

90
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"CONDUCTA SEXUAL Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y EL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO BASICO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN
HERNANDEZ GONZALEZ MARIA MAGDALENA
HERNANDEZ RUIZ EVA PATRICIA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. SELENE CANSINO
DIRECTOR DE LA FACULTAD: DR. ARTURO BOUZAS RIANO
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1999
276300'



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICAMOS LA PRESENTE
INVESTIGACIÓN A TODOS LOS
ADOLESCENTES.

Y AGRADECEMOS ESPECIALMENTE A
TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE
PARTICIPARON, NOS APOYARON Y
APORTARON SUS CONOCIMIENTOS PARA
LA REALIZACIÓN Y CULMINACIÓN DE
ESTA TESIS, YA QUE SIN USTEDES NO
HABRIAMOS PODIDO REALIZARLA.

CON TODO NUESTRO CORAZÓN
MIL GRACIAS

MALE Y PATY.

AGRADECIMIENTOS
MA. MAGDALENA

AGRADEZCO:

A DIOS POR ESTAR VIVA Y CON GANAS DE TRIUNFAR

A MIS PADRES POR SU APOYO Y POR EL EJEMPLO QUE ME HAN BRINDADO PARA SEGUIR ADELANTE LUCHANDO POR LO QUE QUIERO.

A ALBERTO POR SU PARTICULAR FORMA DE DECIR SUPÉRATE.

A ELVIRA POR SU CORAJE Y EMPEÑO.

A IÑAKI POR EXISTIR Y ESTAR JUNTO A MÍ.

A MI ABUELITA NACHITA Y ABUELITO FERNANDO QUE TANTO EXTRAÑO.

A MI ABUE OLIVA POR SU TERNURA Y FUERZA QUE ALIENTAN A TODOS LOS QUE LA RODEAMOS.

A MIS TIOS Y TIAS POR EL APOYO RECIBIDO A TRAVÉS DEL CAMINO RECORRIDO.

A MIGUEL ANGEL POR TODO, POR SU AMOR, COMPAÑÍA, APOYO, CONSUELO, COMPRENSIÓN Y SUS GANAS DE SER MEJOR DÍA CON DÍA.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS POR SU ALEGRIA Y SUS PORRAS.

**A TODOS LOS AMO
Y POR USTEDES SOY
LA PERSONA QUE AHORA SOY.**

AGRADECIMIENTOS

EVA PATRICIA

AGRADEZCO:

A DIOS POR LA VIDA QUE ME HA DADO Y AGRADEZCO POR LA INTELIGENCIA DE LA CUAL ME HA DOTADO, PARA ASÍ PODER CUMPLIR CON MI COMETIDO.

QUIERO AGRECECER A MIS PADRES, ISIDRO Y MARGARITA, NO SÓLO POR HABERME DADO LA VIDA, TAMBIÉN POR SU AMOR, CARÍÑO, COMPRENSIÓN Y SOBRE TODO POR EL APOYO BRINDADO PARA PODER LOGRAR MIS METAS. POR QUE SIN SUS CONSEJOS Y EJEMPLOS NO SERÍA LO QUE SOY.

A ALEX CON AMOR, AGRADEZCO POR HABERLO CONOCIDO Y POR COMPARTIR SU VIDA CON LA MÍA, POR SU AMOR Y EL APOYO BRINDADO PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO.

A MIS HIJOS: HAZAEL Y ALLAN POR SER LA RAZÓN DE MI VIDA Y LA INSPIRACIÓN A SEGUIR ADELANTE.

A MIS HERMANOS GERARDO, LIZ Y ALE POR IMPULSARME Y TENER CONFIANZA EN MÍ.

A MIS ABUELOS TINO Y TRINI, A MIS TIAS GLORIA Y MARIPAZ Y MIS PRIMOS HEBERT Y PAULINA POR SU CARÍÑO Y POR CREER EN MÍ.

**CON CARÍÑO
PATY**

FALTA PAGINA

No. 1

ÍNDICE

1. Resumen.	3
2. Introducción.	6
3. Antecedentes.	12
Capítulo 1. La sexualidad humana y educación de la sexualidad.	13
Capítulo 2. El adolescente y su sexualidad.	22
Capítulo 3. Actitud hacia la sexualidad.	50
Capítulo 4. Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	59
3. Método.	70
4. Resultados.	84
5. Discusión.	100
6. Conclusiones y sugerencias.	111
7. Referencias.	114
8. Anexos.	123
8.1. Anexo 1.	124
8.2. Anexo 2.	132

RESUMEN

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar los patrones de conducta sexual, actitudes hacia la sexualidad y actitudes hacia el VIH-SIDA en un grupo de adolescentes hombres y mujeres, entre 13 y 16 años de edad que cursaban el tercer grado de educación media básica.

La muestra se dividió en dos grupos: 1) hombres 2) mujeres, y a su vez dichos grupos se dividieron en a) adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales y b) adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

La investigación fue de tipo ex post facto, de campo y transversal; el tipo de diseño fue multivariado y a nivel intragrupo.

Se utilizaron tres instrumentos, dos para medir actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA, los cuales fueron elaborados y aplicados por Alfaro (1991), y otro para explorar las diferentes conductas sexuales, el cual fue elaborado por las realizadoras de esta investigación y se retomaron algunas preguntas del cuestionario de conducta sexual elaborado y utilizado por Camarillo (1990)

Se realizó un análisis descriptivo de las variables a través de medidas de tendencia central (mediana, modo, media) y medidas de dispersión (rango intercuartil y desviación estándar). Posteriormente se empleó estadística inferencial con la prueba de U de Mann Withney, para determinar las diferencias entre los grupos. Finalmente se analizaron las relaciones entre actitudes hacia la sexualidad y hacia el VIH-SIDA al interior de cada grupo a través de la prueba de correlación de Spearman.

Como resultado de este trabajo se encontró que los hombres en comparación con las mujeres estudiadas: 1) tienen una conducta sexual más liberal, 2) practican más la masturbación, 3) experimentan caricias y relaciones sexuales con mayor número de parejas y 4) manifiestan menor temor al castigo.

Así mismo, tanto los adolescentes hombres, como los hombres y mujeres que sí han tenido relaciones sexuales, difieren significativamente de las adolescentes mujeres y de los y las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, en referencia a mostrar una actitud más liberal hacia la sexualidad. Sin embargo, en los cuatro grupos, ni el género, ni el ejercicio de la sexualidad se asocian con una actitud abierta y objetiva sobre el VIH-SIDA.

Como conclusión del presente estudio se considera necesario e indispensable proporcionar más educación sexual objetiva, científica y asertiva, tanto a los y las adolescentes, como al grupo de adultos responsables de proporcionarles, a ellos y ellas educación y formación en sexualidad

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La humanidad se encuentra en la última década del Siglo XX con un gran avance tecnológico y científico, sin embargo, la batalla contra las enfermedades infecciosas aún no se ha ganado, como lo demuestra la aparición de una pandemia mundial que ha suscitado toda una gama de reacciones a nivel médico, social y económico: *El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*. Este ha propiciado numerosas investigaciones en busca de medidas para contrarrestar sus efectos, ya que dicha enfermedad no respeta sexo, raza, credo, posición social o edad.

A dieciocho años de la detección e identificación del SIDA y con miles de pérdidas humanas, la ciencia no ha logrado encontrar un tratamiento efectivo para erradicar el problema, por lo que es necesario reforzar las medidas preventivas que permitan disminuir el riesgo de contraer el *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Prevenir la infección mediante una vacuna no ha sido posible hasta ahora, además, ha sido difícil por que implica intervenir en una de las actividades más íntimas del ser humano: la sexualidad.

La expansión de la pandemia del siglo llamada VIH-SIDA, entre la juventud, en especial en la adolescencia, es preocupante y más aún cuando no hay una opción de erradicar esta enfermedad de tipo terminal.

