerdo, ante un 24.22% dijeron lo contrario y un 17.07% indiferente (ver Tabla 26). Lo que indica que en grado nueve las respuestas de indiferencia puede ser un desconocimiento de este aspecto; para el grado diez y once se mira desinformación, lo que asociado a muchas de las manifestaciones de falta de

información encontradas en esta investigación, representarían un alto riesgo de estar ante una situación sexual que conlleve a un embarazo.

Tabla 26.

Relación escala de actitudes y grado ítem 1

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Noveno	2	5	18	6	8	39
	1.56	3.9	14.06	4.68	6.25	30.46
	5.13	12.82	46.15	15.38	20.52	
Décimo	3	16	10	13	6	48
	2.34	12.5	7.81	10.15	4.68	37.5
	6.25	33.3	20.83	27.12	12.5	
Undécimo	1	10	7	19	4	41
	.78	7.81	5.46	14.84	3.15	32.04
	2.44	24.39	17.07	46.34	9.76	
Total	6	31	35	38	18	128
	4.68	24.22	27.34	29.67	14.09	100

El coito interrumpido es un método ante el cual todos los estudiantes no se encuentran bien informados, ya que como muestra la variabilidad de respuestas ante el ítem número 16, son diferentes los puntos de vista que muestran los y las estudiantes según el curso en que este. De esta manera, al relacionar el enunciado con la variable grado, se obtuvo un valor [p] de .0017., en lo que respecta a las respuestas, el 71.8% de los estudiantes que cursaban noveno contestaron indiferente ante la afirmación, un 15.38% estuvo en desacuerdo y un 12.82% de acuerdo. Mientras que en décimo un total del 39.58% respondieron de manera neutral y el mismo porcentaje en desacuerdo, caso contrario ocurrió con el 20.9% de los y las encuestadas. Finalmente, 31.7% de los y las participantes de grado undécimo marcaron la opción de acuerdo,

mientras que el 29.28% respondió indiferente y un 22.92% en desacuerdo, un 12.19% esta muy desacuerdo y el 2.44 opina muy de acuerdo (ver Tabla 27). Los resultados indican que en noveno la mayoría optaron por la opción indiferente, lo que puede significar que existe un desconocimiento del método, en décimo fue desacuerdo la más frecuente lo que puede ser que se conoce la técnica, pero no se la llevaría a cabo y, para el grado once la respuesta que mas se presentó fue de acuerdo lo que puede explicarse como que saben de esta forma de evitar un embarazo y que muy probablemente la utilizarían en sus relaciones sexuales.

Tabla 27.

Relación escala de actitudes y grado ítem 16

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Noveno	0	6	28	5	0	39
	0	4.68	21.89	3.89	0	30.46
	0	15.38	71.8	12.82	0	
Décimo	8	11	19	7	3	48
	6.27	8.59	14.84	5.47	2.33	37.5
	16.6	22.92	39.58	14.58	6.32	
Undécimo	5	10	12	13	1	41
	3.89	7.82	9.38	10.17	.78	32.04
	12.19	24.39	29.28	31.7	2.44	
Total	13	27	59	25	4	128
	10.16	21.09	46.09	19.53	3.13	100

Tanto el 58.98% del grado noveno y el 43.75% de grado décimo tuvieron una actitud con tendencia positiva ante el ítem 17, es decir, que no estuvieron de acuerdo con aceptar que las y los adolescentes de edades entre los 14 y 16 años, que comúnmente son aquellos que están en dichos grados, mantengan

relaciones sexuales. Mientras que el 51.23% de estudiantes de once opinaron de acuerdo con que sus semejantes mantengan contactos sexuales. El valor de [p] para la correlación de grado y el ítem fue de .04; así, en grado nueve, aquellos que contestaron de acuerdo fueron el 28.2%, en tanto que en diez ese valor fue de 31.25% y en once quienes estuvieron en desacuerdo fueron el 26.82% de los participantes de dicho curso.

Actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia según la procedencia

Lo urbano y lo rural implican el hecho de residir en un pueblo o ciudad para el primer caso y en el campo o en una vereda para el otro. En el contexto de Colombia, se ha encontrado que existen ciertas diferencias entre las pautas de crianza que se ejercen en la familia del campo y la ciudad, es más, se nota que hay notorias discrepancias en la forma en que se viven las etapas del desarrollo entre un Departamento y otro.

De esta forma, para analizar los aspectos referentes a la zona donde habitan las personas que fueron objeto de esta investigación se tuvo en cuenta lo planteado por Saavedra & Cols (2006) quienes han expuesto que “es importante saber que la adolescencia en algunas culturas no existe, puesto que los niños pasan de esta etapa a la adultez y por lo tanto tienen que asumir roles de adulto; tiene obligaciones y aportaciones para la misma sociedad” (p.58), es decir, que las actitudes ante lo sexual que muestran uno y otro grupo pueden variar según los diversos factores a que estén influenciados en las zonas en que residen, la religión, las costumbres y otros aspectos del ámbito cultural donde crecen.

Igualmente, se tuvo en cuenta también que “en nuestro país en las zonas rurales se ha comprobado que las niñas que tienen su menarquía son candidatas para que un hombre mayor las tome como esposas; en otro sentido están preparadas para ser madres, por lo tanto esposas, cosa que en las zonas urbanas no es bien visto y mucho menos tolerado” (Saavedra & Cols, 2006, p. 58); factor que también podría observarse en este estudio.

Del grupo de participantes de la Institución, el 71.87% pertenecían al sector urbano y el 28.13% restante fueron de la zona rural. Así mismo, al realizar la correlación de los ítems con la variable procedencia se tuvo en cuenta, el mismo valor de la prueba Chi cuadrado utilizado en los análisis anteriores.

Se obtuvo en el ítem 1 un valor en la prueba Chi cuadrado de .043, lo que indica que hubo significancia de la procedencia rural o urbana ante el hecho de desconocer los días en que la mujer se puede embarazar. Así, el 35.14% de los y las participantes de la zona urbana respondieron de acuerdo con no conocer los días fértiles con exactitud, mientras 12.86% de los y las encuestadas de zona dijeron conocer bien dichos días. En lo que concierne a los y las estudiantes de lo rural, se encuentra que existe una tendencia negativa frente a la afirmación, ya que el 29.37% estuvieron de acuerdo y el 19.56% muy de acuerdo, lo contrario se obtuvo con el 19.56% y 5.43% respectivamente; un 26.08% contesta indiferente ante el ítem. Es decir, que en los dos grupos existe desinformación respecto a este factor, por cuanto los mayores porcentajes de los y las adolescentes de ambas zonas estuvieron en la opción de acuerdo.

Se encontró una relación entre el ítem 12 y la procedencia, de la que se obtuvo un valor en la prueba Chi cuadrado de .04. Así, se observó que el 36.3%

del grupo zona rural dijo existe riesgo de embarazo si hay una penetración vaginal sin eyaculación; mientras que sólo el 19.59% de lo urbano opinaron igual. De esta forma, aceptaron la afirmación, el 29.37% y el 19.56% de estudiantes de la zona urbana y el 30.5% de la zona rural (ver Tabla 28). Los resultados indican que en los y las encuestadas de zona rural el coito sin que haya eyaculación intravaginal representó un alto riesgo para embarazarse, lo que no ocurrió con los y las participantes de lo urbano. La razón por la que esto puede estar ocurriendo es la desinformación o desconocimiento respecto a que en una relación sexual el hombre antes de obtener una eyaculación expulsa una serie de sustancias las cuales científicamente se ha comprobado pueden tener una alta carga de espermatozoides, los cuales si se encuentran con el óvulo en la mujer pueden ocasionar un embarazo.

Tabla 28.

Relación escala de actitudes y grado ítem 12

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Urbana	17 13.28 18.48	31 24.21 33.69	22 17.18 23.91	14 10.94 15.22	8 6.26 8.7	92 71.87
Rural	3 2.35 8.3	7 5.48 19.4	12 9.38 33.3	10 7.81 27.7	4 3.11 11.3	36 28.13
Total	20 15.63	38 29.69	34 26.56	24 18.75	12 9.37	128 100

Respecto al asistir a una iglesia (ninguna en particular) para evitar relaciones sexuales, fue una razón con la cual los y las adolescentes de zona urbana estuvieron de acuerdo, mientras las y los encuestadas de lo rural no lo

consideran así. La significancia encontrada fue muy alta, con un valor de [p] de 0.008. De esta manera, en los resultados encontrados se observó que el 59.79% de estudiantes del casco urbano opinaron de acuerdo, igual opinión tuvieron el 33.2% de la zona rural. El 55.4% de participantes de lo rural consideraron la opción en desacuerdo, la que se presentó con mayor frecuencia, mientras que en lo urbano fue del 27.17%, que termino siendo la alternativa de respuesta que menos marcaron. Entre tanto, un 13.04% y 11.03 de los dos grupos respectivos contestaron indiferente. Respecto al valor encontrado en el total de la población, el 15.72% de los y las estudiantes de la zona rural estuvieron en desacuerdo con el enunciado y el 42.95% de los y las encuestadas del casco urbano opinaron de acuerdo (ver Tabla 29).

Tabla 29.

Relación escala de actitudes y grado ítem 53

Frecuencia Porcentaje % Filas	1	2	3	4	5	Total
Urbana	12 9.38 13.04	13 10.16 14.13	12 9.38 13.04	28 21.86 30.43	27 21.09 29.36	92 71.87
Rural	5 3.9 13.8	15 11.72 41.6	4 3.11 11.3	7 5.48 19.4	5 3.9 13.8	36 28.13
Total	17 13.28	28 21.88	16 12.5	35 27.34	32 25	128 100

De esta forma en la correlación se observa que, contrario a lo que se planteó al iniciar el análisis de este apartado, los resultados indican que los y las adolescentes de la zona rural mantienen cierto tipo de actitudes preventivas que

resultan un poco más seguras respecto al grupo de lo rural, obviamente en los cuatro aspectos evaluados.

Análisis de los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes y de los factores de riesgo para embarazarse en la adolescencia

Tal como se indicó en el apartado referente a la metodología y marco teórico del estudio para cumplir el objetivo principal de la investigación, se estableció una escala tipo likert basada en la sexualidad, teniendo en cuenta los componentes de las actitudes y los factores de riesgo que pueden conducir a un embarazo en la adolescencia. La recolección de la información se hizo de forma sistemática y organizada, de tal manera que a la hora de analizar los resultados se logró cumplir los fines de la investigación.

Los ítems se distribuyeron de la siguiente forma: 40.35% en base al componente cognitivo, 26.36% respecto al componente afectivo y del componente conductual el 33.29% de afirmaciones. Respecto a los factores de riesgo, los biológicos fueron 3.125%, los psicológicos el 79.695%, los factores sociales 12.5% y los factores culturales el 4.68% (ver Tabla 30).

Tabla 30.

Distribución ítems según componentes de las actitudes y factores de riesgo

Ítems	Factor Biológico	Factor Psicológico	Factor Social	Factor Cultural	Porcentaje
Cognitivo	1, 2, 3, 4	6, 12, 15, 17, 19, 20, 23, 26, 28, 32, 34,	40, 44, 45, 47, 50,	52, 54, 56, 57	40.35
Afectivo		7, 8, 11, 14, 24, 25, 30, 31, 35,	36, 41, 46, 48, 49		26.32
Conductual		5, 9, 10, 13, 16, 18, 21, 22, 27, 29, 33,	37, 38, 39, 42, 43, 51	53, 55	33.33
Porcentaje	3.125	79.695	12.5	4.68	100

Como se observa, existe una relación entre los componentes de las actitudes y los factores de riesgo que se han nombrado, es decir, que si un ítem mide el componente cognitivo también pueden involucrar o no un factor de riesgo de los planteados, lo mismo ocurre con los otros componentes de las actitudes. De esta manera, con el fin de ir respondiendo a cada uno de los objetivos planteados en la investigación se irán analizando cada uno de estos elementos, conforme se encuentran discriminados en los objetivos específicos.

Análisis del componente cognitivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

El componente cognitivo de la actitud en la sexualidad se lo puede definir como dice López (2005) es “la tendencia a opinar y tener ideas y creencias sobre objetos, situaciones, normas, costumbres, conductas y personas en el campo de la sexualidad. Estas ideas y creencias son, con frecuencia, poco racionales; pero pueden estar cargadas de significado para las personas. Por ello, no son fáciles de entender para quien no las comparte” (p. 86). Los psicólogos han planteado que la cognición es un proceso mental, en donde las estructuras mentales actúan para llevar a cabo diferentes procesos de interpretación de las sensaciones y percepciones recibidas a través de los sentidos; este proceso a su vez configura y representa la información en la memoria a corto o largo plazo, las cuales son una parte esencial para las diferentes respuestas cognitivas, afectivas y comportamentales.

Así, desde los resultados encontrados en la investigación, en el componente cognitivo o en las cogniciones de las actitudes, se detectaron diferentes

situaciones que generarían diferentes riesgos por los que muy probablemente las y los estudiantes tendrían un embarazo.

En la figura 5, se encuentran representados los valores de los ítems tanto con un promedio negativo, como indiferente y positivo. De esta forma, en el componente se halló un valor promedio de 2.9, lo que indica una actitud negativa, aunque como se observará posteriormente los diferentes tipos de respuesta encontrados incluyen los dos extremos de la polaridad así como la neutralidad. Para este apartado y para el análisis de cada uno de los elementos de las actitudes y los factores de riesgo se tendrán en cuenta aquellas afirmaciones en donde la valoración resulte representativa.

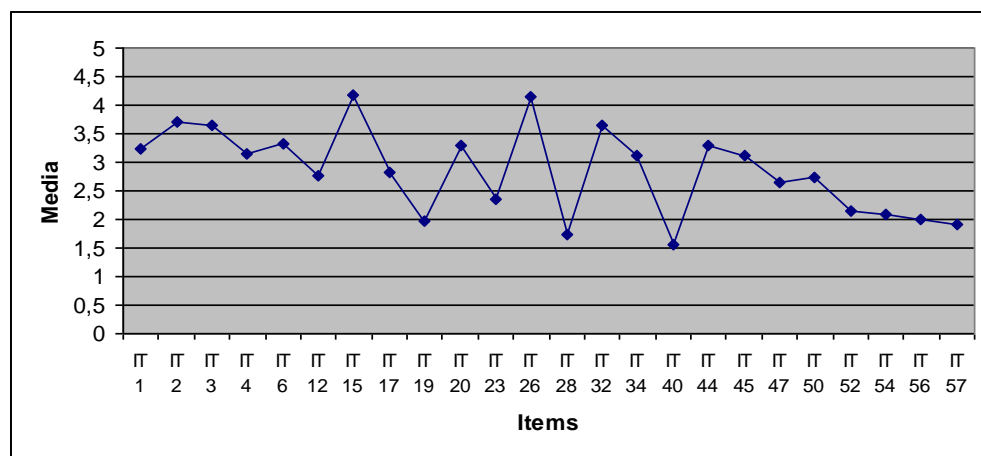


Figura 5. Distribución puntuación media ítems componente cognitivo.

Respecto a las cogniciones de los y las estudiantes se encontró que existe una marcada tendencia hacia el desconocimiento de aspectos relativos a la sexualidad, ya que, como se indicó en el análisis de resultados del ítem 1, se evidencia que no se conocen bien los días en que la mujer se puede embarazar porque el 43.76% de participantes estuvo de acuerdo con la afirmación que se planteó; igualmente, entre el grupo de adolescentes embarazadas, aún se

manifiesta desinformación, pues el 50% responde opciones diferentes a los días intermedios del periodo, como aquellos de riesgo de embarazo en la mujer; en el ítem 4 se confirma esta tendencia, observándose un 44.54% que respondieron de acuerdo que durante la menstruación existe más peligro de embarazarse.

Respecto a no conocer los días de fertilidad de la mujer en la variable edad, se encuentra que el grupo que pertenece a la adolescencia tardía con el 46.37% respondieron de acuerdo, caso que en menor proporción sucedió con los de adolescencia media. En la variable grado se observó que en grado undécimo muestran la tendencia más favorable, por tanto 46.34% opinaron de acuerdo. Respecto a la procedencia, en la zona urbana el 35.14% del total de participantes dijeron estar de acuerdo en desconocer estos días, mientras que 12.86% de los y las estudiantes de la zona rural opinaron lo mismo.

También se encontró en el componente cognitivo una disposición hacia asumir el riesgo y a valorar ciertas creencias como verdaderas, como es el caso de la percepción de invulnerabilidad que sucede normalmente en el periodo de adolescencia según varios autores. Es así que el 54.69% de estudiantes estuvieron de acuerdo en que a su edad no podía ocurrirles un embarazo, igualmente aseveran que una mujer que es virgen no puede quedar en embarazo en la primera relación sexual, en ese ítem el 64.85% de opinaron de acuerdo. Así mismo 80.48% de los y las adolescentes respondió de acuerdo con que en la primera relación sexual no existe ningún riesgo de embarazo. Acerca de esta tendencia, 37.72% de las adolescentes embarazadas dijeron que nunca pensaron que se iban a embarazar, un porcentaje mayor si lo

consideró, sin embargo llegaron a ese estado; cabe resaltar que dentro de este grupo la edad promedio de embarazo fue los 15.71 años, mientras que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales los 15 años, resultados que se asemejan a los del orden nacional que detectó Profamilia en el año 2005.

Así mismo, en este componente de las actitudes se encuentra una fuerte discrepancia en cuanto al manejo de la información que mantienen los y las estudiantes, ya que se observa que por un lado creen saberlo todo y por el otro la información que poseen es errada o ambigua; es así como en el ítem 15 se encontró que el 83.16% contestó de acuerdo con que la educación sexual no es necesaria, mientras que en el ítem 20, el 50.77% respondieron que la causa por la que existen tantos embarazos es la falta de información acerca del tema.

