

**ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS FRENTE A CONDUCTAS  
SEXUALES EN ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES. COLEGIO  
CLARETIANO. 2008**

**CARLOS HUMBERTO REYES GUIO  
DANIEL FERNANDO ALMARIO BOTELLO  
LIDA MARCELA PEÑA AMEZQUITA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA - HUILA  
2008**

**ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS FRENTE A CONDUCTAS  
SEXUALES EN ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES. COLEGIO  
CLARETIANO. 2008**

**CARLOS HUMBERTO REYES GUIO  
DANIEL FERNANDO ALMARIO BOTELLO  
LIDA MARCELA PEÑA AMEZQUITA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de MEDICO y  
CIRUJANO**

**Asesores  
DIEGO FERNANDO CERQUERA GÓMEZ  
Psicólogo**

**DOLLY CASTRO BETANCOURTH  
Magíster en Salud Pública  
Magíster en Epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA - HUILA  
2008**

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----

-----

Firma presidente del jurado

-----

Firma del jurado

-----

Firma del jurado

Neiva, Noviembre 27 de 2008

**A nuestros padres Y ASESORES  
quienes con su apoyo,  
paciencia y comprensión  
hicieron posible la  
realización de este trabajo.**

*Carlos  
Daniel  
Lida*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos

- A Dios por darnos las fuerzas necesarias para continuar a pesar de las adversidades.
- A Nuestras familias por la comprensión y el apoyo brindado
- A los estudiantes de la institución educativa Claretiano Jornada adicional, por la colaboración incondicional.
- A todas las personas que de una u otra forma nos colaboraron en el desarrollo del proyecto.
- A las directivas de la institución y el cuerpo docente brindarnos la oportunidad de trabajar de su mano.

A los maestros y asesores de la universidad quienes ayudaron a moldear y a poner en marcha nuestros sueños convertidos en proyecto.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	20
1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	22
1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	23
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	24
2. JUSTIFICACION	25
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
4. MARCO TEORICO	29
4.1 CONOCIMIENTO	29
4.2 ACTITUD	30
4.3 LA PREADOLESCENCIA	30

4.4	ADOLESCENCIA PUBERAL	30
		<b>Pág.</b>
4.5	ADOLESCENCIA MEDIA	31
4.6	ADOLESCENCIA TARDIA	31
4.7	FASES DE LAS RELACIONES SEXUALES	31
4.8	EDUCACION SEXUAL	32
4.9	DIALOGO CON LOS ADOLESCENTES	32
4.10	ANATOMIA DEL CUERPO DEL ADOLESCENTE	33
4.10.1	AMATOMIA MASCULINA	33
4.10.2	ANATOMIA FEMENINA	34
4.11	CAMBIOS FISICOS	35
4.12	ADAPTANDOSE A LA NUEVA IMAGEN CORPORAL	35
4.13	CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS	36
4.14	ANTICONCEPCION	38
4.15	METODOS ANTICONCEPTIVOS	38
4.16	LA PÍLDORA	38
4.17	EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	40
4.18	EL PRESERVATIVO	40
4.18.1	Forma de usarlos	41
4.19	MÉTODOS NATURALES	41

4.19.1	El método Ogino	42
		<b>Pág.</b>
4.19.2	El método de la temperatura basal	42
4.19.3	Billings o método del moco cervical	42
4.20	EMBARAZO	42
4.21	ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL (ETS)	43
4.21.1	Gonorrea o gonococia	44
4.21.2	Sífilis	44
4.21.3	Herpes genital	44
4.21.4	Clamidia	45
4.21.5	Tricomonas	45
4.21.6	Cándidas	45
4.21.7	Condilomas	46
4.21.8	Ladillas	46
4.21.9	Hepatitis B	46
4.21.10	SIDA	46
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	48
5.1	TIPO DE ESTUDIO	48
5.2	LUGAR	48

5.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	49
5.4	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	50
		<b>Pág.</b>
5.5	ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION	56
5.6	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	56
5.7	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	57
5.7.1	Perspectiva: El rol de cada género y la sociedad	58
5.7.2	Escala de medición de autoestima y madurez sexual	58
5.7.3	Escala de actitud de muehlenhard-quackenbush (doble estandar sexual)	59
5.7.4	Indice de actitudes hacia los homosexuales: escala homofobica	59
5.8	PRUEBA PILOTO	60
5.9	CODIFICACION Y TABULACION	61
5.10	FUENTES DE INFORMACION	61
5.11	PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	61
5.12	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	61
5.13	CONSIDERACIONES ETICAS	62
6.	RESULTADOS	63

6.1	CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES	65
6.2	ESCALAS DE ACTITUDES	66
		<b>Pág.</b>
6.2.1	Perspectiva: el rol de cada género y la sociedad	66
6.3	ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA Y MADUREZ SEXUAL	68
6.4	ESCALA DE ACTITUD DE MUEHLENHARD-QUACKENBUSH (DOBLE ESTANDAR SEXUAL)	69
6.5	INDICE DE ACTITUDES HACIA LOS HOMOSEXUALES: ESCALA HOMOFOBICA	70
6.6	PRÁCTICAS Y CONDUCTAS SEXUALES	71
7.	DISCUSION	73
8.	CONCLUSIONES	75
9.	RECOMENDACIONES	77
	BIBLIOGRAFÍA	78
	ANEXOS	79

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
<b>Grafica 1.</b> Flujograma de selección de sujetos para el estudio	63
<b>Grafica 2.</b> Puntaje obtenido por los adolescentes en la encuesta de conocimiento	65
<b>Grafica 3.</b> Puntaje obtenido por los adolescentes en la encuesta de conocimiento por temas específicos evaluados	66
<b>Grafica 4.</b> Puntaje obtenido en la escala de medición de roles de género en la sociedad	67
<b>Grafica 5.</b> Puntaje obtenido por los adolescentes en escala de autoestima y madurez sexual	68
<b>Grafica 6.</b> Puntaje obtenido tanto para hombres como para mujeres en la escala de actitudes de doble estándar sexual	69
<b>Grafica 7.</b> Puntaje obtenido tanto para hombres y mujeres en la escala de actitud homofóbica	70
<b>Grafica 8.</b> Relación edad actual vs edad de inicio de vida sexual	71
<b>Grafica 9.</b> Cantidad de parejas sexuales que han tenido durante toda su vida sexual los adolescentes	72
<b>Grafica 10.</b> Fuentes de información a las que acceden los adolescentes	72
<b>Grafica 11.</b> Tipo de familias de los adolescentes	80
<b>Grafica 12.</b> Relación padre-hijo vs relación madre-hijo	80

<b>Grafica 13.</b>	Familiares a quienes acuden los adolescentes cuando tienen dudas	81
		<b>Pág.</b>
<b>Grafica 14.</b>	Personas en el colegio a quienes acuden los adolescentes cuando tienen dudas	81
<b>Grafica 15.</b>	Motivación de los adolescentes para iniciar su actividad sexual	82

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b>	Características socio-demográficas de los adolescentes	64
<b>Tabla 2.</b>	Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)	110
<b>Tabla 3.</b>	Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)	110
<b>Tabla 4.</b>	Descripción de software que se planea adquirir (en miles de \$)	111
<b>Tabla 5.</b>	Salidas de campo (en miles de \$)	111
<b>Tabla 6.</b>	Materiales, suministros (en miles de \$)	112

## LISTA DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b>	Otros Resultados	80
<b>Anexo B.</b>	Instrumento 1	83
<b>Anexo C.</b>	Instrumento 2	99
<b>Anexo D.</b>	Presupuesto	110

## RESUMEN

La educación sexual es un proceso que dura toda la vida algo inherente a la cotidianidad y busca dotar al ser humano de conocimientos, valores, actitudes y recursos necesarios que le faciliten vivir su propia sexualidad de una manera responsable, positiva y creadora dentro del contexto socio-cultural en el que se desenvuelve.

Efectos negativos de la desinformación sexual y de los mitos que se le infunden al preadolescente y al adolescente es crearles sentimientos de rechazo y de falsas expectativas, debido a que los conocimientos que recibe se limitan a contenidos anatómicos y a concepciones erradas, los cuales generan mensajes contradictorios favorecidos por los medios masivos de comunicación al transmitir imágenes parciales o distorsionadas de lo que realmente significa sexualidad.

Es por esto, que buscamos saber que tanto conocimiento poseen los adolescentes y preadolescentes sobre educación sexual y como utilizan este conocimiento, para así poder establecer que tipo de conocimiento es este, en que aspectos específicos presentan déficit, para brindar información adecuada y certera sobre la sexualidad que ayude a que los adolescentes tengan a la mano herramientas clara para la toma de decisiones en su vida sexual. Y que a un futuro permita disminuir la tasa de jóvenes adolescentes embarazadas y ETS en población adolescente.

**METODOLOGÍA.** Realizamos una investigación descriptiva, observacional, de carácter prospectivo, transversal. La fuente de información se obtuvo mediante encuestas aplicadas a los estudiantes de la institución educativa Claretiano jornada adicional sobre conocimientos, prácticas y actitudes frente a la sexualidad. La Institución Educativa Colegio Claretiano jornada adicional cuenta con una población de 734 estudiantes, de los cuales se tomo una muestra de 155 estudiantes, 14 estudiantes que no fueron seleccionados al no cumplir los criterios de selección. La muestra total real fue de 141 estudiantes, 30 de estos estudiantes se seleccionaron para ingresar a la segunda fase del estudio.

**RESULTADOS.** El grupo de edad de menos frecuencia fue el de 18 años con un porcentaje de 7.8%, mientras que el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 14 años con un 22.69%. Se encontro que el genero masculino tenia mayor representación con un 56.02%, mientras que la participación del genero femenino

fue del 43.97%. El grado que mayor numero de estudiantes proporciono al estudio fue el grado noveno con un 27.6% y el que menos estudiantes apporto fue el grado once con un 22.6%. El estrato socioeconomico de mayor frecuencia fue el estrato No 2 con un 53.9%, mientras que los ingresos de los padres en el 53.9% oscilaba entre 2 y 3 salarios minimos mensuales vigentes.

En cuanto a conocimientos, los adolescentes presentaban grandes vacios en cuanto a conocimientos en general, el 97.87% contesto menos de 30 preguntas correctas y ningún estudiante contesto mas de 61 preguntas correctas.

Al evaluar las actitudes de los adolescentes que ya habían iniciado actividad sexual, se encontró que en ambos géneros se conserva una actitud machista y reacia al cambio en un 87.09%, mientras se observa una actitud feminista y a favor del cambio en un 12.9%. El nivel de autoestima adecuado en un 64.1%. Tanto hombre como mujeres presentan grandes restricciones de conducta hacia el genero masculino y que existe rechazo hacia la población homosexual en un 80.6% de la muestra encuestada.

La edad de inicio de relaciones sexuales es alrededor de los 16 años en un 41.93%. En cuanto al numero de parejas sexuales, el 54.83% solo han tenido una pareja sexual durante toda su vida, mientras que el 9.6% han tenido 3 parejas sexuales durante toda su vida. Al analizar las fuentes de información a las que recurren los adolescentes se encontró con gran preocupación que ninguno de ellos consultan con personal del área de la salud para aclarar sus dudas, mientras internet es consultada en un 32.64%, seguido de los amigos en un 25.53% y los hermanos en un 12.05%.

**CONCLUSIONES.** De esta forma encontramos que los estudiantes de la institución educativa claretiano jornada adicional tienen grandes vacios en temas básicos de sexualidad que serian de gran utilidad como herramienta en la toma de decisiones en la vida sexual.

El inicio de la actividad sexual es cada vez más temprano y las fuentes de información inadecuadas sumadas a actitudes negativas frente a las prácticas sexuales son un factor de riesgo importante para que los adolescentes presenten una sexualidad irresponsable.

**PALABRAS CLAVES:** Educación sexual, sexualidad en adolescentes, preadolescentes, adolescentes, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, aborto, anatomía y fisiología reproductiva, escalas de actitudes frente a conductas sexuales.

## ABSTRACT

The sexual education is a process that lasts all the somewhat inherent life to the daily and looks for to equip to the human being with knowledge, necessary values, attitudes and resources that they facilitate to him to live his own sexuality on a responsible, positive and creative way within the sociocultural context in which it develops.

Negative effects of the sexual disinformation and the myths that instill to the preadolescent and the adolescent to him are to create feelings by ricochet to them and of false expectations, because the knowledge who receives limit anatomical contents and missed conceptions, which generate contradictory messages favored by massive means of communication when transmitting partial or distorted images than really it means sexuality.

It is by this, that we looked for to know how that as much knowledge owns the adolescents and preadolescents on sexual education and as they use this knowledge, thus to be able to establish that type of knowledge is this, in that specific aspects present/display deficit, to offer suitable and accurate information on the sexuality that helps to that the adolescents have at the hand tools clear for the taking of decisions in their sexual life. And that to a future allows to diminish the rate of pregnant adolescent young people and ETS in adolescent population.

**METHODOLOGY** .We realized a descriptive, observational investigation, of prospective, cross-sectional character. The source of intelligence obtained by means of surveys applied to the students of the educative institution Claretiano additional day on knowledge, practices and attitudes against the sexuality. The Educative Institution Claretiano account with a population of 734 students, of who volume a sample of 155 students, 14 students who were not selected when not fulfilling the selection criteria. Real the total sample was of 141 students, 30 of these students were selected to enter to the second phase of the study.

**RESULTS** .The group of age of less frequency was the one of 18 years with a percentage of 7,8%, whereas the group of age of greater frequency was the one of 14 years with 22,69%. We observe that I generate masculine tapeworm greater representation with 56,02%, whereas the participation of I generate feminine was of the 43,97%. The degree that greater I number of students I provide to the study was the degree ninth with 27,6% and the one who less students I contribute was degree eleven with 22,6%. The socio-economic layer of greater frequency was layer Not 2

with 53,9%, whereas the income of the parents in the 53,9% oscillated between 2 and 3 effective monthly minimal wages.

As far as knowledge, the adolescents presented/displayed great emptiness's as far as knowledge generally, the 97,87% I answer 30 correct questions less than and no student I answer but of 61 correct questions. When evaluating the attitudes of the adolescents who already had initiated sexual activity, were that in both sorts a chauvinistic and obstinate attitude to the change in 87,09% is conserved, while an attitude is observed feminist and in favor of the change in 12,9%. The level of self-esteem adapted in 64,1%. As much man as women presents/displays great restrictions of conduct towards I generate masculine and that exists rejection towards the homosexual population in 80,6% of the survey sample.

The age of beginning of sexual relations is around the 16 years in 41,93%. As far as I number of sexual pairs, the 54,83% have only had a sexual pair during all their life, whereas the 9,6% have had 3 sexual pairs during all their life. When analyzing the sources of intelligence to which the adolescents resort found with great preoccupation that no of them consults with personnel of the area of the health to clarify their doubts, while Internet is consulted in 32,64%, followed of the friendly in 25,53% and brothers in 12,05%.

**CONCLUSIONS.** Of this form we found that the students of the educative institution Claretiano have great emptiness's in basic subjects of sexuality that it been very useful as tool in the decision making in the sexual life. The beginning of the sexual activity is more and more early and the added inadequate sources of intelligence to negative attitudes against the sexual practices are a factor of important risk so that the adolescents present/display an irresponsible sexuality.

**KEYS WORDS:** Sexual education, sexuality in adolescents, preadolescents, adolescents, pregnancies nonwished, diseases of sexual transmission, abortion, anatomy and reproductive physiology, scales of attitudes against sexual conducts.

## INTRODUCCION

La educación sexual es parte importante en la formación de los preadolescentes y adolescente de hoy en día, ya que ayuda a que este tipo de población encuentre respuestas a los interrogantes que se generan al atravesar nuevas etapas en su vida. Esta educación debe brindarse de forma integrada para poder lograr el objetivo de la misma: promover conductas sexuales adecuadas y proteger al preadolescente y adolescente de los riesgos que corren al practicar conductas sexuales poco saludables.

Es de vital importancia dar reconocer las falencias de la educación brindada a los adolescentes y preadolescentes, para poder reajustar los programas de educación sexual que suministran los maestros en los diferentes colegios diurnos de Neiva; además debe indagarse sobre el rol que desempeñan los padres en la educación de sus hijos en cuanto al tema se refiere. Los preadolescente y adolescentes han iniciado sus relaciones sexuales cada vez mas precozmente lo que preocupa al sector salud al evidenciar las altas tasas de natalidad y de enfermedades de trasmisión sexual en esta población, además de la alta mortalidad materno-infantil a causa de madres adolescentes y embarazos no deseados.

Aunque hoy en día se brindan una gran cantidad de métodos anticonceptivos, los que actualmente existen no están al alcance de los adolescentes lo que contribuye a aumentar el riesgo de los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. La adolescente al encontrarse en una situación como el embarazo enfrenta una situación de culpa y autorechazo lo que nos conlleva a aumento de las tasas de mortalidad por abortos mal realizados. Además de ser notoria la elevada aprobación de estos métodos como “solución al problema” que las aqueja.

Como profesionales de la salud nuestro deber es brindar información verídica y oportuna. Ayudar a disminuir las altas tasas que anteriormente mencionamos, no solo con la promoción y prevención de estas, sino identificando las necesidades de los preadolescentes y adolescentes para poder así crear estrategias para el manejo de estas situaciones.

# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes así como el incremento de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, son uno de los problemas de salud de mayor impacto en la comunidad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud las primeras relaciones sexuales ocurren cada vez a una edad más temprana mientras el 44.5% de las mujeres entre 20 y 25 años de edad reporta haber iniciado sus relaciones antes de los 18 años. El grupo de 40 a 45 años, el 34.1% indica haberlas iniciado antes de esa edad. La edad media de inicio para el grupo de 25 a 29 años es de 18.8 años, mientras que en el grupo de 45 a 49 años la edad media de inicio fue de 19.6 años<sup>1</sup>

Es mas frecuente que la primera relación sexual ocurra mas temprano en el área rural que en la urbana (18.4 versus 19.2). de acuerdo al nivel educativo, la primera relación sexual se lleva a cabo casi 5 años antes en las mujeres sin educación (17 años) comparadas con las que tienen nivel universitario (21.8 años). Así mismo hay una relación según el estrato social, en estratos bajos la iniciación temprana de la relación sexual es mas frecuente. Los hombres consideran que sus relaciones sexuales deben iniciar a los 17 años y las mujeres a los 18 años, sin embargo se aprecia que la edad para iniciar sus relaciones sexuales son 13,4 años para los hombres y 14.8 años para las mujeres. Esta claro que mientras mas temprano se inicien las relaciones sexuales mayor es la probabilidad de tener un gran numero de hijos<sup>2</sup>.

La curiosidad y el deseo, son los incentivos más fuertes en los adolescentes que los lleva a iniciar una vida sexual activa cada vez más jóvenes.

El 15% de las adolescentes (de 15 a 19 años) ya han sido madres y el 4% están embarazadas en su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos; en comparación con el 10% en el año 1990<sup>3</sup>.

Cada año 15 millones de adolescentes quedan embarazadas en el mundo, exponiéndolas aun mas a sufrir enfermedades o incluso la muerte, debido en gran parte a que el cuerpo de una mujer a esa edad no esta lo suficientemente maduro para soportar un embarazo y posteriormente un parto. Además, antes de los 20 años tienen una predisposición mayor a sufrir preeclampsia y eclampsia, partos

---

<sup>1</sup> PROFAMILIA, Encuesta Nacional de demografía y salud, 2000. p.15 . Colombia. Disponible en Internet en < URL: [http://www.profamilia.org.co/004\\_servicios/medios/200506220811270\\_ends\\_2000.pdf?categoria\\_id=2](http://www.profamilia.org.co/004_servicios/medios/200506220811270_ends_2000.pdf?categoria_id=2).

<sup>2</sup> Ibid. p.14-15 y 19-20

<sup>3</sup> Ibid. p.19-20

distócicos y anemia ferropénica, así mismo las mujeres jóvenes tienen más riesgo de dar a luz recién nacidos pretermito<sup>4</sup>.

La edad de la madre influye en las posibilidades de vida tanto de la madre como del recién nacido. El hijo de una madre adolescente tiene un 24% más de probabilidades de morir en el primer mes de vida que el hijo de una madre de 25-34 años<sup>5</sup>. Si se retrasa el primer nacimiento a una edad de 18 años se disminuye el riesgo de mortalidad a un 20%, esto también influye en la capacidad de la madre para afrontar el reto de la maternidad a una edad más madura<sup>6</sup>.

En el caso de los hombres una paternidad temprana puede influir en sus planes para la vida sin mencionar la responsabilidad económica que esto conlleva para una adolescente de esa edad.

Por medio de la ampliación de los programas de planificación familiar es posible aun, mejorar la situación actual de los adolescentes en lo que respecta a salud y fecundidad, también mejorando la calidad de la educación y brindándoles así un espacio en el cual puedan despejar sus dudas acerca de las relaciones sexuales.

Debido a lo que la maternidad implica en las adolescentes, muchas de ellas ven en el aborto una salida fácil y quizás la más adecuada. Como esta es una práctica ilegal en el país, la mayoría de las veces se lleva a cabo por personas con muy poca o nula experiencia y en condiciones sanitarias defectuosas lo cual la ha llevado a ser la segunda causa de mortalidad obstétrica para el grupo de 15 a 19 años de edad<sup>7</sup>.

El aborto se ha venido incrementando a través de los años aumentando así todas las complicaciones que este conlleva. La frecuencia del aborto entre los 15 y 17 años ha sido el doble entre los nacidos antes de 1953 y entre los nacidos entre 1968 y 1972, al pasar del 2.2% al 4.2%, el cambio más notorio se ha presentado en la generación nacida entre 1973 y 1977 al duplicarse la frecuencia del aborto con respecto a la generación anterior, llegando a la proporción de 9 de cada 100 de su grupo<sup>8</sup>.

Además de proteger vidas, la planificación familiar reduce la fecundidad y es un factor importante para aliviar las presiones que pesan sobre los recursos económicos, sociales y naturales a consecuencia de la explosión demográfica, si se crean programas de educación sexual y planificación familiar de alta calidad es

---

<sup>4</sup> MONTEROSA A. El drama de las niñas madres. Revista Profamilia, 1993; Vol 10. p. 22

<sup>5</sup> Ibid. p.22

<sup>6</sup> PS/OMS, "Intervenir sobre los determinantes sociales y mejorar la calidad de la atención del servicio de salud", la clave para que Colombia logre metas de desarrollo. Bogotá, 12 de abril de 2005. Disponible en Internet en URL: <http://www.col.ops-oms.org/diamundial/2005/Comunicadodeprensa13deabril.pdf>.