El interés por estudiar a los adolescentes, radica en que esta población en México representa aproximadamente el 35.4% de la población total, y dicha población es la que se encuentra en alto riesgo de infección, ya que está presentando la más alta incidencia de casos de infección por VIH. Esto puede deberse a la falta de información y a la forma insegura en que algunos adolescentes ejercen su sexualidad, por lo tanto, falta de consciencia del riesgo, ya que los adolescentes se encuentran oscilando, por una parte, entre una sexualidad tradicional y conservadora, cuya actitud hacia la sexualidad y actitud hacia el VIH-SIDA es desfavorable, colocando al adolescente en riesgo de contraer el virus; y por otra parte, entre una sexualidad en libertad, que da lugar a una actitud hacia la sexualidad y hacia el VIH-SIDA favorable en la vía de prevención del contagio del VIH-SIDA.

Con base en lo anterior se abordaron los siguientes temas:

- Cap. 1: Sexualidad humana y educación de la sexualidad, en donde se definen los conceptos básicos de sexualidad humana, así como la importancia que tiene una adecuada educación sexual y reproductiva, que incluye tanto aspectos formativos como informativos, para que el adolescente pueda expresar su sexualidad de manera responsable.
- Cap. 2: El adolescente y su sexualidad, aquí se describe el desarrollo biopsicosocial del ser humano durante la etapa de la adolescencia y la expresión de su sexualidad.

- Cap. 3: Actitud hacia la sexualidad, donde se expone la importancia que tienen las actitudes como parte de la expresión acerca de la conducta, como se constituyen y los factores que influyen en la adquisición de estas hacia la sexualidad y el VIH-SIDA.
- Cap. 4: VIH-SIDA, en este último capítulo trata lo relacionado al VIH-SIDA desde un marco biopsicosocial, así como sus formas de prevención.

El objetivo del presente estudio fue determinar en una población adolescente, sus patrones de conducta sexual, sus actitudes hacia la sexualidad y sus actitudes hacia el VIH-SIDA. Así mismo, determinar la relación que guardan estas variables y si existen diferencias entre ellas en función del sexo de los sujetos o de sus experiencias sexuales. La presente investigación se realizó con una muestra de 218 adolescentes hombres y mujeres entre 13 y 16 años de edad que cursaban el tercer grado en la Escuela Secundaria Técnica # 51 "Ing. Miguel Bernard" del turno matutino.

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por cuota, ya que los sujetos no fueron elegidos aleatoriamente, divididos en 109 hombres y 109 mujeres.

La investigación fue de tipo ex post facto, al no haberse manipulado ninguna variable; de campo, por que se realizó en el ambiente natural de los sujetos; y transversal, ya que la información se recolectó una sola vez.

Se utilizaron tres instrumentos, dos de los cuales fueron elaborados y aplicados por Alfaro (1991), los cuales miden las actitudes hacia la sexualidad en 16 reactivos y las actitudes hacia el SIDA en 26 reactivos.

El tercer instrumento fue un cuestionario de 21 preguntas elaborado por las realizadoras de esta investigación en el cual se retomaron algunas preguntas del cuestionario de conducta sexual elaborado y utilizado por Camarillo (1990), en el cual explora diversas conductas sexuales de los adolescentes. Dichos instrumentos se muestran en la parte final de este trabajo (anexo 1 y anexo 2).

Los resultados del presente estudio revelan que la mayoría de los adolescentes que participaron en el mismo sienten haber recibido una educación sexual adecuada, siendo las principales fuentes de información los padres y maestros aunque estos generalmente no poseen conocimientos suficientes sobre el tema para esclarecer las dudas de sus hijos.

En lo que respecta a la conducta de masturbación se observó claramente una diferencia entre los géneros, siendo mayormente ejercida por los hombres en comparación con las mujeres, aunque es importante mencionar que un mayor número de éstas, empezaron a masturbarse a edades más tempranas.

Otro aspecto importante que resalta, es el relacionado con la experiencia del orgasmo, donde más de la mitad de los hombres refieren haberlo tenido, mientras que un porcentaje considerable de mujeres reportaron no saber que es un orgasmo.

En cuanto a las relaciones sexuales se sigue percibiendo una marcada diferencia, ya que un porcentaje mayor de hombres, en comparación con las mujeres, reportan haber tenido relaciones sexuales, siendo importante mencionar que aunque los hombres hicieron uso de varios métodos anticonceptivos, un mayor porcentaje de mujeres hizo uso del condón.

En referencia a las actitudes hacia la sexualidad se encontraron diferencias significativas entre los grupos hombres y mujeres y adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales y los que no las habían tenido, siendo más liberal la actitud hacia la sexualidad entre el grupo de hombres, así como en el grupo de los adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales, mientras que las actitudes hacia el VIH-SIDA no difiere de ninguna forma entre los cuatro grupos de adolescentes antes mencionados.

Con estos resultados se muestra que aún en nuestros días, la educación sexual para hombres y mujeres sigue siendo diferente. Por todo lo anterior, la propuesta que se concluye como producto de esta investigación, es diseñar e impulsar una serie de proyectos que influyan en los adolescentes tempranos a un cambio de actitudes en sentido favorable hacia la sexualidad y el VIH-SIDA, así como el ejercicio responsable de su sexualidad. Esto con el objetivo de garantizar la coherencia entre la actitud y el comportamiento sexual responsable, efectivo y afectivo, en la vía de menor riesgo de contraer el virus del VIH-SIDA.

ANTECEDENTES

CAPITULO 1

LA SEXUALIDAD HUMANA Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Los y las jóvenes son quizá el sector de la población con mayor necesidad de recibir información sexual. Esto se debe en parte, a las contradicciones a las que se ve expuesto el adolescente sobre este tema.

Por una parte, el y la adolescente reciben constantemente información sexual indiscriminada que los incitan a ejercer su sexualidad, y por otra, los padres y a veces los maestros les inculcan la abstinencia sexual hasta el matrimonio y sólo con fines reproductivos.

Por esta razón es necesario y urgente que el y la adolescente posea una adecuada orientación sexual y reproductiva, que incluya tanto aspectos informativos como formativos que le permitan expresar sus sexualidades de manera responsable, sin angustia y con placer (Monroy, 1985).

Existen varias definiciones sobre la palabra sexualidad, una de las creencias más populares es que dicho término se reduce a las actividades relacionadas con la obtención de placer sexual, sin ser esto cierto. (CONAPO, 1991).

A pesar de que las palabras sexo y sexualidad son generalmente usadas indistintamente como sinónimos, existe una clara diferencia entre ellas. El sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y estos al relacionarse tienen la potencialidad de la reproducción (CONAPO, 1991).

Eusebio Rubio (CONAPO, 1994) describe que la sexualidad humana "es ante todo una abstracción, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquiere significado sexual, y por lo tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante".

Es posible por lo tanto, concluir que la palabra sexo se refiere a una estructura biológica, mientras que la palabra sexualidad se refiere a la expresión dinámica de esta estructura.

La sexualidad, restringida en un principio a factores psicobiológicos vinculados a la procreación, ha pasado a ser considerada como parte de la expresión de la personalidad del individuo (CRESALC, 1978). Es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia y del desarrollo personal en general.

Money (1965, citado por Monroy 1985) menciona que la base biológica de la sexualidad se denomina sexo biológico, que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencia a los seres vivos en macho y hembra, u hombre y mujer. Al unirse el óvulo de la mujer y el espermatozoide del hombre se produce una combinación de cromosomas dando como resultado las fórmulas XX (mujer) o XY (hombre), conocido como sexo cromosómico.

En la evolución intrauterina, desde la fertilización hasta el nacimiento, se van presentando una serie de cambios fundamentales para la vida futura del nuevo ser, uno de los más determinantes se da entre la sexta y la octava semana, debido a la presencia o ausencia de la hormona testicular (testosterona), ya que si se presenta en mayores cantidades debido al cromosoma Y, se desarrollará el sistema de Wolf para los hombres, y en el caso de su ausencia, seguirá su

desarrollo formando el sistema de Muller para las mujeres. En este proceso, se forman los testículos, el pene y el escroto en el hombre; y los ovarios, los óvulos, el útero y la vulva en la mujer, quedando establecido de esta forma el sexo genital

Al nacer, los adultos como responsables y debido a que los órganos sexuales del bebé están diferenciados, le asignan un sexo de acuerdo a sus genitales externos. A esto se le llama sexo de asignación, mismo que determinará las condiciones de crianza del nuevo individuo como niño o niña, desde su nombre, hasta el tipo de ropa, juguetes y educación que recibirá (Money, 1982).