Puede ser cierto que los y las estudiantes conocen mucho sobre la sexualidad, pero valdría la pena evaluar si lo que saben es correcto o adecuado, igual que preguntarse si la información que dicen hace falta, es aquella que en el colegio el hogar o con los amigos no encuentran.

Se puede evidenciar la situación anterior también en el ítem 45, cuando el 45.31% de estudiantes respondió que en las clases de educación sexual no se enseña a tomar decisiones adecuadas para evitar embarazarse, más aún en el ítem 44, el 50.78% adujeron estar de acuerdo con el enunciado que dice que la información recibida en el colegio acerca de las relaciones sexuales es muy poca. En el grupo de adolescentes embarazadas se detectó que el 100% recibieron orientación sobre la sexualidad, especificando que los y las docentes son las personas que más se consulta, seguido de los medios de comunicación, amigos pares de familia y personal de salud, razón por la que la desinformación

no representa el mayor riesgo, sino el manejo de la misma junto con la inexperiencia y el sentido común.

Respecto a las creencias que se han nombrado en la escala acerca de la sexualidad con respecto a la prevención de embarazos, no se encontró valores significativos como para considerarlas relevantes, es decir, se observa que hay un uso de información científica más que popular respecto a lo sexual.

Otro aspecto que resalta es el encontrado en el ítem 34, ya que el 31.24% de participantes respondió de acuerdo con que las personas que mantienen contacto sexual bajo efectos del alcohol tendrán embarazos más pronto. Lo que puede ser un indicador valorativo de que los y las participantes en estado de embriaguez no tendrían la capacidad mental necesaria como para tomar las medidas adecuadas para evitar embarazarse; es de destacar que el 61.54% de las adolescentes embarazadas contestaron que alguna vez han sentido deseos de tener relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y un 35.72% de ellas ha mantenido contacto sexual en dicha situación.

Como se observa existe una predisposición hacia el riesgo en el componente cognitivo, el cual al igual que los otros debe ser prioritario cuando se haga intervención para la prevención.

Análisis del componente afectivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

Diferentes autores de la psicología consideraron por mucho tiempo al tema de las emociones como poco relevante e importante, por lo que se dio más importancia a los procesos conductuales y a los estados psicofisiológicos del ser humano. Actualmente este estado ha cambiado y desde que tomó fuerza el

estudio de las actitudes, los estados afectivos de las personas captaron mayor interés para los psicólogos, ya que como lo plantean Dörr & Cols (2008) “las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivacionales, deseos necesidades e incluso objetivos”. Como el afecto no demuestra en si un aspecto que pueda ser medido, los mismos autores dicen que “es difícil saber a partir de la emoción cual será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuírla” (p. 110).

Así, para entender mejor los estados psicológicos del ser humano, los estados afectivos no se han determinado como un todo, sino que se han establecido los espacios en donde se encuentra inmerso este aspecto y desde hay se han planteado las bases para su evaluación. En este estudio, se definió al afecto como un componente más de las actitudes, que en el campo de la sexualidad se podría definir como dice López (2005) “las actitudes son una reacción afectiva de agrado o desagrado ante el objeto, situación, persona o practica sexual a que se refieren” (p. 86). De igual forma, este componente como se mencionó en el marco teórico del estudio, está integrado por los cambios físicos y las sensaciones del sujeto.

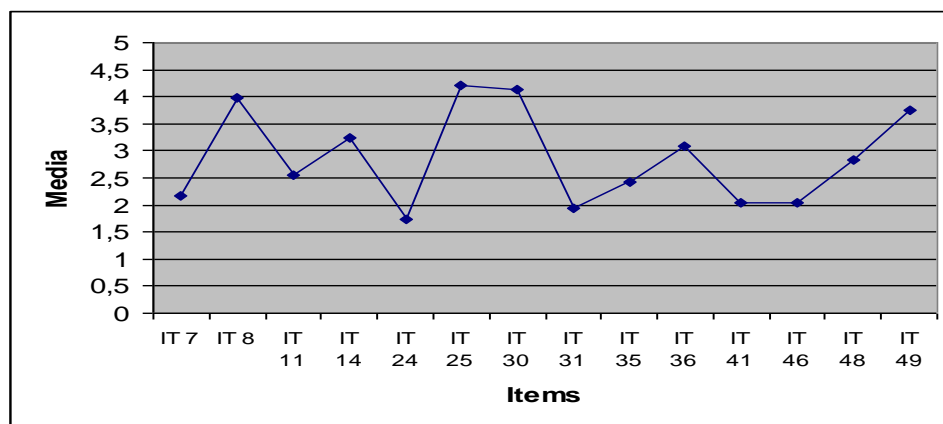


Figura 6. Distribución puntuación media ítems componente afectivo.

En el componente afectivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia, el promedio de los puntajes fue de 2.9, es decir que la tendencia promedio del componente es neutra. Entre los ítems significativos estuvieron el 8, 11, 14, 25, 30, 36, y 49, como se indica en la figura 6.

De tal manera que se observó que mantener relaciones sexuales como una prueba de amor es una situación que admitieron los y las estudiantes, pues como lo indica el ítem 11, el 58.65% estuvo en desacuerdo cuando se propuso que tener relaciones no es la mejor prueba de amor que se dan los novios, es decir, que las relaciones sexuales son tomadas como una prueba de amor. Muchas investigaciones han encontrado que esta prueba de amor surge como una forma de chantaje que el novio hace a su pareja para obtener beneficio sexual, en donde comúnmente la mujer accede, por el afecto que tiene a su par y porque el joven aduce finalizar dicha relación si no se cumple tal petición. En los resultados encontrados se observa que el 50% contestaron de acuerdo con que las relaciones sexuales inician por dicho temor.

Acercas de esta situación se evidencia todo lo contrario en el grupo de embarazadas, de las que 64.29% afirmaron que tuvieron relaciones sexuales por decisión propia, sólo el 14.28% contestó que en esta situación sucedió por presión o chantaje de la pareja; resulta interesante también que el 100% de ellas inicio dicha actividad con el novio, es decir, hay un fuerte valor afectivo para comenzar una vida sexual.

Entre las relaciones de pareja del grupo de adolescentes, el afecto parece estar representados en la confianza y apego hacia el otro, sin que ello implique asumir ciertos cuidados para prevenir riesgos en la sexualidad, especialmente

en la prevención de un embarazo; es así como se observa que el 80.47% de estudiantes respondieron de acuerdo en el ítem 30, es decir, aceptaron que en las relaciones sexuales no deben usarse anticonceptivos, si de por medio existe amor. Al relacionar este aspecto con aquellas estudiantes que resultaron embarazadas se evidencia que el 57.14% no usaban anticonceptivos en sus relaciones anteriores al embarazo; esto se confirma en el ítem 25, donde el 85.94% contestaron que los métodos de planificación no son necesarios para tener actividad sexual; a su vez, el 92.85% de estudiantes embarazadas dijeron que el afecto es muy importante a la hora de hacer el amor, factor que se valora como más valioso, antes que hecho de prevenir un embarazo.

Además, la situación anterior podría estar influenciada por otros factores de tipo emocional que hacen que exista miedo y desconfianza ante situaciones de cuidado para la salud. Los y las adolescentes que participaron en el estudio demostraron temor de ser descubiertos que han tenido actividad sexual y en este mismo caso por ello sienten que en su hogar no aceptarían el uso de anticonceptivos; de esto se encontró en el ítem 49, que el 64.07% afirmaron que los padres no aceptarían el uso de métodos de planificación en ellos o ellas; así mismo, asociado a otros factores que iremos viendo en el análisis de los resultados, esta puede ser quizá una de las razones por las que no existe un alto porcentaje de uso de anticonceptivos en la población adolescente. De la misma forma, entre el grupo embarazadas se halló que de sus padres sólo el 28.58% sabían que sus hijas tenían contactos sexuales, lo que puede confirmarnos que existe temor de dialogar con los padres o madres de familia

acerca de sexualidad, en este aspecto se encontró que sólo el 14.29% buscaba ayuda con sus padres y el 42.84% prefería no preguntarle a nadie.

También se halló relación de este factor en el ítem 36 de la escala, el 46.87% contestó de acuerdo que sentirían temor de usar anticonceptivos porque tanto en el colegio como en el hogar se enterarían de que ellos o ellas mantienen actividad sexual; 64.27% de las embarazadas respondieron que no hablaron con nadie cuando iniciaron relaciones sexuales.

Resulta a su vez interesante encontrar que un 74.22% de los y las estudiantes siente que tener hijos a su edad no cambiaría los proyectos que se han planteado, mientras que 64.28% de aquellas que han padecido una situación de embarazo opinaron lo contrario. En este caso se impondría la opinión de las embarazadas por cuanto ya han experimentado dicha situación.

Al igual que en el componente cognitivo, los factores evaluados en el afecto representan un grado de riesgo para embarazarse, aunque su valor no es muy alto resulta importante encontrar que existe ese peligro, para igualmente ponerle atención a la hora de educar en la sexualidad.

Análisis del componente conductual de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

López (2005), plantea que el componente conductual incluye aquella disposición que insita a comportarse de una forma determinada, así “si consideramos que algo es negativo y nos provoca malestar o desagrado, es probable que intentemos evitarlo. De la misma manera, si tenemos un determinado patrón de conducta, es muy probable que intentemos justificarlo con opiniones y que tendamos a adaptar nuestros afectos a él” (p. 88). Lo que

implicaría que, si un o una adolescente piensa que una mujer virgen no se puede embarazar, es muy probable que tenga relaciones sexuales sin usar métodos para evitar el embarazo. De esta forma, al analizar el componente conductual, se tuvo en cuenta aquellos ítems donde el enunciado mostró una acción manifiesta o donde se evaluó que posiblemente ocurriría una conducta.

El promedio de respuestas de este componente fue de 2.9, al igual que en los anteriores; el valor se enmarca como actitud negativa. Conforme esto, se tuvo en cuenta aquellos ítems representativos para este aspecto, como se indica en la figura 7, éstos se analizaran posteriormente.

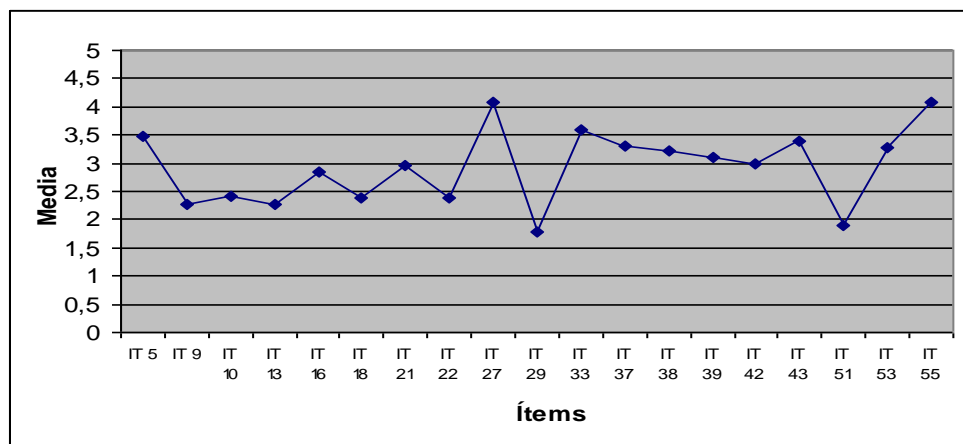


Figura 7. Distribución puntuación media ítems componente conductual.

Dialogar respecto a su sexualidad es una de las acciones que comúnmente realizan los y las adolescentes. Una de las primeras expresiones del deseo por el otro es manifestar el gusto que se tiene por esa persona. Tanto el hombre como la mujer adolescente antes de iniciar un cortejo amoroso exponen su agrado con expresiones como “un saludes”, muy común en el entorno Nariñense, el cual se lo dice a un amigo o amiga cercana, con el fin de que este se lo informe a la persona que desea enamorar. Al ocurrir esta situación, a él y

la joven le surgen muchas interrogantes acerca de aspectos relacionados con el amor y porque no decirlo de "sexo" como comúnmente se dice, ya que el amor se encuentra implícito en la sexualidad, así estas personas, para responder a sus dudas recurren a los amigos y/o amigas, a los padres y/o madres o a los medios de comunicación y en otros casos prefieren quedarse con las dudas.

De esta manera, respecto al dialogo sobre la sexualidad se encontró en el ítem 42 que el 42.96% de estudiantes no conversa con los padres o madres porque éstos no los entienden; así mismo prefieren no discutir sobre el tema ya que dicen que aún no piensan tener relaciones sexuales, como se evidenció con el 78.89% de estudiantes que contestaron de acuerdo en el ítem 55. Así mismo, los y las encuestados prefieren dialogar con el grupo de pares debido a que ahí se sienten más seguros, como se indicó en el ítem 43, cuando 54.69% respondieron de acuerdo.

Otro comportamiento que pone en riesgo el bienestar sexual de los y las adolescentes es el relacionado con la asertividad y manejo de la ansiedad ante ciertas situaciones que generan un conflicto; es decir, para el grupo de adolescentes mantener relaciones sexuales es algo que se desea con mucho ahínco, pero al momento de cumplirse esa meta, por un lado tienen que mediar con los prejuicios y barreras que la sociedad, la familia y otros medios les imponen y por la otra parte están las ganas de mantener dicha actividad de manera placentera y sin tener que sufrir consecuencias adversas.

En ese caso, los y las jóvenes se proponen mantener relaciones sin que haya riesgos, pero se enfrentan a situaciones como la expuesta en el ítem 37 cuando el 51.56% de estudiantes respondió de acuerdo que les sería difícil

comprar preservativos en un sitio público, porque les da miedo que en la familia se enteren que tienen contacto sexual. En este mismo aspecto, en el ítem 38, se evidenció el temor que sienten los y las adolescentes de adquirir preservativos en sitios públicos, argumentando evitar comentarios de la gente, en el enunciado el 52.34% respondió que no llevarían a cabo dicha conducta. Por esa circunstancia quizá es que para el 56.25% de estudiantes, como lo plantea la afirmación número 5, conseguir anticonceptivos les parece muy difícil, aclarando que los anticonceptivos son un producto que se dispensa muchos lugares públicos como droguerías, tiendas, hospitales, etc.

Otro factor a considerarse y que guarda relación con los anteriores se encuentra en el ítem 39, respecto a solicitar información acerca de sexualidad y planificación familiar en las instituciones de salud, se observó que el 46.09% de estudiantes estuvieron de acuerdo en no asistir a dichas instituciones porque desconfían de las personas que atienden; se podría decir que sienten cierto temor de que se informen de su actividad a personas conocidas y porque no a la familia o colegio. Asociado a esto también está que quienes no han recibido la orientación adecuada a la hora de emplear dicha información, obviamente, no sabrán como usar los métodos, como se encontró en el ítem 33, donde el 61.71% respondieron de acuerdo con no saber aplicar lo que saben acerca de anticonceptivos, una razón por la que probablemente se embarazarían.

Resulta relevante que el alcohol también está inmerso en las actitudes frente a lo sexual como se indica en el ítem 21, donde el 39.84% de encuestados contestó de acuerdo en sentir más deseos de tener sexo bajo efectos del alcohol. También es significativa la consideración que hacen respecto a

considerar la práctica del aborto como una opción ante un embarazo, esto se detalló en el ítem 9, aquí un 69.53% de estudiantes lo consideró como una buena salida.

Otra conducta que aparece en los y las estudiantes se refiere al uso de la religión como un medio para evitar los contactos sexuales, como se indica en el ítem 53, ya que el 52.34% de estudiantes dijo que asiste a la iglesia para evitar tener relaciones sexuales.

Como se analizó, los comportamientos o posibles conductas que se encontraron en el grupo evaluado resultan muy preocupantes, ya que es donde se hallaron el mayor número de actitudes positivas para asumirse peligros. En conclusión la evaluación de los tres componentes de las actitudes mostró que en cada una de ellas existe un notorio riesgo para embarazarse, hecho que cuando se plantee una medida de solución para el problema planteado.

Análisis de factores de riesgo ante el riesgo de embarazo en la adolescencia

La sexualidad como la propone Alzate (1988), “es un conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socio culturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana”. De esta manera, se puede decir que los factores que componen la sexualidad están íntimamente ligados al desarrollo del adolescente y especialmente en su función sexual, ya que como se planteó el deseo y la conducta sexual no sólo son un aspecto muy importante, sino que tiene un gran valor en cada una de la etapas del ser humano, que determina el curso de la vida social e individual.

Entendido esto a continuación se abordarán cada uno de los factores de riesgo planteados como lo son el biológico, el psicológico, el social y el cultural.

Factores biológicos frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

El factor biológico hace referencia a los cambios físicos que surgen durante la adolescencia de los que se tomarán con mayor interés los que suceden en la mujer ya que son los que representan más riesgo para que ocurra un embarazo. De este factor en la adolescencia como lo explica Nader & Palacio (1996), ante el riesgo de embarazo se puede decir que “el adolescente siente en su organismo una serie de cambios físicos que convierten su cuerpo infantil en una figura totalmente diferente, cuyo crecimiento se da en forma rápida, impactante, y genera una serie de adaptaciones y procesos para los que probablemente estaba informado pero no necesariamente preparado”.

Tomado así, se obtuvo una media en los resultados de 3.44, lo que indica que la tendencia promedio es neutra; así, como se ha venido haciendo en los componentes de las actitudes se evaluarán los ítems más representativos, como se indica en la figura 8, los cuales irán fortaleciendo los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó a adolescentes embarazadas.