<sup>7</sup> RIPOLL, Vilma; Ausencia de educación sexual deriva en abortos y contagio de Sida; noticias financieras de Miami: Diciembre 1 de 2004. p. 1.

<sup>8</sup> PROFAMILIA. Op.cit.

posible que mejoremos la salud de los adolescentes y logremos disminuir en una valiosa suma la fecundidad en este grupo poblacional.

Es de vital importancia vincular a los hombres en las cuestiones de salud reproductiva y sexual. Creando así conciencia y actitudes positivas en estos en los temas de salud reproductiva, comunicación sobre sexualidad y planificación familiar, generando así un cambio en las conductas sexuales y haciéndolos partícipes en la prevención de ETS y embarazos no desados mediante el uso de los diferentes tipos de anticoncepción masculina a la que tienen acceso<sup>9</sup>.

Otro punto de suma importancia es la vinculación a programas de planificación familiar a parejas establecidas por jóvenes y en quienes sería de vital importancia aplazar el nacimiento del primer hijo o de los siguientes, lo cual les permite que aun siendo una pareja joven puedan completar con éxito y sin dificultades su educación profesional.

Para lograr que los adolescentes sexualmente activos utilicen anticonceptivos, generen conciencia del peligro que corren al exponerse a relaciones sexual de inicio temprano y sin protección, habrá que brindarles información y servicios de anticoncepción fácilmente accesibles.

## **1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Los conocimientos que manejan los preadolescentes y adolescentes sobre la anatomía y fisiología sexual son escasos e imprecisos, en especial, cuando se trata de precisar funciones relacionadas con la maduración y actitud sexual. Conocen muy poco acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que se operan en las diferentes etapas de la vida humana, teniendo una mayor información sobre su propio cuerpo que el sexo opuesto, más derivada de su propia experiencia que de la educación recibida.

La información sexual que maneja un preadolescente o un adolescente es obtenida de fuentes muy diversas: libros, revistas, videos, amigos mayores y casi nunca de padres y/o maestros, pues se sienten incómodos al tratar el tema con ellos, o bien estos no están preparados o carecen de iniciativa para buscar un dialogo oportuno al respecto: la mayoría de padres delegan en el colegio la responsabilidad de educar a sus hijos en sicosexualidad por desconocimiento, o falta de confianza y temor a movilizar los impulsos sexuales antes de tiempo.

El preadolescente o el adolescente que manifiesta la necesidad de información y orientación requiere de una persona que no solo le transmita la información adecuada, sino que comparta experiencias, que facilite la adquisición de valores y

---

<sup>9</sup> RIPOLL, Vilma; Op.cit. p. 1.

actitudes que le permitan tomar decisiones responsables frente a su propia vida y cuerpo.

El niño a medida que va creciendo, se va desarrollando, adquiriendo madurez, experimenta sensaciones desconocidas, manifestación de su sexualidad; el preadolescente y el adolescente afronta en mayor magnitud esos cambios en su aspecto sicosexual y ante ellos reacciona con temor, sentimientos de culpabilidad, ansiedad y angustia, al no comprender los cambios que suceden en su cuerpo y en su mente.

El preadolescente y adolescente va creciendo con una serie de dudas y temores que tan solo ira solucionando de manera parcial en la medida que vivencia su propia sexualidad y gracias al aporte un poco tardío de sus padres y maestros acerca de la anatomía, fisiología y otros conceptos de su sexualidad.

La educación sexual es un proceso que dura toda la vida algo inherente a la cotidianidad y busca dotar al ser humano de conocimientos, valores, actitudes y recursos necesarios que le faciliten vivir su propia sexualidad de una manera responsable, positiva y creadora dentro del contexto socio-cultural en el que se desenvuelve.

Efectos negativos de la desinformación sexual y de los mitos que se le infunden al preadolescente y al adolescente es crearles sentimientos de rechazo y de falsas expectativas, debido a que los conocimientos que recibe se limitan a contenidos anatómicos y a concepciones erradas, los cuales generan mensajes contradictorios favorecidos por los medios masivos de comunicación al transmitir imágenes parciales o distorsionadas de lo que realmente significa sexualidad.

La incapacidad y/o desinterés de los padres para brindar asesoría a sus hijos crea una barrera de incomunicación entre estos y sus hijos. El adulto niega la legitimidad y seriedad de las experiencias y preocupaciones del preadolescente, generándole incomprensión de sus sentimientos y necesidades, haciendo que se encierre en sí mismo y busque en su mundo interior la solución de todas sus inquietudes y expectativas encontrando respuestas erradas, influencias externas y asesorías equivocadas por personas poco preparadas. Lamentablemente esta situación genera embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otro tipo de consecuencias en jóvenes de muy temprana edad y que tanto física como psicológicamente no poseen la madurez necesaria para enfrentarlos con responsabilidad.

### **1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA**

El problema a investigar se va a centrar básicamente en describir el tipo de conocimientos, las actitudes frente a la sexualidad y las relaciones sexuales y la practica de los conocimientos adquiridos en educación sexual en los estudiantes

adolescentes y preadolescentes del Colegio Claretiano jornada tarde –de carácter público-. Ya que es preocupante el notorio aumento de embarazos en adolescentes y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, a pesar, de la información brindada a los adolescentes y preadolescentes y de los diferentes métodos de prevención que están al alcance de los mismos.

#### **1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué tipo de conocimientos poseen los preadolescentes y adolescentes a cerca de la educación sexual, y como es su actitud frente a las prácticas de las conductas sexuales en los estudiantes del Colegio Claretiano de Neiva jornada tarde?

## 2. JUSTIFICACION

La sexualidad es una característica distintiva del ser humano, la enumeración de las características integrales de ambos sexos es infinita pero van coincidiendo para hacer de la pareja humana una unidad sexual cuyas diferencias, son complementarias y suplen en cada uno, lo que en el otro hace falta.

La educación sexual debe basarse en los conocimientos básicos que conforman la mentalidad de los alumnos que más tarde serán adultos y padres de familia y deben tener fundamentos del comportamiento sexual. Los niños entre 12 y 18 años están listos para recibir una información sexual porque entran a la pubertad, período durante el cual tienen gran curiosidad por los hechos relativos al amor; en el que son capaces de captar y disfrutar gran cantidad de información.

La sexualidad en el preadolescente, que va desde los 10 a los 14 años, es una época de rápidos cambios. El desarrollo físico es una sola parte de este proceso, porque los preadolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación necesaria 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. Pero a la vez el preadolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dimitir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambios de sentimientos sexuales, descubriendo como participar en las diferentes 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. Por ello es que en esta época se siente víctima de conflictos, sufrimientos y desconciertos.

Esta etapa "difícil" para el preadolescente en la cual no es niño pero tampoco adulto, conlleva a su adaptación, aceptación de rol y comunicación con sus padres, amigos y compañeros de clase y profesores sean difíciles y generan grandes conflictos que puedan llevarlo a presentar cambios de conductas drásticas, desadaptación social e incluso graves estados de depresión que los hace presas fáciles de un grupo o personas equivocadas quienes ejercerán una fácil y definitiva influencia en estos jóvenes.

Es preocupante para el sector salud las altas tasa de infección por ETS y de embarazos no deseados con la iniciación precoz de las relaciones sexuales y sin ningún tipo de protección. Se ha comprobado que impartir educación adecuada de los adolescentes acerca de temas referentes a sexualidad y sus consecuencias ha mostrado eficacia para disminuir dichas tasas y mejorar tanto el estado de salud de los adolescentes como la natalidad y morbimortalidad en mujeres adolescentes, además de proporcionar un mejor autoconcepto de si mismos.

Todas estas reflexiones de nuestro proyecto "Conocimiento, actitudes y prácticas frente a conductas sexuales en adolescentes y preadolescentes. Colegio Claretiano. Neiva" nos suministrarán los aportes necesarios para comprender, analizar y enfrentar de una manera más científica, correcta y real de los diversos cambios sicosexuales de los preadolescentes y adolescentes, lo que conllevará al mejoramiento de las relaciones personales de estos chicos con sus padres, profesores y sociedad en general.

Nuestro proyecto una vez ejecutado permitirá replantear, todos los niveles de la educación sexual de los mismos y dará apreciaciones teóricas para que docentes, padres y estado enfrenten y manejen el desarrollo y cambio del niño hacia su maduración psicológica, sexual y social, ayudando así a formar integralmente personas sanas, responsables y útiles a la sociedad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir los conocimientos de educación sexual, y las actitudes frente a las prácticas de las conductas sexuales en los preadolescentes y adolescentes del Colegio Claretiano de Neiva jornada tarde en el periodo 2008-B, que permita hacer un diagnóstico de la situación en la que se encuentran los preadolescentes y adolescentes.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar el tipo de conocimientos que poseen los adolescentes a cerca de la educación sexual.
- Identificar las diferentes fuentes de información que sobre aspectos sexuales poseen adolescentes y preadolescentes.
- Describir las características socioeconómicas de los preadolescentes y adolescentes.
- Identificar las características de la familia de los preadolescentes y adolescentes a estudio
- Evaluar las relaciones personales, de amistad y diálogo que mantienen los preadolescentes y adolescentes con los padres de familia.
- Evaluar las relaciones personales, de amistad y diálogo que mantienen los preadolescentes y adolescentes con los docentes de la institución.
- Describir la actitud de los preadolescentes y adolescentes frente a la educación sexual y la práctica de los conocimientos adquiridos.
- Identificar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que usan los preadolescentes y adolescentes.
- Identificar el motivo que llevo a los adolescentes y preadolescentes a iniciar su vida sexual.

- Identificar el método que usan los adolescentes y preadolescentes para prevenir ETS.
- Identificar el número de parejas sexuales que han tenido durante su vida los adolescentes y preadolescentes.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo y se caracteriza por:

- El conocimiento es una relación entre sujeto y objeto.
- Si a un ser se le considera como un objeto es por la relación a un objeto, y si a otro se le considera como a un sujeto es por la relación a un sujeto.
- El conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que si fuera uno de estos, aquel no existe.
- La representación interna es el proceso Cognoscitivo (es la explicación a tu propio criterio).

Se llama conocimiento popular, vulgar o sentido común a toda información recibida o transmitida sin una crítica expresa. Es la forma común, corriente y espontánea de conocer, que se adquiere con el trato directo entre los seres humanos y los objetos; se conforma con lo aparente, se refiere a vivencias y emociones de la vida diaria, es subjetiva, asistemático y acrítica, o sea que no cuestiona ni plantea dudas acerca de su adquisición y contenido.

El conocimiento científico se basa en explicaciones objetivas y confirmadas, siempre verificables, de los procesos existentes en el universo. Se basa en una severa crítica del procedimiento seguido para obtenerlo, así como de las fuentes utilizadas. Se caracteriza por ser cierto o probable, formado por una gran cantidad de conocimientos demostrados o por demostrar; es metódico, sigue reglas lógicas y procedimientos técnicos para su adquisición; es sistemático, o sea que trata de conocimientos ordenados; es verificable; ya que entran en su ámbito conocimientos demostrables; y es homogéneo, pues sus objetos forman parte de una realidad que guarda entre sí características comunes.

## 4.2 ACTITUD

El estadounidense Reynaldo Ordoñez definió actitud como un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser<sup>10</sup> define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas.<sup>11</sup> Para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez<sup>12</sup> definió 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 definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente sujetas a inferencias observables.

## 4.3 LA PREADOLESCENCIA<sup>13</sup>

Empieza a partir de los 9 años. El niño o niña que ya deja de serlo, comienza a tener ideas propias acerca del vestido y del aseo.

## 4.4 ADOLESCENCIA PUBERAL<sup>14</sup>

La pubertad coincide con un cambio físico notable. La falta de información sobre estos cambios, ocasiona una fuerte dosis de angustia. Los padres deben explicar esta transformación antes de que se produzca. Sin embargo, los padres informan mejor a las chicas sobre asuntos de mujeres, que a los chicos sobre erecciones y poluciones nocturnas.

---

<sup>10</sup> Eiser, J.R. (1989), *Psicología Social*, Madrid: Pirámide. ISBN.

<sup>11</sup> Rodríguez, A. (1991), *Psicología Social*, México: Trillas. ISBN.

<sup>12</sup> *Ibid*, *Psicología Social*, México: Trillas. ISBN.

<sup>13</sup> BARREDA, Pedro; El despertar de la sexualidad: La pubertad, julio de 2005, septiembre de 2007, disponible en Internet en: < URL: [HTTP// www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html).

<sup>14</sup> *Ibid*. disponible en Internet en: < URL: [HTTP// www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html).

El comportamiento de los jóvenes en esta etapa es muy irritable con sus padres y con sus hermanos, critican las normas de convivencia. Aunque critiquen lo infantil, no dejan de comportarse como críos.

#### **4.5 ADOLESCENCIA MEDIA<sup>15</sup>**

A partir de los 13 años, el adolescente se aísla de los adultos que hasta ahora influían en su vida: padre, madre, abuelos... etc. e incluso se avergüenza de ellos, evita salir de casa junto a sus padres por si le pilla algún amigo.

El desarrollo temprano acompleja a las chicas, el tardío a los chicos. A ellas les da vergüenza llevar sujetador y tener la regla antes que las otras. El crecimiento prematuro en los chicos, por el contrario, es objeto de admiración por parte de los demás.

#### **4.6 ADOLESCENCIA TARDIA<sup>16</sup>**

La edad de los 15 años es crítica. El joven deja de ser parte de un grupo y empieza a definirse con una personalidad única y privada. La relación con el sexo opuesto lo domina todo. Por 1ª vez el chico o la chica tiene ligue fijo.

Los adolescentes experimentan la pulsión sexual de manera muy diferente, según la edad y el grado de madurez que tengan. Además hay una gran diferencia entre lo que siente un chico y lo que siente una chica.

Para que el adolescente alcance el desarrollo psicosexual completo, para que sea capaz de disfrutar, compartir y comprometerse en un acto de amor pleno, no basta con haber alcanzado la formación genital correcta, si no que necesita el complemento de una preparación emocional adecuada.

#### **4.7 FASES DE LAS RELACIONES SEXUALES<sup>17</sup>**

- Pubertad: idealización y romanticismo. (10-13años)
- Adolescencia media: aproximación al sexo contrario, coqueteo y ligues. (13-15 años)
- Adolescencia tardía: enamoramiento. (15-18 años)
- Postadolescencia: noviazgo<sup>18</sup>. (18 en adelante)

---

<sup>15</sup> Ibid. disponible en Internet en: < URL: [HTTP// www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html).

<sup>16</sup> Ibid. disponible en Internet en: < URL: [HTTP// www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html).

<sup>17</sup> Ibid. disponible en Internet en: < URL: [HTTP// www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html).

## **4.8 EDUCACION SEXUAL**

La educación sexual es el medio por el cual se pretende promocionar una vida saludable y prevenir factores vulnerables para toda sociedad: “trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.”<sup>19</sup>

## **4.9 DIALOGO CON LOS ADOLESCENTES<sup>20</sup>**

Se debe dialogar con los adolescentes y los preadolescentes dentro del núcleo familiar, como resulta ser una actividad complicada los padres no enfrentan esta situación y delegan la responsabilidad al colegio, dando lugar a que el adolescente reciba información de otras fuentes poco confiables y que generan conflicto de ideas y emociones.

Es indispensable que padres e hijos mantengan un dialogo fluido acerca del tema, y deben ser los adultos quienes tomen la iniciativa de la comunicación brindando así información pertinente que ayuda a educar y guiar a los niños en lo que el desarrollo sexual se refiere.

Aunque muchos padres tienen conocimiento de la situación actual en la que tanto hombres como mujeres inician su vida sexual a temprana edad se esconden en una fantasía idealizando sus hijos y escudándose en simples frases como: “mi hijo(a) es tan chiquito(a)”, “no tiene edad para esto”, “mi hijo(a) no es así” lo que generan el fenómeno del avestruz: “esconder la cabeza” ante la alarmante situación.

Para que la comunicación sea exitosa debe emplearse algo parecido a una “técnica” de comunicación con ítems fundamentales que generan un vínculo entre padres e hijos. El padre debe asesorarse de un profesional si cree que sus conocimientos no van a ser suficientes para satisfacer la necesidad de conocimiento además de poder enfrentar el temor a lo desconocido por parte del adolescente.

Varios expertos en el tema (psicólogos, ginecólogos entre otros) aseguran que para iniciar a impartir conocimientos a un adolescente lo ideal es hacerlo enseñándoles a conocerse ellos mismos, es decir, como es su cuerpo, que lo

---

<sup>19</sup> PACHECO, cesar; Educación Sexual; diciembre de 2006, septiembre de 2007, disponible en Internet en: < URL: [HTTP://www.monografias.com/trabajos/edusex/edusex.shtm](http://www.monografias.com/trabajos/edusex/edusex.shtm).

<sup>20</sup> BARREDA, pedro; Sexualidad adolescente: una conversación indispensable, diciembre de 2005, septiembre de 2007, disponible en Internet en < URL: [HTTP://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html)

hace diferente de los demás, cuando van a ocurrir cambios en su cuerpo, que cambios va a ocurrir, para así lograr la máxima comprensión del adolescente acerca de lo que le está sucediendo.

Cuando el padre o madre después de intentar repetidamente comunicarse con su hijo y o lo ha logrado se les aconseja incitar a su hijo a visitar un experto como un ginecólogo, un orientador sexual o un médico que pueda asesorar al niño y responder sus inquietudes.

#### **4.10 ANATOMIA DEL CUERPO DEL ADOLESCENTE**

Es de gran importancia como mencionábamos anteriormente, que el conocimiento tanto del preadolescente y el adolescente se inicie de forma básica diferenciado los órganos que conforman sus aparatos genitales y reproductivos tanto propios como del género contrario y es por esto que el adulto encargado de esta tarea, ya sea docente, especialista o sus padres deben estar empapados del tema para poder aclarar todas las dudas que posee el adolescente y brindar información clara y exacta acerca del tema.

##### **4.10.1 ANATOMIA MASCULINA<sup>21</sup>**

###### **Parte externa**

- **Escroto o bolsa escrotal:** Sistema de refrigeración para la formación de espermatozoides.
- **Pene:** Es el órgano copulatorio, capaz de llevar los espermatozoides hasta la vagina de la mujer.

###### **Parte interna**

- **Uretra:** Canal que conduce la orina fuera de la vejiga, también conduce los espermatozoides.
- **Cuerpo cavernoso y cuerpo esponjoso:** Estos órganos le confieren la capacidad de erección la cual le permite penetrar en el interior de la vagina y depositar en ella el semen.
- **Prepucio:** Es un repliegue que recubre el glande.

---

<sup>21</sup> Tomado textualmente de: CENTURION, Graciela y SANTOANI, Mariel; Aparato reproductor masculino y femenino, septiembre de 2007, disponible en Internet en: < URL: HTTP//www.monografias.com/trabajos/apareprod/apareprod.shtml.

- **Glande:** Parte terminal del pene.
- **Testículos:** Dos órganos de 5cm. Aproximadamente cada uno. Están ocupados por tubos seminíferos, entre los que se encuentra células intersticiales que producen la hormona sexual masculina. Por su secreción interna vierte a la sangre las hormonas sexuales masculinas (testosterona y androsterona, las cuales son responsables de la aparición en el hombre de los llamados caracteres sexuales masculinos.
- **Epididimo:** Almacena provisoriamente los espermatozoides.
- **Conducto deferente:** Recorre el escroto, sigue en la pelvis, al llegar a la vejiga urinaria se curva y termina encima de la próstata.
- **Vesículas seminales:** Se encuentran a continuación del conducto deferente, su función principal es colaborar en la formación del semen.
- **Conductos eyaculadores:** Estos se encargan de llevar el semen hasta la uretra para luego ser vertido al exterior.
- **Próstata:** Es una glándula que rodea la vejiga. Su función principal es secretar un líquido que se mezcla con el contenido de las vesículas seminales, en el momento de la eyaculación.

#### 4.10.2 ANATOMIA FEMENINA<sup>22</sup>

##### Parte externa

El conjunto de órganos externos se denomina VULVA:

- **Clítoris:** Es un pequeño cuerpo eréctil, cubierto con un pliegue de tejido llamado PREPUCIO, el cual posee receptores táctiles que al ser estimulados, excitan a la mujer durante el coito.
- **Los labios mayores y los labios menores:** se encuentran debajo del CLITORIS. Estos rodean la abertura de la vagina y cumplen la función de protección.
- **El meato urinario:** este se encuentra en la parte superior de la abertura vaginal.

---

<sup>22</sup> Ibid. disponible en Internet en: < URL: HTTP// www.monografias.com/trabajos/apareprod/apareprod.shtml.

- **El himen:** es un delgado anillo tejido que cubre la abertura vaginal

### **Parte interna**

Los órganos internos están ubicados en la región pelviana de la cavidad abdominal.

- **La vagina:** Es un conducto musculomembranoso de unos 10 cm. De longitud. Esta separada de la vulva y del exterior por una membrana llamada himen.
- **Útero:** Es el órgano encargado de recibir el óvulo fecundado procedente de la trompa de falopio. La pared del útero esta cubierta por una capa mucosa llamada ENDOMETRIO.
- **Trompas de falopio:** Son dos conductos de unos 20 cm. de longitud. En este tiene lugar la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Ovarios:** Son la glándula genital femenina. Este posee una función de secreción interna y otra externa. Por la primera vierte a la sangre las hormonas femeninas: estrógenos y progesteronas. La segunda función da lugar a la formación de óvulos. En cada ovario hay 200.000 óvulos.

### **4.11 CAMBIOS FISICOS**

Hemos mencionado a grandes rasgos como esta conformado anatómicamente cada uno de los aparatos reproductores: masculino y femenino, pero son los grandes cambios que sufren los adolescentes en cuanto a la maduración de estos órganos y su fisiología cambiante lo que hace que el adolescente sienta curiosidad por estos temas así que padres, maestros y los adultos responsables deben estar al tanto de lo que ocurre para poder dar una orientación adecuada y a su vez entender lo que esta sucediendo con el adolescente.