John Money (1965, citado por Monroy, 1985) fue quien propuso por primera vez el término identidad sexual, y lo describe como el aspecto psicológico de la sexualidad que comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

La identidad de género es la forma en que las personas se perciben internamente como hombres o como mujeres, y la manifestación externa de esta percepción, ésta se establece mediante la transmisión social a partir de las personas responsables como son los padres y personas cercanas, durante la práctica diaria de crianza.

Una vez diferenciada, la identidad de género recibe posteriormente, confirmación a partir de los cambios hormonales de la pubertad (Money, 1982).

El rol de género, conocido también como rol sexual, es todo lo que las personas hacen o dicen para indicar a los demás y/o a sí mismas, el grado en el que se es hombre o mujer. Así mismo, es el encargado de establecer los patrones de conducta típicos de cada género en las diferentes sociedades.

Finalmente, la orientación sexual se refiere a la atracción o gusto de la persona por otra persona del mismo sexo o del sexo opuesto como compañero (a) sexual (Money, 1982),

De tal forma que en el desarrollo de la sexualidad intervienen factores biológicos y culturales que influyen en el logro o no de la salud sexual. Para lograr la salud sexual los seres humanos deben buscar su bienestar propio y el de los demás, así como, tener la capacidad de expresar libremente y con armonía su sexualidad (OPS, 1998).

La responsabilidad es un elemento importante de la expresión sexual sana e implica tener en cuenta las posibles consecuencias de las conductas sexuales. Sin embargo, para que el ser humano pueda ejercer su sexualidad con responsabilidad debe contar con información objetiva (Monroy, 1985), así como establecer y respetar límites y parámetros de seguridad propia y el de la pareja.

La salud sexual también ha sido tema de interés para los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1975 la OMS definió a la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor" (OPS, 1998).

Veinte años después, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en El Cairo, y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que se llevó a cabo en Beijing, se estableció que para que las personas logren su desarrollo éstas deben tener control sobre su vida sexual y reproductiva.

Además, se señaló que "la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y a la atención en materia de reproducción y de Infecciones de Transmisión Sexual" (OPS, 1998).

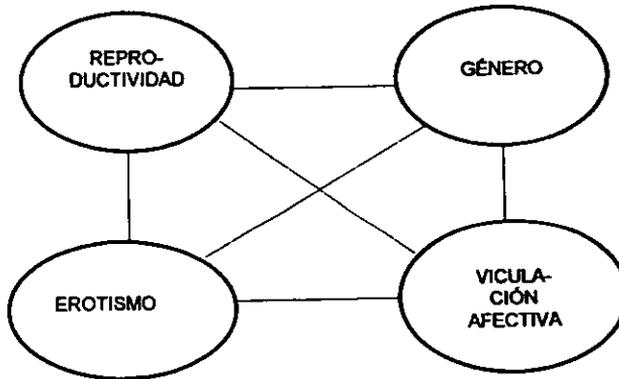
Eusebio Rubio (1994) menciona que existen dos modelos de estudio de la sexualidad humana: uno de ellos atribuye a la sexualidad un carácter biológico que lucha por expresarse ante la estructura social y educativa; y para el otro, la sexualidad es vista como el resultado de la interacción grupal, es decir, a partir de una base biológica y su expresión: se originan diversas ideas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad.

El presente trabajo se basa en el segundo de estos modelos y en la teoría del sistema general propuesta por Ludwig von Bertalanffy y adaptada para el estudio de la sexualidad por Eusebio Rubio (1994). Esta teoría considera que la sexualidad debe ser estudiada con métodos de la biología, la psicología, la sociología, la antropología y de otras disciplinas humanísticas con el fin de lograr un conocimiento integral. Así mismo, esta teoría propone que el sistema sexual está formado por elementos en interacción llamados holones sexuales (*holos* en griego significa todo), es decir, cada elemento del sistema en sí mismo es un todo.

En sus propias palabras, Rubio (1994) propone el siguiente modelo para el estudio de la sexualidad humana: "es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal" (ver figura 1).

Estos subsistemas pueden, ser estudiados desde cualquier disciplina, la biología, la psicología, etc.

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA DE ACUERDO CON EL MODELO DE LOS CUATRO HOLONES SEXUALES



La integración de los subsistemas es central en este modelo, puesto que un sistema no puede ser comprendido correctamente si se considera de manera aislada. El estudio de la sexualidad por ejemplo debe considerar los cuatro holones o subsistemas

El holón de la reproductividad no se limita a los eventos biológicos de la concepción, el embarazo y el parto, sino también incluye aspectos psicológicos y sociales (OPS, 1998). Por reproductividad se entiende la capacidad humana de producir individuos semejantes (reproducción); así como, las construcciones mentales sobre la reproducción como es la maternidad, la paternidad, así como la concepción social y política sobre la reproducción, etc.

A partir de las diferencias corporales que nos hacen hombres o mujeres, las vivencias personas y la interacción con los demás van conformando un determinado autoconcepto y una concepción del mundo usualmente diferenciados en función del sexo al que se pertenece. Esta serie de ideas dan origen al género, el segundo de los holones.

La construcción social asigna papeles y responsabilidades específicos a hombres y mujeres en una sociedad dada. Estos papeles son influenciados por percepciones y expectativas emanadas de factores culturales, políticos, ambientales, económicos, sociales religiosos, así como la costumbre, la ley y los prejuicios individuales o institucionales que se han establecido y arraigado a través de los años (OPS, 1998).

El holón del erotismo es el componente placentero de las experiencias sexuales, tanto individuales como en interacción con otros. El erotismo es una característica específicamente humana que resulta de la capacidad de experimentar placer sexual.

El holón de la vinculación afectiva interpersonal es la capacidad humana de desarrollar afectos intensos hacia otro ser humano. Es necesario que ésta se desarrolle (al igual que los otros componentes de la sexualidad), para garantizar una persona sexualmente funcional en la vida adulta.

Las influencias sociales, económicas y culturales determinan las manifestaciones de estos cuatro holones. Estas influencias son frecuentemente transmitidas a través de los padres, los amigos, la religión, la educación, el empleo, la situación socioeconómica, las políticas gubernamentales, etc. (Rubio, 1994).

Mischel (1987, citado por Romero, 1998) menciona que los teóricos del aprendizaje social cognoscitivo subrayan que los niños aprenden las diferencias de comportamiento sexual por medio de la observación y el reforzamiento diferencial. La observación de modelos propios de cada sexo determina los roles sexuales que el individuo asume o reprime a través de la imitación cuando alguno de éstos, es más poderoso y gratificante.

La educación de la sexualidad implica dos aspectos básicos: la formación y la información. El primero se adquiere en el hogar de manera informal, e incluye las actitudes, normas y valores acerca del género. El segundo consiste en el conocimiento acerca de la sexualidad humana que se proporciona de manera formal y planificada, a través de las instituciones educativas (CONAPO, 1982).

El Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (1978) considera que la educación sexual debe empezar por liberar al niño, al joven y al adulto de los prejuicios, de los tabúes, de la ignorancia y del miedo a la sexualidad. Así mismo, la educación sexual debe tener como propósito que los hombres y mujeres acepten su cuerpo y su sexualidad.

En la adolescencia la educación de la sexualidad es incluso demandada por los mismos adolescentes. Estos se muestran ansiosos por adquirir y discutir temas sexuales que abarcan desde los aspectos fisiológicos hasta los problemas de tipo social como el control de la natalidad, las infecciones de transmisión sexual, etc. (Gesell, 1989).

Actualmente en México, debido a la aparición del VIH, se transmite más información sexual a través de los medios masivos de comunicación como, radio y televisión, otro medio por el cual se puede tener acceso a la información es por Internet, el problema es que sólo un grupo reducido de personas tienen acceso a dicho medio electrónico.

La Secretaría de Educación Pública a su vez se ha preocupado por incluir en sus planes de estudio la educación de la sexualidad, sin embargo, desgraciadamente los maestros y las maestras no la imparten o lo hacen de manera deficiente, ya que en muchos casos no cuentan con suficiente información y preparación para impartir este tipo de educación en forma eficaz.