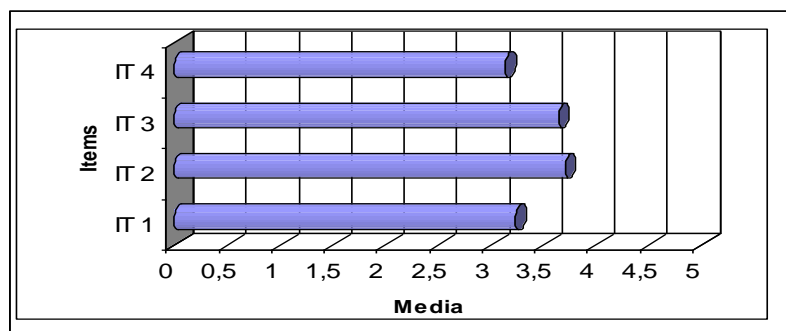


Figura 8. Distribución puntuación media ítems factores biológicos.

Haciendo referencia a estos factores se puede nombrar en primer lugar que la edad promedio de inicio del periodo menstrual en las adolescentes embarazadas fue 12.2 años, con una edad mínima de 10 y una máxima de 15 años. Como es conocido esta condición indica que la mujer ingresa a un periodo fértil, el cual se puede evidenciar porque sus características visibles, mientras que en el hombre esto no sucede, no existe una manifestación física que lo indique, a ello y al riesgo se asocia también que los y las adolescentes muchas veces desconocen el significado de dichas manifestaciones corporales.

De esta forma, los factores biológicos se fueron los ítems 1 al 4, los que muestran una tendencia hacia el desconocimiento de aspectos relacionados con la fertilidad ya que un 44.54% de estudiantes estuvo de acuerdo que durante la menstruación existe más riesgo de embarazo, desinformación que se evidencia también en el 43.76% que respondieron no conocer bien los días en que la mujer se puede embarazar. Por otro lado, resulta positivo encontrar que para el 64.85% saben la menstruación es un signo de fertilidad en la mujer.

Respecto a la virginidad, que es un aspecto físico, aunque tiene características psicológicas, culturales, sociales, etc. Al hablar de virginidad se hace referencia a la existencia del himen en la mujer. En el estudio se afirmó que una mujer que es virgen no puede quedar en embarazo, enunciado al que 64.85% de estudiantes respondieron positivamente, es decir, que la afirmación para los y las resultó ser verdadera; obviamente en ciertas situaciones una mujer no puede embarazada, pero el hecho de que exista o no el himen no indica la fertilidad de la mujer, razón por la cual esta situación se puede tomar como un riesgo, ya que muchos adolescentes pueden ver en ello una razón

para no establecer medidas de protección en sus primeros contactos sexuales, más aún en Colombia cuando se ha demostrado que los y las jóvenes creen y piensan que para embarazarse hay que tener relaciones sexuales constantes.

Como se observa existe un alto riesgo en el factor biológico por cuanto se desconocen aspectos relevantes de la anatomía y fisiología humana.

Análisis de factores psicológicos frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

Para llevar a cabo el análisis de este factor, se han mantenido las características nombradas en el marco teórico; aunque se puede añadir que “el desarrollo físico es solo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar solo algunos” (Masters & Johnson, 1994, p. 256).

Así, en los ítems de este factor se encontró una media 2.9, lo que muestra una tendencia negativa, pero como indica la figura 9, existen afirmaciones negativas como positivas, las que se analizarán junto a los resultados de la encuesta a embarazadas como se ha venido desarrollando.

1. Acceso temprano a la actividad sexual. Se encontró en el grupo de adolescentes embarazadas que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio los 15 años, con una edad mínima de 12 años; para el 50% de las encuestadas dicha relación fue planeada y en el 100% de los casos dicha

relación empezó con el novio. En cuanto a la continuación de su vida sexual, el 85.72% respondió que mantiene relaciones sexuales actualmente y el mismo porcentaje dice que las mantiene con su primera pareja, mientras que el 14.28% lo hace con una persona diferente; el 64.29% de ellas contestó que las relaciones que han mantenido han sido por decisión propia. Con base en estos resultados, se puede deducir que el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas tiene influencia directa en el embarazo de los y las adolescentes, por cuanto la gestación se produjo en una edad promedio de 15.71 años y donde el 92.85% dijeron no haber planeado esa situación.

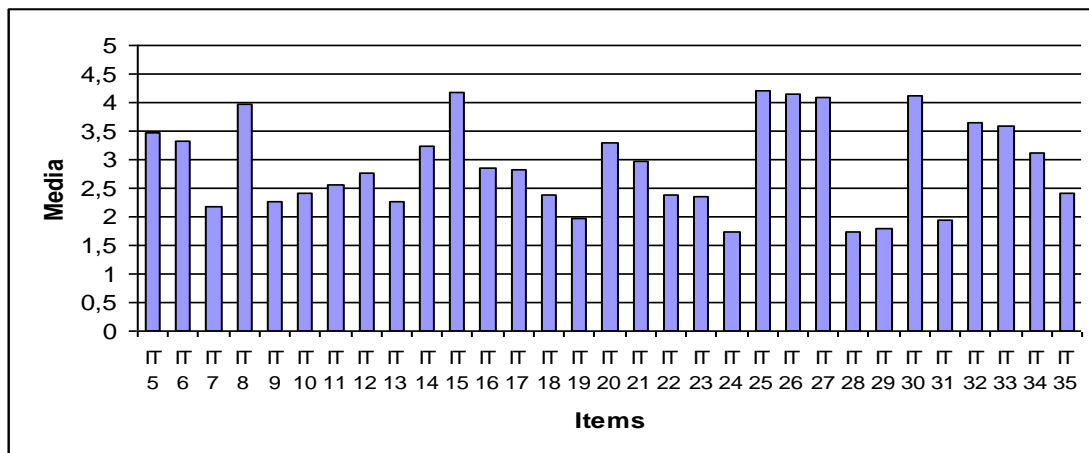


Figura 9. Distribución puntuación media ítems factores psicológicos.

Las respuestas de las embarazadas sirven para confrontar y entender al 59.37% de los y las estudiantes que contestaron en la escala de actitudes que no tendrían relaciones por curiosidad, igualmente el 51.56% de estudiantes consideró no querer iniciar relaciones sexuales en estos días, lo que podría significar que aun no hay preparación para asumir dicha responsabilidad. También es de resaltar la actitud positiva frente al iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años, lo cual no indica que posiblemente evitarían o evitaron

tenerlas, pero si es un indicio de que no están de acuerdo con mantener relaciones sexuales en esas edades, como se comprueba cuando 42.97% respondieron que no aceptarían las relaciones sexuales en sus semejantes, lo mismo ocurrió con el 50% de estudiantes embarazadas.

2. La percepción de invulnerabilidad o pensamiento de inmortalidad y, los problemas emocionales y afectivos. Se evidencian actitudes de riesgo respecto al pensamiento de invulnerabilidad de embarazarse, es así como 54.69% de estudiantes afirmaron que a su edad un embarazo no les podía suceder, igualmente aconteció con las embarazadas ya que el 64.28% contestó que pensaban que teniendo relaciones sexuales no se iban a embarazar. Así mismo 43.32% de los y las estudiantes respondieron que lo saben todo en el campo sexual por eso no es necesaria la educación sexual. También es relevante que 48.44% de participantes dijeron que el embarazo no cambiaría sus proyectos de vida, cuando el 64.28% de embarazadas afirmó haber sentido un gran cambio en las metas que se habían propuesto, además es de resaltar que 92.85% de ellas dijeron que no estaban preparadas para ser madres.

Respecto a las dificultades emocionales y problemas afectivos de los y las adolescentes, se observa que estuvieron de acuerdo en que las relaciones sexuales en la adolescencia inician por presión de la pareja, caso que no sucedió en las embarazadas, en donde sólo el 14.28% de las participantes aduce haber sido chantajeada por la pareja para hacer el amor.

3. Monogamia secuencial o noviazgos de larga duración constantes. Anteriormente se observó 100% de las adolescentes embarazadas tuvieron los primeros contactos sexuales con su novio y de esa misma persona resultaron

embarazadas, así mismo se encuentra que ellas aún mantienen relaciones con dicha pareja; ante esto se puede decir que los noviazgos de larga duración si representan un factor que incide en la ocurrencia de dicha situación, en el grupo que se aplicó la escala se observa una tendencia similar por cuanto 59.38% respondieron de acuerdo en que tendrían hijos si tuvieran parejas estables. De la misma manera 85.94% opinaron que si hay amor las parejas no deben preocuparse por usar anticonceptivos, lo que se confirma en el ítem 30; tal vez esa fue una de las razones que consideró el 57.14% de embarazadas que no usaron anticonceptivos en las relaciones sexuales previas a la gestación.

4. El conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos. El 100% de embarazadas respondió que conocían los métodos de planificación; en el otro grupo de encuestados 80.47% respondieron igual, es decir, que la desinformación en este aspecto no se muestra como un factor de riesgo. Más que ese aspecto, se podría nombrar como peligroso a la falta de habilidades para solicitarlos como se observa en el 56.26% de estudiantes dijeron que conseguir estos métodos no era fácil, aludiendo a razones como el miedo a adquirirlos y la falta de asertividad para solicitarlos, esto se evidencia en los resultados de los ítems 36, 37 y 38, en donde respondieron que sentían temor y desconfianza de que la familia o la gente se entere de sus contactos sexuales. Igualmente se observa que los sistemas o instituciones prestadoras de servicios de salud contribuyen a que suceda esta situación, ya que los y las adolescentes de los dos grupos afirmaron que no asistían a consulta sobre planificación por miedo a que el personal que atiende no guarde la confidencialidad del caso; esta situación quizás se le haya presentado alguna vez a cualquier persona y

por tal razón a dado pie a que entro de los y las jóvenes se cree una valoración negativa del servicio.

5. Tiempo prolongado antes del uso de anticonceptivos en adolescentes que mantienen actividad sexual. El 57.12% de las estudiantes embarazadas respondió que llegaron a ese estado porque no planificaban y el 14.28% por dejar de planificar, lo que demuestra que muchos de las gestaciones a dichas edades suceden por el aspecto nombrado como lo planteó Profamilia (2005); dicha situación es preocupante ya que aún después del primer embarazo no se tiene en cuenta estos cuidados como lo demuestra el 16.7% que afirmaron mantener relaciones sexuales actualmente sin usar ninguna medida de planificación familiar. Es importante también tener en cuenta que para el mismo grupo planificar es sinónimo de cuidarse, más que decidir el cuando y cuantos hijos tener; igualmente cabe anotar que el 100% de ellas antes de su embarazo conocían por lo menos dos anticonceptivos, aunque el 42.85% dijo que nunca los usaban, ya que le daba vergüenza decírselo a su pareja, y el mismo 42.85% contestó que sentía miedo de usarlos.

De la población a la cual se aplicó la escala de actitudes, 81.25% opinaron que los anticonceptivos no son algo que deba usarse después de tener hijos; es muy positiva esta valoración aunque no se descarta que muchos de los y las estudiantes posiblemente no utilizarán dichos métodos, por las razones que se han venido nombrando, lo que puede significar un alto grado de riesgo en quienes así lo hagan. Este factor es relevante por cuanto los y las jóvenes por los diferentes temores que sienten hacia la planificación y por las distintas consecuencias personales que ello conllevaría en su familia o comunidad,

llevan a cabo medidas poco efectivas como la práctica del coito interrumpido, acción que harían el 46.09% de los y las encuestadas que estuvieron de acuerdo con el ítem que plantó el uso de esa técnica.

Así, por influencia de muchas de las situaciones mencionadas anteriormente, los y las adolescentes crean los espacios propicios para estar ante el peligro de sufrir un embarazo no planeado y al suceder este hecho también estarían en el riesgo de buscar medidas para eliminar su embarazo. Por eso no fue raro encontrar que 14.28% de las embarazadas hayan abortado alguna vez, y hallar que 35.71% de las mismas, si no lo llevaron a cabo, por lo menos pensaron en hacerlo. De igual forma 69.53% de los y las evaluadas con la escala de actitudes optaron por valorar al aborto como la mejor solución cuando una gestación se presente.

6. El consumo abusivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. La ingesta de licor o el uso de otros psicoactivos es algo que cada vez sucede a más corta edad y en cualquiera de los géneros. En el tema de la sexualidad esta situación es muy relevante por cuanto entre las personas conduce a la práctica de conductas como la violencia sexual, relaciones sexuales no seguras o con protección, entre otras; este hecho puede acarrear consecuencias negativas como el contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, etc. De esta manera, en los ítems relacionados con el alcohol y las sustancias psicoactivas se encontró que 85.72% de las embarazadas habían tomado licor, de las cuales el 64.28% mantuvieron contacto sexual en dicho estado; lo indica que entre los y las jóvenes existe esta práctica la que posiblemente se hace sin ninguna medida de prevención tanto de ITS como de

embarazos. En los y las estudiantes que contestaron la escala, se observó una actitud positiva ante el deseo de tener contacto sexual cuando están embriagados, situación que podría llevar a esa actividad de manera riesgosa y obviamente sin medir las consecuencias que se puedan desencadenar.

Análisis de factores sociales frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

Al hablar de factores sociales que aumentan el riesgo de embarazarse en la adolescencia se hace referencia a todos aquellos aspectos del esquema social que se interrelacionan con la individualidad de cada persona para producir dicho evento. Bien cierto es aquello que dice que el ser humano es un ser social, que convive, que aprende de sus interacciones y aporta para vivir en comunidad.

Acerca de estos factores Saavedra & Cols (2006) proponen que “los genes heredados por los padres ejercen aún cierta influencia sobre el pensamiento y la conducta en la adolescencia, pero la herencia se combina ahora con condiciones sociales del entorno del adolescente, esto es, las experiencias familiares, escolares, de amistad, con los compañeros y las citas” (p. 37). En esta interrelación se comparten muchas experiencias, se crean y se reciben distintos conceptos, los que van a ir formando la visión de cada uno frente a la sexualidad, de esta forma lo social se convierte en aspecto esencial en el conocimiento de las actitudes porque como se ha planteado anteriormente la relación con el otro es la que conduce a la formación de muchas valoraciones que hacemos del medio, las cosas u objetos, los animales y las personas.

Así, en este factor se obtuvo un valor promedio de 2.7, la actitud así sería negativa, como lo indica la figura 10. Además, se observa esta tendencia en los enunciados 40, 41, 46, y 51, así mismo se encuentran valores neutros y positivos. A continuación se exponen y analizan aquellas afirmaciones que resultaron representativas en el aspecto social planteado el marco teórico.

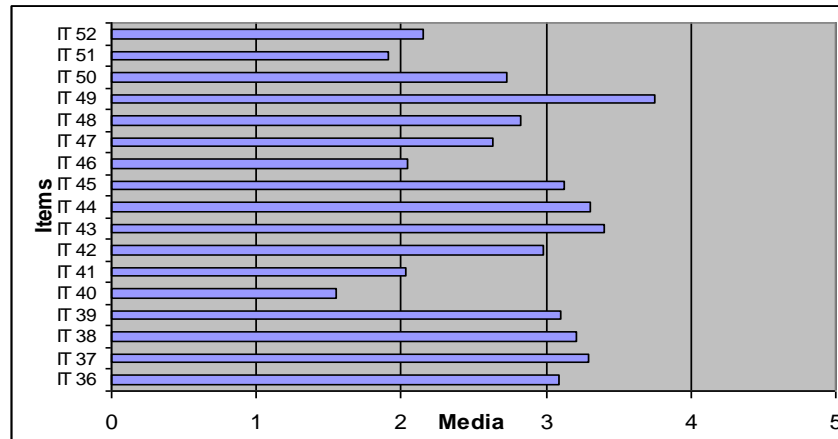


Figura 10. Distribución puntuación media ítems factores sociales.

1. En la familia se habla poco de sexualidad. Se evidencia que para las y los jóvenes la confianza que existe en la familia es muy poca, por lo que se observan actitudes negativas en cuanto a dialogar en el hogar acerca de temas sexuales, los resultados encontrados en los ítems 42 y 49 así confirman. De igual forma, los y las estudiantes mostraron una tendencia negativa acerca del uso de anticonceptivos por el temor que sienten de que sus padres sepan de la actividad sexual que mantienen, como se indicó en las afirmaciones 36 y 37. Una situación similar se observó en el 54.14% de las estudiantes embarazadas, que contestaron que no recibieron ninguna orientación sobre sexualidad o anticoncepción en casa. Sin embargo, resulta positivo que en la familia el de embarazo de las estudiantes fue aceptado con naturalidad.

2. Transmisión del modelo familiar. Este aspecto está basado en la forma en que hombres y mujeres son criados, los unos con el esquema masculino de trabajar para llevar el sustento a la familia y las otras respecto a las labores del hogar y cuidado de los hijos. Los autores muestran que hay mucha probabilidad de que se presente un embarazo en la adolescencia cuando la madre u otro integrante de la familia se haya embarazado en dichas edades; para este estudio esto parece confirmarse por lo que el 78.57% de adolescentes embarazadas respondió que en su hogar sucedió algo así. Mientras que en el grupo al que se aplicó la escala, se encontró una actitud de desaprobación al enunciado, es decir, que para el embarazo no ocurriría por imitación del modelo. De la misma forma, se mostraron en desacuerdo con que el único fin o meta que tienen los y las estudiantes al salir del colegio sea formar una familia y finalmente estuvieron en desacuerdo con que al tener padres separados haya más riesgo de embarazarse en la juventud.

3. La influencia de los amigos o compañeros. El grupo de pares se convierte en el punto de apoyo en donde hombres y mujeres depositan su confianza, se resuelven dudas y se esconden secretos; en el periodo de la adolescencia la familia pasa a un segundo plano y las personas admiten que con sus amigos o amigas estarán mejor razón por la que muchas veces quedan expuestos y propensos a muchos riesgos en la sexualidad, de los que muy poco se ha comentado en el hogar o en el colegio.