### **4.12 ADAPTANDOSE A LA NUEVA IMAGEN CORPORAL<sup>23</sup>**

En esta etapa el adolescente esta enfrentando cambios que hace que el autoconcepto cambie y es allí en donde el niño inicia a crear un nuevo capitulo en la construcción de una personalidad y de mecanismos propios de identificación e identidad.

---

<sup>23</sup> BARREDA, pedro; ¿Cómo se viven los primeros cambios físicos?, diciembre de 2005, septiembre de 2007, disponible en Internet en < URL: [HTTP://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html)

Es por esto que los niños que atraviesan esta edad sean tan dedicados a la vestimenta, adornos, maquillaje y creen nuevas actitudes algo estereotipadas como mecanismo de defensa que generan mayor seguridad ante lo que les está sucediendo.

El niño inicia esta nueva etapa de su vida imitando situaciones antes presenciadas como el acto de afeitarse en los niños y maquillarse en las niñas que de cierta forma indican un mayor grado de madurez y el inicio del camino hacia la adultez y es aquí cuando empieza a perderse la imagen del niño desgarbado y se evidencia la cara de niño y el cuerpo de un adulto.

Además de ser una etapa de cambios físicos con ellos llegan los cambios comportamentales en donde la influencia externa ya sea de amigos de la misma edad o un poco mayores toma un peso relevante en la formación del adolescente.

#### **4.13 CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS<sup>24</sup>**

En la pubertad ocurren muchos cambios debidos a aumentos o disminuciones de diferentes hormonas así en los hombres La primera muestra que nos indica el comienzo de la pubertad es el aumento del tamaño de los testículos.

Cuando se lleva a cabo este proceso fisiológico se establece el inicio del funcionamiento unas hormonas llamadas gonadotropinas. Su acción será el punto de partida para la aparición de la hormona masculina por excelencia: la testosterona. A su vez, empezarán a madurar las células reproductoras: los espermatozoides. La testosterona y otra sustancia derivada de ella serán las responsables de las múltiples transformaciones que caracterizan esta etapa de la vida. Esto genera en el adolescente las primeras experiencias de poluciones nocturnas o “sueños húmedos” que tendrán lugar entre los 10 y 14 años de edad.

Después del crecimiento de los testículos, surgen nuevos cambios como la aparición de vello púbico, axilar, facial, en extremidades y otros sitios anatómicos en los que por acción hormonal se estimula el aumento de población y crecimiento folicular. Alrededor de los once años y hasta los dieciséis, se aprecia un aumento en tamaño y grosor del pene. La piel que recubre los genitales va tomándose más oscura.

El adolescente va a presenciar otro tipo de cambios como el engrosamiento de la voz debido al crecimiento de las cuerdas vocales y la laringe, en este proceso puede surgir algún que otro gallo que va desapareciendo paulatinamente. En la parte exterior se irá haciendo visible la «nuez» -también llamada manzana de Adán- situada en la laringe.

---

<sup>24</sup> Ibid. disponible en Internet en < URL: [HTTP://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html)

En esta etapa sumado a los cambios ya mencionados puede aparecer el típico acné juvenil, que normalmente es benigno y tiende a desaparecer con el paso del tiempo. Así mismo aumenta la transpiración corporal, se acentúan los olores corporales y aumenta la capa grasa sobre la piel y el cabello lo que tiene una fácil solución mejorando los hábitos de higiene en el adolescente.

Talvez el cambio mas notorio en esta etapa de la edad sea el aumento de talla, o “estirón” llamado popularmente en el que los niveles de hormona del crecimiento aumenta generando un crecimiento rápido del cuerpo dándole al adolescente facciones tanto infantiles como adultas. Cabe aclarar que no todos los adolescente sufren estos cambios en la misma forma y el mismo tiempo, cada adolescente es un mundo aparte y aunque los principios fisiológicos son los mismos se llevan a cabo en diferentes estadios de la vida.

Ahora haciendo referencia a los cambios que se presentan en las mujeres podemos afirmar que las niñas son mas “adelantadas” en este ámbito que los niños, inician su cambio físico hacia los 9 a 12 años, mientras que ellos lo hacen entre los 11 y 14 años.

En esta transformación la adolescente aumenta rápidamente de peso y de estatura. Las dimensiones de las caderas, glúteos y muslos comienzan presentar cambio, se rellena y ensanchan, gracias a la particular distribución del tejido graso femenino. La cintura se afina. Poco a poco la silueta se moldea hasta adquirir las atractivas curvas que la diferenciarán de los escultóricos cuerpos masculinos.

Los senos y aumenta su tamaño y sensibilidad. En la preadolescente surgen unos pequeños bultos que van desarrollándose. La areola y el pezón se marcan y oscurecen. En ocasiones, puede ocurrir que un seno se desarrolle más rápidamente que el otro y presentan tendencia al dolor.

Se inicia la población de vello en la zona púbica y en las piernas. Posteriormente se continúa con las axilas. También crecen los genitales externos y se oscurecen: la vulva, los labios y el clítoris. A su vez se inicia la maduración del útero y la vagina, cuyas paredes ganan elasticidad. y aparece el síntoma por excelencia de la madurez sexual: la menstruación.

Su estado anímico puede pasar de la euforia a la apatía en cuestión de horas. Resumiendo, podríamos decir que la pubertad se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la ovulación y los ciclos menstruales, el crecimiento de los pechos y del vello púbico. Aumentan rápidamente de altura y de peso, se ensanchan las caderas y se adelgaza la cintura.

Algunas niñas se acomplejan cuando notan vello sobre los labios o incluso en la cara. En muchos casos suele ser un problema hereditario que puede solucionarse mediante la depilación. Para ello, lo mejor es consultar a los padres sobre la mejor

formula para hacerlo desaparecer. El asunto de las espinillas también trae de cabeza a muchas jovencitas que incluso pueden retraerlas por temor a que los chicos las rechacen. Lo mejor que pueden hacer es tranquilizarse y ponerse en manos de un buen dermatólogo. Quizás no pueda acabar con el acné pero probablemente suavizara sus efectos.

#### **4.14 ANTICONCEPCION<sup>25</sup>**

La primera relación sexual que experimenta el adolescente es un sin fin de emociones contrarias, curiosidad y la preocupación sale a flote frente a la anticoncepción para evitar embarazos e infecciones y es allí en donde se debe abordar y brindar información adecuada al preadolescente y adolescente.

La pregunta más frecuente de los adolescentes en cuanto al tema de anticoncepción es: ¿Cuál de todos los métodos que existen es el mejor o mas seguro? La respuesta es: ninguno; todos proporcionan un margen de error que hacen que no sean perfectos. En cuanto a cuales son las características de el anticonceptivo ideal los expertos en la materia han descrito las siguientes: ser seguro, inocuo y aceptado con agrado por la pareja y una de las características que en el mundo de hoy debe cumplir es que este al alcance de los poblaciones vulnerables como los adolescentes.

#### **4.15 METODOS ANTICONCEPTIVOS<sup>26</sup>**

Actualmente, los métodos anticonceptivos más conocidos y seguros son la píldora, el dispositivo intrauterino o DIU, el preservativo y el diafragma. Estos dos últimos deben usarse con cremas espermicidas para reforzar su eficacia. No tan conocido es el preservativo femenino, del cual hablaremos también. Por otro lado, existen algunos métodos basados en el conocimiento de los períodos fértiles femeninos, pero no son muy seguros.

#### **4.16 LA PÍLDORA**

Apareció en el mercado europeo hace casi cincuenta años (1961) y, desde entonces, esta minúscula pastilla, conocida también como anovulatorio, se ha convertido en uno de los métodos reversibles más eficaces para prevenir el embarazo. Administrada correctamente, la seguridad supera el 99,5 %. Esto

---

<sup>25</sup> BARRERA. Pedro: ¿a que edad deben empezar a usarse los métodos anticonceptivos?, julio de 2005, septiembre de 2007, disponible en Internet en <URL:HTTP//www.pediatria.cl/ pubertad.html.

<sup>26</sup> Ibid. disponible en Internet en <URL:HTTP//www.pediatria.cl/ pubertad.html.

significa que la proporción de fallos es de menos de 0,5 embarazos por cada 100 mujeres que la toman anualmente. Su mayor riesgo es olvidarse de tomarla.

Cada píldora contiene dos hormonas sintéticas similares a las que se producen en el ovario: estrógeno y progesterona. Cuando estas sustancias entran en el torrente sanguíneo, la hipófisis recibe el mensaje de que ya hay suficiente estrógeno y progesterona y deja de dar órdenes al ovario para que las elabore. El ovario, al no ser estimulado, queda sin ovulación, en reposo, en una situación hormonal similar a la que experimentan las mujeres cuando están embarazadas. La píldora provoca también un espesamiento de la mucosa cervical, que dificulta la entrada de los espermatozoides. Asimismo, cambia el endometrio, convirtiéndose en un lugar hostil para una hipotética fecundación.

Se vende en las farmacias, en envases que contienen veintiuna píldoras. La primera pastilla se toma el primer día de la regla y después una diariamente durante los veinte días siguientes. Al finalizar las veintiuna píldoras, se descansan siete días. Tras la semana de descanso, se empieza de nuevo otra caja. Para no olvidarse, conviene tomarla siempre a la misma hora. Este método es eficaz desde la primera toma y continúa siéndolo también durante la semana de descanso, siempre que seguidamente se inicie una nueva caja.

Aunque se dice que puede tomarla cualquier mujer sana, como se trata de un producto farmacológico, es imprescindible la visita médica para poder prevenir posibles contraindicaciones o efectos secundarios. Sólo el ginecólogo podrá valorar la conveniencia de usar o no este método y el tipo de píldora que más se adecua a cada caso, y se encargará de fijar los controles necesarios.

Si antes de empezar a tomar la píldora se seguía otro método anticonceptivo (por ejemplo, el preservativo), conviene mantenerlo simultáneamente hasta acostumbrarse al nuevo, para asegurarse de que no haya olvidos. Cuando se toma la píldora, la cantidad de flujo suele disminuir y las reglas acostumbran a ser menos abundantes y más cortas.

Es conveniente realizar una revisión ginecológica anual. Si se produce un olvido, para seguir protegida, hay que tomar la pastilla olvidada antes de que pasen doce horas y luego tomar la siguiente a la hora habitual. Pero si han transcurrido doce horas, ya no hay seguridad, por lo que es preciso tomar la pastilla olvidada, seguir la pauta y utilizar otro método anticonceptivo complementario durante ese ciclo. También se deberá usar otro método anticonceptivo adicional si se producen vómitos o diarreas, ya que en estos casos es probable que el organismo no haya absorbido las sustancias contenidas en la píldora. El uso de determinados medicamentos puede alterar asimismo su eficacia.

No se recomienda su uso antes de los dieciséis años. Este es un margen prudencial que se establece para asegurar que la maduración sexual se ha

completado de forma natural y que los ciclos son regulares. Otra advertencia: fumar mientras se toma la píldora, perjudica aún más seriamente la salud.

#### **4.17 EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

El dispositivo intrauterino, DIU o espiral, es un pequeño aparato, muy flexible, compuesto de plástico y metal (cobre o plata y cobre) que se coloca en la cavidad del útero con la finalidad de alterar la fisiología de la mucosa uterina e impedir así el asentamiento del óvulo si hubiera sido fecundado. El dispositivo también aumenta el flujo, dificultando el acceso de los espermatozoides, y altera el movimiento de las trompas de Falopio, obstaculizando el recorrido del óvulo hacia el útero.

Existen diversos modelos y tamaños, por lo que el ginecólogo puede escoger el más adecuado al útero de cada mujer. Dependiendo del tipo de DIU elegido, puede durar de dos a cinco años. Suele colocarse y extraerse durante la regla, pues es cuando el cuello del útero se encuentra más abierto. El médico lo inserta, plegado, en el interior de la cavidad uterina, mediante un aplicador. Luego, lo despliega de forma que quede sujeto en las paredes uterinas. Dejando unos pequeños hilos de nailon que servirán para extraerlo cuando sea necesario. Requiere control médico anual y estar al tanto de cualquier pequeña infección vaginal. Se trata del método más eficaz después de la píldora, pero la seguridad no es total. Se calcula que, de cien mujeres que lo utilizan en un año, dos pueden quedar embarazadas.

Con el DIU, las reglas acostumbran a ser más abundantes, en algunas mujeres esto ocurre sólo los tres primeros meses. Suele aplicarse a partir de los treinta años, aunque no existen contraindicaciones expresas en mujeres más jóvenes.

#### **4.18 EL PRESERVATIVO**

Conocido también como profiláctico o condón, es uno de los métodos más antiguos utilizados para prevenir el embarazo (en el pasado se hacían con el tejido del vientre de algunos animales). Se trata de una funda muy fina de látex que impide que los espermatozoides entren en la vagina. Si se usa correctamente tiene una eficacia muy alta. No requiere control médico ni receta y se adquiere en farmacias y otros puntos de venta. También hay de colores y texturas variadas y con distintos sabores. De todos modos, la seguridad de los mismos depende de la calidad del látex empleado.

#### **4.18.1 Forma de usarlos**

- Se rompe el envase por un extremo con los dedos, teniendo mucho cuidado de no rasgar el preservativo con las uñas.
- El preservativo se coloca cuando el pene está en erección y siempre antes de cualquier contacto genital. Se mantendrá durante toda la relación.
- Se toma el preservativo y se aprieta la punta con los dedos para evitar que quede aire en su interior.
- Sin dejar de sujetar el depósito, se coloca en el glande y se desenrolla con los dedos, presionando suavemente hasta cubrir el miembro totalmente.
- Tras la eyaculación, hay que retirar el pene de la vagina antes de que pierda la erección. Esto se hará sujetando el preservativo por la base para evitar una salida accidental del semen o que la funda quede dentro de la vagina.
- Después de utilizarlo, se hace un nudo y se tira a la basura.

El preservativo es de un solo uso, por tanto se utilizará uno nuevo en cada relación, aunque no se haya producido la eyaculación.

#### **4.19 MÉTODOS NATURALES**

Quienes optan por estos métodos suelen hacerlo por motivos religiosos o bien porque con ellos no se alteran los ritmos biológicos naturales con sustancias químicas o instrumentos extraños al organismo. Consisten en la abstinencia de las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer. Es necesario saber el momento de la ovulación y la capacidad de vida del óvulo y del espermatozoide.

Para averiguar cuáles son los días fértiles, existen las siguientes variantes:

- El método Ogino.
- El método de la temperatura basal.
- Billings o método del moco cervical.

Estos métodos son algo menos seguros, ya que el ciclo menstrual de la mujer puede variar por diversos motivos, como puede ser un simple catarro, un disgusto con la familia, la toma de ciertos medicamentos o una infección vaginal. Además, no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, llevarlos a la práctica resulta un tanto complicado y requiere un buen conocimiento del propio cuerpo.

**4.19.1 El método Ogino.** Antes de aplicar el método Ogino (o del ritmo o del calendario) hay que controlar los ciclos durante doce meses para comprobar su regularidad. Con este conocimiento, y teniendo en cuenta que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación y el último día del ciclo es el día anterior al inicio de la regla siguiente, se aplica la siguiente fórmula: se restan dieciocho días al ciclo más corto y once días al ciclo más largo. Suponiendo que los ciclos son de veinticinco y de treinta días, el período de abstinencia de las relaciones coitales será el comprendido entre los días siete y diecinueve.

Ejemplo: Si los ciclos son de 25 y de 30 días: 25-18 es igual 7 30-11 es igual 19  
Abstinencia: del 7 al 19

**4.19.2 El método de la temperatura basal.** Este método parte de la observación de que la temperatura de la mujer se eleva aproximadamente medio grado tras la ovulación. Al despertarse, cada mañana, hay que ponerse el termómetro debajo de la lengua para detectar la subida de la temperatura que sigue a la ovulación y evitar la penetración durante estos días. Según este procedimiento, el embarazo no se produciría a partir del tercer día de la subida de la temperatura hasta la siguiente regla.

**4.19.3 Billings o método del moco cervical.** El flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente y viscoso, como clara de huevo, al aproximarse la ovulación. En esta transformación se basa el método Billings, para determinar los días fértiles. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer note una mayor secreción y transparencia del moco cervical.

La llamada "marcha atrás", consistente en retirarlo antes de la eyaculación, también es un método natural, pero hay que recordar que no ofrece seguridad, puesto que antes de producirse la eyaculación se expulsan unas gotas procedentes de las glándulas de Cowper, que pueden contener espermatozoides. Es importante recordar que lo mejor que se puede hacer es la combinación de dos métodos diferentes para asegurar la eficacia de los mismos y lograr el objetivo que estos pretenden.

## **4.20 EMBARAZO**

“A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que

continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.”<sup>27</sup>

El embarazo es una de las condiciones que generan temor en adultos por el enfrentar situaciones desconocidas frente a un nuevo ser humano, los padres enfrentan un sin fin de emociones encontradas que puede ir desde situaciones de felicidad hasta de desdicha dependiendo del contexto psicosocial en el que se produzca. Si se trata de un embarazo no deseado en una adolescente, se puede convertir en una tragedia, tanto para ella, el futuro bebe, los padres, los familiares, los amigos, los servicios sanitarios y educativos.

Las jóvenes adolescentes y preadolescentes, corren el doble riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el parto, así como un mayor riesgo de mortalidad propia durante el mismo. Por otra parte, la relación coital y el embarazo precoz se suelen asociar con el cáncer cervical y las complicaciones uterinas. Sin sumar a estos problemas los que afectan al futuro bebe aumentando también el riesgo de morbimortalidad.

#### **4.21 ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL (ETS)<sup>28</sup>**

Las ETS son un grupo d dolencias infecciosas causadas por diferentes tipo de patógenos como virus, hongo, bacterias y parsitos cuyo común denominador es que se contagian durante el episodio de relación sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes o conocidas son las siguientes:

- Gonorrea o gonococia.
- Sífilis.
- Herpes genital
- Clamidia
- Tricomonas
- Cándidas
- Condilomas
- Ladillas
- Hepatitis B.
- Sida

---

<sup>27</sup> SANTAMARIA, Sandra; El embarazo, octubre del 2006, septiembre de 2007, disponible en Internet en < URL: [HTTP://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml](http://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml).

<sup>28</sup> Tomado textualmente de BARREDA, Pedro; ¿Qué son las enfermedades de trasmisión sexual?, diciembre de 2005, septiembre de 2007, disponible en Internet en < URL: [HTTP://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html](http://www.pediatraldia.cl/crepubertad.html)

**4.21.1 Gonorrea o gonococia.** La gonorrea es una infección que afecta a un gran número de personas en nuestro país. Está producida por el gonococo, un microorganismo que se encuentra preferentemente en zonas templadas y húmedas del cuerpo (el conducto urinario y el cuello uterino sobre todo).

Es una enfermedad venérea, es decir, sólo se transmite a través del contacto sexual directo y no se contagia mediante toallas, baños públicos, piscinas, etc. Hay que estar alerta si se observan los siguientes síntomas: secreción purulenta amarillenta por el pene, sensación de escozor al orinar, aumento del flujo vaginal, dolores abdominales o cansancio. Tiene un tratamiento sencillo y efectivo a base de antibióticos, pero si no se cura a tiempo, la infección puede extenderse a otros órganos y ocasionar consecuencias graves, como la esterilidad.

**4.21.2 Sífilis** .Antiguamente, era considerada la enfermedad de transmisión sexual más peligrosa, hasta que el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming en 1928 se convirtió en un tratamiento eficaz para controlarla. Está causada por una bacteria llamada *treponema pallidum*. La vía principal de transmisión es el contacto sexual, pero también puede contagiarla la madre al feto durante el embarazo, a través de la placenta.

Evoluciona en tres etapas. En la primera, pocas semanas después del contagio, aparecen unas pequeñas úlceras rojizas ( chancro sifilítico) en la zona donde se ha producido el contacto (genitales, ano, boca...). Las lesiones desaparecen poco después. Unos meses más tarde, los treponemas se extienden a través de la sangre por todo el organismo, dando lugar a diversas lesiones generalizadas: manchas en la piel, ganglios inflamados, fiebre, dolor de garganta, pérdida de apetito y malestar general.

Estos síntomas pueden desaparecer, incluso sin tratamiento, pero la enfermedad sigue latente. Años después del contacto, la enfermedad continúa la fase latente durante un largo período de tiempo. Si no se aplica un tratamiento, pueden producirse: úlceras en la piel y órganos internos; inflamación de las articulaciones; lesiones de corazón, hígado y sistema nervioso central.

La sífilis se elimina con antibióticos. No obstante, si no se actúa rápidamente para curarla, existe el riesgo de que las lesiones producidas sean ya irreversibles, cuando se aplica el tratamiento.

**4.21.3 Herpes genital.** El virus responsable de esta infección es uno de los más difundidos entre los seres humanos. La transmisión se produce generalmente por vía sexual, pero también a través del contacto con las manos. Úlceras, picazón, fuertes dolores localizados en los genitales, escozor al orinar, fiebre y malestar similar al de la gripe, son los principales síntomas.

Si no se trata debidamente, puede propiciar el riesgo de contraer diversas enfermedades. Como todas las dolencias de origen vírico, su tratamiento suele ser tedioso en algunos casos. Además, existe la probabilidad de reaparición de los síntomas, especialmente en situaciones de estrés. En caso de embarazo, es necesario mantener un control estricto para evitar daños irreversibles en el niño.

**4.21.4 Clamidia.** Esta infección se debe a la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que se transmite por contacto con las mucosas vaginales, uretra, recto, boca y ojos, afectando a la uretra en los hombres (uretritis) y al cuello uterino en las mujeres (cervicitis).

Sus síntomas son más evidentes en el hombre que en la mujer, aunque no siempre resultan fáciles de descubrir. Se confunden en ocasiones con los de la gonorrea, y son, principalmente: secreción vaginal y dolor en la parte inferior del vientre en las mujeres; en el hombre, inicialmente aparecen secreciones transparentes que se vuelven luego cremosas, así como muchas ganas de orinar y dolor.

Se cura siguiendo un tratamiento específico con antibióticos. Si no se atiende a tiempo, la infección puede progresar y provocar esterilidad tanto en los hombres como en las mujeres.

**4.21.5 Tricomonas.** Las tricomonas son unos parásitos protozoos que se ceban especialmente con las mujeres. El hombre puede contagiar la enfermedad, aunque no presente ningún síntoma. Estos microorganismos se transmiten habitualmente mediante contacto sexual. No se descarta el contagio por medio de ropas o toallas húmedas cuando se trata de niñas o ancianas que carecen de los protectores y antisépticos bacilos de Doderlein o los tienen en cantidades mínimas.