CAPITULO 2

EL ADOLESCENTE Y SU SEXUALIDAD

En las sociedades industriales modernas se considera que entre la infancia y la vida adulta existe una etapa de desarrollo conocida como adolescencia. Dicha etapa se desconocía en otras épocas de la historia humana, y se asumía que la infancia terminaba y empezaba la adultez, lo que implicaba, que el y la púber asumían las responsabilidades del adulto de manera muy temprana. Con el tiempo esto cambió y se creó esta etapa de la vida, reconociéndola posteriormente, como un fenómeno socioeconómico que se da entre los individuos jóvenes.

No es fácil resumir el significado evolutivo de la adolescencia en una fórmula simple. Muchos de los males de la adolescencia suelen ser síntomas perfectamente normales del proceso evolutivo que conducen al niño a un mayor conocimiento de sí mismo. Es una etapa de complejas transiciones que abarcan, en forma simultánea, cuerpo, mente y personalidad (Masters y Johnson, 1995). A menudo éstas se producen sin aviso o conocimientos previos, por lo que el/la adolescente debe enfrentar dichas transiciones lo mejor que pueda sin contar necesariamente para ello con ayuda de la cultura o la sociedad que lo rodea.

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín *ad*: a, hacia y *olescere* de *olere*: crecer. Es decir, significa la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de *krisis*, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir de la cual se logra la identidad personal (Monroy, 1994).

Muss (1997) menciona que la palabra "adolescencia" tiene varias definiciones de acuerdo a cómo ésta es percibida: 1) socialmente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma; 2) psicológicamente, es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, transformando la conducta infantil a un comportamiento adulto de acuerdo a la sociedad en donde se desarrolla; 3) cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los 12 ó 13 años hasta los primeros años de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales.

En la literatura, por lo general, hay una diferenciación entre el adolescente joven y el mayor, o entre la adolescencia temprana y la tardía. Con frecuencia, esta diferenciación se relaciona con la edad. El grupo de edad entre los diez y los catorce años se ha definido como adolescencia temprana, mientras que el grupo de edad entre los quince y los diecinueve años como adolescencia tardía. Hurlock en los años cincuenta (citado por Powell, 1975), distinguió tres periodos en la adolescencia basados en la edad: la preadolescencia, de los diez a los doce años; la adolescencia temprana, de los trece a los dieciséis años; y la adolescencia tardía, de los diecisiete a los veintiún años.

Se considera que la infancia termina por la inconfundible aparición de los cambios en el cuerpo que dan comienzo a la adolescencia, y que se extiende desde la pubertad hasta los 20, 24 ó 25 años. La imprecisión sobre cuándo termina la adolescencia se debe a las variaciones tanto socioeconómicas como psicológicas que vive el adolescente. Por ejemplo, el momento en que adquiere

cierta independencia económica, o logra una adaptación sexual, social, ideológica o vocacional, que lo lleva a la independencia emocional de los padres.

Los términos adolescencia y pubertad se confunden frecuentemente, usándose algunas veces como sinónimos y otras, como periodos diferentes del desarrollo de los individuos. El término adolescencia ya fue definido en párrafos anteriores, y el término pubertad, se refiere a los cambios biológicos que señalan el fin de la infancia, como son: el rápido desarrollo fisiológico, alteraciones en las proporciones del cuerpo, la llegada de la menstruación en las niñas, el comienzo de la capacidad de eyacular semen en los muchachos y el cambio de voz en ambos sexos. La etapa en la que se efectúan dichos cambios se conoce como *pubertad* o *pubescencia*, palabras que se derivan de las voces latinas *pubertas* que significan "la edad viril", y *pubescere* que significa "cubrirse de pelo" o "llegar a la pubertad" (Muss, 1997).

La pubescencia dura normalmente cerca de 2 años y es la etapa durante la cual maduran las funciones reproductivas de los niños y las niñas. La edad promedio para el comienzo de la pubescencia en niñas es de diez años y en los chicos es de doce años aproximadamente.

Uno de los primeros signos de la maduración es el crecimiento súbito del adolescente, un aumento en la estatura y el peso que comúnmente comienza en las niñas entre los 9 y los 14 años y en los niños entre los 10 y los 16 años. Craig (1994) señala que las niñas tienden a crecer aproximadamente 9 cm y a aumentar de peso 5 kilos por año, llegando a su máxima estatura, regularmente, a los 16 años; mientras que en los niños, la altura aumenta en un 25% y su peso se duplica, llegando a su máxima estatura aproximadamente a los 20 años.

Los cambios físicos son controlados por las hormonas que son productos químicos que segregan las glándulas endocrinas; los hombres tienen más de las hormonas llamadas *andróginas*, de las cuales la más importante es la *testosterona*, en cambio las mujeres tienen más de las hormonas llamadas *estrógenos* y *progesterona*.

Las glándulas endocrinas son mecanismos complejos y delicados en cuanto a la secreción de hormonas, las cuales tienen que estar en un balance constante, y a la glándula pituitaria, corresponde mantener este equilibrio. La pituitaria, a veces llamada también glándula maestra o hipófisis, está situada por debajo del cerebro. Esta glándula produce diversas variedades de hormonas que estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las glándulas sexuales o gónadas (testículos y ovarios).

Las glándulas sexuales cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente (Craig, 1994).

Los cambios sexuales que experimenta el ser humano se dividen en características primarias y secundarias:

A) *Las características sexuales primarias* son aquellas que están presentes desde el nacimiento y son las que están más relacionadas con la reproducción. Específicamente, los órganos sexuales en la mujer son la vulva, la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios; y en el hombre el escroto (bolsa que contiene los testículos), los testículos, la glándula prostática, las vesículas seminales y el pene. El aumento gradual de estas partes del cuerpo llevan, a la

maduración reproductiva. La presencia de espermatozoides en la orina es considerado como el principal signo de maduración sexual en los chicos y la llegada de la menarca (menarquía), primera menstruación, es la señal de que la mujer ha alcanzado la madurez reproductiva. La menstruación aparece aproximadamente a los 12 ó 13 años, relativamente tarde en la secuencia del desarrollo femenino. La mayoría de las niñas ya han menstruado antes de cumplir los catorce años, inicialmente ésta puede ser irregular con un intervalo a veces de hasta seis meses entre los períodos, pero por lo general después de uno o dos años adquiere un patrón regular (Papalia, 1989).

La menstruación puede ser escasa e irregular durante los dos primeros años, como anteriormente se menciona, sin embargo, existe la creencia errónea que durante este tiempo los períodos son anovulatorios (sin ovulación), pero, aunque la ovulación ocurre de manera irregular, eso no significa que no exista. Por lo tanto, después de la menarquía las chicas debieran saber, que si tienen relaciones sexuales sin un anticonceptivo efectivo, puede darse la fecundación, esto lo demuestran muchas mujeres embarazadas a los trece años de edad.

Además, la frecuencia de los abortos espontáneos y las muertes fetales y/o neonatales es mayor entre las madres adolescentes que entre las mujeres de veinte a treinta años de edad (Papalia, 1989).

Se sabe menos aún acerca del momento en que los varones comienzan a ser fértiles, dado que se requiere la presencia de una considerable cantidad de espermatozoides para que el óvulo pueda ser fecundado, pero de igual manera esto puede ocurrir desde la primera eyaculación (Stone y Church, 1970).

B) *Las características sexuales secundarias* son cambios fisiológicos de los dos sexos que se desarrollan durante la pubertad, y se refieren a atributos anatómicos visibles. (Ver tabla 1).

En las mujeres se da el florecimiento de los senos que parecen desarrollarse en tres etapas: la etapa de botón (alrededor de los once y doce años), seguida por el desarrollo del "seno primario" y finalmente, por el crecimiento del pecho hasta llegar al seno "maduro".

Simultáneamente ocurre la aparición del vello púbico, el vello axilar, el aumento creciente en anchura y profundidad de la pelvis (que causa el redondeamiento de la cadera), el cambio en la voz y los cambios en la piel.

En los hombres, el pene y el escroto comienzan a aumentar de tamaño colocándose en suspensión, puesto que para sobrevivir los espermatozoides necesitan una temperatura aproximadamente constante (inferior a la temperatura normal del cuerpo). Las estructuras testiculares contienen un eficaz termostato: cuando la temperatura ambiente disminuye, los testículos se acercan a la ingle en busca de una fuente de calor corporal y cuando ella asciende, se alejan.