Así, entre las actitudes del grupo de estudiantes se encontró actitud positiva en el 54.69% de participantes, por cuanto consideran que se sienten más seguros hablando con sus amigos o amigas acerca de la sexualidad; en el

grupo de adolescentes embarazadas fue diferente ya que admitieron en primer lugar la respuesta de no consultar con nadie sus dudas, pero la segunda opción para ellas fue el grupo de pares, tanto así que fue este grupo quien se enteró de que mantenían relaciones sexuales. Estos resultados indican que los y las amigas ejercen una fuerte influencia sobre las actitudes, más aún éste es el grupo de referencia para resolver dudas y comentar secretos de lo sexual.

4. La influencia de los medios masivos de comunicación. El grupo de embarazadas dijo que los medios de comunicación han influido en sus actitudes y comportamientos sexuales, por cuanto fue la segunda opción que consideraron para informarse acerca de la sexualidad; igualmente 50% de ellas opinaron que los medios influyen directamente para que se mantengan relaciones sexuales. Entre tanto, en las actitudes del segundo grupo se encontró que el 35.91% afirmaron que los medios influyen por cuanto viendo escenas eróticas en la TV se les aumenta el deseo de tener contacto sexual. Hay que resaltar que la evolución de la tecnología, con el Internet como medio principal, ha hecho que los y las jóvenes tengan más acceso a la pornografía y otro tipo de productos sexuales, que en épocas anteriores eran prohibidos.

5. Falla en la educación y en los programas de educación sexual. El modelo de orientación en la sexualidad de Colombia en las instituciones educativas, se instituyó a partir del año 1991; para tal fin se crearon metas y programas que los docentes debían cumplir para su correcta implementación. Desde aquel año el proyecto se ha venido fortaleciendo y se ha diseñado un sistema de evaluación que busca cada día ir mejorando dicho proceso. Conforme se han cumplido los objetivos, muchos autores han concluido que la educación sexual

en el país ha fracasado, por cuanto no se han logrado las metas planteadas y porque el sistema escolar lo ha direccionado solamente en el aspecto biológico y se han descuidado aquellos aspectos que interesan no solo al estudiante, sino al docente, a la familia y a la sociedad en general.

Se obtuvo que el 100% de estudiantes han tenido algún tipo de educación sexual; pero como se observó en el ítem 44, la actitud del 50.78% fue de acuerdo al decir que lo explicado en el colegio es muy poco, así mismo parece que lo enseñado no es propicio, por lo que en el ítem 45, el 45.31% contestaron que las clases de de sexualidad no explican como tomar decisiones adecuadas para evitar embarazarse. Esta situación como se ha observado, puede conllevar a que se asuman riesgos, ya que las herramientas que tienen los y las estudiantes para enfrentar estas situaciones no son las correctas y están basadas en el miedo, la vergüenza y el silencio. En el grupo de embarazadas el 78.57% dijeron que recibieron información para evitar embarazarse, pero como advertimos parece que hace falta diseñar un modelo de toma de medidas que ayuden a detectar y contrarrestar los peligros de manera apropiada.

Otra circunstancia relevante es la encontrada en los ítems referentes a la búsqueda de información en las instituciones de salud, ya que esta es otra de las fuentes de atención y educación sexual; de este aspecto, 78.57% del grupo de estudiantes embarazadas contestaron que nunca asistieron a consultar sobre anticoncepción al centro de salud y la razón para no asistir del 45.46% de ellas fue la desconfianza en el personal. Un valor similar se observó en el grupo que respondieron la escala de actitudes donde el 46.09% estuvieron de acuerdo en no solicitar atención en sexualidad por el mismo factor mencionado.

6. Las malas o bajas condiciones socioeconómicas. Se encuentra una actitud favorable en cuanto a que no consideran que sólo las personas de clase social baja sean quienes se embaracen en la adolescencia. Así mismo, la situación económica del lugar donde se realizó la investigación, no permitió concluir que clase social tiene cada uno de los participantes, por lo que no habría relevancia en esta variable.

Análisis de factores culturales frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

En el tema de la sexualidad, desde hace mucho tiempo el factor cultural ha representado la prohibición respecto a la expresión del afecto, el erotismo y las manifestaciones sexuales. Al rededor de las costumbres, creencias y adagios populares se han creado toda una serie de oposiciones y tabúes que más que ayudar al manejo han conllevado a que se creen problemas afectivos, temores, y a la aceptación de riesgos para el bienestar y goce de la sexualidad. Uno de los sectores que quizás a colaborado más a la aparición de éstos prejuicios ha sido la religión, la cual ha jugado un papel importante en este campo; al respecto McCary (1996) dice que “las demandas y requerimientos de una cultura en particular, al igual que las diferencias dentro de ésta también producen una amplia gama de actitudes hacia los temas sexuales” (p. 231) y al mencionar al factor religioso en la sexualidad menciona que “la influencia de la religión ha sido positiva y benéfica para mucha gente. Sin embargo, la influencia de la religión ha sido en ocasiones negativa y contraproducente” (p. 235).

La figura 10, indica los promedios de los puntajes obtenidos en el factor cultural. Como se observa los ítems 53 y 55 son los más significativos, mientras

que los otros muestran un promedio más bajo, respecto a los valores de estas afirmaciones nos detendremos en el siguiente análisis.

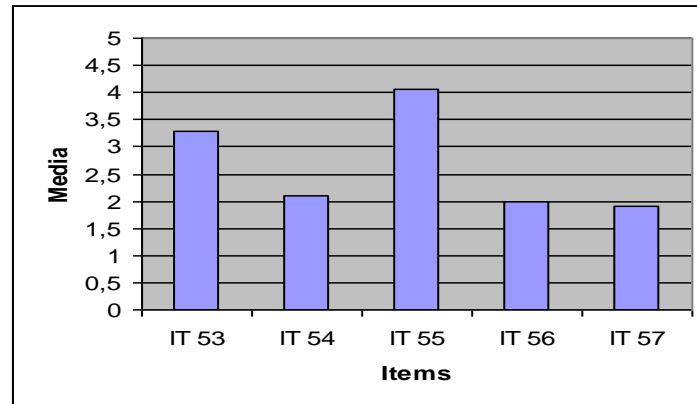


Figura 11. Distribución puntuación media ítems factores culturales.

De esta forma, se encuentra poca significancia en aquellas afirmaciones que tienen un tinte cultural o que hacer referencia a las creencias para evitar el embarazo, así se mostró en los resultados que los y las encuestadas tuvieron una actitud de desfavorable hacia la aceptación de los conceptos irreales por los que se les pidió su opinión. Sin embargo, se encontró que resalta el poder de lo religioso, ya que el 52.34% de participantes contestaron de acuerdo con que asistiendo a una iglesia se evitan las relaciones sexuales. Otro factor de relevancia fue la actitud favorable asumida respecto a evitar el dialogo de temas sexuales si aún no se desea mantener contactos sexuales, donde el 78.89% de las y los participantes estuvieron de acuerdo, este aspecto confirma los resultados valorativos ante el modelo de educación sexual, en donde los y las adolescentes dijeron que no era necesario porque ya lo sabían todo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

“Las actitudes hacia la sexualidad regulan nuestra conducta sexual, puesto que el contenido de ellas son nuestras opiniones y creencias, nuestros sentimientos y nuestras tendencias a actuar, de una u otra forma, frente a los estímulos sexuales. Esta influencia de las actitudes no sólo afecta a nuestra conducta personal y social, sino también a nuestra actividad profesional en cuanto a padres o educadores” (López, 2005, p. 84).

En la adolescencia suceden una serie de cambios de tipo biopsicosocial, los cuales de manera directa o indirecta inciden en las actitudes que cada persona tiene sobre la sexualidad. La expresión de estas actitudes solo es reconocible a través de la conducta sexual, como lo plantea López, que se expresa en palabras, caricias, miradas y el mismo acto sexual. Muchas de las actitudes frente a la sexualidad que mantienen los y las jóvenes son el reflejo de los cambios que les han ocurrido en su proceso evolutivo así como de lo que han aprendido, de lo que han recibido del medio social, de la familia, de los amigos o de los medios de comunicación. Estas actitudes representan las herramientas básicas con las cuales cada uno se enfrentará a lo sexual, algunas significarán el goce y felicidad, otras serán lo contrario decepción y fracaso.

En base a lo anteriormente expuesto, se planteó esta investigación referente a las actitudes, donde se trazó como objetivo *Identificar las actitudes de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) a undécimo (11º) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén (Nariño), frente al riesgo de embarazo en la adolescencia;* para lo cual se diseñaron una serie de objetivos específicos, establecidos desde la teoría de los componentes cognitivo, afectivo y

conductual de las actitudes, así como desde el concepto de los factores de riesgo biológico psicológico, social y cultural. De esta manera, se diseñaron dos instrumentos que fueron aplicados a una muestra representativa de estudiantes y a un grupo de adolescentes embarazadas respectivamente.

Realizado el análisis de resultados respectivo se obtuvo que la actitud promedio de los y las estudiantes estuvo en un rango que se determinó como neutro o intermedio, aunque también se hallaron afirmaciones tanto con calificación positiva como negativa. En la investigación las actitudes con valor positivo fueron las que representaban un riesgo para embarazarse en la adolescencia. Los resultados así mismo sirvieron para responder a cada uno de los objetivos específicos propuestos.

De esta forma, respecto al primer objetivo del estudio, en la variable edad se encontró relevancia en el ítem 1 donde el grupo de adolescencia media como el de adolescencia tardía dijeron no conocer los días de riesgo de embarazo, en el primero el 39.7% de estudiantes así lo anotó, mientras que el 46% del otro contestó igual. Se encontró significancia también respecto al coito interrumpido como un método fácil de hacer, ya que el 35.15% del grupo con edades entre los 14 y 16 años contestó indiferente y el 11.72% de aquellos que estaban entre los 17 y 19 años estuvieron de acuerdo. En Colombia en el año 2000, Profamilia detectó también que el 38% de mujeres menores de 18 años adolescentes que habían estado en embarazo desconocían el periodo fértil de su vida e igualmente el 38% usaron el método del ritmo para planificar; en Palmira también en un estudio sobre planificación y conocimientos acerca de sexualidad

hallaron que el 96.6% de participantes no identificaban los días fértiles de las mujeres (Mosquera & Mateus, 2004).

Respecto al género se observó que 19.53% de los hombres estuvieron en desacuerdo con la afirmación que decía que no había riesgo de embarazo sin que hubiese eyaculación en la vagina, en tanto que el 11.72% de las mujeres contestaron de acuerdo. Respecto a la aceptación de relaciones sexuales en la adolescencia, el 26.56% de participantes de género masculino estuvo de acuerdo, mientras que en el femenino el 28.9% respondieron en desacuerdo. También en Chachagüi Nariño, Benavides, Portilla & Solárte (1996), en un estudio que busco encontrar los intereses sobre sexualidad de un grupo de estudiantes, hallaron 38% de los hombres encuestados estuvieron de acuerdo en desear tener relaciones sexuales antes del matrimonio o en la adolescencia. Este resultado es similar al descubierto por Profamilia (2005), lo que corroboraría la teoría que plantea que en las mujeres el inicio y contactos sexuales son calculadas y tienen mucho afecto, mientras que en los hombres suceden más por el deseo y necesidad de satisfacción y de experimentar que por el cariño que tiene con la pareja, aunque este aspecto no se descarta.

De la misma forma, se encontró relevancia en cuanto a evitar pedir información acerca de anticoncepción en las Instituciones Prestadoras de Salud por temor a pérdida de la confidencialidad de quien atiende, así 28.91% de los jóvenes dijeron que estaban de acuerdo y 22.65% de las adolescentes en desacuerdo. En pasto en los colegios públicos y privados se evaluó esta situación y se encontró que las mujeres no consultan o comentan acerca de su sexualidad ya que les preocupa la imagen social que pueden tener después de

que la gente se entere de que han iniciado actividad sexual (Puentes, Martínez & García, 2001).

En la variable grado el 17.99% de los estudiantes de undécimo respondieron de acuerdo que no conocer bien los días de riesgo de embarazo. Por otra parte el 14.86% de grado diez y el 11.71% de grado once opinaron que el coito interrumpido es un método fácil de hacer. En la misma variable, hubo significancia respecto a la aceptación de las relaciones sexuales en adolescentes ya que 26.82% de participantes de undécimo estuvieron de acuerdo con el ítem.

Según la procedencia de los participantes en el 35.14% de lo y las estudiantes de zona urbana respondieron no conocer exactamente los días de riesgo de embarazo, o días fértiles de una mujer. De igual forma, se observó que el 42.95% de adolescentes de zona rural dijeron que asistiendo a la iglesia evitan tener relaciones sexuales en sus edades, los y las jóvenes de lo rural estuvieron en desacuerdo con esta afirmación.

En general la correlación de la escala con las variables sociodemográficas mostró significancia en pocos ítems; las actitudes ante el riesgo como se encontraron en los resultados iniciales demuestran un riesgo para todos quienes participaron en la investigación más que a cada grupo por separado.

Al evaluar el componente cognitivo de las actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia, se encontraron pensamientos, conocimientos y creencias que pueden conllevar a esta situación. Por parte del grupo de estudiantes no se tiene bien claro los aspectos relacionados con los cambios biológicos del ser humano, en este aspecto asumieron actitudes favorables al

riesgo y a la desinformación, respondieron que una mujer se puede embarazar durante el periodo menstrual, entendiéndose así los días del sangrado, también se halló que el 43.76% tuvieron una actitud positiva hacia no conocer los días fértiles de la mujer, lo que puede significar el desconocimiento de otros factores relacionados con el proceso biológico del embarazo en la mujer como detectaron Mosquera & Mateus (2004) en su investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación, ITS y VIH-SIDA.

En lo cognitivo también se encontró que 54.69% de los y las estudiantes tuvieron una fuerte actitud hacia la creencia que un embarazo no les podía pasar así tengan relaciones sexuales, ya que tienen el concepto que solo a otras personas les puede pasar. Este aspecto ya lo habían descrito Barrera y Cols (1994) como el pensamiento de invulnerabilidad, el cual propone que las y los adolescentes piensan que están protegidos o tienen invulnerabilidad ante ciertos eventos adversos, los cuales les pueden suceder a otros pero a no le ocurrirán a si mismo, en este factor resalta también la situación mencionada por Profamilia (2000) que dice que muchas mujeres están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque creen que para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente.

De la misma manera, las actitudes de los estudiantes son de crítica hacia el modelo educativo en el aspecto sexual, 83.16% opinaron que la educación sexual no es necesaria, razón que estaría sustentada en que este proceso no enseña a tomar decisiones adecuadas para evitar un embarazo como lo enunciaron el 45.31% de participantes; en Tumaco Nariño un grupo de estudiantes embarazadas expresó que la falta de comunicación es la que hace

que no se tomen decisiones adecuadas ante lo sexual y por ello aparece las consecuencias adversas en este campo (Preciado, Marrongo y Prado (2001). Igualmente se observa una valoración negativa ante el modelo de orientación sexual por cuanto 50.77% de adolescentes dijeron que la gestación en la juventud ocurre por falta de información para evitarlo; en Palmira Valle del cauca, se encontró que en el 81.9% de estudiantes de una institución educativa tuvieron conocimientos inapropiados acerca de los métodos anticonceptivos (Mosquera & Mateus, 2004).

El consumo de alcohol es un determinante en la aparición del embarazo en la adolescencia, ya que 31.24% de los y las encuestadas opinaron que cuando consumen licor aumentan los deseos de tener contacto sexual, situación que si es llevada a cabo podría hacerse sin medidas de prevención tanto de ITS como embarazos. Ante esta situación en Barranquilla encontraron que de los y las adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, el 26,9% fueron bajo el efecto del alcohol, el 4.7% con marihuana y el 1.8% cocaína, sólo un 10% de los evaluados contesto haber usado algún anticonceptivo o preservativo (Navarro & Vargas, 2003).

En lo cognitivo se encuentra algo muy positivo y es que el grupo de participantes tuvo claro que los métodos culturales o creencias acerca del embarazo no son las herramientas adecuadas para la prevención, por lo que se hallaron porcentajes muy bajos de aprobación en los ítems que hablaban de estos aspectos.

Al comparar estos resultados con los expresados por las estudiantes embarazadas se encontró una fuerte relación de los aspectos cognitivos de los

dos grupos ante el asumir riesgos que conducirían a un embarazo, se observó que entre las embarazadas se presentó desconocimiento de información relacionada con la sexualidad como no saber exactamente los días fértiles en una mujer, así mismo el mantener ideas o pensamientos de invulnerabilidad, como creer que no se embarazarían aunque así tuvieran relaciones sexuales. En Tumaco en una investigación sobre causas de embarazo se encontró algo similar, donde las adolescentes optaban por ser madres porque buscaban independencia del hogar, aduciendo que la falta de comunicación en la familia hace que no se tomen decisiones adecuadas para prevenir esta situación (Preciado & Cols, 2001).

De esta forma, se puede decir que en los factores cognitivos analizados hay un alto riesgo para embarazarse, si los y las estudiantes tuvieran actividad sexual sin ninguna medida de protección o prevención. Respecto a este componente en la sexualidad de la juventud, López (2005) argumenta que las ideas y creencias con frecuencia son poco racionales, aunque tienen significado para quienes las poseen. Tanto para el hombre como para la mujer lo cognitivo desempeña un papel trascendental en la manera como perciben el mundo, a las personas, a la educación, etc.; por ello, el hecho de que haya un alto grado de peligro de embarazarse es los y las participantes mantienen cierto tipo de actitudes e información errada acerca de lo sexual, las que fortalecidas por cada una de las instancias de donde se hayan aprendido, incrementan aún más el riesgo que se ha nombrado; de esta forma si en un trabajo de intervención se desea cambiar este aspecto negativo hay que tener en cuenta que para individuo las actitudes no son fáciles de entender, mucho menos de abandonar.