Secreción vaginal espumosa de aspecto amarillento y un olor muy fuerte, picor e irritación, son sus principales signos. Actualmente existen tratamientos muy eficaces, que debe ser llevados a cabo por ambos miembros de la pareja.

**4.21.6 Cándidas.** Tienen en común con las tricomonas un nombre a primera vista inofensivo. Otras semejanzas estriban en que afectan principalmente al sexo femenino y que el hombre suele ser portador asintomático. Pero en esta ocasión, no se trata de un protozoo sino de un hongo, que se asienta en las mucosas húmedas y calientes.

La vía de contagio es diversa: relaciones sexuales, ropas, objetos, etc. Algunas circunstancias, como el uso de antibióticos, el estrés, la diabetes o una disminución en las defensas naturales del organismo, favorecen su proliferación.

Por lo general, los síntomas femeninos son: aumento de la secreción vaginal, que se torna blanca y espesa, picor intenso, olor fuerte y, en ocasiones, inflamación de las vías urinarias y de la vejiga. El hombre presenta enrojecimiento en el glande y prurito. Tiene un tratamiento rápido y eficaz si lo realizan ambos miembros de la pareja.

**4.21.7 Condilomas.** Se trata de lesiones verrugosas similares a crestas de gallo, causadas por un virus muy contagioso, y localizadas en la vagina, cuello uterino o genitales externos de la mujer. Otro síntoma es el prurito. En los hombres, la infección puede ser asintomática o bien provocar verrugas. Se transmite por contacto sexual y cutáneo.

Su curación debe ser llevada a cabo por el ginecólogo con láser, fármacos, electrocoagulación... Es imprescindible acudir cuanto antes al especialista para evitar que se extienda.

**4.21.8 Ladillas.** Conocidas asimismo con el nombre científico de *Phthirus pubis*, son unos insectos parasitarios amarillentos, de unos dos milímetros de largo, que viven en las partes vellosas del cuerpo (pubis, axilas...) donde se agarran por medio de las pinzas con que terminan sus patas.

Chupan la sangre y ponen sus huevos en las raíces del vello. Producen picaduras que provocan molestos picores. Pueden contraerse mediante el contacto sexual directo con una persona que tenga la infección o por compartir las mismas toallas o sábanas. Se eliminan con facilidad aplicando sobre la zona afectada un insecticida de venta en farmacias. No obstante, si tras aplicar este tratamiento, la infección persiste, debe ser atendida por un especialista.

**4.21.9 Hepatitis B.** Es una inflamación del hígado. Esta enfermedad se origina por un virus -también por alcohol y medicamentos- que se expulsa a través de la piel y la orina, provocando una infección aguda. Habitualmente, suele curarse, pero también puede hacerse crónica. Los síntomas -fiebre, cansancio, ictericia- aparecen tras un largo periodo de incubación, que puede variar de 50 a 160 días.

El contagio se produce por contacto, por medio de heridas, por ingestión, e incluso a través de la placenta de una madre infectada. Ante la sospecha de haber tenido relaciones sexuales con una persona portadora, hay que acudir al médico para averiguar si ha habido contagio y si es conveniente la vacunación.

**4.21.10 SIDA.** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), descrito por primera vez en 1981, es una enfermedad infecciosa que afecta al sistema inmunológico humano, encargado de proteger el organismo de las agresiones externas. Con las defensas debilitadas, queda a merced del ataque de numerosos virus, bacterias, hongos, etc., capaces de provocar graves enfermedades e incluso

la muerte. Al agente causante del SIDA se le denomina Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El Sida se transmite por contagio de una persona infectada a otra sana a través de la sangre, el semen o las secreciones vaginales. Son situaciones de riesgo: compartir jeringuillas, agujas, y material de aseo como hojas de afeitar, cepillos de dientes, utensilios de manicura, pedicura, etc. Asimismo en las relaciones sexuales con penetración, sobre todo si es anal, el riesgo aumenta si existen lesiones o heridas por las que pueda penetrar el virus.

Las mujeres gestantes contagiadas tienen muchas probabilidades de infectar a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Pueden optar por acogerse a uno de los tres supuestos que contempla la ley del aborto o continuar con el embarazo, sometiéndose a un tratamiento para reducir los riesgos de transmisión. Se considera que no existe riesgo en las transfusiones de sangre, ya que actualmente están controladas por el sistema sanitario.

Aunque, gracias a la investigación, ha aumentado la esperanza y calidad de vida de los afectados, todavía no existe ningún remedio para su curación, por lo que la prevención sigue siendo la mejor defensa contra el VIH.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

Un estudio descriptivo es aquel que busca mostrar las características de un hecho sin buscar dar una explicación entre las relaciones existentes entre los elementos de dicho fenómeno. Es en esencia un diseño preexperimental que no tiene hipótesis explícita; se conoce también como diseño observacional. Por ejemplo: el estudio de la historia natural de alguna enfermedad en la población infantil. Complicaciones postparto de la eclampsia, etc. Es frecuente que en las explicaciones descriptivas no se señale en forma explícita una hipótesis; pero no es que ella no exista en absoluto, sino probablemente se encuentra aún en proceso de planteamiento o definición y los hallazgos de la investigación permitirán formularla convenientemente para, posteriormente, proceder a su comprobación con otras investigaciones. Los estudios observacionales son un conjunto de estudios epidemiológicos en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

En los estudios transversales la recolección de información se hace en una sola ocasión y de inmediato se procede a su descripción o análisis; estos diseños son empleados cuando se desea evitar que el transcurso del tiempo modifique algún fenómeno y dificulte su comprensión. Los estudios prospectivos son aquellos en los cuales los fenómenos están presentes o por ocurrir y la información se va obteniendo periódicamente. Basados en los anterior, podemos definir que este estudio es de tipo, descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Es observacional porque se describen los hallazgos encontrados sin realizarse intervención alguna antes de la recolección de los datos. El diseño es descriptivo porque esta dirigido a determinar cual es la situación de las variables que se estudian, el conocimiento adquirido y las actitudes frente a las practicas sexuales de los adolescentes y preadolescentes. Es transversal porque se estudia en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo siendo este no importante para la recolección de los datos. Es prospectivo porque la información se obtiene durante la ejecución de encuestas en el estudio.

### **5.2. LUGAR**

El estudio se realizara en la institución educativa Claretiano jornada adicional, ubicado en la calle 4 No 1-109 en el barrio Cándido de la ciudad de Neiva. Esta institución esta dirigida por el presbítero Josué González Jaramillo como representante de la comunidad religiosa de misioneros claretianos, cuenta con doble jornada: en la mañana de carácter privado y en la tarde de carácter mixto y

pertenece al núcleo educativo No 1 bajo la dirección de la licenciada Gabriela Díaz Polo.

La institución educativa cuenta con la presencia del licenciado Fernando Perdomo Rodríguez, quien ocupa el cargo de rector en ambas jornadas. Las coordinadoras son: Araceli Gualdron Manrique, Piedad Maritza Ortiz y Margot Trujillo.

### 5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Siendo consecuente con lo expresado en nuestra formulación del problema, debemos orientar nuestro estudio hacia los preadolescentes y adolescentes entre los 12 y los 18 años de edad, habitantes de la ciudad de Neiva y estudiantes de colegios públicos y privados para de esta forma abarcar mas estratos socioeconómicos y al ser estudiantes poder obtener un reflejo de su educación institucional.

El colegio Claretiano de Neiva en su jornada de la tarde nos ofrece la heterogeneidad de la población que buscamos abarcando la población masculina y femenina ya que es un colegio mixto, y nos ofrece los diferentes niveles socioeconómicos que necesitamos para evaluar los factores que pueden afectar la calidad y confiabilidad de los conocimientos, actitudes y practicas frente a las conductas sexuales de los adolescentes. La población estudiantil se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Estudiantes jornada tarde:

<b>CURSO</b>	<b>No DE ESTUDIANTES</b>	<b>CURSO</b>	<b>No DE ESTUDIANTES</b>
<b>601</b>	41	<b>803</b>	37
<b>602</b>	40	<b>804</b>	38
<b>603</b>	41	<b>901</b>	39
<b>604</b>	40	<b>902</b>	38
<b>701</b>	40	<b>903</b>	38
<b>702</b>	39	<b>1001</b>	36
<b>703</b>	38	<b>1002</b>	36
<b>704</b>	37	<b>1003</b>	36
<b>801</b>	38	<b>1101</b>	42
<b>802</b>	38	<b>1102</b>	42

Se seleccionó de forma aleatoria un grupo de estudiantes por cada grado desde octavo hasta undécimo. Posteriormente a cada grupo seleccionado se le aplicó los siguientes criterios de inclusión:

- Edad entre los 12 y 18 años.
- Aceptación del consentimiento Informado

#### 5.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Conocimientos	Aparato Reproductor masculino	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
	Aparato reproductor Femenino	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
	Fisiología de la reproducción	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
	Ciclo Ovárico y Menstrual	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
	Hormonas Sexuales	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
	Embarazo	Adecuada	Nominal	Porcentaje
		Inadecuada		
		No contesta		
Planificación familiar	Adecuada	Nominal	Porcentaje	
	Inadecuada			
	No contesta			
ETS	Adecuada	Nominal	Porcentaje	
	Inadecuada			
	No contesta			

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Fuentes de información	Médicos o profesionales de la salud	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
	Docentes especialistas en el area	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
Cualquier	Si	Nominal	Porcentaje	

	docente de la Institucion	No		
		No contesta		
	Mamá	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
	Papá	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
	Hermanos	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
	Amigos	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		
	Libros, revistas e internet	Si	Nominal	Porcentaje
		No		
		No contesta		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Relaciones personales y de dialogo	Docentes	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
		Aceptables		
		Malas		
		No contesta		
	Mamá	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
		Aceptables		
		Malas		
		No contesta		
	Papá	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
		Aceptables		
		Malas		
		No contesta		

<b>VARIABLE</b>	<b>SUBVARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INDICE</b>
Relaciones Personales y de dialogo	Hermanos (as)	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
		Aceptables		
		Malas		
		No contesta		
	Amigos (as)	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
		Aceptables		
		Malas		
		No contesta		
	Novio (a)	Excelentes	Nominal	Porcentaje
		Muy Buenas		
		Buenas		
		Regulares		
Aceptables				
Malas				
No contesta				

<b>VARIABLE</b>	<b>SUBVARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INDICE</b>
Características de las familias	Tipo de familia	Nuclear biparenteral	Nominal	Porcentaje
		Nuclear monoparenteral		
		Reconstituida		
		Adoptiva		
		Extensa		
	Entorno familiar	Adecuado	Nominal	Porcentaje
		Inadecuado		
		No contesta		
	Apoyo al	Excelente	Nominal	Porcentaje

	Adolescente y preadolescente	Muy Bueno		
		Bueno		
		Regular		
		Aceptable		
		Malo		
		No contesta		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Practicas	Prevenir embarazos	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Prevenir ETS	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	No de parejas sexuales	Ninguna	Nominal	Porcentaje
		1		
		2		
		3		
4				
5				
Mas de 5				

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Motivo de Inicio de la actividad sexual	Presión por parte de los amigos	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Curiosidad	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		

		No contesta		
	Presión por parte de la pareja	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Presión por parte de los padres	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Métodos de prevención usados para prevenir embarazos no deseados	Preservativo	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Píldoras anticonceptivas	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Diafragma	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Espermicidas	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Interrupción del coito	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Método del ritmo	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	DIU	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	De Emergencia	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
Abstinencia	SI	Nominal	Porcentaje	
	NO			
	No contesta			

<b>VARIABLE</b>	<b>SUBVARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INDICE</b>
Métodos de prevención usados para prevenir ETS	Preservativo	SI	Nominal	Porcentaje
		NO		
		No contesta		
	Abstinencia	SI	Nominal	
		NO		
		No contesta		

<b>VARIABLE</b>	<b>SUBVARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INDICE</b>
Número de parejas sexuales	Último mes	1	Numérico	Porcentaje
		2		
		3		
		4		
		5		
		Mas de 5		
		No contesta		
	Últimos seis meses	1	Numérico	
		2		
		3		
		4		
		5		
		Mas de 5		
		No contesta		
	Último Año	1	Numérico	
		2		
		3		
		4		
		5		
		Mas de 5		
		No contesta		

	Parejas totales	1	Numérico	Porcentaje
		2		
		3		
		4		
		5		
		Mas de 5		
		No contesta		

### 5.5. ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION

Para controlar las variables de confusión se aplicaron encuestas que miden escalas de actitudes que han sido avaladas de forma internacional por expertos en la materia, y que llevan siendo utilizadas por largo tiempo generando resultados estadísticamente significativos.

La validez de la encuesta estará determinada por el juicio de los expertos en el área (Psicólogo asesor del proyecto, psicólogos de apoyo y docente del área) quienes aportaron su experiencia en la elaboración del instrumento que recogió lo que se desea medir. Adicionalmente, se revisó la validez de contenido, para demostrar la correspondencia adecuada de los ítems con los objetivos generales y específicos de esta investigación.

Para controlar la veracidad de la información, previo a la aplicación de la encuesta nos reunimos con los estudiantes para dictar una pequeña charla que explicaba el objetivo de nuestro estudio, y así establecer una relación de confianza que permitió al adolescente y preadolescente darnos información veraz. Además los datos se tomaron de forma anónima usando formatos de encuesta en donde se pueda desprender el nombre del estudiante en el momento de la entrega del documento después de verificar que todos los ítems se encontraban correctamente diligenciados.

También se vinculó a los docentes encargados del área de Ética y Valores quienes supervisaran todas las actividades llevadas a cabo para la recolección de los datos.

### 5.6. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El tipo de encuesta fue una Encuesta Muestral, la cual es aplicable a una población limitada y únicamente en un momento determinado. Dicho instrumento tiene que ser cuidadosamente elaborado para que mida lo que se pretende medir. Su valor depende también de la eficacia del muestreo, de la exactitud del procedimiento para recabar datos y de la claridad y pertinencia de las preguntas.

La forma más adecuada de evaluar estos aspectos en esta población es por medio de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la educación sexual que poseen los adolescentes en donde se hicieron preguntas cerradas con múltiples opciones que el estudiante podía escoger para tener una escala de medición apropiada.

Se realizó una encuesta general, que evaluó los conocimientos de los adolescentes en temas como: anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, embarazo y aborto, enfermedades de transmisión sexual y métodos de anticoncepción y planificación familiar. En esta primera encuesta también se recolectaron datos de caracterización sociodemográfica y se identificaron los estudiantes que ya iniciaron su vida sexual a quienes se les aplicó una segunda encuesta.

En la segunda encuesta se indagó por las conductas sexuales y actitudes frente a las mismas, se aplicaron instrumentos que miden en escalas diferentes aspectos que influyen en el actuar de los adolescentes al momento de enfrentarse a su sexualidad.

## **5.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Se aplicaron dos encuestas que evaluaron los tres grandes componentes de la investigación: el primer componente para medir conocimientos y las actitudes el segundo componente para medir practicas y el tercer componente para caracterizar el estado socioeconómico del sujeto, su familia y las relaciones con padres, maestros(as), amigos(as) y novios(as).

La primera encuesta está conformada por dos fases, la primera fase caracterizó sociodemográficamente la población: se preguntara por la edad, genero, grado que cursa, estrato socioeconómico, personas con las quien convive y aportan al mantenimiento del hogar. También se cuestionó por el tipo de relación que tienen los estudiantes con sus diferentes familiares, enfatizando sobre la persona con quien más dialoga y en quien más confía. Además, se indagó por las fuentes a las que acuden los adolescentes al momento ampliar su conocimiento o de consultar las dudas sobre sexo y relaciones sexuales.

La segunda fase constara de 66 preguntas de selección múltiple en las que se evaluó los conocimientos de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, embarazo y aborto, enfermedades de transmisión sexual y métodos de anticoncepción y planificación familiar, en todas las opciones de respuesta se adiciono el ítem “no se” para evitar que los adolescentes contesten erróneamente las preguntas al no saber la respuesta adecuada y así permitir identificar los temas mas débiles y poder enfocarse en ellos al momento de la intervención.

La segunda encuesta ha sido diseñada para aquellos adolescentes que ya han contestado la primera encuesta y que a su vez ya han iniciado su vida sexual, esta encuesta se dividirá en dos fases. En la primera fase se indagará por prácticas sexuales como: número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos y de planificación familiar, así como por prevención de enfermedades de transmisión sexual. En la segunda fase se medirán las actitudes mediante escalas internacionales como: “perspectiva: el rol de género y la sociedad”, “escala de actitudes sobre el aborto”, “escala de doble estándar sexual”, e “índice de actitudes hacia los homosexuales”. Cada una de estas escalas de medición de actitudes cuenta con su puntaje y significado del mismo lo que permitirá facilitar el análisis de los mismos.

### **5.7.1 Perspectiva: El rol de cada género y la sociedad<sup>29</sup>**

Propósito: Este inventario evalúa las actitudes de los adolescentes hacia los roles masculino y femenino estereotipados en la sociedad.

Escala de medición:

Está muy de acuerdo: A

Está de acuerdo: B

Está en desacuerdo: C

Está en total desacuerdo: D

Puntuación: Para las preguntas 13, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 35, 36, 38 se suma 1 punto si la respuesta es A, se suman dos puntos si la respuesta es B, se suman 3 puntos si la respuesta es C, se suman 4 puntos si la respuesta es D. Para las preguntas 14, 15, 17, 21, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 37 se suman 4 puntos si la respuesta es A, se suman 3 puntos si la respuesta es B, se suman 2 puntos si la respuesta es C, se suma un punto si la respuesta es D.

### **5.7.2 Escala de medición de autoestima y madurez sexual<sup>30</sup>**

Propósito:

Medir el nivel de autoestima en los adolescentes ya que muchos investigadores y teóricos que estudian el desarrollo psicosexual están de acuerdo generalmente en que la autoestima es una variable de gran significado en la madurez sexual, lo que va a incidir en el comportamiento de los adolescentes frente a ciertas conductas sexuales.

---

<sup>29</sup> VALOIS, Robert y Kammermann, Sandra; Su sexualidad: una autoevaluación. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. Segunda Edición: 1995. 5-136p.

<sup>30</sup> Ibid, 5 – 136p

Escala de medición:  
Está muy de acuerdo: A  
Está de acuerdo: B  
Está en desacuerdo: C  
Está en total desacuerdo: D

Puntuación: Para asignarle valores a la escala anterior y, de esta manera, obtener una medida de la autoestima, se sigue el siguiente parámetro:  
Las respuestas positivas para las preguntas 39 a 48 son:

39: a o b	40: a o b	41: c o d	42: a o b	43: c o d
44: a o b	45: a o b	46: c o d	47: c o d	48: c o d

A cada respuesta positiva se le sumara 1 punto, a las respuestas negativas no se les asignara punto.

### **5.7.3 Escala de actitud de muehlenhard-quackenbush (doble estandar sexual)<sup>31</sup>**

Propósito: Esta escala está diseñada para examinar alguna de las actitudes de los adolescentes sobre la sexualidad femenina y masculina.

Escala de medición:  
Está muy de acuerdo: A  
Está de acuerdo: B  
Está en desacuerdo: C  
Está en total desacuerdo: D

Puntuación: Se convierten las respuestas A en 0, las respuestas B en 1, las respuestas C en 2 y las respuestas D en 3 y se aplica la siguiente ecuación:

$$\text{No } 52 + \text{No } 53 + \text{No } 56 + (3 - \text{No } 49) + (3 - \text{No } 63) + (3 - \text{No } 67) + (\text{No } 72 - \text{No } 50) + (\text{No } 51 - \text{No } 60) + (\text{No } 54 - \text{No } 58) + (\text{No } 55 - \text{No } 65) + (\text{No } 70 - \text{No } 57) + (\text{No } 74 - \text{No } 59) + (\text{No } 66 - \text{No } 73) + (\text{No } 69 - \text{No } 64) + (\text{No } 71 - \text{No } 68) = \text{puntaje final.}$$

### **5.7.4 Índice de actitudes hacia los homosexuales: escala homofobica<sup>32</sup>**

Propósito: Este cuestionario está diseñado para medir la manera como se reacciona al trabajar o relacionarse con homosexuales.

---

<sup>31</sup> Ibid, 5 – 136p

<sup>32</sup> Ibid, 5 – 136p

Escala de medición:  
Está muy de acuerdo: A  
Está de acuerdo: B  
Ninguna opinión: C  
Está en desacuerdo: D  
Está en total desacuerdo: E

Puntuación: Para las preguntas 103, 104, 107, 109, 110, 113, 118, 120, 122, 124 y 125 se suma 1 punto si la respuesta es A, se suman dos puntos si la respuesta es B, se suman 3 puntos si la respuesta es C, se suman 4 puntos si la respuesta es D, se suman 5 puntos si la respuesta es E. Para las preguntas 105, 106, 108, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 123, 126, 127 se suman 5 puntos si la respuesta E, se suman 4 puntos si la respuesta es A, se suman 3 puntos si la respuesta es B, se suman 2 puntos si la respuesta es C, se suma un punto si la respuesta es D. A la suma de todos los puntajes asignados se le resta 25 puntos y se obtiene el puntaje final.

## **5.8. PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto es aquella práctica de investigación en donde se prueba la metodología, la muestra, la funcionalidad de los instrumentos, el análisis de los datos y la viabilidad del proyecto investigativo.

Fue probado en 35 estudiantes del grado 9 de la Institución Educativa Eduardo Santos de la ciudad de Neiva entre 13 y 18 años, quienes usaron la encuesta para evaluar los conocimientos, y prácticas en los adolescentes y preadolescentes.

La prueba piloto se realizó aplicando la encuesta de conocimientos diseñada para el estudio, compuesta por 100 preguntas que incluían temas como: anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, embarazo y aborto, enfermedades de transmisión sexual y métodos de anticoncepción y planificación familiar. En la aplicación de esta encuesta se observó que los estudiantes al no saber la respuesta adecuada acudían al investigador encargado para preguntar cómo actuar en este caso, por lo que se decidió adicionar el ítem “no se” a todas las preguntas para así obtener una información más confiable acerca de las variables.