El tronco del pene se alarga y se ensancha, el glande (la cabeza del pene) se desarrolla hasta que, en algunos casos, emerge completamente del prepucio y el pene queda colgante (Stone y Church, 1970). De manera simultánea aparece el vello púbico rodeando la base del pene, este vello paulatinamente se va oscureciendo y extendiéndose hacia el escroto para después engrosarse. Los testículos comienzan a crecer y se producen modificaciones en su estructura interna, lo que permite la activación de las células que darán origen a los espermatozoides; al desarrollo del vello púbico le sigue el incremento del vello

axilar, el vello facial y de todo el cuerpo. Finalmente ocurren cambios en la piel, cambios en la voz haciéndose ésta más grave, y cambios en el volumen de los hombros que adquieren una amplitud mayor que el de la cadera. Posteriormente, ocurren cambios en la línea de nacimiento del cabello en que se observa que ésta empieza a retroceder (CONAPO, 1991).

Aunque biológicamente el desarrollo de las características sexuales primarias es de mayor importancia, existe entre los y las adolescentes una mayor preocupación por la aparición de las características sexuales secundarias, por que éstas resultan más obvias a la observación de sus compañeros y compañeras. En las niñas, el tamaño y el ritmo de crecimiento de los senos son fuente de gran preocupación psicológica, puesto que su desarrollo es obvio a la vista de todos y en la cultura en la que vivimos hoy en día, los senos femeninos son enaltecidos. En cambio, en los varones la causa de mayor preocupación y la base de sus problemas emocionales, son el incremento del volumen muscular que está a la vista de todos y el desarrollo del órgano sexual mayor (pene), ya que éste se compara constantemente con los genitales de sus compañeros.

Aún existe la creencia muy difundida, pero no comprobada, de que el tamaño de los genitales externos está íntimamente asociado con la virilidad y con la potencia masculina. Los adolescentes se impresionan mucho con este tipo de ideas y por lo tanto, se preocupan profundamente por el crecimiento de su propio órgano sexual.

El pene es capaz de erección a partir del nacimiento, pero hasta la época de la pubescencia la erección se asocia a una estimulación de tipo sexual. Aproximadamente en la época de la pubertad, el pene comienza a tener

erecciones con facilidad, sea espontáneamente o en respuesta a estímulos sexuales de índole visual, auditivo, olfatorio, lingüístico, etc., ya que para el adolescente cualquier estímulo puede asumir un significado sexual, y la erección irá acompañada por fuertes e inequívocos deseos de eyacular (Powell, 1975).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE LOS ADOLESCENTES

MUJERES	HOMBRES
Edad aproximada de comienzo: 10 años.	Edad aproximada de comienzo: 12 años.
Presencia de mayor cantidad de hormonas progesterona y estrógenos.	Presencia de mayor cantidad de hormonas andrógenas, siendo la más importante la testosterona.
Aumento de talla y peso.	Aumento de talla y peso.
Agrandamiento de la vagina, el útero, las trompas de falopio, los ovarios y la vulva.	Agrandamiento del escroto, los testículos, la glándula prostática, las vesículas seminales y el pene.
Llegada de la menarca.	Presencia del espermatozoide en la orina.
Crecimiento de los senos.	Aparición de vello facial.
Aparición de vello púbico.	Aparición de vello púbico.
Aparición de vello axilar.	Aparición de vello axilar.
Aumento en anchura y profundidad de la pelvis.	Ensanchamiento de los hombros.
Cambio en la voz y la piel.	Cambio en la voz y la piel.

La pubescencia corresponde al período de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora. Poco tiempo después de que el crecimiento termina, el joven alcanza la madurez reproductiva.

Los cambios de la pubertad y de la adolescencia significan para el y la joven una serie de experiencias para las cuales frecuentemente no están preparados.

Las diferencias sexuales entre hombres y mujeres en el desarrollo adolescente es un tema que ha creado considerables confusiones, ya que la gente común piensa que el desarrollo sexual de la joven se produce antes que el del varón. Esto es cierto cuando se trata de factores tales como el rápido aumento de estatura y la aparición de las características sexuales secundarias. Pero cuando se toman dos factores tan importantes como la fertilidad y la conducta sexual, resulta que el joven le lleva mucha ventaja a la mujer. Generalmente, los varones producen espermatozoides viables poco después de la primera eyaculación, o junto con ésta, en tanto que es posible que las mujeres no liberen sus óvulos con regularidad hasta varios años después de que la menarca ha comenzado, aunque hay sus excepciones (SIECUS, 1988).

Con lo que respecta a la reacción sexual, la mayor parte de los varones han experimentado el orgasmo antes de los 15 años, en comparación con las mujeres que llegan al orgasmo hasta después de los 25 años (Papalia, 1989).

Como consecuencia de estos cambios corporales se presentan varios efectos, uno de los cuales es la identidad sexual y social. Identidad e intimidad son dos de las preocupaciones que subyacen en los estados de ánimo que fluctúan constantemente en la vida de los y las adolescentes.

La búsqueda de la identidad se realiza durante toda la vida, pero comienza durante la adolescencia en donde el y la adolescente busca un sentido de sí mismo y del mundo.

La identidad adolescente es una identidad en crisis, en la que el individuo cuestiona todo e intenta diferenciarse del mundo y tener su propio "Yo". El/la adolescente se pregunta quién es, quién será, y constantemente lucha contra sus sentimientos de impotencia y dependencia (Aberastury y Knobel, 1982).

La identidad se conforma a partir de experiencias con el medio ambiente en donde la sociedad juega un papel muy importante. Un (a) joven con identidad propia puede considerarse a sí mismo (a) como un ser individual y diferente a los demás.

Otra causa de preocupación de la mayoría de los y las adolescentes es su apariencia física, ya que no están satisfechos con lo que ven en el espejo, se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales. Probablemente por que nuestra cultura hace más énfasis en los atributos físicos de la mujer, las chicas tienden a sentirse más infelices acerca de su apariencia que los chicos de su misma edad, las adolescentes se preocupan especialmente por su peso y muchas comienzan una lucha que durará toda la vida.

Es probable que la imagen física ideal esté basada en el aspecto de otro (a) adolescente, siendo importante no sólo el físico, sino también su manera de vestir, de cuidar su cabello y el tipo de actividades físicas en las que destaca. Estas características son imitadas por los y las adolescentes que crean una autoimagen que puede tener efectos duraderos en su autoestima y autoconcepto (Gesell, 1989).

Un elemento importante que regularmente se da durante el proceso de la conformación de la personalidad, es la separación progresiva del joven con los padres o los afectos familiares, aunque vuelven con ellos en ocasiones

importantes como guía y apoyo emocional, por lo que la adolescencia tampoco es una época fácil para los padres (Papalia, 1989).

Los factores psicosociobiológicos que afectan al adolescente se manifiestan en su dependencia emocional hacia los padres y en su vivencia de una genitalidad activa y apremiante. En esta edad el individuo atraviesa por una verdadera crisis que se resolverá o no, para proyectarse en el primer caso, en una adultez socialmente responsable y en el segundo, en una patología de desestructuraciones y estructuraciones permanentes y agobiantes (Aberastury y Knobel, 1982).

El rápido crecimiento físico y la nueva madurez sexual obligarían a los y las jóvenes a asumir las responsabilidades del adulto, por lo que comienzan a preguntarse acerca de sus papeles en la sociedad adulta (Papalia, 1989).

El logro de una identidad sexual madura guarda relación directa con los cambios biológicos por los que el adolescente debe pasar. Esta identidad incluye la expresión de los sentimientos y las necesidades sexuales, así como la aceptación o rechazo de los roles sexuales.

Los roles sexuales y sus estereotipos se establecen mucho antes de que la adolescencia aparezca, siendo un periodo decisivo el de los años preescolares. En los años intermedios y finales de la niñez, el niño y la niña se asocian principalmente al grupo del mismo sexo en una forma sexualmente neutral. Sin embargo, poco después de la pubertad hay un decidido interés hacia los miembros del sexo opuesto.