En cuanto al componente afectivo, Zaragoza (2003) mencionó que en este aspecto el sujeto puede advertir distintas experiencias con el objeto, las que pueden ser positivas o negativas. En el estudio se encontraron las dos clases de valoraciones mencionadas, las cuales mostraron que existe una tendencia para asumir ciertas situaciones de tipo afectivo que pueden conducir posiblemente a que cualquier estudiante tenga un embarazo en su juventud.

En las opiniones detectadas se encontraron actitudes desfavorables acerca de las relaciones afectivas y su incidencia en el hogar, por cuanto dijeron que no han establecido una buena confianza con la familia para dialogar acerca de la sexualidad. Así, 64.07% de estudiantes estuvieron de acuerdo en que no usarían métodos anticonceptivos por temor a que en la familia o el colegio se enterarían o no aceptarían la actividad sexual de cada uno. En pasto se halló una valoración similar donde un grupo de adolescentes embarazadas afirmaron que la falta de confianza con los padres hizo que no se hablara de de lo sexual en el hogar, aduciendo que la razón por la que no usaron anticonceptivos en las relaciones fue porque sentían vergüenza y miedo para adquirirlos y en casos extremos había desconocimiento (Burbano & Montilla, 1997).

En lo afectivo también se hallaron que el 58.65% de estudiantes afirmaron que debían tenerse relaciones sexuales como una prueba de amor, así mismo 80.47% de participantes sintieron que en las relaciones donde existe amor y confianza no deben usarse anticonceptivos. A esto se suma que 74.72% de los y las adolescentes respondieron que tener hijos no cambiaría los proyectos de vida que se han planteado. En este aspecto en el municipio de Chachagüi Nariño, Benavides & Cols (1996), indagaron que si en las parejas la mejor

prueba de amor que se daban era tener relaciones ante lo cual el 41% de los hombres y 19% de las mujeres participantes del estudio estuvieron de acuerdo. En la ciudad de Pasto Castillo & Villareal (1999) en su investigación sobre actitudes frente a las relaciones sexuales encontraron que el 51% de los y las adolescentes que evaluaron respondieron que las relaciones sexuales generan seguridad afectiva en la pareja.

Las adolescentes embarazadas contestaron que en las relaciones sexuales es muy necesario el afecto; ese fue el motivo por el cual iniciaron relaciones sexuales, corroborando la opinión del expresada por el otro grupo evaluado, éstas estudiantes no usaron anticonceptivos en sus contactos sexuales previos al embarazo, tal vez porque primaba el amor más que el autocuidado.

De igual forma en las adolescentes gestantes se evidenció también que no existían buenas relaciones con la familia para resolver sus dudas, lo que es relevante para quienes fueron evaluados con la escala, ya que este factor resultó determinante para que se produzca el embarazo. Para ellas, el embarazo fue una situación que cambió drásticamente los proyectos de vida, éste aspecto no fue valorado así por quienes no han padecido dicha situación.

López (2005) afirmó que las expresiones fisiológicas y las sensaciones de las personas son parte del componente afectivo y son una manera de medir el agrado o desagrado hacia ciertas cosas, eventos, situaciones o personas. Para este caso aquellas actitudes que se tomaron como riesgosas fueron aquellas en las que se expresaron temores y vergüenzas ante distintas situaciones como la adquisición de preservativos, el diálogo con los padres, etc. De esta manera la valoración de lo afectivo de los y las estudiantes resulta relevante por cuanto se

inician relaciones sexuales sin ningún cuidado, mediando o primando en ello lo positivo de un noviazgo y no lo negativo que puede traer la falta de adopción de medidas de protección para evitar el embarazo. Así, en este componente existe la posibilidad de que manteniendo el tipo de actitudes encontradas, muy probablemente ocurrirán distintos embarazos en la edad juvenil del grupo evaluado, como sucedió con aquellas que ya son madres.

En el componente conductual, como lo propuso Mann (1980), se tuvieron en cuenta aquellos ítems o afirmaciones que mostraron una acción o la tendencia a actuar o reaccionar de alguna manera con respecto a la sexualidad o las relaciones sexuales sin ninguna medida de protección para evitar el embarazo. De tal forma que se encontró que para los y las adolescentes acciones como adquirir o usar preservativo, dialogar con los padres u otras personas acerca de anticonceptivos o solicitar orientación en anticoncepción en centro de salud, es algo que les resulta muy difícil ya que parece ser que tienen ciertos temores hacia la crítica familiar y/o social a la que se puede enfrentar al consultar. Se observó que 42.96% de los y las adolescentes no se comunican con la familia en lo relacionado a la sexualidad, ya que como indica el valor del 54.69%, prefieren dialogar con el grupo de pares donde encuentran mayor confianza y seguridad. En el colegio INEM de Pasto en un estudio sobre imaginarios socioculturales respecto al uso de anticonceptivos, se encontró que el grupo de amigos era la base donde los y las estudiantes resolvían las dudas sobre la sexualidad, esto teniendo en cuenta la confianza que se tenga, igualmente el grupo investigado afirmó que no recurren a sus padres o profesores para

resolver este tipo de preguntas, porque sienten temor y vergüenza de lo que estas personas puedan pensar (Rodríguez & Santacruz, 2003).

En el mismo componente se encontró que 46.09% de las y los adolescentes evitan la consulta de dudas acerca de anticonceptivos en las Instituciones de salud por los temores que se habían nombrado en el análisis de lo afectivo. También es importante conocer que para el 52.34% de los y las participantes el hecho de asistir o practicar algún culto es sinónimo de evitar o retrasar la actividad sexual y por ende se disminuye el peligro de embarazarse a edad temprana. Igualmente, los y las encuestados estuvieron de acuerdo al decir que bajo efectos del alcohol se aumenta el deseo sexual y por ende el riesgo de enfrentarse a relaciones sexuales sin ningún tipo de medida de protección. En relación con estos resultados Castillo & Villareal (1999) en su estudio encontraron el 44% de participantes de su investigación opinaron también que la religión influye en la sexualidad de las personas.

En el grupo de adolescentes embarazadas igualmente se encontraron conductas riesgosas que posiblemente las condujeron al embarazo, y que resultan relevantes por cuanto el otro grupo evaluado las asume sin ningún temor. Así, se halló que no hubo uso de anticonceptivos antes del embarazo y más aún en las relaciones actuales no los utilizan; al respecto, en España Brugera (1999) detectó que el tiempo transcurrido entre el inicio de las relaciones hasta el uso de anticonceptivos, en el 50% de los casos es de 3 meses, en el 29% de 1 año y en el 22% de hasta 2 años; en Colombia en la Encuesta Nacional de Salud Sexual Profamilia (2000) encontró que el 67% de

adolescentes embarazadas del país nunca habían usado métodos de planificación y el 38% usaban el ritmo como anticonceptivo.

En la búsqueda de información acerca de la sexualidad, las gestantes al igual que las y los evaluados con la escala prefirieron quedarse con las dudas antes que resolverlas para encontrar apoyo y ayuda.

En general se pudo observar que los diferentes comportamientos que expresaron los dos grupos evidencian la existencia de acciones que conllevaron al embarazo de unas y serán un riesgo para otros y otras si no aparece ningún cambio en su repertorio de conductas.

De esta manera, en el aspecto conductual se observó una fuerte relación entre lo propuesto por López (2005) y las actitudes encontradas, ya que, como él plantea, si algo es considerado como negativo y provoca malestar, es probable que no se lo haga o se lo evite. En los y las estudiantes se observó una valoración positiva para no evitar situaciones que probablemente los llevarán a fracasos y peligros en sexualidad, las conductas con las que estuvieron de acuerdo en no llevar a cabo fueron justificadas con opiniones diversas, como por ejemplo habló con mis amigos amigas por que mis padres o madres no me entienden, igualmente, no pido información en los hospitales, porque no hay confidencialidad en las personas que atienden.

Por otra parte al analizar los factores de riesgo hay que tener en cuenta el concepto de riesgo planteado por Weinstein (1992, citado por Krauskopf, 1994) que implica la probabilidad que la presencia de una o más características incrementan la aparición de consecuencias adversas para la salud, para el proyecto de vida y la supervivencia personal y/o de otros; la utilidad de estos

factores es que son observables e identificables antes de que se produzca el hecho que predicen. En el aspecto sexual y en los resultados encontrados en la presente investigación servirán para diseñar y llevar a cabo las medidas de promoción y prevención que disminuyan la aparición del embarazo en la adolescencia, y porque no de otras complicaciones asociadas a la sexualidad; ante esto la OMS (2002) planteó que: “para aumentar la eficacia de la intervenciones destinadas a mejorar la salud reproductiva de los hombres y mujeres, es preciso comprender mejor como se percibe el riesgo sexual y cuales son sus componentes de riesgo” (p. 11).

De esta forma, en los factores biológicos se encontró un promedio de edad de inicio del periodo menstrual de 12.2 años en las estudiantes embarazadas. En los y las adolescentes que contestaron la escala existió desconocimiento de ciertos aspectos fisiológicos de la sexualidad de la mujer, como la virginidad y la menstruación; ante esto, el 44.54% contestaron que durante el sangrado menstrual existe mas riesgo de embarazo; también, el 64.85% afirmaron que una mujer virgen que tenga una relación sexual no puede embarazarse, lo que implica desinformación en lo referente a la función reproductiva y por ende un riesgo en lo sexual para la población participante, en el 50% de las adolescentes gestantes se encontró desinformación, por cuanto no conocían en que días del periodo menstrual podía ocurrir un embarazo; además, el 35.71% de las entrevistadas aun en el momento del estudio dijeron que una mujer no puede embarazarse en la primera relación sexual. En este mismo aspecto, Profamilia (2005) dice que hay estrecha relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual, por lo que en Colombia las

adolescentes embarazadas durante el año 2005 iniciaron relaciones sexuales entre los 15 años, lo mismo que ocurrió en el grupo de adolescentes que se abordaron en esta investigación.

En los factores psicológicos se encontró una edad de 15 años como promedio de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas, en el 50% éstas no fueron planeadas, en el momento de la investigación el 85.72% dijo que mantenían dicha actividad, hallándose una situación de riesgo para un nuevo embarazo, por tanto 83.3% de las adolescentes activas no usaban anticonceptivos. En este grupo también se encontró que el 35.72% habían mantenido contactos de tipo sexual en estado de alicoramiento.

El valor promedio del inicio de actividad sexual es similar al encontrado por Profamilia (2000), que fueron los 14.8 años; también Mosquera & Mateus (2004), encontraron una edad de inicio de 14.2 años, el cual difiere en la investigación del Ministerio de Salud Nacional (1998) en donde entre 1985 y 1995 el resultado fue de 20 años, y en otro estudio estuvo entre los 15 y 19 años (Baldión, 1995). En la encuesta de Profamilia en el país se encontró que el 85% de las embarazadas no deseaban estar en ese estado y que el 67% de ellas nunca habían usado anticonceptivos. Al igual que en el presente estudio, el 52% de mujeres embarazadas del país informó que no usó ningún método en las relaciones previas al embarazo (Baldión, 1995). En Pasto, Burbano & Montilla (1997), también hallaron resultados que se asemejan a éste estudio, así el inicio de relaciones sexuales en las mujeres fue entre los 14 y 15 años, el 75% de ellas nunca uso anticonceptivos previo a su gestación.

Respecto a la primera gestación se encontró una edad promedio de 15.71 años, donde en el 92.85% de los casos éste no fue planeado; en Colombia el valor fue de 16.6 años, similar al del presente estudio. Así mismo, el 64.28% de ellas adujo ésta situación a la creencia que un embarazo no les iba a pasar, aunque según la opinión del 92.85% de estudiantes sabían que se embarazarían si mantenían relaciones sexuales, mientras que el 7.15% dijo que tuvo su hijo por retener a su pareja. Igualmente el 57.12% de las encuestadas afirmaron que antes de su embarazo nunca planificaron. Cabe resaltar también que para el 14.28% de las evaluadas el actual era el segundo embarazo que habían tenido, y para el porcentaje de jóvenes había abortado alguna vez. Otro punto a considerar es que el 64.28% de ellas dijo que el embarazo obstaculizó las metas más próximas de su vida, los y las estudiantes sin hijos opinaron todo lo contrario, es decir, que lograran cumplir sus metas aunque sean madres o padres de familia en su adolescencia.

Así, incluidas otras características de tipo psicológico este factor resulta relevante por cuanto las actitudes de las y los adolescentes aparecen mediatizadas por sus estados emocionales para mantener relaciones sexuales, sin importar los riesgos que ello implique, tal como se evidenció en los resultados encontrados. En cuanto al grupo al que se le aplicó la escala de actitudes se detectó que el 51.56% deseaba iniciar actividad sexual en los días próximos a esta investigación; se halló también que el 54.69% presentaban pensamientos de invulnerabilidad por lo que afirmaban que a sus años un embarazo no les iba a suceder, por otra parte, 59.38% contestaron que tendrían hijos a cualquier edad siempre y cuando tuvieran una pareja estable. El 80.47%

conocen los anticonceptivos, pero no saben como usarlos, al igual que temen adquirirlos por miedo a la crítica social y familiar que aparezca cuando se enteren de dicha situación. Ante un embarazo el 69.53% dijeron que abortarían para evitar todas las consecuencias psicosociales que pueden aparecer; en Pasto el 55% de los entrevistados de un estudio sobre actitudes respondió que el aborto es necesario antes que criar hijos (Castillo & Villareal, 1999).

En el aspecto social resaltó la influencia de la familia y la educación ya que los y las adolescentes asumen actitudes de apego al grupo de amigos para resolver dudas sobre sexualidad, se observó actitudes negativas al valor que representa la educación sexual, ya que este proceso no ha logrado llenar las expectativas positivas que esperaban.

En el grupo de estudiantes embarazadas, respecto a la información acerca de la sexualidad, 78.57% de las adolescentes embarazadas contestan que fueron orientadas en el tema en el colegio, mientras que el 78.57% dijeron que en la familia no las prepararon para prevenir embarazarse. En este factor resalta la valoración que las estudiantes hacen al sistema de salud por cuanto el 78.57% afirmaron que no consultaban en las instituciones de salud sobre anticoncepción, primero, porque el 45.46% desconfiaba del personal médico, segundo, el 18.18% porque no quería preguntar y el mismo porcentaje por vergüenza y/o confiaban en sus cuidados. Por estas razones quizá es porque el 42.84% respondió que se guardaban sus dudas y no dialogaban con nadie sobre lo sexual, mientras que el 14.29% las resolvías sus preguntas con el grupo de pares; en este aspecto se observa positivo que 71.49% de ellas asumieron que existió un diálogo constante con la pareja o novio acerca de

mantener relaciones sexuales y prevenir un embarazo, aunque como se ha venido detallando no se llevaron a cabo ninguna medida y por eso actualmente ya son madres. Otro aspecto social a considerar es que el uso o adquisición de métodos de planificación se encuentra mediatizado por la familia y lo educativo como lo demostró el 54.55% de jóvenes embarazadas que afirmaron no adquirir anticonceptivos por temor y el 36.36% por vergüenza de los padres o en el colegio.

En los y las adolescentes evaluadas con la escala de actitudes se encontró que el 54.59% sienten más seguridad en el grupo de pares o amigos mas que en la familia; el 35.91% afirmaron que los medios de comunicación incitan a tener relaciones sexuales y que existen fallas en el modelo de educación sexual porque no enseña a tomar decisiones adecuadas para prevenir el embarazo. Al igual que en el otro grupo, un alto porcentaje respondió que no haría consulta acerca de planificación en la IPS del municipio porque no existe confidencialidad de parte del personal que atiende.

Respecto a estos factores, muchas investigaciones concluyen lo que aquí se encontró, por lo cual se puede decir que existe mucha relación entre estos factores y la aparición del embarazo a edad temprana. Así, Muños & Salazar (2001) concluyeron que la causa del aumento de las gestaciones en los y las jóvenes son la falta asertividad para la compra de preservativos, las pautas de crianza, inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, mal diseño de planes de intervención, la comunicación distorsionada, la influencia de la pornografía, la dificultad de acceso y uso de métodos de planificación, miedo y presión de familiares y amigos. Puentes, Martínez & García (2001) afirman que

a las mujeres les preocupa la imagen social que pueden tener después de que la gente se entere de que han iniciado actividad sexual, por ello no informan a nadie de dicha situación.

Igualmente Rodríguez & Santacruz (2003), , encontraron que la fuente de información principal sobre anticonceptivos son los medios de comunicación escritos; de la misma forma el grupo de amigos se convierte la base donde resuelven las dudas de la sexualidad, también los y las adolescentes informan no recurrir a sus padres o profesores, porque sienten temor y vergüenza de lo que estas personas puedan pensar, sobre la educación sexual que reciben en el colegio, manifiestan que es inapropiada y sin continuidad, lo que deja muchos vacíos en cuanto al uso y funcionamiento de los métodos de anticoncepción. Burbano & Montilla (1997), también detectaron que acerca de educación sexual, las adolescentes dijeron que la falta de confianza con sus padres hace que no se hable sobre ello. Así como el iniciar relaciones sexuales tempranamente hace que no se utilice métodos anticonceptivos y la razón para no adquirirlos es la vergüenza, miedo a consultar y en otros casos el desconocimiento de los mismos.