Evaluada la pertinencia, comprensibilidad y coherencia de las preguntas, se decidió eliminar 34 de ellas que fueron poco comprendidas por los adolescentes que participaron en la prueba piloto debido a su alta complejidad. Al finalizar la prueba piloto fueron tomadas en cuenta las observaciones y recomendaciones hechas por los adolescentes y por el psicólogo asesor del estudio y se rediseñó y ajustó el instrumento para captura de la información requerida por el Proyecto.

## **5.9. CODIFICACION Y TABULACION**

Se utilizaron las escalas de medición de actitudes que permitan compilar la información obtenida de los instrumentos aplicados, se clasificaron según su puntuación y posteriormente se codificaron las escalas y los indicadores de las variables que serán tabulados mediante el programa EpilInfo® en el que se programó una base de datos con los ítems aplicados en la encuesta lo que nos permitió de forma ordenada y sistematizada obtener resultados pertinentes para el estudio que estamos realizando.

## **5.10. FUENTES DE INFORMACION**

En esta investigación se usaron fuentes de información directas. Mediante una encuesta se evaluaron las variables a estudio y los datos recogidos en esta fueron obtenidos directamente de los sujetos de investigación. En este caso fueron los estudiantes adolescentes y preadolescentes del colegio Claretiano de la ciudad de Neiva en la jornada tarde.

## **5.11. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

El análisis de los datos de la encuesta, como cualquier otro tipo de datos de interés científico, ha de guardar relación con el problema de conocimiento que se trata de esclarecer y con la métrica de la información empírica que se tiene entre manos, es decir lo primero que se debe realizar en una encuesta no es ver que dicen los datos sino que dicen en relación con el problema que se plantea y las hipótesis que uno se había planteado previamente.

Se empleara el Análisis Descriptivo que ayudará a observar el comportamiento de la muestra en estudio, a través de tablas, gráficos. Los resultados recogidos en la muestra se resumen en una matriz de datos  $N \times M$ , en la cual  $N$  es el número de unidades de análisis utilizadas ( número de casos o sujetos ) y  $M$  es el número de características de dichas unidades, unidades de las que tenemos información.

## **5.12. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN**

Para divulgar los resultados obtenidos en el proyecto, se utilizaran dos estrategias:

- Distribución mediante un documento escrito tanto a docentes y directivos de la institución educativa Claretiano jornada adicional, como a la biblioteca de la facultad de salud de la universidad Surcolombiana.

- Divulgación de los resultados y estrategias usadas para llegar a los mismos mediante conferencias y ponencias realizadas en las instalaciones de la facultad de salud de la universidad Surcolombiana y conferencias dirigidas a los estudiantes, docentes y administrativos de la institución educativa Claretiano jornada adicional en donde se realizaran foros y charlas de capacitación en los temas que presentaron deficiencias los estudiantes al momento de diligenciar la encuesta de conocimientos, además, de dar a conocer los resultados obtenidos en el proyecto.

### **5.13. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el desarrollo de este proyecto se tuvo en cuenta que la población a estudio pertenece a un grupo de individuos protegidos y que tienen consideraciones éticas específicas ya que son menores de edad. Se elaboró a un consentimiento informado que fue dirigido a los adolescentes y preadolescentes para que decidieran si querían o no acogerse a la investigación.

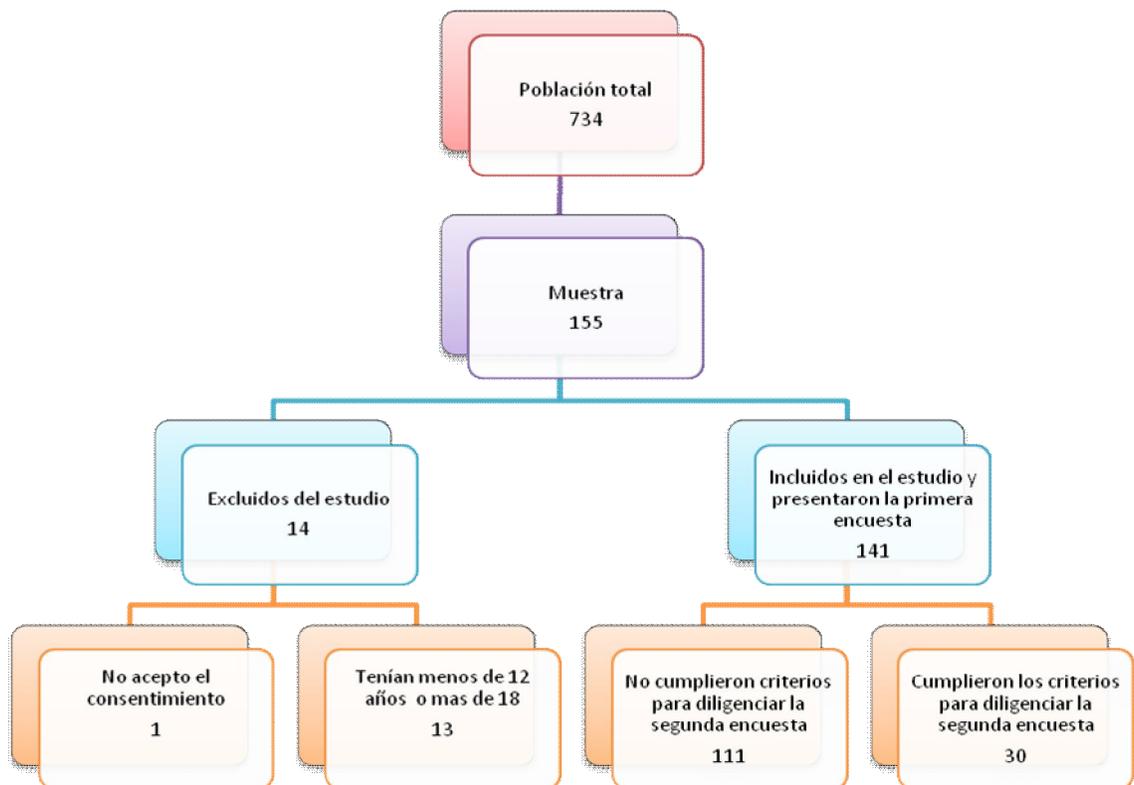
Es importante la elaboración del consentimiento teniendo en cuenta que el consentimiento afianzara la confianza de los adolescentes sobre la credibilidad de la investigación y además, generara un vínculo de responsabilidad hacia el estudio disminuyendo el riesgo de sesgar la información que va a proporcionar.

Además del consentimiento se tuvo en cuenta que la información que los adolescentes y preadolescentes proporcionaran es de carácter personal y privado, por lo cual se empleara el anonimato para proteger la privacidad y confidencialidad de los mismos. La información recolectada será única y exclusivamente empleada para fines académicos e investigativos

## 6. RESULTADOS

La Institución Educativa Colegio Claretiano jornada adicional cuenta con una población de 734 estudiantes, de los cuales se tomo una muestra de 155 estudiantes, 14 estudiantes que no fueron seleccionados: 1 no acepto el consentimiento y los 13 restantes no tenían el criterio de edad mayor de 12 años. La muestra total real fue de 141 estudiantes, 30 de estos estudiantes se seleccionaron para ingresar a la segunda fase del estudio por tener una ida sexual activa.

**Grafica 1.** Flujoograma de selección de sujetos para el estudio.



La muestra en general es bastante heterogenea, lo que permitio un mejor analisis de las variables, el grupo de edad de menos frecuencia fue el de 18 años con un porcentaje de 7.8%, mientras que el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 14 años con un 22.69%. Se encontro que el genero masculino tenia mayor representación con un 56.02%, mientras que la participación del genero femenino

fue del 43.97%. El grado que mayor numero de estudiantes proporciono al estudio fue el grado noveno con un 27.6% y el que menos estudiantes apporto fue el grado once con un 22.6%. El estrato socioeconomico de mayor frecuencia fue el estrato No 2 con un 53.9%, mientras que los ingresos de los padres en el 53.9% oscilaba entre 2 y 3 salarios minimos mensuales vigentes.

**Tabla 1.** Características socio-demográficas de los adolescentes.

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
12	28	19.85
13	15	10.63
14	32	22.69
15	25	17.73
16	30	21.27
17	11	7.80
18	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>
<b>GENERO</b>		
Femenino	62	43.97
Masculino	79	56.02
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>
<b>GRADO</b>		
Octavo	35	24.8
Noveno	39	27.6
Decimo	35	24.8
Once	32	22.6
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>
<b>ESTRATO SOCIO-ECONOMICO</b>		
1	25	17.73
2	76	53.90
3	30	21.27
4	10	7.09
5	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>
<b>INGRESOS MENSUALES EN EL HOGAR</b>		
Menos de 1 SMMV	15	10.63
Entre 1 y 2 SMMV	18	12.76
Entre 2 y 3 SMMV	76	53.90
Entre 3 y 4 SMMV	20	14.18
Más de 4 SMMV	12	8.5
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

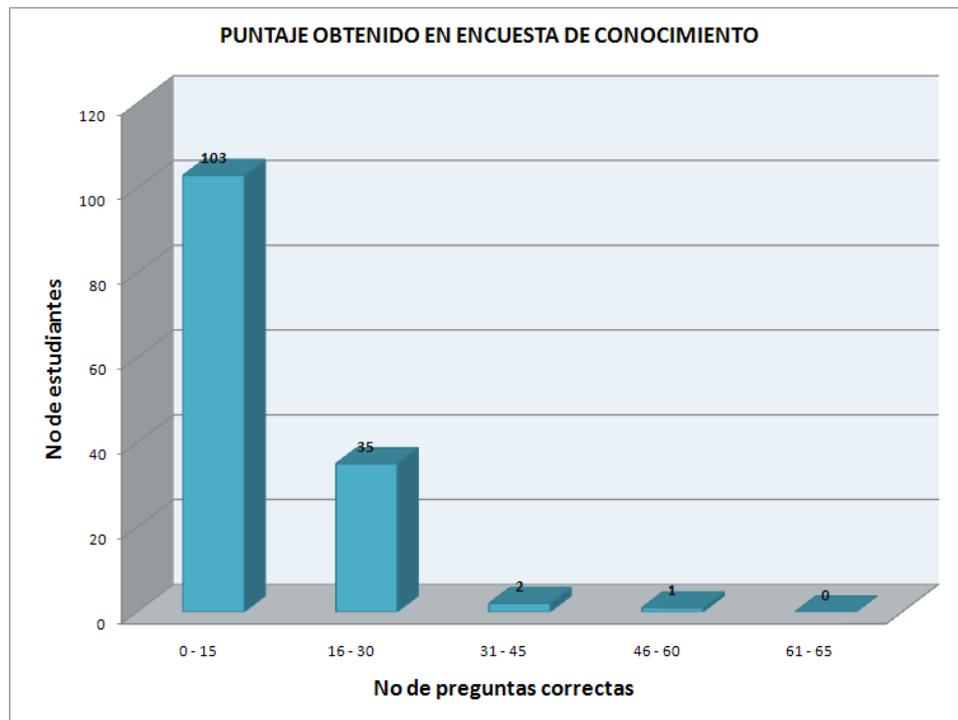
## 6.1 CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES

Para la encuesta de conocimientos, se creó una escala de medición general (ver gráfica 2) según la cantidad de preguntas de la siguiente manera:

- 0 – 15 preguntas correctas, Insuficiente.
- 16 – 30 preguntas correctas, Aceptable.
- 31 – 45 preguntas correctas, Bueno.
- 45 – 60 preguntas correctas, Muy bueno.
- 61 – 65 preguntas correctas, Excelente.

Se encontró que los adolescentes presentaban grandes vacíos en cuanto a conocimientos en general, el 97.87% contestó menos de 30 preguntas correctas y ningún estudiante contestó más de 61 preguntas correctas.

**Gráfica 2.** Puntaje obtenido por los adolescentes en la encuesta de conocimiento.



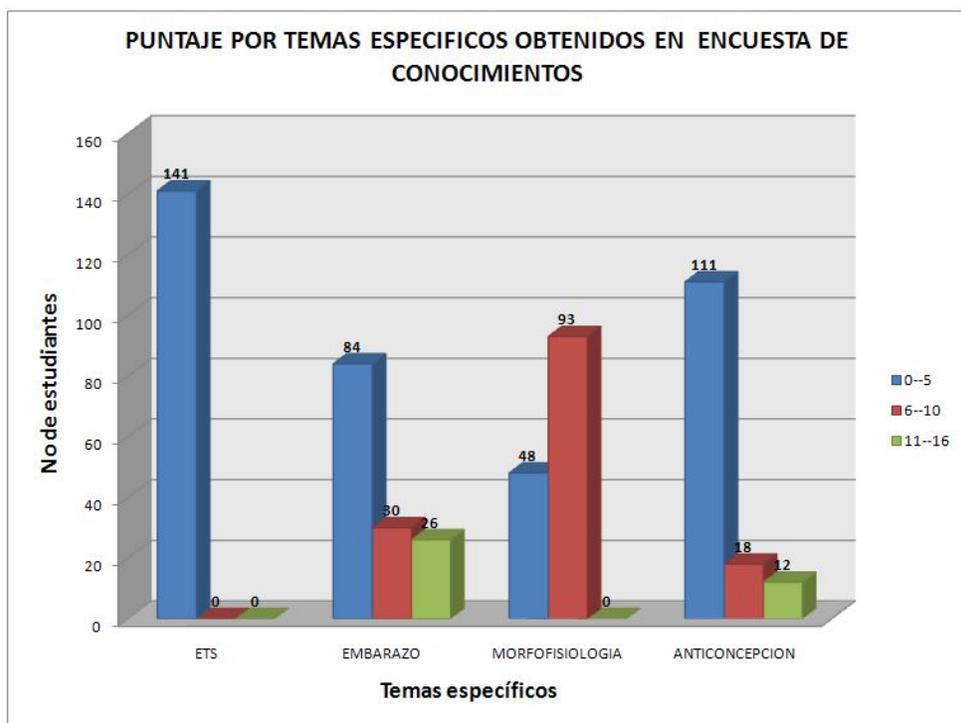
Para evaluar los temas que más deficiencia presentaban los estudiantes, se creó una escala para los cuatro temas específicos (ver gráfica 3) evaluados según la cantidad de preguntas de la siguiente manera:

- 0 – 5 preguntas correctas, Insuficiente.

- 6 – 10 preguntas correctas, Bueno.
- 11 – 16 preguntas correctas, Excelente.

En cuanto a temas específicos, se encontró que el tema en el que más deficiencias presentan los estudiantes es Enfermedades de transmisión sexual seguida de anticoncepción. En los temas de morfo-fisiología y embarazo se encontró que en general son los temas que mas dominan persistiendo aun un conocimiento escaso y deficiente para la edad y escolaridad de los estudiantes.

**Grafica 3.** Puntaje obtenido por los adolescentes en la encuesta de conocimiento por temas específicos evaluados.



## 6.2 ESCALAS DE ACTITUDES

### 6.2.1 Perspectiva: el rol de cada género y la sociedad

Rango de puntuación:

1 – 26 puntos: Esto indica una actitud de extremo feminismo, los roles de género está en constante cambio, el sujeto está abierto a nuevas posibilidades y a asumir nuevos roles según la necesidad de la sociedad. La mujer puede y es capaz de asumir el rol del hombre y el hombre es capaz de asumir el rol de la mujer.

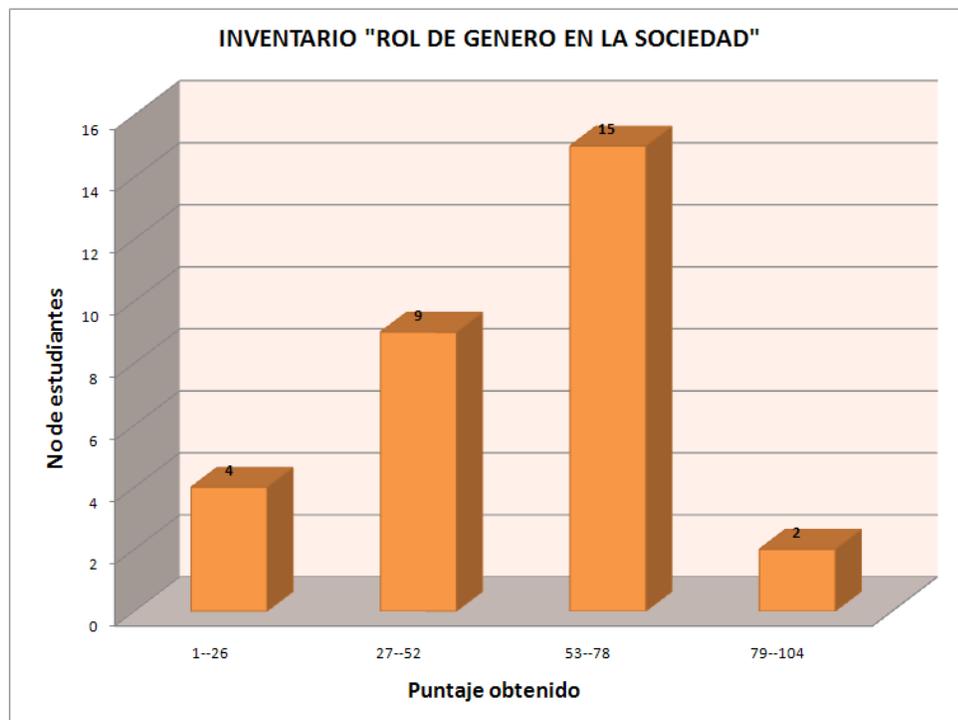
27 – 52 puntos: El sujeto está abierto al cambio, asume que los nuevos roles son beneficiosos para la sociedad, pero aun cree que hay roles que son exclusivos del hombre y otros exclusivos de la mujer.

53 – 78 puntos: Las actitudes de este sujeto son tradicionalistas, la maternidad y la reproducción son responsabilidades exclusivas de la mujer, mientras que las labores rudas son exclusivas del hombre. Es reacio al cambio, pero admite que la mujer desempeñe un rol laboral en la sociedad.

79 – 104 puntos: Esto indica una actitud de extremo machismo, los roles de género son tradicionales; la mujer debe dedicarse única y exclusivamente a labores del hogar, cuidado de los hijos y esposo, mientras que el hombre es el encargado de sostener económicamente a la familia y a la sociedad. La mujer es emocional y el hombre racional.

Al analizar los resultados de este inventario se observo que aunque la población cuenta con muestras representativas de ambos géneros se conserva una actitud machista y reacia al cambio en un 87.09%, mientras se observa una actitud feminista y a favor del cambio en un 12.9%.

**Grafica 4.** Puntaje obtenido en la escala de medición de roles de género en la sociedad.



### 6.3 ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA Y MADUREZ SEXUAL

El rango de esta escala de autoestima es de 0 – 10, cuanto más alto sea el puntaje, mas alta va a ser la autoestima. De acuerdo con el autor de esta escala una alta autoestima significa que los individuos se respetan a sí mismos, se consideran de valor, pero no necesariamente se considera mejor que los demás, ni definitivamente peor. No se sienten a sí mismos como lo último en la perfección, por el contrario, reconocen sus limitaciones y esperan crecer y mejorar. La autoestima es la variable mas importante en cuanto a desarrollo y madurez psicosexual se refiere.

0-2: Muy baja

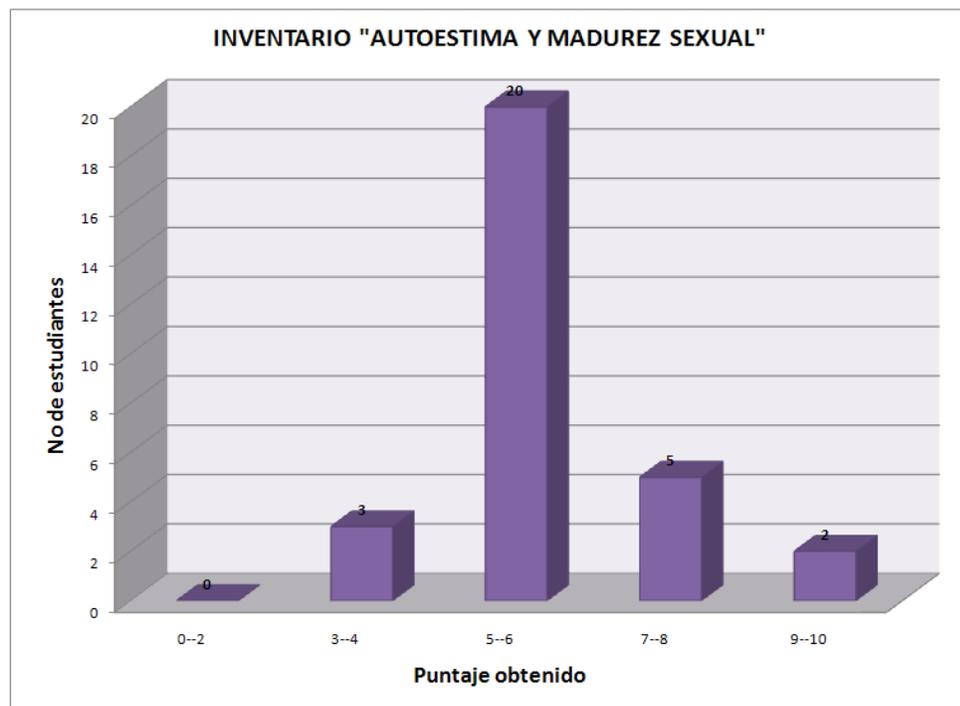
3 – 4: Baja

5 – 6: Normal

7 – 8 Alta

9 – 10: Muy alta

**Grafica 5.** Puntaje obtenido por los adolescentes en escala de autoestima y madurez sexual.

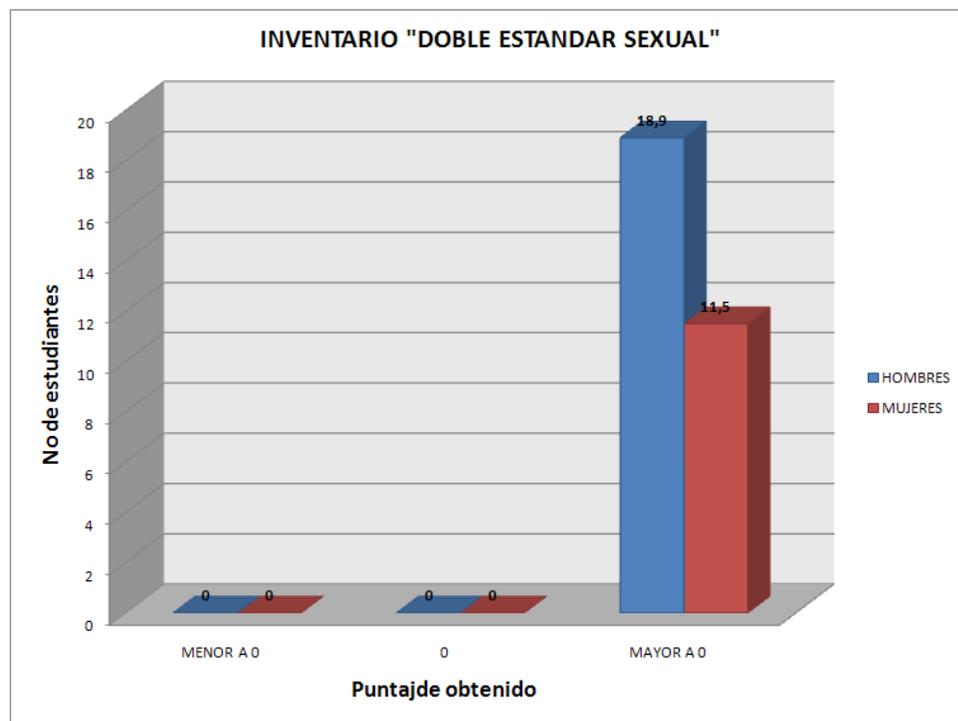


Se encontró que los estudiantes que ya iniciaron su vida sexual activa tienen un nivel de autoestima adecuado en un 64.1%, no se encontró ningún estudiante con niveles de autoestima muy bajos.