Uno de los cambios más profundos en la vida de un adolescente, es el cambio de la amistad cercana con personas del mismo sexo, a amistades y vínculos románticos con personas de otro sexo.

El cambio de ser miembro de un grupo unisexual de iguales a uno heterosexual, es parte de una progresión normal, sana y de un camino hacia la edad adulta.

Campbell (1955, citado por Powell, 1975) estudió las preferencias que niños y niñas de varias edades mostraban por otros del mismo sexo o del opuesto. A los diez u once años, decididamente los niños y las niñas prefieren a miembros de su propio sexo para una gran variedad de actividades. A los catorce o quince años las chicas y los chicos empiezan a escoger a muchachos y muchachas como amistades y compañía.

Al llegar a la pubertad y a la adolescencia, todos los cambios biológicos de la maduración física suscitan un nuevo interés por la sexualidad y agravan el problema de integrar esos impulsos con los otros aspectos de la personalidad. Durante la adolescencia los y las jóvenes empiezan a establecer relaciones en las que el sexo juega un papel central (Craig, 1994).

Verse a sí mismo como un ser sexual y establecer una relación romántica íntima, son aspectos importantes en la adquisición de una identidad sexual (Papalia, 1989).

Cuando el/la púber entra a la adolescencia está maduro desde el punto de vista sexual, ya que tiene capacidad para reproducirse gracias al desarrollo de sus genitales. Sin embargo, esto crea tensión, ya que el/la adolescente se haya

físicamente listo para expresar su genitalidad y al mismo tiempo, la sociedad lo reprime prohibiéndole su actividad sexual por los prejuicios y los mitos.

El impulso sexual es la búsqueda de satisfacción sexual y ha estado presente en el ser humano desde el nacimiento. Esta búsqueda va cambiando su expresión en las distintas etapas de la vida de los individuos adquiriendo una fuerza y un significado diferente en la pubertad y durante la adolescencia (CONAPO, 1991).

El despertar sexual que ocurre en la primera adolescencia y primera juventud, hace que el deseo sexual sea vigoroso y más intenso en la adolescencia que en la vida adulta. Es una fuerza nueva que se manifiesta con todo vigor, que crea nuevas necesidades y que implica nuevas inquietudes y vehementes deseos de satisfacción. Las experiencias sexuales del individuo en esta etapa moldean en gran parte sus preferencias, gustos, estímulos y respuestas sexuales que se verán reflejados en su vida sexual adulta (Giraldo, 1989).

Durante la adolescencia el impulso sexual no tiene aún una organización definitiva, ni ha encontrado un objeto de amor hacia el cual dirigirse. La tensión sexual que se libera se dirige a cualquier estímulo aún cuando no sea de carácter sexual.

La expresión de la sexualidad de ambos sexos siempre depende de las normas que imperen en la sociedad, aunque desde hace mucho tiempo se ha intentado negar la evidencia de que los y las jóvenes se interesan por su sexualidad y por como la manifiestan. Aún en la actualidad algunos adultos piensan que la información sobre sexualidad afecta a los y las jóvenes, ya que pueden motivar su actividad sexual.

En los últimos 30 años ha habido un gran aumento en la práctica de las relaciones sexuales prematrimoniales (especialmente entre las mujeres), teniendo como consecuencias una considerable disminución de la edad en que las personas empiezan su vida sexual.

Como los y las adolescentes se encuentran en un período de rebelión con los adultos, lo más probable es que decidan utilizar su sexualidad como instrumento de reto hacia ellos. En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones, además de satisfacer sus curiosidades e impulsos naturales de la edad (Masters y Johnson, 1995).

La masturbación se convierte en un factor de inquietud durante la temprana adolescencia e incluso, puede ser causa de muchos temores y ansiedades. La masturbación se define como la autoestimulación sexual que lleva al clímax u orgasmo. El término utilizado actualmente por los especialistas es autoerotismo, aunque existen varios términos populares para referirse a ésta como son: abuso de sí mismo, juego solitario, mala costumbre y onanismo.

La masturbación se practica casi siempre mediante la estimulación de los genitales con la propia mano, aunque existen otras formas en las que no necesariamente participa la mano. Se ha observado que se trata esencialmente de una reacción normal frente al desarrollo psicosexual de los y las adolescentes (SIECUS, 1988).

El y la adolescente aprenden que la excitación sexual, la turgencia y la erección del pene o del clítoris se pueden iniciar a voluntad y que el clímax orgásmico con el subsiguiente alivio predecible de la tensión, se puede producir rápidamente y reiteradamente mediante la masturbación. Esto contribuye a desarrollar el sentimiento de dominio sobre los impulsos sexuales y las nuevas aptitudes sexuales, y ayuda al adolescente a prepararse para las relaciones de pareja (SIECUS, 1988).

La masturbación puede contribuir no sólo para desahogar la tensión sexual, sino también le ayuda a la persona a conformar su autoimagen sexual, ya que se familiariza con sus órganos sexuales y con su cuerpo en general, así como las sensaciones que este, es capaz de producir (González, 1999). El/la adolescente aprende también a controlar sus respuestas sexuales y puede reducir la ansiedad originada por diversas causas, por lo que no hay razones para tratar de impedir la masturbación.

La masturbación siempre ha sido asociada con la adolescencia masculina, no sólo por la mayoría de las personas, sino hasta por muchos médicos, ya que en el adolescente varón, la masturbación constituye una actividad sexual importante. En referencia a la masturbación en la mujer la actitud social hacia ésta ha contribuido a que la masturbación se considere no existente, sin embargo, se sabe que sí la practica (González, 1999).

En el y la adolescente la masturbación es acompañada, antes o después de ésta, por sentimientos de culpa. Levin (1975, citado por López, 1988) distingue diferentes sensaciones de culpa cuya procedencia es variable: vergüenza, miedo, disgusto, culpa, enojo y depresión, lo anterior se debe por el manejo socio-religioso de este comportamiento.

La educación conservadora y las actitudes sociales y familiares prohíben la masturbación ocasionando efectos negativos. La información equivocada sobre la masturbación proveniente del medio ambiente social, produce rechazo hacia ésta, así como sentimientos de culpa.

La masturbación en los hombres se inicia casi siempre en la adolescencia, etapa en que su frecuencia es mayor, sin embargo, se sabe que algunos varones ejercen esta conducta sexual desde la primera infancia (González, 1999). Posterior a la adolescencia disminuye su frecuencia, sin que por ello desaparezca de la conducta de muchos hombres.

Las mujeres suelen iniciarse más tarde en la masturbación y ésta tiene características diferentes a las del hombre, ya que la conformación de los genitales femeninos permiten la estimulación sin utilizar necesariamente las manos, por ejemplo, al presionar una pierna con la otra o al frotar los genitales con algún objeto. Además, el tocamiento directo de los genitales en la mujer es más severamente reprimido que en los varones. Esto tiene su origen en cuestiones culturales, pues tradicionalmente se ha educado a la joven para evitar cualquier tipo de placer sexual antes del matrimonio. Por lo común, se puede ocasionar una excitación sexual en la mujer mediante estimulación directa del cuerpo, particularmente de las zonas erógenas.

Los estudios de Kinsey y colaboradores (1953, citado por Masters y Johnson, 1995) detectaron una marcada diferencia en la incidencia de la masturbación entre hombres y mujeres. Mientras que el 82% de los varones se había masturbado hasta alcanzar el orgasmo, en las mujeres sólo el 20% lo había hecho, y esta diferencia se mantenía durante el resto de la adolescencia.

Por otra parte, en el estudio realizado por Sorenson (1973, citado por Masters y Johnson, 1995) se observó algo similar al mostrar que el 39% de las jóvenes adolescentes y el 58% de los adolescentes varones se habían masturbado. Sin embargo, a los 20 años las cifras se incrementan al 85% de los varones y al 60% de las mujeres.

La excitación sexual femenina parece estar menos orientada al clímax que el deseo masculino, es decir, ésta se experimenta más como un estado que podría mantenerse indefinidamente como el preludeo del orgasmo. Sin embargo, actualmente el porcentaje de mujeres que se masturba sin carga de culpa ha ido en aumento, así como la frecuencia con la que la realizan (Stone y Church, 1970).