En lo cultural se manifestó que existe poca influencia de aspectos costumbristas y el riesgo de embarazo, aspectos que en años anteriores se tomaban como positivos y verdaderos para la prevención ahora son descartados por la ciencia y resultan obsoletos por que esconden la realidad y acrecientan aún más el riesgo. De esta forma, se encontró un valor significativo en el papel que representa la iglesia para crear en ellos y ellas actitudes de prevención para el inicio de las relaciones sexuales. En Pasto Castillo &

Villareal (1999) hallaron también que el 44% de participantes de su investigación opinaron que la religión influye en la sexualidad.

En resumen, a pesar de que el valor promedio de los resultados fue con tendencia neutra, existen diferentes circunstancias por las cuales se puede describir que las actitudes asumidas por los y las estudiantes de la Institución Educativa Nuestra señora de Belén representan un alto riesgo para embarazarse en la adolescencia, ya que éstas se manifiestan a través de las conductas, los afectos o las cogniciones. Hay que tener en cuenta también que las actitudes y el riesgo encontrado no solo ponen de manifiesto la opinión, sentimientos o acciones de cada estudiante o estudiantes, sino que hacen ver que existe una falla en las diferentes organizaciones o entidades formadoras del individuo en la comunidad, llámense familia, escuela, amigos, medios de comunicación, etc.

RECOMENDACIONES

Conocidos los resultados, en primer lugar se recomienda que la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, replantee el modelo de educación sexual que se viene desarrollando, teniendo en cuenta para ello los resultados obtenidos en esta investigación. Este proceso debe responder a las necesidades básicas de los y las estudiantes, teniendo en cuenta cada uno de los componentes de las actitudes que se evaluaron, de la misma forma que se deben considerar las características sociales, tendencias religiosas o culturales, los aspectos propios y los cambios evolutivos de cada persona, es decir, tener muy claro las diferencias individuales como el género, la edad, la procedencia y el grado escolar.

Las actividades de este programa de educación sexual deben incluir a los y las estudiantes según el grupo o curso en que se encuentren así como también de acuerdo a los diferentes rangos de edades, obviamente como ya se ha dicho, teniendo en cuenta los distintos factores psicosociales evaluados, ya en este proceso, la educación tradicional solo ha tomado como referente el aspecto biológico, enfatizando en los cambios físicos, anticoncepción y cuidados secundarios y dejando al azar la toma de decisiones, la asertividad, la tolerancia a la frustración, la participación prioritaria y constante de la familia y el contexto social.

Para enmarcar un plan de formación sexual responsable en función de las actitudes se debe tener en cuenta que éstas cambian a lo largo de los ciclos vitales; en cada época o periodo de la historia han existido diferentes herramientas para abordar el tema, aunque unas han resultado más positivas

que otras; por lo que, en el contexto actual se debe partir desde la concepción que una actitud no necesariamente conduce a una conducta, ni la conducta conlleva al pensamiento o al afecto; los componentes de la actitud no siempre son uniformes, por lo cual de los trabajos educativos con esquemas continuos, hechos al azar y sin ninguna relación objetiva, más que a buenos resultados, lo que se obtendrá serán fracasos confusiones y consecuencias adversas tanto para el grupo que implementa como para quienes se instruyen.

Como las personas tiene actitudes diversas, también existen conductas sexuales diferentes, así, cada docente debe saber adaptarse e igualmente debe saber responder adecuadamente a el estilo de cada estudiante, sin caer en la monotonía o discontinuidad de los procesos. Así mismo, considerando que las creencias, pensamiento, emociones, afectos y acciones que cada quien tiene se mantienen por los deseos y metas planeadas para un buen presente y futuro, al intentar un cambio en las actitudes se debe tener en claro que no todas las personas están dispuestas a hacerlo, por lo que se tiene que hacer prioridad en ello, respetando tanto la privacidad y creencias individuales, sociales como familiares. En ese mismo plano, para establecer nuevas actitudes no se debe recurrir a modelos preestablecidos y mecanicistas, la idea principal es crear y argumentar propuestas novedosas y con alternativas lúdicas, de tal forma, que la sexualidad sea tomada como un aspecto importante de la vida, por lo cual ésta en primer lugar tiene que partir del autocuidado, el autorespeto y la prevención y comenzar desde la idea que para que haya un cambio en una actitud hay que partir de su evaluación, es decir, conocer y analizar lo positivo y negativo para luego analizar los propósitos que se quieren lograr.

Los resultados obtenidos sólo son una herramienta general y objetiva, por lo cual hay que hacer también un análisis subjetivo basándose para ello en cada uno de los componentes de las actitudes y utilizando como instrumento no sólo al personal docente de la institución, sino también hay que crear equipos de trabajo interdisciplinarios e interinstitucionales para un proceso continuo y muy amplio en las temáticas que se estudien.

Para el programa de educación sexual hay que partir obviamente del enfoque biológico, y en transcurso del proceso se debe ir ahondando en aspectos psicosociales como el manejo de la asertividad, toma efectiva de decisiones, habilidades sociales, estilos de afrontamiento, sustitución de creencias erróneas o irracionales, igualmente debe hacerse un ensayo conductual de todas aquellas acciones en las que se encuentre dificultad, para que sean cambiadas por unas más adecuadas y para fortalecer las que son positivas, también se debe fortalecer el componente afectivo de tal manera que el sistema de actitudes sea coherente en sus tres dimensiones.

Otro aspecto a resaltar es el familiar, hay que involucrar a este grupo en el proceso de orientación en la sexualidad, revalorando el concepto de confianza que existe en la familia como en la sociedad, aclarando que cada contexto es diferente. De esta manera, al hablar de sexualidad de forma constante y con todos los integrantes de la comunidad educativa es muy probable que se establezcan actitudes de cambio favorables que puedan mantenerse y multiplicarse entre todos y todas las personas. Los padres y madres de familia deben comenzar a reconocer que la educación sexual es un derecho que no hay que negar, por lo cual en ningún caso tiene que negarse u oponerse a que

en la escuela se implemente y más aún deben ser participes activos en éste proceso.

Por otro lado, hay que resaltar que a partir del estudio se logró conocer que entre los y las adolescentes existe un nivel alto de desconfianza hacia el sector salud, quizá por situaciones que pueden haber pasado, por lo que es muy conveniente involucrar también a este sector de la sociedad en los programas que se implementen, creando los espacios que generen la confianza y aceptación para que haya aumento en la demanda de servicios diseñados para los y las jóvenes en sexualidad, anticoncepción y otros temas de interés, con el fin no sólo de prevenir, sino de promover una vida sexual sana y placentera libre de embarazos no planeados, abortos y/o el contagio de infecciones de Transmisión sexual, en éste y en todos los grupos de la comunidad.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Belén. (2004). Esquema de ordenamiento territorial 2004-2007. Belén: Autor.
- Alzate, H (1988). Sexualidad Humana. Bogotá: Temis
- Aguilar Ordóñez, A & Romo, C. (1999). Características psicológicas en adolescentes embarazadas. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.
- Arcos Rodríguez, D. & Santacruz, M. I. (2003). Imaginario socioculturales respecto al uso de anticonceptivos en adolescentes del colegio INEM de la ciudad de Pasto. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.
- Baldión, W. E. (1995). Salud reproductiva 1985-1995. Boletín No 23. Bogotá: Impreandes.
- Barrera, F., Sarmiento, E. & Vargas Trujillo, E. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. [Internet]. Disponible: www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2349456&orden=87645 [2007, julio10].
- Benavides Díaz, F. & Portilla Enríquez, R. (1996). Intereses y necesidades de los y las estudiantes en el campo de la sexualidad del Colegio Nacionalizado de Chachaquí. Tesis de postgrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.
- Briones, G. (1990). Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales. México: Trillas.
- Brugera moreno, C. (1999). Salud reproductiva. Embarazos y conductas de riesgo (ETS) en Adolescentes. [Internet]. Disponible: www.sappex.org/adolescencia_02/pdf/taller_1.pdf [2007, agosto 15].
- Burbano Gálvis, C. & Montilla Guerrero, M. Y. (1997) embarazo en la adolescencia. Tesis de postgrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Campo Arias, A. & Olivo Arrieta, C. (2002). Factores de riesgo para ETS-VIH y educación sexual en adolescentes. [Internet]. Disponible: [www.colombia.com/medicinapediatria/pediatria37202-factores de riesgo.htm](http://www.colombia.com/medicinapediatria/pediatria37202-factores_de_riesgo.htm) [2007 agosto 15].

Cancelo Hidalgo M. J & Monte Mercado, J .C. (1997) Análisis de tendencias en los embarazos de adolescentes en la provincia de Guadalajara en los últimos 15 años. [Internet]. Disponible: [www.sec.es/publicaciones/congresos/ IVcongreso/cd granada/ temas07_03.htm](http://www.sec.es/publicaciones/congresos/IVcongreso/cd_granada/temas07_03.htm) [2004, septiembre 10].

Castillo, N. & Villareal, S. (1999). Las actitudes del adolescente escolar de los colegios públicos de Pasto frente a las relaciones sexuales. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad Mariana, Pasto.

Clay L, H. (1980). Introducción a la psicología social. Segunda edición. México: Trillas.

Coolican, H. (1997). Métodos de investigación y estadística en Psicología. México: Manual Moderno.

Díaz Gómez, M., Barroso, A., Hernández, C., Romero, A., Daroqui, P. & Novo, M. (2000). Sexualidad en la adolescencia. [Internet]. Disponible: [http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta D%C3%ADaz.htm](http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta_D%C3%ADaz.htm) [2007, septiembre 15].

Dirección Local de Salud. (2007). Base de datos. Informe no publicado. Belén: Autor.

Dörr, A., Bascuñan M. L. & Gorostegui M. E. (2008). Psicología general y evolutiva. Chile: Mediterráneo.

Durán, M. M. & Rojas, S. V. (1996). La sexualidad en los niños y adolescentes. Segunda edición. Cali: Norma.

Empresa Social del Estado Belén. (2007). Base de datos. Informe no publicado.

Ferrero, J. J. (1982). La psicología moderna de la A a la Z. España: Asurd.

Grogs, R. D. (1994). Psicología: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. Tercera edición. México: Mc Graw Hill.

Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2004). Indicadores de salud 2003-204 en Nariño. Pasto: Autor.

Institución Educativa Nuestra Señora de Belén. (2003). Manual de convivencia. Informe no publicado. Belén: Autor.

Institución Educativa Nuestra Señora de Belén. (2007). Base de datos. Informe no publicado. Belén: Autor.

Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. [Internet]. Disponible: <http://med.unne.edu.ar/revista.htm> [2004, Septiembre 23].

Jones, E. (1980). Fundamentos de psicología social. España: Limusa.

Krauskopf, D. (1995). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. [Internet]. Disponible: www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/libro37.pdf [2007, agosto23].

Lefrancois, G. R. (2000). Acerca de los niños: una introducción al desarrollo de los niños. México: Fondo de Cultura Económica.

León Rubio, J. M. (1998). Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. España: Mc Graw Hill.

Loaiza Zulúaga, y. & Pachón Villamil, J. (2001). Concepciones y estilos de vida de las adolescentes gestantes. [Internet]. Disponible: <http://correo.umanizales.edu.co/tesis/PedAcdh/Tesis%20YASALDEZ%20-%20NORMAN%202001.htm> [2007, agosto23].

López S, F. (2005). La educación sexual. España: Biblioteca Nueva.

McCary, J. L. (1996). Sexualidad humana de Mccary. Quinta edición. México: Manual Moderno.

Mann, L. (1980). Elementos de Psicología social. México: Limusa.

Mantilla Cárdenas, W., López, A. & Cortés, A. (2004). El embarazo adolescente y la construcción de identidad. [Internet]. Disponible: http://www.usta.edu.co/publicaciones/hallazgos/documentos/hallazgos_1/separata/12.pdf [2007, agosto].

Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1994). Sexualidad Humana. Bogotá: Grijalbo.

Ministerio de Educación Nacional. (1999). Proyecto Nacional de Educación Sexual para La vida y el amor. Bogotá: Autor.

Ministerio de Educación Nacional. (2002). Proyecto nacional de educación sexual. Bogotá: Autor.

Ministerio de Protección Social, (2003). Circular externa No 18. Bogotá: Autor.

Ministerio de Protección Social. (2003). Política Nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Autor.

Ministerio de Salud. (1996). Lineamientos de educación sexual para el sector salud. Bogotá: Autor.

Ministerio de Salud Nacional. (1998). Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en Colombia. Bogotá: Autor.

Ministerio de Trabajo y Salud. (2004). Circular externa No 0052. Bogotá: Autor.

Molina, R., Sandoval, J & Gonzáles, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Chile: Mediterráneo.

Mosquera, J. & Mateus, J. C. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. [Internet]. Disponible: http://colombia_médica.univalle.edu.co [2004, Septiembre 25).

Muños M, E. & Salazar R, H. (2001). Actitudes hacia la sexualidad en al dimensión Psicosocial de los estudiantes de psicología de la Universidad de Nariño. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Muñoz R, L. A. Ordóñez H, G. & Pasaje S, G. M. (1996). Un servicio de orientación que responda a las necesidades de la comunidad educativa del Colegio Nuestra Señora de Belén. Tesis de postgrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Myers, D. (2000). Psicología Social. Sexta edición. Colombia: Mc Graw Hill.

Nader, L. & Palacio M. L. (1993). Sexo y familia. Bogotá: Planeta Colombiana S. A.

Navarro, E. & Vargas, R. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. [Internet]. Disponible: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/19/2_Conocimientos_sobre_SIDA.pdf. [2007, Septiembre 30].

Onusida. (2004). Adolescencia. [Internet]. Disponible: www.onusida.org.co/v1.htm. [2007, Agosto 20].

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Francia: Autor.

Ordóñez Gómez, M. (2004). Estudio a profundidad sobre la salud reproductiva de las adolescentes según la ENDS 2000. [Internet]. Disponible: www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/adolescentes/adolescentes1.pdf. [2007, Agosto 20].

Ordóñez López, A. & Moncayo V. (2007). Actitudes de la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre de embarazo. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Oviedo de R, C. (1998). Manual docente de educación sexual para el trabajo con padres y madres de familia. Colombia: Limusa.

Papalia, D. E. & Wendkos, S. O. (1997). Desarrollo Humano. Bogotá: Mc Graw Hill.

Parra, R. & De Roux, A. (1995). Proyecto Atlántida II. Estudio sobre los adolescentes escolares en Colombia. Colombia: FES.

Population Report (1999). Como satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. [Internet]. Disponible: <http://www.jhuccp.org> [2004, septiembre 20].

Preciado, C., Marrongo, G. & Prado, L. (2001). Madresolterismo en estudiantes del Colegio Integrado de Chilvi. Tesis de postgrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Profamilia (2000). Adolescencia. [Internet]. Disponible: http://www.profamilia.org.co/Profamilia_Joven/Documentos/La_Adolescencia.PDF [2004, septiembre 25].

Profamilia (2005). Encuesta Nacional de demografía y salud. Bogotá: Autor.

Pulido, S., Escobar, I., Escobar Vélez, M. (2002). Proyecto educativo: maternidad-paternidad como proyecto de vida de los adolescentes. [Internet]. Disponible: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/haciauna.html>. [2007], Agosto 25].

Puentes, J., Martínez, J. & García H. (2002). Juventud de Pasto y mundo de hoy. Pasto: Universidad de Nariño.

Puy, A. (1995). Percepción social de los riesgos. España: Mapfre S.A.

Restrepo C, L. C. (1995). Ternura. Segunda edición. Colombia: Norma.

Rivero, M., Schinini, J., Feu M. C., González, E. & Villalba M. Adolescencia y embarazo: ¿es un factor de riesgo? [Internet]. Disponible: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/adolescencia.PDF> [2007, agosto 25].

Rodríguez, A. (1976). Psicología Social. México: Trillas.

Rodríguez, E. & Santacruz, M. (2003). Imaginario socioculturales respecto al uso de anticonceptivos en adolescentes de grados noveno y décimo del colegio INEM de Pasto. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Saavedra Álvarez, V., Macias, N. I. & Peña Montero, J. (2006). Adolescencia y sexualidad. México: Trillas.

Santrock, J. W. (2003). Psicología del desarrollo: Infancia. Séptima edición. Colombia: Mc Graw Hill.

Sola Valdés, B. (2004). Por qué se embarazan? [Internet]. Disponible: www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/392139.html. [2004, Septiembre 10].

Troncoso, I. (2003). Embarazo en adolescentes. [Internet]. Disponible: correero.puj.edu.co/proyectosintesis/hipervinculos/problematica_social/po99207a.htm [2004, septiembre 23].

Thorndike, R. L. (1980). Test y técnicas de medición en psicología y educación. México: Trillas.

Zaragoza Raduá, J. M. (2003). Actitudes del profesorado de secundaria obligatoria hacia la evaluación de los aprendizajes de los alumnos. [Internet]. Disponible: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0611104-160521//jmzr1de1.pdf [2007, septiembre 29].

ANEXOS

Anexo A

Escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia

Edad: _____ Género: M___ F___ Grado: 9º___ 10º___ 11º___

Objetivo General: Describir las actitudes de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) al grado undécimo (11º) de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, del municipio de Belén (Nariño), frente a un embarazo en la adolescencia.

Instrucciones. Esto no es una evaluación de conocimiento por ello **no escriba su nombre**, no se preocupe por si esta bien o mal su respuesta, le pedimos simplemente su opinión ante una serie de frases enumeradas, recuerde marcarlas todas. En la escala marque con una X en la línea que esta en frente de cada número, teniendo en cuenta su opinión ante lo que se menciona en cada frase y el siguiente esquema de respuestas:

- Cuando este **muy o totalmente de acuerdo** en la afirmación marque 5.
- Cuando este **de acuerdo** en la afirmación marque 4.
- Cuando este **indiferente, o ni en acuerdo, ni en desacuerdo** en la afirmación marque 3.
- Cuando este **en desacuerdo** en la afirmación marque 2.
- Cuando este **muy o totalmente en desacuerdo** en la afirmación marque 1.