#### 6.4 ESCALA DE ACTITUD DE MUEHLENHARD-QUACKENBUSH (DOBLE ESTANDAR SEXUAL)

Una persona que tiene estándares sexuales idénticos para mujeres y hombres debe tener un puntaje de cero. Un puntaje mayor a cero refleja unos estándares sexuales más restringidos para las mujeres que para los hombres y un puntaje menor a cero refleja unos estándares sexuales más restringidos para los hombres que para las mujeres. El mayor puntaje posible es 48 y el menor puntaje posible es -30.

**Grafica 6.** Puntaje obtenido tanto para hombres como para mujeres en la escala de actitudes de doble estándar sexual.



Al analizar este inventario se encontró que sin importar el género, el 100% muestra grandes restricciones hacia el género masculino, es decir, no

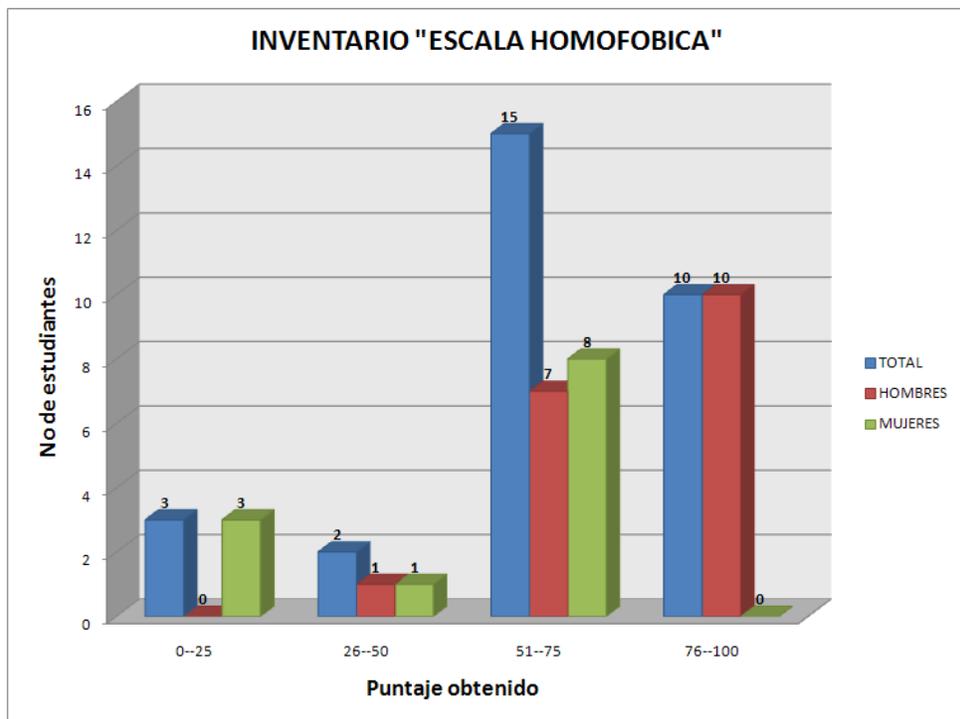
toleran comportamientos que estan estandarizados como femeninos en la poblaci3n masculina, mientras que si aceptan comportamientos estandarizados como masculinos en la poblaci3n femenina.

## 6.5 INDICE DE ACTITUDES HACIA LOS HOMOSEXUALES: ESCALA HOMOFOBICA

La escala mide el grado de miedo o inconformidad que les produce el estar a cerca a personas homosexuales. El puntaje m3nimo es 0 y representa la menor cantidad de temor e incomodidad. El puntaje m3ximo es 100 y representa la mayor cantidad de ellos.

- 0 – 25: altamente no homof3bico
- 26 – 50: moderadamente no homof3bico
- 51 – 75: moderadamente homof3bico
- 76 – 100: altamente homof3bico

**Grafica 7.** Puntaje obtenido tanto para hombres y mujeres en la escala de actitud homof3bica.

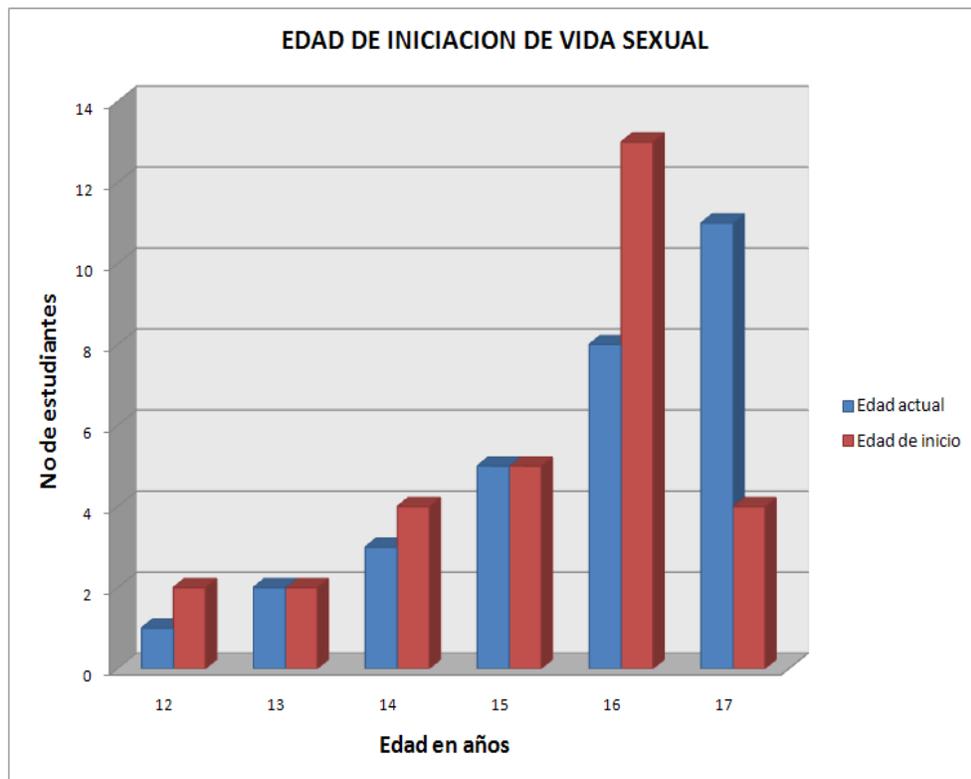


Se observó que existe rechazo hacia la población homosexual en un 80.6% siendo los hombres quienes más conflicto presentan al estar cerca de una persona con tendencias homosexuales.

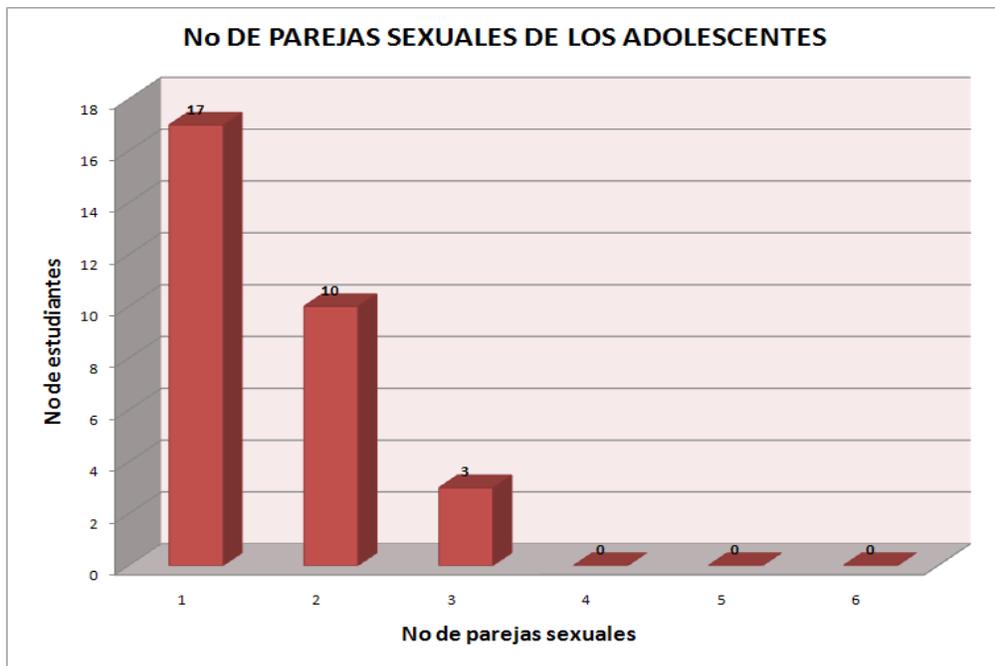
## 6.6 PRÁCTICAS Y CONDUCTAS SEXUALES

Se encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales es alrededor de los 16 años en un 41.93%, siendo la edad actual de 17 años en un 35.48% la más representativa en la muestra. En cuanto al número de parejas sexuales, el 54.83% solo han tenido una pareja sexual durante toda su vida, mientras que el 9.6% han tenido 3 parejas sexuales durante toda su vida. Al analizar las fuentes de información a las que recurren los adolescentes se encontró con gran preocupación que ninguno de ellos consultan con personal del área de la salud para aclarar sus dudas, mientras internet es consultada en un 32.64%, seguido de los amigos en un 25.53% y los hermanos en un 12.05%.

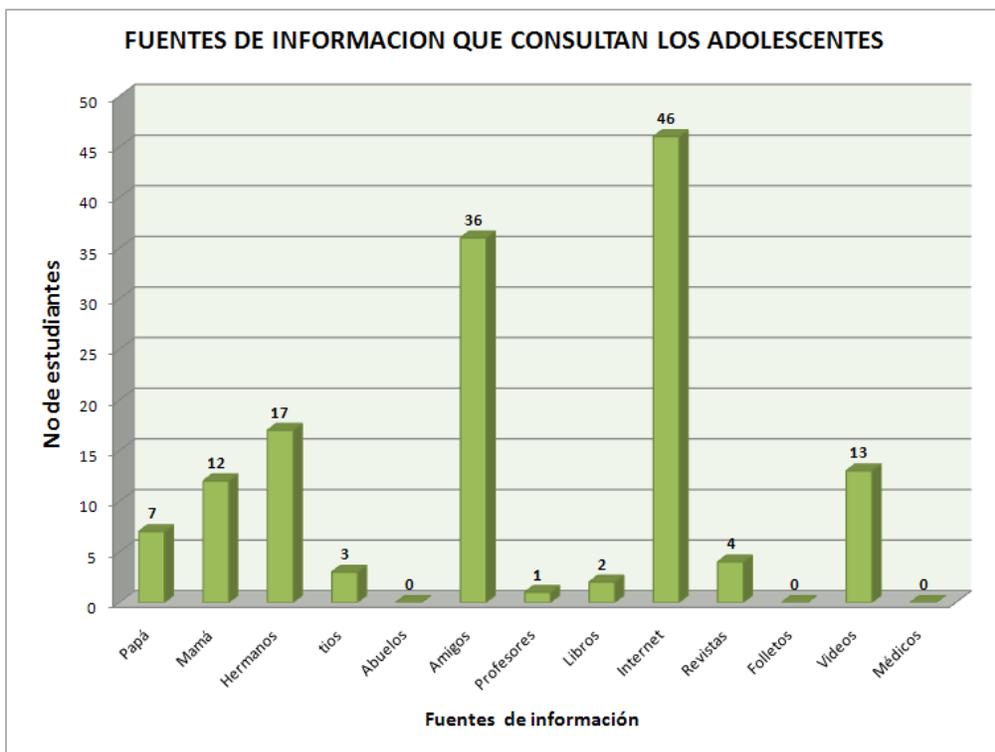
**Grafica 8.** Relación edad actual vs edad de inicio de vida sexual.



**Grafica 9.** Cantidad de parejas sexuales que han tenido durante toda su vida sexual los adolescentes.



**Grafica 10.** Fuentes de información a las que acceden los adolescentes.



## 7. DISCUSION

Durante mucho tiempo en Colombia el inicio de la vida sexual fundamentalmente era determinado por el matrimonio, y se observa que éste comenzaba después de la mayoría de edad<sup>33</sup>, en la mayoría de los casos, sin embargo, después de la década de los cincuenta, los movimientos de liberación sexual alrededor del mundo desencadenaron fenómenos de liberación femenina, de un despertar del adolescente, en el plano de la sexualidad, cada vez más temprano como se ve reflejado en este estudio iniciando entre los 12 y 18 años con una media de 16 años y en muchas ocasiones con comportamientos promiscuos.

Es así como la edad de inicio de vida sexual ha sido un parámetro que con el paso del tiempo ha ido disminuyendo, lo cual ha traído como consecuencia, entre otros aspectos, la alta proporción de adolescentes embarazadas y aumento del riesgo de transmisión de enfermedades<sup>34</sup>.

Por otro lado hablar de sexualidad resulta ser una tarea difícil no sólo entre padres e hijos, sino también entre los propios padres e inclusive entre los jóvenes, cabe destacar que muchas de las ocasiones esta situación se encuentra determinada por las diversas condiciones sociales y culturales que predominan en nuestro país. Además, vemos con preocupación que los jóvenes adolescentes y preadolescentes tienen como fuentes de información publicaciones en internet que pueden no ser certeros a la hora de expresar opiniones frente al tema y generar mayor confusión en los adolescentes.

Frecuentemente creemos que el interés por conocer diversos aspectos que encierra el tema de la sexualidad sólo atañe a los adultos que se encuentran inmersos en la vida conyugal, ya que es en ella, en la que pueden ejercer su vida sexual plenamente, según las expectativas de la sociedad<sup>35</sup>. Sin embargo, desde la niñez surgen diversas dudas e inquietudes relacionadas con el tema, que muchas de las veces no son aclaradas y tienden a crecer más durante la juventud<sup>36</sup>.

Si desde la niñez no se aclaran dudas e inquietudes, que en nada responden a una actitud inmoral, cuando se acerca el momento en que el deseo sexual despierta, los jóvenes se enfrentan a muchas dudas que poco ayudan al disfrute de una relación sexual, a prevenir el contagio de alguna infección de transmisión

---

<sup>33</sup> PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Colombia joven. Encuesta nacional de juventudes. Bogotá, 2000. 94-110p.

<sup>34</sup> CORDOBA, Julio. Valores, normas, actitudes y comportamientos sexuales en adolescentes y jóvenes. Proyecto alianza para la salud Paraguay, 2004. 40p.

<sup>35</sup> Ibid. 19p.

<sup>36</sup> NAVARRO, Edgar. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes escolarizados. Barranquilla – Colombia, 2003.

sexual, así como de tener un embarazo no deseado o recurrir a la práctica del aborto.

La forma en que los jóvenes actúan frente al tema de la sexualidad y la manera en que dirigen su vida sexual, mantienen una estrecha e importante relación con su contexto social y cultural. La Encuesta Nacional de la Juventud señala que la vida sexual de los jóvenes se encuentra estrechamente relacionada con la vida conyugal; es decir, hay un tiempo muy corto entre la primera relación sexual y el inicio de la vida en pareja (dos meses a tres meses). La mayoría de estos jóvenes tienen su primera relación sexual entre los 12 y los 19 años de edad aproximadamente, además es frecuente que entiendan las relaciones sexuales como el paso de la juventud a la vida adulta<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Encuesta nacional de juventudes. Op cit. 97p.

## 8. CONCLUSIONES

Después de analizar detalladamente los resultados obtenidos del estudio realizado a los adolescentes y preadolescentes que forman parte del cuerpo estudiantil de la institución educativa Claretiano jornada adicional podemos concluir que:

- El conocimiento que poseen los adolescentes y preadolescentes es insuficiente para la gran cantidad de situaciones y riesgos a los que están expuestos.
- Los adolescentes y preadolescentes poseen muchas fuentes de información a las que acuden, siendo internet y los amigos la fuente que más consultan.
- Los adolescentes y preadolescentes no consultan a ninguno de los profesionales del área de la salud, ni a profesionales capacitados cuando poseen dudas sobre temas relacionados con sexualidad y reproducción.
- Dentro de la muestra estudiada se evidencia una heterogeneidad socio-demográfica; observando adolescentes y preadolescentes de todas los rangos de edades, estratos sociales, condiciones económicas, tipos de familia etc. lo que nos permitió establecer que aunque la condición socioeconómica y el medio que rodea al adolescente y preadolescente es un factor determinante para diferentes creencias erróneas acerca de sexualidad, no necesariamente los que menos condiciones económicas poseen saben menos de sexualidad, ni los que mejores condiciones económicas poseen saben más.
- Los adolescentes y preadolescentes tienen mejores relaciones personales y de comunicación entre sus pares, es decir con los hermanos dentro del ámbito familiar y con los compañeros dentro del ámbito institucional, lo que dificulta que la información correcta y veraz llegue a ellos ya que sus pares tienen las mismas dudas que ellos y acuden a las mismas fuentes de información.
- Los adolescentes y preadolescentes aun tienen arraigados a sus actitudes y comportamientos los estándares clásicos de los roles tanto masculino y femenino dentro de la sociedad, poseen actitudes y comportamientos que restringen a los hombres, mientras son más permisivas con las mujeres.
- Aun existe la creencia que la anticoncepción es función exclusiva de la mujer y juzgan el comportamiento sexual de la mujer como inadecuado, mientras que el comportamiento sexual del hombre es natural y bien tolerado.
- Los adolescentes y preadolescentes no están usando un método de anticoncepción de forma frecuente y responsable, además, tienen un concepto

claro del preservativo como método de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Los adolescentes y preadolescentes siguen siendo víctima de la presión de los amigos y de la pareja al momento de tomar la decisión de iniciar su vida sexual, además, ser motivados por la curiosidad que genera esta situación.
- Los adolescentes y preadolescentes que ya iniciaron su vida sexual han tenido un máximo de tres parejas sexuales durante toda su vida.

## 9. RECOMENDACIONES

La Institución educativa establezca un espacio dentro de la jornada académica para incluir la cátedra de educación sexual en los grados de educación básica secundaria y media vocacional con los temas establecidos por los estándares curriculares para brindarle a los adolescentes y preadolescentes una información clara, veraz y oportuna que ayude a la formación personal de los estudiantes, además, de brindarles herramientas útiles para la toma de decisiones con respecto a su vida sexual.

Designar un profesional capacitado, que brinde confianza y seguridad a los estudiantes para brindar asesorías sobre temas relacionados con sexualidad.

Charlas institucionales con los estudiantes que no han recibido capacitación sobre temas relacionados con sexualidad para brindarles de forma clara la información que hasta el momento no han recibido.

Charlas con docentes y padres de familia para establecer la importancia de una adecuada educación sexual desde el núcleo familiar e institucional que le va a permitir al adolescente y preadolescente poseer las herramientas necesarias para manejar las diferentes situaciones a las que se va a ver enfrentado además, de fortalecer la madurez sexual de los mismos para actuar con responsabilidad.

Realizar el diagnóstico de otras instituciones educativas para así poder hacer el diagnóstico de la población adolescentes y preadolescente de la ciudad y el departamento para tomar las decisiones administrativas y pedagógicas necesarias que ayuden a disminuir las ETS, embarazos no deseados, abortos y demás en adolescentes y preadolescentes.

Establecer convenios entre el programa de medicina de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana, la secretaria municipal y departamental de educación y la secretaria municipal y departamental de salud para brindar educación y capacitación a docentes, administrativos y estudiantes de las diversas instituciones educativas que ayuden a disminuir la falta de información de los adolescentes y preadolescentes sobre sexualidad; siendo esta una herramienta adecuada para concientizar a los jóvenes de la toma de decisiones con responsabilidad y madurez sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

ARIZA, C – Cesari, M – Gabriel y Galán M; Programa integrado de pedagogía sexual en la escuela, Instituto Borja de Bioética – Barcelona, Nancea S.A. Editores. Primera Edición: 199. 150p.

CORREA, Carlos y Sánchez, Alfonso; Investigación III (módulo I): La hipótesis investigativa, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación. Primera Edición: 1988. 320p.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Investigación III (módulo II): El diseño investigativo, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación. Primera Edición: 1988. 250p.

JARAMILLO, Guillermo; Proyectos de comunidad, Universidad del Quindío, Programa de educación abierta y a distancia. Primera Edición: 1990. 132p.

MASTERS, William – Jonson, Virginia – Kolodny, Robert; La sexualidad humana, tomos 1, 2 y 3. Editorial Grijalbo S.A. Segunda Edición: 1994. 234p.

PATIÑO, Luis y Galvis, Wilson; Psicología general, Universidad del Quindío, Programa de educación abierta y a distancia. Quinta Edición: 1989. 156p.

ROJAS, Felipe y Sanchez, Alfonso; Investigación II (módulo I): El problema investigativo, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación. Primera Edición: 1987. 124p.