La actitud negativa hacia la sexualidad por el entorno sociofamiliar y el énfasis de la sociedad en los efectos negativos de la masturbación, interfieren con el proceso masturbatorio normal del adolescente, sobre todo en las chicas, ya que éstas tienden a mantener en secreto dicha conducta.

Simultáneamente, la masturbación practicada durante la adolescencia puede asociarse a conflictos no sexuales, entre ellos el aburrimiento, la frustración, la soledad, la mala imagen de sí mismo, las relaciones insatisfactorias con miembros del otro sexo, los conflictos con los padres, las excesivas presiones escolares y otros factores similares que pueden crear tensiones.

El y la adolescente procuran aliviar las tensiones emocionales mediante la masturbación, por lo que en dichos casos se debe abordar el conflicto y no a la masturbación como el problema.

Afirmaciones ridículas como la de que la masturbación ocasiona locura, desgaste, debilidad e impotencia están presentes en diferentes culturas, y persistió en la cultura occidental, hasta las primeras décadas de este siglo en las convicciones de médicos y expertos en higiene sexual. A nivel de creencia popular estas ideas todavía son proclamadas ampliamente en algunos grupos humanos, tanto en Europa como en América.

En México aún se transmiten estas creencias como parte de la enseñanza formal de escuelas a nivel secundaria y preparatoria, y estas se apoyan en supersticiones de carácter religioso que consideran como pecado no sólo la práctica de la masturbación, sino hasta el pensamiento erótico, llegando a convertirse en la fuente de muchas de las angustias de los y las adolescentes.

Todo esto interfiere con el proceso normal de integrar la sexualidad como parte del yo, y por ende con la formación de la identidad sexual. Estas supersticiones arraigadas se promueven en la enseñanza de niños, niñas y jóvenes que pertenecen a grupos religiosos ya sean protestantes, judíos o católicos, y tanto en medios rurales como urbanos (López, 1988).

En lo referente a la conducta premarital existen cuatro formas de comportamiento: *la abstinencia*, o sea la norma formal que prohíbe la cópula a ambos sexos; *la doble escala de valores*, que es la norma más antigua de Occidente, en virtud de la cual el hombre tiene más acceso al coito que la mujer; *la permisividad con afecto*, una norma cada vez más popular que autoriza a las

personas de ambos sexos a practicar el coito siempre que existe un lazo estable de afecto; y *la permisividad sin afecto*, que autoriza a las personas de ambos sexos a practicar el coito en la medida en que esa sea su voluntad, independientemente del afecto (SIECUS, 1988).

Desde luego, la llamada liberación sexual o revolución sexual no está ajena de problemas. En estudios realizados (CORA, 1985; CONAPO, 1988; Romer, Black, Ricardo, Figelman y Kaljee, 1994) se ha demostrado que la edad del primer coito ha ido disminuyendo en los últimos 30 años, sobre todo en el caso de las adolescentes.

El o la adolescente que siente curiosidad por su propio cuerpo y el de los demás, así como por sus reacciones físicas, al no obtener por parte de los adultos la información deseada, puede emprender experiencias sexuales homofílicas, y no necesariamente homosexuales, con jóvenes de su mismo sexo impulsados por el ansia de conocer. De esta forma el adolescente aprende tanto de sí mismo como de los demás.

Dichas experiencias en el y las adolescente son comunes y no necesariamente permanentes. Después de esta etapa, los y las jóvenes confirman su orientación sexual, cualquiera que esta sea (CONAPO, 1991).

El enamoramiento juvenil es eminentemente romántico, dotado de una gran devoción y, en algunos casos, el impulso sexual se canaliza a través de conversaciones sobre la sexualidad, el matrimonio, etc., más que en relaciones sexuales. A medida que los y las jóvenes se van conociendo, las conversaciones disminuyen y se hacen presentes elementos netamente sexuales, como caricias,

juegos y estimulaciones que conforman la seducción y pueden dar lugar a una relación sexual (CONAPO, 1991).

Por lo que la pauta de expresión sexual parece seguir un camino definido que va desde la conversación, el abrazo, el beso y las caricias superficiales, a las etapas más complejas de las caricias íntimas y el coito. El recorrido de estas experiencias generalmente más rápido en varones que en mujeres, puede ser influenciada por la clase social y los factores religiosos y morales, de tal forma que algunos adolescentes tendrán experiencias preconyugales y otros esperarán hasta el matrimonio para realizar el coito.

Las caricias sexuales conocidas también como *petting*, son definidas por Kinsey y colaboradores (citado por Masters y Johnson, 1995) como el contacto físico en la pareja con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito. Según estudios de Kinsey, a los 15 años de edad el 39% de las mujeres y el 57% de los hombres han pasado por la experiencia del *petting*, y a los 18 años el porcentaje es superior al 80% en ambos sexos.

Paradójicamente, nuestra cultura obstaculiza y combate la integración de la identidad sexual y la autoestima (seguridad personal), al ridiculizar o calificar de "mala" o corrompida a la expresión del deseo sexual, especialmente en las jóvenes.

La integración de la necesidad íntima y el placer sexual también son combatidos, pues se cree que una "mujer buena" se merece el amor y "la mujer mala", sólo satisface la necesidad de los placeres sexuales, por lo tanto se le clasifica de prostituta. El adolescente no integra desde el comienzo de su vida sexual activa, la unión entre la afectividad y la plenitud de goce físico sexual.

El doble estándar continúa jugando un papel importante, ya que supuestamente el hombre tiene mayor libertad sexual que la mujer y aunque no se alienten las actividades sexuales masculinas, parece que son aceptadas. Hasta hace poco, se esperaba que las muchachas conservaran sus impulsos sexuales y los de sus amigos bajo control, principalmente por el miedo a la consecuencia mayor que era el embarazo, actualmente, con la promoción de los métodos anticonceptivos se coloca toda la responsabilidad de las relaciones sexuales en el código moral de la adolescente. Al mismo tiempo, los adolescentes también creen que es más propio que una mujer "caiga en el error por pasión", a que tome precauciones usando anticonceptivos (Craig, 1994).

Se debe de tener muy presente que el coito o el orgasmo no son la única expresión sexual, ni la condición fundamental de la satisfacción sexual. La necesidad de contacto físico es una necesidad que, satisfecha, puede cumplir importantes funciones emocionales y sentimentales, y no sólo sexuales. Si la relación se acompaña del clímax orgásmico, esta bien, pero sino, también este contacto físico, sensual y afectuoso puede ser satisfactorio y de suma importancia (Giraldo, 1989).

Los jóvenes, tanto mujeres como hombres, regularmente no prevén o no planean sus relaciones sexuales, ya que generalmente son ocasionales y se realizan cuando se presenta la oportunidad.

Se ha comprobado que un gran número de adolescentes tienen relaciones sexuales (coito), pero muchos de ellos y ellas no conocen o no aplican los métodos anticonceptivos para el control de la natalidad y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Consecuentemente, el porcentaje de

embarazos entre adolescentes se ha triplicado junto con portadores de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual, siendo ambos, un problema mundial de salud en la adolescencia. (Craig, 1994).

El embarazo en adolescentes con frecuencia es de alto riesgo, ya que existe mayor probabilidad de que se presenten complicaciones antes, durante y después del parto. En ocasiones las consecuencias del embarazo en la adolescencia son permanentes para las y los jóvenes involucrados, para sus bebés y también para la sociedad. Las jóvenes están más propensas a tener complicaciones severas en el embarazo, incluyendo anemia, trabajo de parto prolongado y toxemia. Por lo que es más probable que sus bebés nazcan prematuramente, con bajo peso, con defectos neurológicos y con más alto grado de mortandad durante el primer año de vida. Estos problemas aparecen en muchos casos más por causas sociales que médicas, ya que muchas madres jóvenes son pobres, no comen apropiadamente y tienen poco o ningún cuidado prenatal.

Además, las consecuencias psicosociales que acompañan al embarazo no son nada fáciles de enfrentar, ya que muchas adolescentes no cuentan con el apoyo económico ni emocional del padre de la criatura o, si lo tienen, no es suficiente, además, no están apoyadas por redes sociales, ni tampoco están preparadas para enfrentar solas la crianza de un bebé (González, 1999).