No	Ítems	Muy Desac	Desac	Indif	De ac	Muy Deac
1	No conozco bien los días en que una mujer se puede embarazar.	1	2	3	4	5
2	A partir de su primera menstruación, la mujer esta en capacidad de tener hijos.	1	2	3	4	5
3	Una mujer que es virgen no puede quedar embarazada en la primera relación sexual.	1	2	3	4	5
4	Existe más riesgo de embarazo durante la menstruación.	1	2	3	4	5
5	Conseguir anticonceptivos no es fácil para mí.	1	2	3	4	5
6	A mi edad no puede ocurrirme un embarazo.	1	2	3	4	5
7	Siento que un embarazo ayuda a retener al novio o a la novia.	1	2	3	4	5
8	Considero que tener hijos a mi edad no cambiará mi proyecto de vida.	1	2	3	4	5
9	Cuando hay un embarazo, abortar no es la mejor solución.	1	2	3	4	5
10	Tendría hijos a cualquier edad si tuviera una pareja estable	1	2	3	4	5
11	Tener relaciones sexuales no es la mejor prueba de amor que se dan los novios.	1	2	3	4	5
12	Si hay una penetración vaginal sin que haya eyaculación, no existe riesgo de embarazo.	1	2	3	4	5
13	Los y las adolescentes tenemos embarazos, porque no aplicamos la información recibida para evitarlo.	1	2	3	4	5
14	Siento que por el temor a que un noviazgo pueda terminar, los y las adolescentes inician relaciones sexuales	1	2	3	4	5
15	La educación sexual no es necesaria, porque ya lo se todo en el campo sexual.	1	2	3	4	5
16	Haría el coito interrumpido o eyaculación fuera de la vagina porque es un método fácil de hacer.	1	2	3	4	5

Actitudes frente al riesgo de embarazo226

- Cuando este **muy o totalmente de acuerdo** en la afirmación marque 5.
- Cuando este **de acuerdo** en la afirmación marque 4.
- Cuando este **indiferente, o ni en acuerdo, ni en desacuerdo** en la afirmación marque 3.
- Cuando este **en desacuerdo** en la afirmación marque 2.
- Cuando este **muy o totalmente en desacuerdo** en la afirmación marque 1.

No	ítems	Muy Desac	Desac	Indif	Deac	Muy Deac
17	Acepto que las personas de mi edad tengan relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
18	Me gustaría tener relaciones sexuales en estos días.	1	2	3	4	5
19	El único método anticonceptivo que conozco es el condón.	1	2	3	4	5
20	La causa de que haya embarazos en la adolescencia, es la falta de información acerca del tema.	1	2	3	4	5
21	El alcohol es un factor que influye en mí para desear tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
22	Los y las adolescentes debemos tener relaciones sexuales para experimentar y satisfacer la curiosidad.	1	2	3	4	5
23	El embarazo ocurre cuando se inician relaciones sexuales antes de los quince años.	1	2	3	4	5
24	Cuando una pareja de novios jóvenes se ama, deben tener relaciones sexuales sin preocuparse por un embarazo.	1	2	3	4	5
25	Siento que los anticonceptivos no son necesarios para tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
26	En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo.	1	2	3	4	5
27	Si se tiene la oportunidad de una relación sexual, no se debe hablar de anticonceptivos, porque se puede perder la ocasión.	1	2	3	4	5
28	Los embarazos ocurren porque los métodos de planificación son costosos.	1	2	3	4	5
29	Los anticonceptivos se deben usar cuando se tenga hijos.	1	2	3	4	5
30	Cuando hay amor no deben usarse anticonceptivos en las relaciones.	1	2	3	4	5
31	Me siento capaz de mantener relaciones sexuales sin ningún riesgo.	1	2	3	4	5
32	Los y las adolescentes no usan anticonceptivos porque producen cambios en el aspecto físico de las personas.	1	2	3	4	5
33	Los y las adolescentes nos embarazamos porque no sabemos como usar preservativos u otros métodos de planificación.	1	2	3	4	5
34	Considero que los y las adolescentes que tienen relaciones bajo efectos del alcohol u otra droga, tendrán un embarazo muy pronto.	1	2	3	4	5
35	Los embarazos en la adolescencia ocurren porque las parejas desean tener hijos.	1	2	3	4	5
36	Sentiría temor de usar anticonceptivos por el temor de que en mi hogar o en el colegio se enteren de mis relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
37	Me sería difícil comprar preservativos en un lugar público por temor a que se enteren mis padres.	1	2	3	4	5
38	Evitaría adquirir preservativos en una droguería o en una tienda, para evitar los comentarios de la gente.	1	2	3	4	5
39	No pido información sobre anticoncepción en el centro de salud, porque no confío en las personas que me atienden.	1	2	3	4	5

Actitudes frente al riesgo de embarazo227

- Cuando este **muy o totalmente de acuerdo** en la afirmación marque 5.
- Cuando este **de acuerdo** en la afirmación marque 4.
- Cuando este **indiferente, o ni en acuerdo, ni en desacuerdo** en la afirmación marque 3.
- Cuando este **en desacuerdo** en la afirmación marque 2.
- Cuando este **muy o totalmente en desacuerdo** en la afirmación marque 1.

No	ítems	Muy Desac	Desac	Indif	Deac	Muy Deac
40	El embarazo solo les ocurre solo a personas de clase social baja o pobres.	1	2	3	4	5
41	Considero que los adolescentes se embarazan porque la única expectativa que tienen al salir del colegio es casarse y formar una familia.	1	2	3	4	5
42	No hablo con mis padres de sexualidad porque ellos no me entienden.	1	2	3	4	5
43	Hablando con mis amigos sobre la sexualidad, me siento más seguro que con otras personas.	1	2	3	4	5
44	La información que en el colegio nos dan sobre sexualidad es muy poca.	1	2	3	4	5
45	Creo que las clases de educación sexual no explican como tomar decisiones adecuadas para evitar embarazarse.	1	2	3	4	5
46	Siento que mis padres aceptan que tenga relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
47	Mis amigos o amigas dicen que las relaciones con preservativo no se sienten igual.	1	2	3	4	5
48	Siento deseos de curiosear y tener relaciones sexuales cuando miro escenas eróticas en videos o en la TV.	1	2	3	4	5
49	He sentido que mis padres no están de acuerdo con que use o conozca los anticonceptivos.	1	2	3	4	5
50	Considero que cuando se tiene padres separados se inician relaciones sexuales a más temprana edad.	1	2	3	4	5
51	Considero tener relaciones sexuales en este año, porque mis amigos (as) ya lo hicieron	1	2	3	4	5
52	Los y las adolescentes se embarazan porque en la familia alguien tuvo un embarazo siendo joven.	1	2	3	4	5
53	Asistiendo a la iglesia no se evita tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
54	Planificar es responsabilidad de las mujeres, porque ellas son las que se embarazan.	1	2	3	4	5
55	No se debe hablar de sexualidad si aun no se piensa tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
56	Los lavados vaginales después de una relación sexual evitan el embarazo.	1	2	3	4	5
57	Si una mujer después de una relación sexual orina, puede matar a los espermatozoides y no embarazarse.	1	2	3	4	5

GRACIAS.

Anexo B

Encuesta de factores que condujeron a un embarazo en la adolescencia

Edad: _____ Grado que cursa: _____ Estado civil: _____
Procedencia: Urbana ___ Rural _____ No de hijos: _____

Objetivo General: Describir los factores que condujeron al embarazo, en estudiantes embarazadas y que estuvieron en dicho estado, de la Institución Educativa Nuestra Señora de Belén, del Municipio de Belén (Nariño).

Instrucciones. La siguiente es una encuesta, no es una evaluación, por ello le pido **no escriba su nombre**. Ante las preguntas que se realicen, marque con una X o encierre en un círculo la respuesta que usted vea conveniente, le recuerdo marcar una sola respuesta y contestar todas las preguntas.

1. Ha recibido información acerca de la sexualidad?: SI ___ NO ___
2. De quien ha recibido mayor información acerca de la sexualidad y prevención de embarazos:
 - a. Padres
 - b. Amigos.
 - c. Medios de comunicación.
 - d. Profesores.
 - e. Profesionales de salud.
 - f. Otros.
 - g. Nadie.
3. A que edad tuvo su primera menstruación?: _____ años.
4. A que edad tuvo su primera relación sexual?: _____ años.
5. ¿Su primera relación sexual fue planeada? SI ___ NO ___
6. Con quien tuvo su primera relación sexual?:
 - a. Novio.
 - b. Desconocido.
 - c. Amigo.
 - d. Pareja ocasional.
 - e. Compañero de colegio.
 - f. Otro.
7. Para que usted tuviera relaciones sexuales quien influyó?:
 - a. Los medios de comunicación.
 - b. Sus padres.
 - c. Sus amigos.
 - d. Fue su decisión.
 - e. Su pareja.
 - f. No influyo nadie.
8. Cual fue la razón para tener su primera relación sexual?:
 - a. Experimentar.
 - b. Se presentó la oportunidad.
 - c. La presionó o chantajeó su pareja para tenerla.
 - d. Quería tenerla.
9. Pensó alguna vez en tener relaciones sexuales, porque sus amigos o amigas ya lo habían hecho?: SI ___ NO ___

Actitudes frente al riesgo de embarazo229

10. Mantiene relaciones sexuales actualmente?: SI ___ NO ___
11. Si respondió SI a la anterior pregunta responda: utiliza algún método anticonceptivo en las relaciones sexuales actuales?: SI ___ NO ___
12. Usted ha consumido alcohol?: SI ___ NO ___
13. El alcohol hace que usted sienta más deseos de tener relaciones sexuales?: SI ___ NO ___
14. Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol?: SI ___ NO ___
15. Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales?: _____
16. A que edad tuvo su primer embarazo?: _____ años.
17. Su embarazo fue planeado?: SI ___ NO ___
18. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
19. ¿Actualmente está embarazada?
20. En su primera relación quedó en embarazo?: SI ___ NO ___
21. Antes de su embarazo, pensaba que un embarazo no le podía pasar a usted?: SI ___ NO ___
22. Alguna vez, pensó en embazarse para retener a su pareja?: SI ___ NO ___
23. Sabía usted que teniendo relaciones sexuales se iba a embarazar?: SI ___ NO ___
24. Cual de las siguientes razones cree usted que fue por la cual se embarazo:
 - a. quería tener un hijo.
 - b. Deseaban tener hijos con su pareja.
 - c. No planificaba.
 - d. No conocía ningún método anticonceptivo.
 - e. Dejo de planificar
 - f. Tuvo mala suerte.
 - g. Le fallo el método de planificación.
 - h. Ninguna de las anteriores
25. ¿Ha abortado alguna vez?
26. ¿En su embarazo actual pensó en abortar?
27. Para usted, los días en que una mujer se puede embarazar son:
 - a. Durante el sangrado menstrual.
 - b. En cualquier momento de la menstruación.
 - c. Antes de que comience la menstruación.
 - d. En los primeros días, después de la menstruación.
 - e. En los días intermedios del periodo menstrual.
 - f. No sabe
28. Cuales son las personas que tienen mayor riesgo de embarazarse en la adolescencia:
 - a. Los jóvenes de clase social baja.
 - b. Las personas que no estudian.
 - c. Las adolescentes menores de 15 años.
 - d. Las mujeres que no planifican.
 - e. Cualquier mujer menor de 20 años.
 - f. Las adolescentes que estudian.
 - g. Todas las anteriores.
29. Planificar para usted es:
 - a. Tener pocos hijos.
 - b. Tener muchos hijos.
 - c. Cuidarse.
 - d. Usar condones.

Actitudes frente al riesgo de embarazo230

- e. Decidir cuando y cuantos hijos tener.
 - f. Evitar el contagio de VIH-SIDA
 - g. No sabe.
30. Conoce algún método de planificación familiar?: SI___ NO: ___
- 31.Cuál o Cuáles? _____.
32. Antes de su embarazo, usaba algún método de anticoncepción o planificación familiar diferente al condón en sus relaciones sexuales?: SI ___ NO ___
33. La razón por la que no uso métodos anticonceptivos antes de su primer de embarazo fue:
- a. Son costosos.
 - b. No conocía.
 - c. Le daba miedo usarlos.
 - d. No sabía como usarlos.
 - e. A su pareja no le gustaba.
 - f. A usted no le gustaba.
 - g. Le daba vergüenza decirle a su pareja que los usen.
 - h. Se lo prohíbe su religión.
 - i. No los conseguía fácilmente
34. Antes de su embarazo, asistió a recibir información sobre anticoncepción algún hospital o institución prestadora de servicios de salud?: SI ___ NO ___
35. Si contesta NO, cual fue la razón para no asistir:
- a. No confía en las personas que atienden.
 - b. No existen centros de salud cerca de donde vive.
 - c. No quería asistir.
 - d. Se lo prohibía su pareja.
 - e. Le daba miedo.
 - f. Le daba vergüenza.
 - g. Confiaba en sus cuidados..
36. En las relaciones previas al embarazo usó preservativo o condón? SI___ NO___
37. Si responde SI, De quien fue la idea de usar preservativo:
- a. Suya.
 - b. De su pareja.
 - c. de los dos.
38. Le parece molesto usar preservativos?: SI___ NO___
39. A su pareja le parecía molesto usar preservativos?: SI___ NO___
40. Esta de acuerdo en que los y las adolescentes de su edad mantengan relaciones sexuales?: SI___ NO___
41. Acepta que los y las adolescentes de su edad planifiquen?: SI___ NO___
42. Conoce usted los métodos de planificación de urgencia?: SI___ NO___
43. Alguna vez los ha usado?: SI___ NO___
44. Para usted, en su municipio, conseguir anticonceptivos para un adolescente es fácil?: SI___ NO___
45. Ha comprado preservativos alguna vez usted?: SI___ NO___
46. Si su respuesta es NO, por que no lo ha hecho?:
- a. No sabia donde conseguirlos.
 - b. Le da vergüenza comprarlos.
 - c. No tiene dinero para comprarlos.
 - d. Le daba miedo que se enteren otras personas de que usted tenía relaciones sexuales.

Actitudes frente al riesgo de embarazo231

47. Piensa planificar en el futuro?: SI___ NO___
48. Recibió orientación de sus padres acerca de anticoncepción?: SI___ NO___
49. Sus padres sabían que había tenido relaciones sexuales, antes de embarazarse?: SI___ NO___
50. Cuando tenía alguna duda sobre sexualidad le preguntaba a:
- Amigo o amiga.
 - Profesor.
 - Personal de salud.
 - Desconocido.
 - A nadie.
 - A un familiar.
 - Padre.
 - Madre.
 - A nadie.
51. Cual fue la persona a quien consultó antes de iniciar relaciones sexuales:
- Padre.
 - Madre.
 - Personal de salud.
 - Amiga o amigo.
 - Compañero.
 - A nadie.
 - Familiar.
 - Desconocido.
52. Quien fue la primera persona que le contó que mantenía relaciones sexuales:
- amigo.
 - madre.
 - padre.
 - compañero.
 - personal de salud.
 - Familiar
 - Profesor.
 - A nadie.
 - Otro.
53. Piensa que la TV, la radio, los periódicos, la Internet u otro medio de comunicación, incita a los jóvenes a tener relaciones sexuales?: SI___ NO___
54. Cual de las siguientes creencias mantiene o mantuvo acerca de la prevención del embarazo:
- El embarazo ocurre cuando le hacen brujería.
 - La orina mata los espermatozoides.
 - Los lavados vaginales después de una relación sexual, ayudan a evitar el embarazo.
 - El embarazo s un castigo de dios por mantener relaciones sexuales antes del matrimonio.
 - Ninguna
55. En su familia la prepararon para evitar embarazos: SI___ NO___
56. En el colegio preparan a los y las adolescentes para prevenir embarazos?: SI___ NO___
57. Estaba usted preparada para ser madre?: SI___ NO___
58. Cual fue la primera opción que usted considero cuando se enteró de que estaba embarazada:
- Tener su hijo.

- b. Abortar.
 - c. Regalar o dar a su hijo en adopción.
 - d. Irse de su casa.
 - e. Retirarse del colegio.
 - f. Pensó en quitarse la vida.
 - g. Casarse.
59. Cual fue la respuesta de su pareja ante su embarazo:
- a. No lo aceptó.
 - b. Terminó su relación.
 - c. Le propuso abortar.
 - d. Le dijo que se casen.
 - e. No le dijo nada.
 - f. Le dijo que tuvieran el hijo.
60. Cual fue la respuesta de sus padres cuando se enteraron de su embarazo:
- a. Aceptaron con naturalidad.
 - b. La echaron de su casa.
 - c. Le propusieron abortar.
 - d. Le dijeron que debía casarse.
 - e. No le dijeron nada.
 - f. Le dijeron que tuviera su hijo y que continúe sus estudios.
 - g. Le propusieron salirse del colegio.
61. El afecto es importante cuando se tienen relaciones sexuales?: SI___ NO___
62. Con su pareja hablaban acerca de tener relaciones sexuales?: SI___ NO___
63. Con su pareja hablaban acerca de usar algún método anticonceptivo si llegaban a tener relaciones sexuales?: SI___ NO___
64. Usted cree, que las mujeres son las únicas que deben planificar?: SI___ NO___
65. Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?: SI___ NO___
66. En su familia alguien más se ha embarazado antes de los 20 años?: SI___ NO___
67. El embarazo ha obstaculizado las metas más próximas que había planeado para su vida?: SI___ NO___
68. Cree que podrá llegar a cumplir con los sueños y metas que planteó para su futuro?: SI___ NO___

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo C

**Escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la adolescencia
Versión para pilotaje y cálculo de validez y confiabilidad.**

Edad: _____ Género: M___ F___ Grado: 9º ___ 10º ___ 11º ___

Objetivo General: Describir las actitudes de los y las estudiantes de los grados noveno (9º) al grado undécimo (11º) de la Institución Educativa La Esperanza, del Municipio de Belén (Nariño), frente a un embarazo en la adolescencia.