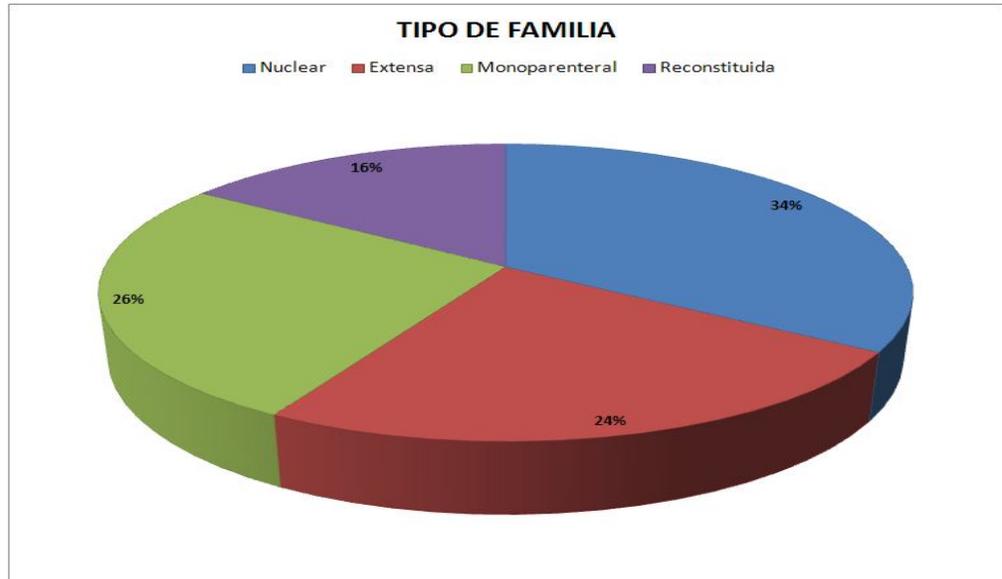
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Investigación II (módulo I): El razonamiento investigativo, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación. Primera Edición: 1987. 212p.

VALOIS, Robert y Kammermann, Sandra; Su sexualidad: una autoevaluación. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. Segunda Edición: 1995. 5-136p.

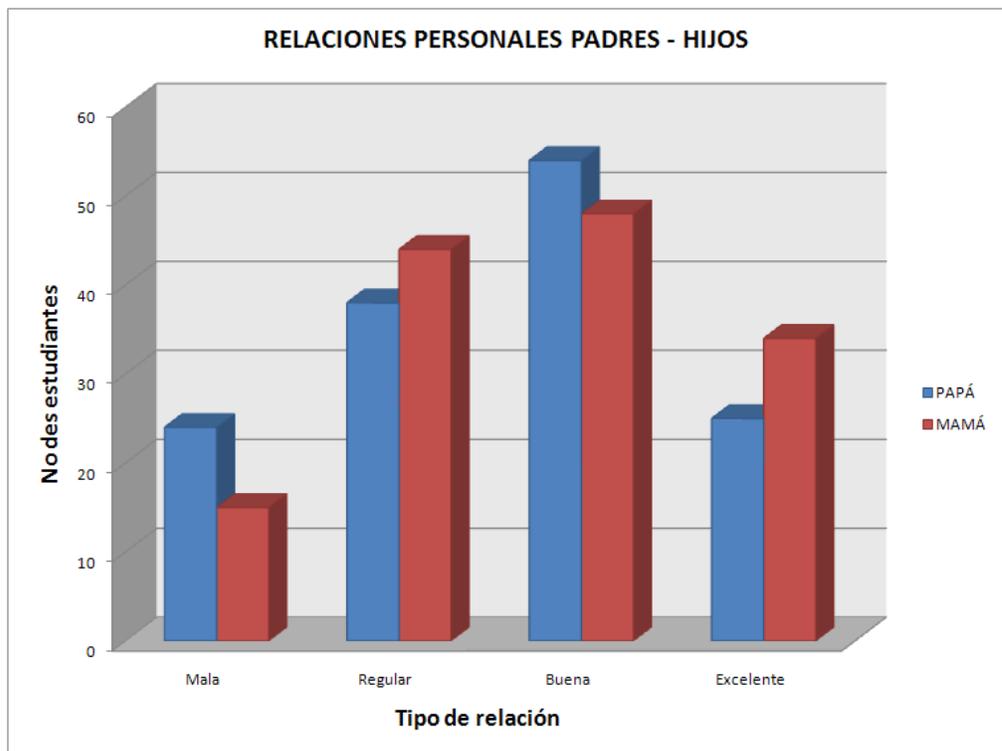
# ANEXOS

## Anexo A. OTROS RESULTADOS

**Grafica 11.** Tipo de familias de los adolescentes.



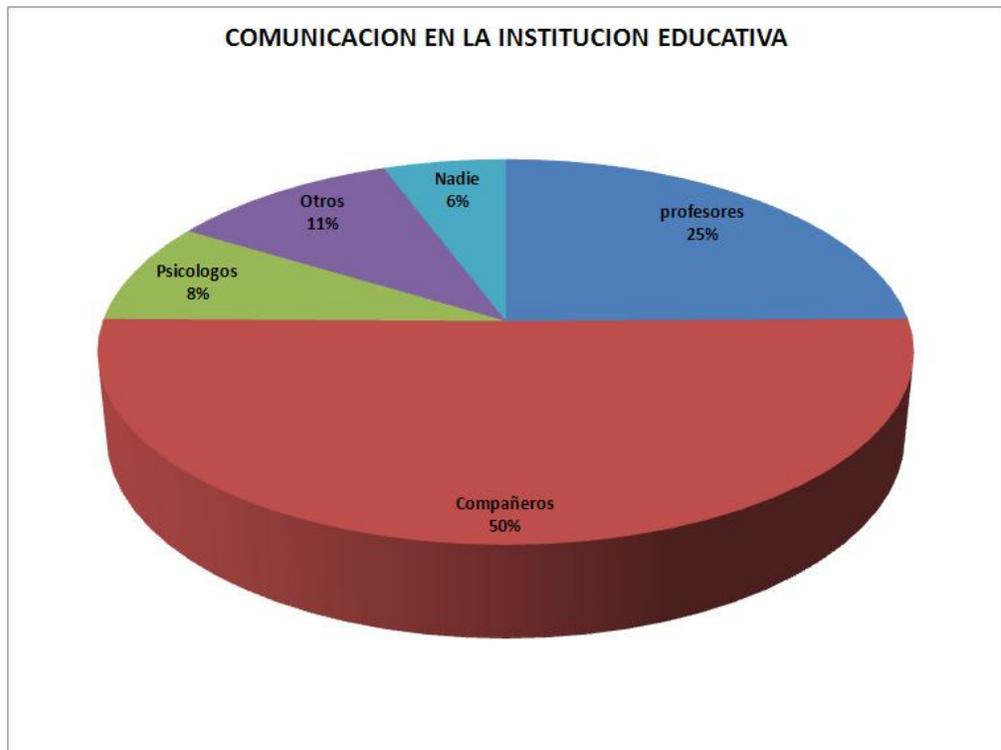
**Grafica 11.** Relación padre-hijo vs relación madre-hijo.



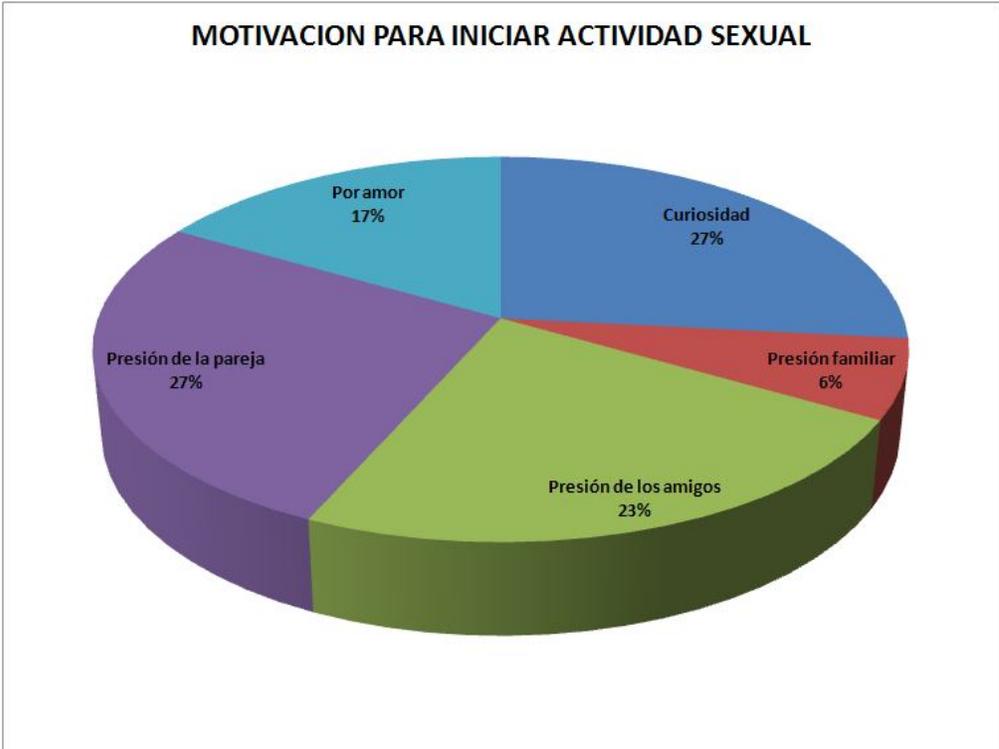
**Grafica 12.** Familiares a quienes acuden los adolescentes cuando tienen dudas.



**Grafica 113.** Personas en el colegio a quienes acuden los adolescentes cuando tienen dudas.



**Grafica 114.** Motivación de los adolescentes para iniciar su actividad sexual.



**Anexo B. INSTRUMENTO 1**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA – FACULTAD DE SALUD – MEDICINA  
ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS FRENTE A CONDUCTAS  
SEXUALES EN ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES. 2008**

**INSTRUCCIONES:** Lea cada pregunta cuidadosamente para determinar cuál es la respuesta más apropiada. Señale la letra de la o las respuesta escogida con una “X” en la hoja de respuesta.

1. Edad
  - a. 12 años
  - b. 13 años
  - c. 14 años
  - d. 15 años
  - e. 16 años
  - f. 17 años
  - g. 18 años
  
2. Sexo
  - a. Femenino
  - b. Masculino
  
3. Curso
  - a. Octavo
  - b. Noveno
  - c. Décimo
  - d. Undécimo
  
4. Estrato
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5
  
5. Jornada
  - a. Mañana
  - b. Tarde

6. Usted vive con
  - a. Ambos padres
  - b. Solo mamá
  - c. Solo papá
  - d. Hermanos
  - e. Tíos
  - f. Abuelos
  - g. Primos
  - h. Madrastra o Padrastro
  - i. Otros
  
7. En su casa trabajan y aportan al sostenimiento del hogar
  - a. Ambos padres
  - b. Solo mamá
  - c. Solo papá
  - d. Hermanos
  - e. Tíos
  - f. Abuelos
  - g. Primos
  - h. Madrastra o Padrastro
  - i. Otros
  
8. Los ingresos mensuales en su hogar son
  - a. Menos de 1 SMMV
  - b. Entre 1 Y 2 SMMV
  - c. Entre 2 Y 3 SMMV
  - d. Entre 3 Y 4 SMMV
  - e. Mas de 5 SMMV
  
9. En tu casa la persona con la quien mas dialogas, a la que le cuentas todos tus problemas (personales, académicos, etc.) es
  - a. Ambos padres
  - b. Solo mamá
  - c. Solo papá
  - d. Hermanos
  - e. Tíos
  - f. Abuelos
  - g. Primos
  - h. Madrastra o Padrastro
  - i. Otros

10. La relación familiar con tu papá es:
- a. Excelente, hablamos todos los días, me aconseja, le cuento lo que me inquieta.
  - b. Buena, hablamos con frecuencia, no le cuento algunas cosas porque me da pena o miedo, pero en general nos la llevamos bien.
  - c. Regulares, casi no hablamos, no le cuento lo que me pasa porque me regaña por todo, además no confío en el
  - d. Malas, nunca hablamos
11. La relación familiar con tu mamá es
- a. Excelente, hablamos todos los días, me aconseja, le cuento lo que me inquieta
  - b. Buena, hablamos con frecuencia, no le cuento algunas cosas porque me da pena o miedo, pero en general nos la llevamos bien
  - c. Regulares, casi no hablamos, no le cuento lo que me pasa porque me regaña por todo, además no confío en ella
  - d. Malas, nunca hablamos
12. En el colegio la persona con la quien mas dialogas, a la que le cuentas todos tus problemas (personales, académicos, etc.) es
- a. Profesor (a)
  - b. Compañeros
  - c. Psicólogo
  - d. Otros
13. Cuando necesitas información sobre sexo, relaciones personales, planificación familiar, etc. Recurres a
- a. Papá
  - b. Mamá
  - c. Hermanos
  - d. Tíos
  - e. Abuelos
  - f. Amigos
  - g. Profesores
14. Si decides buscar información sobre los mismos temas lo haces en
- a. Libros especializados
  - b. Internet
  - c. Revistas
  - d. Folletos
  - e. Videos
  - f. Conserjerías medicas
15. En el colegio te enseñan educación sexual
- a. Si
  - b. No

16. Si contestaste "sí" esta información es
- a. Excelente, me enseña y prepara para la vida
  - b. Buena, algunas cosas sirven, otras no
  - c. Regular, la gran mayoría de cosas no sirven
  - d. Mala, no sirve para nada

17. Ha tenido relaciones sexuales
- a. Sí
  - b. No

**INSTRUCCIONES:** Lea cada pregunta cuidadosamente para determinar cuál es la respuesta más apropiada. Señale la letra de la respuesta escogida con una "X", si no sabe cual es la respuesta mas apropiada señale el literal "NO SE".

18. La parte más sensitiva sexualmente del cuerpo de una mujer es:
- a. La parte interior de la vagina
  - b. Los senos
  - c. El clítoris
  - d. Los labios pudendos
  - e. NO SE

19. Algunas vaginas son "demasiado grandes" y otras "demasiado pequeñas".
- a. Verdadero
  - b. Falso
  - c. NO SE

20. El fluido mucoso que lubrica la vagina en preparación a una relación sexual es secretado principalmente por:
- a. El útero
  - b. La glándula de Bartholin
  - c. El clítoris
  - d. Las paredes vaginales
  - e. NO SE

21. Todos los embriones humanos masculinos tienen genitales femeninos durante los primeros meses de desarrollo.
- a. Verdadero
  - b. Falso
  - c. NO SE

22. La(s) hormona(s) más directamente responsable de la ovulación es (son):

- a. Progesterona
- b. FSH (Hormona estimuladora del folículo)
- c. LH (Hormona luteinizante)
- d. FSH y LH
- e. NO SE

23. Un examen del himen puede comprobar que una mujer no es virgen.

- a. Verdadero
- b. Falso
- c. NO SE

24. Un útero vuelto hacia atrás o inclinado puede interferir en la concepción.

- a. Verdadero
- b. Falso
- c. NO SE

25. Un método preciso para determinar cuándo ocurre la ovulación consiste en contar hasta:

- a. El decimocuarto día del ciclo menstrual
- b. Catorce días antes del primer día de flujo menstrual
- c. El punto medio del ciclo menstrual
- d. El decimoséptimo día del ciclo menstrual
- e. NO SE

26. Una mujer está a salvo de concepción si la relación sexual ocurre durante la menstruación.

- a. Verdadero
- b. Falso
- c. NO SE

27. Los cólicos menstruales y el dolor no tienen causa fisiológica.

- a. Verdadero
- b. Falso
- c. NO SE

28. La esperma puede vivir en el cuerpo de una mujer durante:

- a. Doce a veinticuatro horas
- b. Veinticuatro a treinta y seis horas
- c. Cuarenta y ocho a setenta y dos horas

- d. Doce días
- e. NO SE

29. La probabilidad de que una relación sexual específica termine en un embarazo es:

- a. 6%
- b. 24%
- c. 56%
- d. 84%
- e. NO SE

30. Una combinación de severos síntomas físicos y psicológicos que ocurren justo antes de la menstruación se llama:

- a. Melancolías menstruales
- b. Síndrome premenstrual
- c. Melancolías de bebé
- d. La regla
- e. NO SE

31. Un hombre debe tener erección para que haya eyaculación.

- a. Verdadero
- b. Falso
- c. NO SE

32. En una eyaculación promedio, ¿más o menos cuántos espermatozoides hay?

- a. 20,000
- b. 175,000 a 200,000
- c. 30 a 40 millones
- d. 200 a 500 millones
- e. NO SE

33. Hoy en Colombia la edad promedio en que los hombres llegan a la pubertad es:

- a. 12.4 años
- b. 13.4 años
- c. 14.5 años
- d. 15.4 años
- e. NO SE

34. ¿Es un sólo espermatozoide suficiente para fertilizar el óvulo?

- a. Sí
- b. No
- c. NO SE

35. ¿Al espermatozoide le basta sólo su propio poder para llegar al óvulo durante la fecundación?

- a. Sí
- b. No
- c. NO SE

36. Anterior a la eyaculación, una pequeña cantidad de líquido mucoso de la glándula de Cowper se secreta por la uretra. Este líquido puede contener:

- a. 5,000 espermatozoides
- b. 50,000 espermatozoides
- c. 90,000 espermatozoides
- d. 1 millón de espermatozoides
- e. NO SE

37. Las células de espermatozoides saludables y de larga vida tienden a producir:

- a. Rubios
- b. Niños
- c. Niñas
- d. Gemelos
- e. NO SE

38. La temperatura interna de los testículos es:

- a. Igual a la temperatura normal del cuerpo
- b. Dos grados más fría
- c. Cuatro grados más fría
- d. Dos grados más cálida
- e. NO SE

39. ¿Son las erecciones de los adolescentes "más erectas" que las de hombres más viejos?

- a. Sí
- b. No
- c. NO SE

40. Generalmente la fertilización del óvulo ocurre en:

- a. La trompa de Falopio
- b. El ovario
- c. El cervix
- d. El útero
- e. NO SE

41. Después de salir del ovario el óvulo se puede fertilizar durante:

- a. Doce horas
- b. Doce a veinticuatro horas
- c. Treinta y seis a setenta y dos horas
- d. Una semana
- e. NO SE

42. ¿Cuánto tiempo transcurre antes de que el huevo fertilizado se adhiera a la pared del útero?

- a. Un día
- b. Tres días
- c. Cinco días
- d. Siete días
- e. NO SE

43. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren debido a:

- a. Trauma psicológico
- b. Trauma fisiológico
- c. Premaluridad del feto
- d. Un embrión defectuoso
- e. NO SE

44. ¿En las pruebas de gravidez qué hormona se pretende encontraren la sangre u orina?

- a. Estrógeno
- b. Progesterona
- c. Cuerpo lúteo
- d. Gonadotropina coriónica
- e. NO SE

45. Dos funciones de la placenta son:

- a. Transferir alimentos de la madre al feto y eliminar sustancias de desecho que éste produzca.

- b. Secretar líquido amniótico y proteger al feto
- c. Guardar alimentos y oxígeno para el feto
- d. Proteger al feto e iniciar el parto
- e. NO SE

46. La placenta también:

- a. Filtra sustancias que pueden ser dañinas al feto
- b. Secreta hormonas que ayudan a mantener el embarazo
- c. Regula los latidos del corazón del feto
- d. Protege al feto
- e. NO SE

47. La placenta está formada por:

- a. El huevo fertilizado
- b. El útero
- c. El óvulo
- d. Las trompas de Falopio
- e. NO SE

48. ¿Qué sucede con la placenta después del parto?

- a. Se degenera en el útero y el cuerpo la absorbe
- b. Se descompone y el cuerpo la expulsa en el siguiente ciclo menstrual
- c. Se expulsa del útero cuando el bebé nace
- d. Se degenera justo antes del parto
- e. NO SE

49. ¿Cuántas arterias y venas tiene el cordón umbilical?

- a. Una arteria y una vena
- b. Dos arterias y una vena
- c. Dos arterias y dos venas
- d. Cientos de pequeñas arterias y venas
- e. NO SE

50. El feto flota en el líquido amniótico para:

- a. Ayudar en el desarrollo de los músculos
- b. Absorber oxígeno del líquido
- c. Protegerlo de los golpes
- d. Absorber alimentos del líquido
- e. NO SE

51. La amniocentesis se usa primordialmente para:
- Detectar defectos de nacimiento como anemia de células falciformes y el síndrome de Down
  - Detectar enfermedades relacionadas con el sexo tales como distrofia muscular
  - Determinar el sexo del bebé
  - Verificar el estado de desarrollo del bebé
  - NO SE

52. El sexo del bebé lo determina:
- El deseo de los padres
  - El óvulo
  - El espermatozoide
  - Las trompas de Falopio
  - NO SE

53. El corazón y el cerebro del embrión empiezan a desarrollarse durante:
- La primera semana después de la fertilización
  - La primera semana después del implante
  - La tercera semana después de la fertilización
  - El primer mes después de la fertilización
  - NO SE

54. Los mayores sistemas de órganos están presentes en el feto al terminar:
- El tercer mes
  - El quinto mes
  - El sexto mes
  - El séptimo mes
  - NO SE

55. Cuando se evalúa la fertilidad, los problemas de infertilidad pueden ser por lo general atribuidos a:
- La mujer
  - El hombre
  - Ambos miembros de la pareja
  - Uno de los miembros de la pareja
  - NO SE

56. De los siguientes procedimientos cuál es probablemente más *eficaz* para la prevención de las E.T.S. en mujeres:

- a. Utilizar con regularidad un *spray* vaginal.
- b. Utilizar con regularidad una ducha vaginal medicada, especialmente después del coito.
- c. Limitar el número de contactos sexuales.
- d. Lavar la vulva con jabón y agua tibia durante el baño o ducha.
- e. NO SE

57. Los cambios en los métodos anticonceptivos han sido acreditados como parte del incremento en las tasas de E.T.S. ¿Cuál de los siguientes es considerado como el más responsable de esto?

- a. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) que pueden ser expulsados
- b. Uso de "la píldora" por parte de muchas mujeres
- c. Una reducción marcada en el uso de condones por parte de los hombres
- d. Uso de espumas y geles espermaticidas
- e. NO SE

58. ¿Cuál de los siguientes síntomas es característico de la fase inicial de la sífilis?