Instrucciones. Esto no es una evaluación de conocimiento por ello **no escriba su nombre**, no se preocupe por si esta bien o mal su respuesta, le pedimos simplemente su opinión ante una serie de frases enumeradas, recuerde marcarlas todas. En la escala marque con una X en la línea que esta en frente de cada número, teniendo en cuenta su opinión ante lo que se menciona en cada frase y el siguiente esquema de respuestas:

- Cuando este **muy o totalmente de acuerdo** en la afirmación marque 5.
- Cuando este **de acuerdo** en la afirmación marque 4.
- Cuando este **indiferente, o ni en acuerdo, ni en desacuerdo** en la afirmación marque 3.
- Cuando este **en desacuerdo** en la afirmación marque 2.
- Cuando este **muy o totalmente en desacuerdo** en la afirmación marque 1.

No	Ítems	1	2	3	4	5
1	Los hijos de adolescentes son más sanos y fuertes.					
2	Siento que los adolescentes no estamos preparados físicamente para ser padres.					
3	No conozco bien los días en que una mujer se puede embarazar					
4	Toda relación sexual no debe conducir a un embarazo					
5	A partir de su primera menstruación, la mujer esta en capacidad de tener hijos.					
6	El interés sexual por la otra persona tiene solamente una finalidad de reproducción.					
7	El fin último de los seres humanos no es la procreación.					
8	Una mujer que es virgen no puede quedar embarazada en la primera relación sexual.					
9	Existe más riesgo de embarazo durante la menstruación.					
10	Los cambios biológicos de los jóvenes no indican su fertilidad.					
11	Conseguir anticonceptivos no es fácil para mí.					
12	A mi edad no puede ocurrirme un embarazo.					
13	Las niñas deben estar expuestas a modelos femeninos, así se preparan para ser madres.					
14	Un embarazo ayuda a retener al novio o a la novia.					
15	Tener hijos no cambiará mi proyecto de vida.					
16	Evitaría experiencias sexuales prematrimoniales.					
17	Cuando hay un embarazo, abortar no es la mejor solución.					
18	Tendría hijos a cualquier edad si tuviera una pareja estable					
19	La mejor solución para evitar tener hijos es abstenerse de tener relaciones sexuales.					
20	Tener relaciones sexuales no es la mejor prueba de amor que se dan los novios.					
21	Si hay una penetración vaginal, sin eyacular, no existe riesgo de embarazo.					

Actitudes frente al riesgo de embarazo234

22	Las relaciones sexuales no deberían iniciar antes de los 18 años.	1	2	3	4	5
23	No usaría anticonceptivos, porque no funcionan.					
24	Los jóvenes tenemos embarazos, porque no aplicamos la información recibida para evitarlo.					
25	Las relaciones sexuales se deben tener cuando la pareja este segura de tener hijos.					
26	Por el temor a que un noviazgo pueda terminar, los adolescentes inician relaciones sexuales					
27	La educación sexual no es necesaria, porque ya lo se todo en el campo sexual.					
28	Ser padre o madre es muy fácil, porque mis padres no se quejan de ello.					
29	El coito interrumpido o eyaculación fuera de la vagina es un método fácil de hacer.					
30	Acepto que las personas de mi edad tengan relaciones sexuales.					
31	La curiosidad lleva a embarazarse.					
32	Me gustaría tener relaciones sexuales en estos días.					
33	El único método anticonceptivo que conozco es el condón.					
34	Los adolescentes estamos preparados para ser padres.					
35	La causa de que haya embarazos en la adolescencia, es la falta de información acerca del tema.					
36	El alcohol es un factor que influye en mí para desear tener relaciones sexuales.					
37	Algún día voy a tener hijos, por eso no me preocupo por ello					
38	Los adolescentes debemos tener relaciones sexuales para experimentar y satisfacer la curiosidad.					
39	El embarazo ocurre cuando se inician relaciones sexuales antes de los quince años.					
40	Con una mujer que ha tenido hijos es más fácil tener relaciones con ella.					
41	Cuando una pareja de novios jóvenes se ama, deben tener relaciones sexuales sin preocuparse por un embarazo.					
42	Siento que los anticonceptivos no son necesarios para tener relaciones sexuales.					
43	Si un hombre ya ha tenido hijos, buscará relaciones solo por placer.					
44	En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo.					
45	Si se tiene la oportunidad de una relación sexual, no se debe hablar de anticonceptivos, porque se puede perder la ocasión.					
46	En la actualidad los jóvenes no están en riesgo de embarazo, por los métodos que existen para evitarlo.					
47	Los embarazos ocurren porque los métodos de planificación son costosos.					
48	El embarazo no tiene riesgos ni complicaciones.					
49	Abortar es lo que mejor se debe hacer, para evitar la crítica social y el rechazo.					
50	Los anticonceptivos se deben usar cuando se tenga hijos.					
51	Cuando hay amor no deben usarse anticonceptivos en las relaciones.					
52	Me siento capaz de mantener relaciones sexuales sin ningún riesgo.					
53	Los adolescentes no usan anticonceptivos porque producen cambios en el aspecto físico de las personas.					

Actitudes frente al riesgo de embarazo235

54	La información que nos dan en el hogar es muy escasa en lo sexual.	1	2	3	4	5
55	Los adolescentes nos embarazamos porque no sabemos como usar preservativos u otros métodos de planificación.					
56	No hablo con mi familia de sexo porque me pueden castigar.					
57	Considero que los y las adolescentes que tienen relaciones bajo efectos del alcohol u otra droga, tendrán un embarazo más pronto.					
58	Los embarazos de adolescentes ocurren porque las parejas desean tener hijos.					
59	Los jóvenes un utilizan anticonceptivos, porque temen ser descubiertos (en el hogar o colegio), de que tienen o tuvieron relaciones sexuales.					
60	Los problemas del embarazo son exclusivamente de la familia.					
61	Me sería difícil comprar preservativos en un lugar público por temor a que se enteren mis padres.					
62	Evitaría adquirir preservativos en una droguería o en una tienda, para evitar los comentarios de la gente.					
63	No pido información sobre anticoncepción en el centro de salud, porque no confío en las personas que me atienden.					
64	Tener hijos es una forma de revelarse contra los padres.					
65	Mis amigos son los mejores guías en lo sexual, lo saben todo					
66	Los padres quieren que los hijos se casen rápidamente, por eso se embarazan.					
67	El embarazo solo les ocurre solo a personas de clase social baja o pobres.					
68	Los padres no influyen para que los adolescentes se embaracen.					
69	La sociedad debe poner normas, para la edad de tener hijos					
70	Los adolescentes se embarazan porque la única expectativa que tienen al salir del colegio es casarse y formar una familia.					
71	No hablo con mis padres de sexualidad porque ellos no me entienden.					
72	Hablando con mis amigos sobre la sexualidad, me siento más seguro que con otras personas.					
73	Los hijos solo traen problemas económicos.					
74	La información que imparten los medios de comunicación (TV, Internet, etc.) no influye para que se tengan relaciones sexuales.					
75	La información que en el colegio nos dan sobre las relaciones sexuales es muy poca.					
76	Los adolescentes que no siguen carreras o estudios superiores, deciden tener hijos.					
77	Creo que las clases de educación sexual no explican como tomar decisiones adecuadas para evitar embarazarse.					
78	Los adolescentes que son padres a edad temprana no deben gozar de los mismos beneficios de los que no lo son.					
79	Mis padres aceptan que tenga relaciones sexuales.					
80	Mis amigos dicen que las relaciones con preservativo no se sienten igual.					
81	Siento deseos de curiosear y tener relaciones sexuales cuando miro escenas eróticas en videos o en la TV.					
82	Mis padres no están de acuerdo con que use o conozca los anticonceptivos.					
83	Los programas de educación sexual se basan en lo biológico.					

Actitudes frente al riesgo de embarazo236

84	Me he sentido presionado por mis amigos ha tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
85	Cuando se tiene padres separados se inician relaciones sexuales a más corta edad.					
86	Considero tener relaciones sexuales en este año, porque mis amigos (as) ya lo hicieron					
87	Los adolescentes se embarazan porque en la familia o algún amigo tuvo un embarazo siendo joven.					
88	Asistir a la iglesia no ayuda a evitar tener las relaciones sexuales.					
89	Planificar es responsabilidad de las mujeres, porque ellas son las que se embarazan.					
90	No se debe hablar de sexualidad si aun no se piensa tener relaciones sexuales.					
91	La sociedad prohíbe informar a los jóvenes sobre como prevenir embarazos.					
92	El embarazo es un castigo de Dios por tener relaciones sexuales antes del matrimonio.					
93	Las mujeres se embarazan porque le s hacen brujería.					
94	Tener hijos es una prueba de vida.					
95	Los lavados vaginales después de una relación sexual evitan el embarazo.					
96	Las personas que planifican son libertinas y como castigo se embarazaran rápidamente.					
97	Si una mujer después de una relación sexual orina, puede matar a los espermatozoides y no embarazarse.					
98	Las mujeres deben dedicarse a criar hijos y al hogar.					
99	Los anticonceptivos son algo desagradable					
100	Usar anticonceptivos es malo porque atenta contra las leyes de Dios.					
101	Los anticonceptivos son solo para adultos.					

GRACIAS.

Anexo D

Cálculo de confiabilidad ítem escala, a través del Coeficiente de Correlación Biserial.

Mitad impar de la escala.

Ítem	Media Ítem mp	MEDIA prueba total mx	Desviación estándar Sx	Puntaje P	Puntaje y	Coeficiente biserial rp
1	1.6	2.5	1.25	.32	.3576	-.64
2	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
3	3.03	2.5	1.25	.60	.3863	.65
4	1.33	2.5	1.25	.26	.3244	-.75
5	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
6	3.03	2.5	1.25	.60	.3863	.65
7	1.66	2.5	1.25	.33	.3621	-.61
8	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
9	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
10	1.6	2.5	1.25	.32	.3576	-.64
11	3.03	2.5	1.25	.60	.3863	.65
12	2.3	2.5	1.25	.46	.3969	-.18
13	1.7	2.5	1.25	.34	.3664	-.59
14	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
15	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
16	1.7	2.5	1.25	.34	.3664	-.59
17	3.16	2.5	1.25	.63	.3776	.88
18	3.2	2.5	1.25	.64	.3711	.95
19	2.06	2.5	1.25	.41	.3888	-.37
20	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
21	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
22	2.1	2.5	1.25	.42	.3909	-.34
23	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
24	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
25	1.8	2.5	1.25	.36	.3711	-.53
26	3.4	2.5	1.25	.68	.3576	1.36
27	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
28	3.3	2.5	1.25	.66	.3664	1.15
29	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
30	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76

Actitudes frente al riesgo de embarazo238

31	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.82
32	3.03	2.5	1.25	.60	.3863	.65
33	1.86	2.5	1.25	.37	.3776	-.50
34	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
35	1.8	2.5	1.25	.36	.3711	-.53
36	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.82
37	1.63	2.5	1.25	.32	.3576	-.62
38	3.2	2.5	1.25	.64	.3711	.95
39	3.33	2.5	1.25	.66	.3664	1.15
40	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
41	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
42	1.93	2.5	1.25	.38	.3806	-.45
43	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.82
44	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
45	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
46	1.6	2.5	1.25	.32	.3576	-.64
47	1.63	2.5	1.25	.32	.3576	-.62
48	3	2.5	1.25	.60	.3863	.62
49	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.76
50	1.86	2.5	1.25	.37	.3776	-.50
51	1.9	2.5	1.25	.38	.3806	-.47

Anexo E

Cálculo de confiabilidad ítem escala, a través del Coeficiente de Correlación Biserial.

Mitad par de la escala.

Ítem	Media Ítem mp	MEDIA prueba total mx	Desviación estándar Sx	Puntaje P	Puntaje y	Coeficiente biserial rp
1	2.16	2.5	1.25	.43	.3928	-.29
2	1.53	2.5	1.25	.30	.3477	-.66
3	1.93	2.5	1.25	.38	.3806	-.77
4	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
5	2	2.5	1.25	.40	.3863	-.41
6	3.4	2.5	1.25	.68	.3576	1.36
7	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.95
8	1.8	2.5	1.25	.36	.3711	-.53
9	3.33	2.5	1.25	.66	.3664	1.19
10	3.03	2.5	1.25	.60	.3863	.65
11	2.03	2.5	1.25	.40	.3863	-.38
12	3.5	2.5	1.25	.70	.3477	1.6
13	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
14	1.83	2.5	1.25	.36	.3711	-.51
15	3.16	2.5	1.25	.63	.3776	.88
16	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
17	1.6	2.5	1.25	.32	.3576	-.64
18	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
19	3.33	2.5	1.25	.66	.3664	1.19
20	1.9	2.5	1.25	.38	.3806	-.47
21	3.3	2.5	1.25	.66	.3664	1.19
22	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
23	1.9	2.5	1.25	.38	.3806	-.47
24	1.7	2.5	1.25	.34	.3664	-.59
25	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
26	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
27	1.76	2.5	1.25	.35	.3704	-.55
28	1.66	2.5	1.25	.33	.3621	-.61
29	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.95
30	1.66	2.5	1.25	.33	.3621	-.61

Actitudes frente al riesgo de embarazo240

31	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
32	2.26	2.5	1.25	.45	.3958	-.21
33	1.56	2.5	1.25	.31	.3528	-.66
34	2.26	2.5	1.25	.45	.3958	-.21
35	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
36	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
37	2.1	2.5	1.25	.42	.3909	-.34
38	1.4	2.5	1.25	.28	.3366	-.73
39	1.7	2.5	1.25	.34	.3664	-.59
40	3.06	2.5	1.25	.61	.3837	.71
41	3.23	2.5	1.25	.64	.3711	.99
42	2.63	2.5	1.25	.52	.3984	.13
43	3.1	2.5	1.25	.62	.3808	.78
44	3.13	2.5	1.25	.62	.3808	.95
45	3.2	2.5	1.25	.64	.3711	.95
46	1.53	2.5	1.25	.30	.3477	-.66
47	1.63	2.5	1.25	.32	.3576	-.62
48	1.76	2.5	1.25	.35	.3704	-.55
49	1.56	2.5	1.25	.31	.3528	-.66
50	1.73	2.5	1.25	.34	.3664	-.57

Anexo F

**Puntajes totales escala de actitudes frente al riesgo de embarazo en la
adolescencia**

Ítem	Muy Desac	Desac	Indif	Deacu	Muy Deacu	Puntaje total ítems	Media	Desviación estándar
1	6	31	35	38	18	415	3.24	1.11
2	17	15	11	30	55	475	3.71	1.45
3	19	7	19	38	45	467	3.6	1.4
4	18	27	26	33	24	402	3.14	1.33
5	16	22	18	28	44	446	3.48	1.43
6	26	23	9	25	45	424	3.31	1.59
7	57	26	23	10	12	278	2.17	1.33
8	10	11	12	33	62	510	3.98	1.28
9	54	35	9	10	20	291	2.27	1.47
10	31	46	30	13	9	308	2.4	1.2
11	37	38	13	24	16	328	2.6	1.4
12	20	38	34	24	12	354	2.8	1.2
13	41	52	8	14	13	290	2.3	1.3
14	16	18	30	46	18	416	3.3	1.2
15	7	1	11	51	58	536	4.2	1
16	13	27	59	25	4	364	2.8	1
17	22	33	26	39	8	362	2.8	1.2
18	43	23	40	15	7	304	2.4	1.2
19	51	52	7	13	5	253	2	1.1
20	15	28	20	35	30	421	3.3	1.4
21	22	21	34	41	10	380	3	1.2
22	27	49	31	17	4	306	2.4	1.3
23	44	31	22	24	7	303	2.4	1.3
24	66	44	8	6	4	222	1.7	1
25	3	3	17	46	59	539	4.2	.9
26	2	7	16	47	56	532	4.2	1
27	3	12	9	51	53	523	4.1	1
28	56	56	10	4	2	224	1.8	.9
29	58	46	18	6	0	228	1.8	.9
30	3	7	15	49	54	528	4.1	1
31	52	48	14	12	2	248	1.9	1
32	3	15	38	41	31	466	3.6	1
33	6	23	20	49	30	458	3.6	1.2
34	12	25	39	40	12	399	3.1	1.1
35	31	48	22	19	8	309	2.4	1.2
36	13	34	21	48	12	396	3.1	1.2
37	14	25	23	41	25	422	3.3	1.3

Actitudes frente al riesgo de embarazo242

38	17	28	16	45	22	411	3.2	1.3
39	16	25	28	48	11	397	3.1	1.2
40	86	24	11	3	4	199	1.6	1
41	44	53	18	9	4	260	2	1
42	19	36	18	38	17	382	3	1.3
43	10	27	21	42	28	435	3.4	1.3
44	10	29	24	42	23	423	3.3	1.2
45	12	34	24	42	16	400	3.1	1.2
46	49	43	22	9	5	262	2	1.1
47	29	39	24	22	14	337	2.6	1.3
48	21	35	26	37	9	362	2.8	1.2
49	3	19	24	43	39	480	3.8	1.1
50	16	42	40	21	9	349	2.7	1.1
51	49	55	13	9	2	244	1.9	1
52	33	60	20	12	3	276	2.2	1
53	17	28	16	35	32	421	3.3	1.4
54	59	34	11	13	11	267	2.1	1.3
55	4	10	13	47	54	521	4.1	1.1
56	48	41	33	4	2	255	2	1
57	56	36	31	1	4	245	1.9	1