- a. Una secreción del pene en hombres; no hay síntomas en mujeres
- b. Una erupción cutánea en todo el cuerpo
- c. Un chancro en el sitio donde el microorganismo entra al cuerpo
- d. Unas lesiones dolorosas, como ampollas, en los genitales
- e. NO SE

59. La segunda fase de la sífilis está caracterizada por:

- a. Unas lesiones dolorosas, como ampollas, en los genitales
- b. Una erupción cutánea
- c. Fiebre alta, inflamación genital y sudoración nocturna
- d. No hay síntomas observables
- e. NO SE

60. El periodo de incubación (eso es, el tiempo entre la infección y la aparición de síntomas) en personas con sífilis sintomática es alrededor de:

- a. Tres a cuatro días
- b. Veinticinco días
- c. Diez a noventa días
- d. Tres a cuatro semanas
- e. NO SE

61. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de las infecciones vaginales comunes es falsa?

- a. Son más comunes que la gonorrea y la sífilis
- b. El medio vaginal es típicamente alcalino por naturaleza
- c. Los lactobacilos por lo general ayudan a mantener un ambiente vaginal sano.
- d. La terapia antibiótica puede incrementar la probabilidad de una infección vaginal.
- e. NO SE

62. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la tricomoniasis es cierta?

- a. Tanto los hombres como las mujeres pueden portar esta infección, pero los hombres frecuentemente no presentan síntomas.
- b. El síntoma más común en mujeres es un flujo acuoso gris que huele como a caucho quemado.
- c. El tratamiento consiste en supositorios vaginales tales como la nistatina.
- d. No hay efectos a largo plazo de la infección tricomoníásica.
- e. NO SE

63. ¿Cuál de los siguientes es un síntoma de la candidiasis vaginal?

- a. Un flujo delgado gris con la consistencia de una masa harinosa
- b. Un flujo espumoso blanco o amarillo con un olor desagradable
- c. Un flujo grumoso blanco que se parece al queso campesino
- d. Vesículas dolorosas, como ampollas, en los labios mayores
- e. NO SE

64. Es un microorganismo bacteriano ahora reconocido como la causa de un grupo diverso de infecciones genitales.

- a. Clamidia tracomatis
- b. Cándida albicans
- c. Tricomonas vaginales
- d. Gardenerella vaginal
- e. NO SE

65. El virus Papiloma Humano es asociado más cercanamente con:

- a. Esterilidad femenina
- b. Endometriosis
- c. Cáncer cervical
- d. Enfermedad inflamatoria pélvica
- e. NO SE

66. Típicamente ocurre cuando organismos infecciosos del tipo clamidia u otros se desplazan del cervix hacia arriba, infectando el tejido de recubrimiento del útero

(endometrio), trompas de falopio, posiblemente los ovarios y otras estructuras abdominales adyacentes.

- a. Uretritis no gonocócica
- b. Conjuntivitis
- c. Keratitis prodromal
- d. Enfermedad inflamatoria pélvica
- e. NO SE

67. ¿Hasta qué momento es recomendable que una mujer se abstenga del coito después de un episodio de herpes?

- a. Cuando las ampollas empiezan a formar una costra
- b. Cuando las erupciones en los labios mayores se han sanado completamente
- c. Diez días después de que las erupciones en los labios mayores se han sanado completamente
- d. Un mes después de que las erupciones en los labios mayores se han sanado completamente
- e. NO SE

68. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los factores que pueden desatar un episodio de herpes?

- a. Una dieta alta en carbohidratos complejos
- b. Estrés emocional
- c. Quemadura del sol
- d. Estar extenuado(a)
- e. NO SE

69. El herpes genital hace a una mujer más susceptible a:

- a. Diabetes
- b. Cáncer cervical
- c. Cirrosis del hígado
- d. Influenza
- e. NO SE

70. En la mayor parte, pero no la totalidad de los casos, un individuo desarrollará anticuerpos al HIV dentro de \_\_\_\_\_ de quedar infectado

- a. Un mes
- b. Tres meses
- c. Seis meses
- d. Un año
- e. NO SE

71. ¿Cuál de las siguientes condiciones puede actuar en conexión con el virus del SIDA para producir esa enfermedad?

- a. Herpes
- b. Blenorragia
- c. Chancro
- d. Todas las anteriores
- e. NO SE

72. ¿Cuál de los siguientes exámenes de sangre es *más comúnmente* usado para detectar la presencia de anticuerpos al virus del SIDA?

- a. Western blot ("la mancha occidental")
- b. HIV - CDC
- c. HIV - ELISA
- d. Prueba HSV
- e. NO SE

73. El periodo promedio de incubación para SIDA tiene un rango estimado entre:

- a. Seis meses a un año
- b. Uno a once años
- c. Ocho a once años
- d. Doce a quince años
- e. NO SE

74. La mayoría de los patógenos que causan E.T.S se parecen en que ellos:

- a. Prosperan en las membranas genitales húmedas.
- b. Prosperan en superficies del cuerpo que son oscuras, tibias y húmedas.
- c. Prosperan en áreas del cuerpo que son iluminadas, frías y secas.
- d. Por lo general causan la enfermedad pélvica inflamatoria si no son tratados.
- e. NO SE

75. Los métodos anticonceptivos suelen utilizarse para:

- a. Como medio para controlar la natalidad y la superpoblación mundial.
- b. Para evitar embarazos no deseados en los adolescentes.
- c. Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.
- d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

76. ¿Cuál de los siguientes no es un método anticonceptivo?

- a. Métodos de barrera.
- b. Métodos químicos.

- c. Métodos de retroalimentación.
- d. Métodos de abstinencia periódica.

77. El diafragma es un anticonceptivo de tipo:

- a. Químico.
- b. Barrera.
- c. Abstinencia.
- d. Esterilización.

78. La Píldora es un anticonceptivo de tipo:

- a. Barrera.
- b. Abstinencia.
- c. Químico.
- d. Esterilización.

79. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos necesita ser recetado por un médico?:

- a. El método Ogino.
- b. El Preservativo.
- c. Los Espermicidas.
- d. La Píldora.

80. ¿Cuál de los siguiente métodos anticonceptivos no necesita de receta médica o visita al ginecólogo?:

- a. La Píldora.
- b. El Diafragma.
- c. La Vasectomía.
- d. El Preservativo.

81. ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización masculino prácticamente irreversible?:

- a. El método Ogino.
- b. La Vasectomía.
- c. El DIU o Dispositivo Intrauterino.
- d. La Ligadura de Trompas.

82. ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización femenino prácticamente irreversible?:

- a. El método Ogino.

- b. La Vasectomía.
- c. El DIU o Dispositivo Intrauterino.
- d. La Ligadura de Trompas.

83. ¿Cuál es el método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual?:

- a. EL DIU.
- b. La Píldora.
- c. El Condón.
- d. La Vasectomía.

84. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos no puede evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual?:

- a. El método Ogino.
- b. La Píldora.
- c. El DIU.
- d. Todas las opciones son correctas.

## Anexo C. INSTRUMENTO 2

### UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA – FACULTAD DE SALUD – MEDICINA ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS FRENTE A CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES. 2008

**INSTRUCCIONES:** Lea cada pregunta cuidadosamente para determinar cuál es la respuesta más apropiada. Señale la letra de la o las respuesta escogida con una “X” en la hoja de respuesta.

1. Ha tenido relaciones sexuales
  - a. Si
  - b. No
  
2. Cuantas parejas sexuales ha tenido
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5
  - f. 6
  - g. 7
  - h. Mas de 7
  
3. Se protege de embarazos no deseados en cada relación sexual
  - a. Si
  - b. No
  
4. A usted o a su pareja le han realizado o abortos
  - a. Si
  - b. No
  
5. Utilizas algún método de planificación familiar:
  - a. Si
  - b. No
  
6. Que método de planificación familiar usa
  - a. Píldora
  - b. Inyecciones
  - c. DIU
  - d. Implante intradérmico
  - e. Condón

7. Con que frecuencia lo usa
  - a. Siempre
  - b. A veces
  - c. Nunca
  
8. Que método de planificación familiar usaría
  - a. Píldora
  - b. Inyecciones
  - c. DIU
  - d. Implante intradérmico
  - e. Condón
  
9. Se proteges para no contagiarte de alguna ETS en cada relación sexual
  - a. Si
  - b. No
  
10. Alguna vez ha padecido una ETS
  - a. Si
  - b. No
  
11. Que tipo de ETS
  - a. Sífilis
  - b. Gonorrea
  - c. Clamidia
  - d. Chancro
  - e. Hepatitis
  - f. VIH – SIDA
  
12. Consulta al médico por este motivo
  - a. Si
  - b. No
  
13. La razón por la cual inicio su actividad sexual fue:
  - a. Curiosidad
  - b. Presión de la pareja
  - c. Presión de los amigos
  - d. Presión familiar
  - e. Por amor

**INSTRUCCIONES:** Lea cada afirmación atentamente y responda utilizando la escala indicada. Use la hoja de respuestas para indicar la suya.

**MUY DEACUERDO: A**  
**DE ACUERDO: B**  
**EN DESACUERDO: C**  
**EN TOTAL DESACUERDO: E**

13. Los hombres se deberían sentir cómodos recibiendo flores de una mujer.
14. Las mujeres deberían tomar los pasos necesarios para prevenir el embarazo, ya que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer.
15. El rol de la mujer es quedarse en casa, cuidar a los niños y apoyar a su esposo en su trabajo; el rol del hombre es apoyar a la familia económicamente.
16. El hombre debe estar abierto a reubicarse debido al trabajo de su esposa, sin importar quien tenga un salario más alto.
17. Se debe esperar que los hombres se pongan de pie cuando llegue una mujer y que les abran las puertas a ellas.
18. Los hombres y las mujeres deberían compartir por igual el rol de tomar decisiones en la casa.
19. Las mujeres deben compartir los gastos en las
20. Una mujer que aspira a una carrera profesional no puede ser una buena madre.
21. Los hombres deberían ser libres de expresar sus emociones abiertamente como las mujeres.
22. Las mujeres se deben sentir libres de comenzar el acto sexual.
23. La educación es igual de importante para marido y mujer.
24. Sólo los hombres deben ser llamados al servicio militar.
25. La sociedad discrimina a las mujeres en ciertas ocupaciones
26. La sociedad discrimina a los hombres en ciertas ocupaciones.
27. Los padres deben permitir a sus hijos jugar con muñecas.
28. Una mujer debe ser capaz de perseguir cualquier interés o carrera que desee, siempre que ésta no incomode a su esposo.

29. Las niñas deben ser criadas sintiéndose orgullosas de decir que su vocación es ser esposa y madre.
30. El movimiento hacia la desexualización de la ropa, trabajos, recreación y educación es peligroso.
31. El instinto maternal y cuidado es exclusivo de la mujer.
32. Los hombres son sexuales, las mujeres son reproductoras.
33. Los niños juegan al amor cuando lo que desean es sexo, las niñas juegan al sexo cuando lo que desean es amor.
34. Las mujeres casadas se deben sentir cómodas manteniendo sus apellidos de solteras.
35. Los hombres están en posición de beneficiarse del movimiento feminista tanto como las mujeres.
36. La pareja ideal debe ir junta a todas partes.
37. A las mujeres se les debe permitir servir en combate dentro de las fuerzas armadas.
38. Siento que soy una persona de valor, por lo menos en un plano equitativo con los demás.
39. Siento que tengo muchas virtudes.
40. Generalizando, siento que soy un fracaso.
41. Soy *capaz* de hacer cosas tan bien como la mayoría de las personas.
42. Siento que no tengo mucho de que sentirme orgulloso(a).
43. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).
44. Generalizando, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)
45. Me gustaría tener más respeto por mí mismo(a).
46. Indudablemente a veces me siento inútil.
47. A veces creo que no soy bueno(a) para nada.

48. Es más condenable que una mujer se acueste con muchos hombres a que el hombre lo haga con muchas mujeres.
49. Es mejor que un niño pierda su virginidad antes de terminar la adolescencia.
50. Está bien que una mujer tenga más de una relación sexual a la vez.
51. Es tan importante que un hombre sea virgen al llegar al matrimonio como lo es para las mujeres.
52. Apruebo que una niña de 16 años tenga relaciones sexuales así como las tiene un joven de la misma edad.
53. Admiro a una niña que ha tenido relaciones sexuales con muchos chicos
54. Siento pesar por una mujer que a los 21 años es todavía virgen.
55. Es tan aceptable para mí que una mujer tenga sexo casual así como un hombre pueda tenerlo.
- 56.
57. Está bien que un hombre tenga relaciones sexuales con una mujer que no ama.
58. Admiro a un hombre que ha tenido relaciones sexuales con muchas chicas.
59. Una mujer que toma la iniciativa en la relación sexual es demasiado agresiva.
60. Está bien que un hombre tenga más de una relación sexual a la vez.
61. Cuestiono el carácter de una mujer que ha tenido muchas parejas sexuales
62. Admiro a un hombre que es virgen cuando se casa.
63. Un hombre debería tener más experiencia sexual que su esposa.
64. Una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es fácil.
65. Siento pesar por un hombre que a los 21 años es virgen.
66. Cuestiono el carácter de un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales.

67. Las mujeres son naturalmente más monógamas (inclinadas a quedarse con una sola pareja) que los hombres.
68. Un hombre debe contar con experiencia sexual cuando se ase.
69. Un hombre que tiene relaciones sexuales en la primera cita es fácil.
70. Esta bien que una mujer tenga relaciones sexuales con alguien a quien no ama.
71. Una mujer debe contar con experiencia sexual cuando se casa
72. Es mejor que una niña pierda su virginidad antes de terminar su adolescencia.
73. Admiro una mujer que es virgen cuando se casa.
74. Un hombre que toma la iniciativa en la relación sexual es demasiado agresivo.
75. Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales
76. El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión
77. A toda persona que vaya a tener una conducta coital, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción
78. Las/os padres de las/os menores de 18 años que vayan a un centro de planificación familiar para obtener un anticonceptivo, deberían ser informados
79. Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución
80. La prostitución debería ser legalizada
81. Abrazar y besar a una persona de otro sexo forma parte del natural proceso de crecimiento de las/os jóvenes
82. Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a
83. El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí

84. El coito entre personas jóvenes no casadas es aceptable para mí si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo
85. La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual
86. Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece
87. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella
88. El coito sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí
89. La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela
90. Si un/a joven se masturba puede sufrir malas consecuencias
91. Tener fantasías sexuales es desaconsejable para las personas jóvenes
92. La educación sexual es peligrosa
93. Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes
94. Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable
95. La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía
96. Las/os jóvenes son, en general, muy irresponsables
97. Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día
98. En general, tengo buena opinión de las/os jóvenes de hoy
99. Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos
100. La mayoría de las personas jóvenes son responsables
101. Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad
102. La juventud de hoy me merece mala opinión

**INSTRUCCIONES:** Considere cada ítem tan cuidadosa y precisamente como pueda, después coloque el número que indica su sentimiento al lado del número correspondiente al enunciado en la hoja de respuestas..

**EN TOTAL ACUERDO: A**  
**DE ACUERDO: B**  
**NINGUNA OPINION: C**  
**EN DESACUERDO: D**  
**EN TOTAL DESACUERDO: E**

103. Me sentiría cómodo(a) trabajando de cerca con un hombre homosexual.
104. Me gustaría ir a eventos sociales en donde estén presentes personas homosexuales.
105. Me sentiría incómodo(a) si me enterara que mi vecino(a) es homosexual.
106. Si un miembro de mi sexo manifestara un interés sexual hacia mí, me sentiría enojado(a).
107. Me sentiría cómodo(a) sabiendo que soy atractivo(a) para algunos miembros de mi propio sexo.
108. Me sentiría bien incómodo(a) al ser visto en un bar de homosexuales
109. Me sentiría cómodo(a) si un miembro de mi sexo intentara seducirme.
110. Me sentiría cómodo(a) si me sintiera atraído por un miembro de mi propio sexo.
111. Me sentiría decepcionado(a) si me enterara de que mi hijo(a) es homosexual.
112. Me sentiría nervioso(a) estando en un grupo de homosexuales.
113. Me sentiría cómodo(a) sabiendo que mi párroco es homosexual.
114. Me sentiría mal si me enterara de que mi hermano o hermana es homosexual.
115. Sentiría que he sido un fracaso como padre si me entero que mi hijo(a) es homosexual.
116. Si viera a dos hombres tomados de la mano en público, me daría asco.

117. Si un miembro de mi propio sexo intentara seducirme, me sentiría ofendido(a).
118. Me sentiría cómodo(a) si me enterara de que la profesora del colegio de mi hija es lesbiana.
119. Me sentiría incómodo(a) si me enterara de que a mi cónyuge o compañera(o) le ha atraído un miembro de su propio sexo.
120. Me sentiría tranquilo(a) hablando con una persona homosexual en una fiesta.
121. Me sentiría incómodo(a) si me enterara de que mi jefe es un(a) homosexual.
122. No me molestaría caminar por un sector de la ciudad, predominantemente homosexual.
123. Me molestaría enterarme de que mi médico es un(a) homosexual.
124. Me sentiría cómodo si me enterara de que mi mejor amigo(a) de mi sexo es homosexual.
125. Si un miembro de mi propio sexo intentara seducirme, me sentiría halagado(a).
126. Me sentiría incómodo(a) sabiendo que el profesor del colegio de mi hijo es homosexual
127. Me sentiría cómodo(a) trabajando de cerca con una mujer homosexual.
128. El aborto penaliza a quienes no han nacido por error de la madre.
129. El aborto hace que la vida ocupe un lugar bastante inferior en la escala de valores.
130. El deseo de abortar de una mujer debe ser considerado como una razón suficiente para hacerlo.
131. Estoy de acuerdo con la legalización del aborto para que las mujeres puedan hacerlo con la atención médica apropiada.
132. El aborto debe ser prohibido porque es un acto contra la naturaleza.
133. Abortar no debe ser algo de qué apenarse.

134. El aborto es una amenaza a la sociedad.
135. El aborto es la destrucción de una vida para la conveniencia de otra.
136. Una mujer no debe tener remordimientos si ha eliminado la carga de un niño no deseado a través del aborto.
137. El feto debe ser protegido legalmente contra el aborto, puesto que él no se puede defender a sí mismo.
138. El aborto debe ser una alternativa cuando la anticoncepción ha fallado.
139. Los abortos deben ser permitidos porque los no nacidos son tan solo potenciales seres humanos y no seres humanos verdaderos.
140. Cualquier persona que ha abortado seguramente es egoísta y no le importan los demás.
141. El aborto debe estar al alcance de todos como método de mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la comunidad.
142. Muchas más personas estarían a favor del aborto si conocieran más acerca de éste.
143. Una mujer debe tener un hijo ilegítimo en vez de abortar.
144. *La liberalidad de las leyes sobre aborto se debe mirar como un paso positivo.*
145. El aborto debe ser ilegal puesto que la Enmienda Catorce\* dice que ningún estado debe "privar de vivir, de la libertad o propiedad sin un proceso de ley a ninguna persona."
146. Los no nacidos nunca deben ser abortados sin importar qué tan perjudiciales puedan ser los posibles efectos sobre la familia.
147. Los males sociales involucrados en imponer sobre una mujer el deber de tener un hijo son peores que cualquier mal de destruir a un no nacido.
148. La decencia prohíbe el aborto.
149. Un embarazo no deseado y no planeado no debe considerarse como un embarazo sino como una circunstancia para la cual hay una cura médica: el aborto.

150. El aborto equivale a un homicidio.
151. El hecho de que el aborto sea asequible hará que las personas se descuiden en sus prácticas anticonceptivas.
152. El aborto debe ser considerado como una medida de salud legítima.
153. Los no nacidos deberían tener los mismos derechos que la posible madre.
154. Cualquier prohibición del aborto es opresivo a las mujeres.
155. El aborto debe ser aceptado como un método de control de la población.
156. El aborto viola el derecho fundamental a la vida.
157. Si una mujer siente que un hijo dañaría su vida, debería tener un aborto.

## Anexo D. PRESUPUESTO

**Tabla 2.** Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)

<b>RUBROS</b>	<b>TOTAL</b>
PERSONAL	\$900.000
EQUIPOS	\$0.00
SOFTWARE	\$0.00
MATERIALES	\$261.000
SALIDAS DE CAMPO	\$39.600
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$0.00
PUBLICACIONES Y PATENTES	\$0.00
SERVICIOS TECNICOS	\$0.00
VIAJES	\$0.00
CONSTRUCCIONES	\$0.00
MANTENIMIENTO	\$0.00
ADMINISTRACION	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.200.600</b>

**Tabla 3.** Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)

<b>INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR</b>	<b>FORMACION ACADEMICA</b>	<b>FUNCION DENTRO DEL PROYECTO</b>	<b>DEDICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
LIDA PEÑA	Pre-grado	Investigador	100 horas	300.000
CARLOS REYES	Pre-grado	Investigador	100 horas	300.000
DANIEL ALMARIO	Pre-grado	Investigador	100 horas	300.000
DOLLY CASTRO	Postgrado	Asesora	30 horas	300.000
DIEGO CERQUERA	Postgrado	Asesor	50 horas	500.000
<b>TOTAL</b>			<b>300 horas</b>	<b>1.700.000</b>

**Tabla 4.** Descripción de software que se planea adquirir (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
EPIINFO ®	Software que permite la codificación y tabulación de los datos para analizarlos	ES GRATUITO EN INTERNET
<b>Total</b>		<b>\$0.00</b>

**Tabla 5.** Salidas de campo (en miles de \$)

<b>ITEM</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>TOTAL</b>
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 6	\$2.200	3	\$6.600
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 7	\$2.200	3	\$6.600
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 8	\$2.200	3	\$6.600
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 9	\$2.200	3	\$6.600
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 10	\$2.200	3	\$6.600
APLICACIÓN ENCUESTA GRADOS 11	\$2.200	3	\$6.600
<b>TOTAL</b>			<b>\$39.600</b>

**Tabla 6.** Materiales, suministros (en miles de \$)

<b>MATERIALES</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>VALOR</b>
Fotocopias	Se necesitan para aplicar las encuestas a los sujetos a estudiar.	\$200.000
Impresiones (toner para impresora)	Se necesita para poder presentar el documento del proyecto a los interesados	\$40.000
Póster	Se necesita para poder sustentar el proyecto antes los asesores	\$77.000
Cd's	Se necesita para poder presentar el documento en medio magnético del proyecto a los interesados	\$20.000
Papel por Resma	Se necesita para poder imprimir y presentar el documento del proyecto a los interesados	\$12.000
<b>Total</b>		<b>\$361.000</b>