En muchas ocasiones las adolescentes deben decidir entre el aborto (lo que a veces provoca angustia y sentimiento de culpa) o tener al hijo. En este último caso, además, deben resolver si se quedan con el hijo o lo dan en adopción. Cualquier decisión conlleva sentimientos de vergüenza, problemas en la

autoestima, deserción escolar, disminución de oportunidades laborales por tener un niño, etc. Incluso se ha observado que el riesgo de suicidio entre las madres adolescentes es mucho más alto que entre las adolescentes sin hijos (Masters y Johnson, 1995).

Existen varios estudios referentes al tema del embarazo adolescente como es el de Alan Guttmacher (1981, citado por Masters y Johnson, 1995), quien muestra estadísticas y estimaciones que revelan la importancia del problema:

- ❖ Todos los años se registran 30,000 embarazos entre muchachas menores de 15 años a nivel mundial.
- ❖ Todos los años abortan 400,000 adolescentes norteamericanas.
- ❖ Seis de cada diez adolescentes que son madres antes de los 17 años volverán a quedar embarazadas antes de cumplir los 19 años
- ❖ La tasa de nacimientos en este sector de la población es la más alta del hemisferio occidental
- ❖ Cuatro de cada diez muchachas de 14 años quedarán embarazadas antes de cumplir los 20 años en Estados Unidos.

Estadísticas mostradas por Papalia (1989) indican que la mayoría de los y las adolescentes no planean con anticipación su primera relación, y que el 85% de los adolescentes que mantienen relaciones, no han buscado consejo sobre la anticoncepción o sobre prevención de infecciones. Esto se debe en parte a que los y las adolescentes temen que sus actividades sexuales sean descubiertas por sus padres.

Por esta misma razón muchos adolescentes se encuentran acorralados entre patrones de comportamiento sexual dictados por la sociedad y la expresión de su sexualidad. Esta situación coloca al adolescente en riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. La confusión e ignorancia sobre estos temas tiene como consecuencias sentimientos de culpa y una baja autoestima.

En México también se han realizado estudios, entre los cuales se encuentra la llevada a cabo por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA). En 1984, CORA planeó investigar las relaciones sexuales y uso de anticonceptivos en estudiantes de nivel medio superior de la Ciudad de México. Dicha investigación se realizó con 2,316 estudiantes de nivel medio superior en donde se encontró que con respecto a las relaciones sexuales, el 34.1% de los varones han tenido este tipo de relación y el 48.3% reporta que no, el 17.6% no contestó. Con lo que respecta a las mujeres, el 8% ha tenido relaciones sexuales y el 79.8% no las ha tenido, mientras que el 15.2% no contestó. Es importante resaltar que un porcentaje considerable del grupo de hombres reportó haber iniciado relaciones sexuales antes de los 14 años.

Con respecto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, del total de hombres de la muestra, el 52.3% usaron métodos anticonceptivos, el 30.7% no lo usaron y el 17% no respondieron. Sin embargo, del total que utilizó algún anticonceptivo en su primera relación sexual, una gran mayoría (del 58 al 65%) emplearon los métodos menos eficaces (coito interrumpido y ritmo), siendo los menos utilizados la píldora, el dispositivo intrauterino y el condón.

Otro estudio reportado por la misma institución (CORA, 1985) se realizó con jóvenes fuera del ámbito escolar a través, de encuestas aplicadas en la Ciudad de México, a 1,539 hombres y 1,735 mujeres entre 15 y 24 años de edad. De las mujeres entre 15 y 19 años de edad, el 13% contestó que había tenido relaciones sexuales premaritales; de los varones de la misma edad, el 43% las había tenido. Casi todas las mujeres tuvieron su primera relación con su novio o prometido, los varones de 15 a 19 años, la tuvieron en el 59% de los casos con amigas y sólo el 5% informó que su primera compañera sexual fue una prostituta.

En cuanto al uso de anticonceptivos, se reporta que sólo el 22% de las mujeres y el 31% de los hombres emplearon anticonceptivos durante su primera relación premarital, y la razón de los que no utilizaron algún anticonceptivo fue que no esperaban tener relaciones en ese momento por lo que no estaban preparados para usar anticonceptivos.

En 1988 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en jóvenes de educación media superior, con una muestra de 10,142 alumnos de bachillerato que cursaban el ciclo escolar 1986-1987. Los y las adolescentes de este estudio reportaron que la información sobre sexualidad que poseían fue obtenida principalmente de la familia, a través de la madre, y secundariamente en la escuela, a través de los profesores (de ambos sexos), los libros de texto y otros libros.

Sobre aspectos reproductivos, el 93.8% conocía la edad óptima de la mujer para el embarazo, el 43.9% sabía que existe la posibilidad de embarazo en la mujer desde la primera relación sexual, y el 36.8% sabía que durante el período de ovulación de la mujer, ésta puede quedar embarazada si tiene relaciones

sexuales. El 53.8% conocía los métodos anticonceptivos: los hombres demostraron mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres, mostraron mayor conocimiento del período en que se puede tener un embarazo.

De los y las jóvenes que habían tenido una o más relaciones sexuales, su primera relación sexual fue entre los 14 y 19 años. En los hombres existía una tendencia a la iniciación entre los 14 y 17 años, mientras que en las mujeres entre los 16 y 19 años. El 76.5% de las mujeres tuvo su primera relación con el novio y sólo el 22.4% de los hombres iniciaron relaciones sexuales con la novia. Por otro lado, el 10.8% de las mujeres tuvo su primera relación con un amigo, y el 54.7% de los hombres, con una amiga. Es importante señalar que un 18.3% de los varones tuvo su primera relación sexual con una prostituta.

En cuanto a las prácticas anticonceptivas, el 36.4% de los hombres y el 41.8% de las mujeres no usan métodos anticonceptivos. De los jóvenes que sí los usan en el grupo de varones, los más usados por ellos o sus parejas, son el preservativo (38.8%) y las píldoras (23.8%). Entre las mujeres, los más utilizados por ellas o sus parejas son el preservativo (23.9%), el ritmo (22.3%) y el coito interrumpido (21.5%).

Entre los jóvenes que tienen relaciones sexuales y no utilizan anticonceptivos, el 35.1% de los hombres y el 34.9% de las mujeres, afirmó que no les interesa usarlos; el 25.9% de los hombres y el 18.2% de las mujeres no respondió; el 27.5% de las mujeres y el 11.8% de los hombres afirmaron no saber cómo usarlos; el 10.4% de los hombres y el 9.1% de las mujeres mencionaron que no los utilizan por que no es fácil conseguirlos.

En México la población sigue siendo predominantemente joven, ya que la población menor de 15 años representa el 35.4% del total, razón por la que existe una demanda importante en materia de salud y educación sexual en nuestro país (INEGI, 1998). Dichas estadísticas demuestran la magnitud del problema de los embarazos no deseados y la falta de información en este grupo de la población.

Las estadísticas muestran que la mayoría de los y las adolescentes sexualmente activos (as) no usan anticonceptivos, y la principal razón es la ignorancia sobre la reproducción y/o la renuencia a aceptar la responsabilidad de su actividad sexual.

Esta falta de información da lugar a otra de las posibles consecuencias adversas que pueden tener las relaciones sexuales, como son el contagio de alguna de las infecciones que pueden transmitirse por ésta vía: la sífilis, la gonorrea y el VIH-SIDA entre muchas otras. Estas infecciones aunque son curables (excepto el VIH-SIDA), son difíciles de eliminar, ya que quien las padece pocas veces acude al médico, sino que recurre a consejos o tratamientos inadecuados que desaparecen los síntomas, pero no la enfermedad.

Al desaparecer los síntomas, el sujeto sigue siendo portador del virus pero como se cree curado, es posible que continúe teniendo relaciones sexuales a través de las cuales transmitirá la infección a otras personas.

Los y las jóvenes tienen necesidades sexuales que satisfacen de alguna manera. Por esta razón, es necesario que los y las adolescentes cuenten con la información que les permita decidir sobre su conducta sexual en forma consciente y responsable, tomando en cuenta tanto los aspectos gratificantes como los riesgos (CONAPO, 1991).

Un factor común de malos entendidos entre hombres y mujeres, tanto en el período de noviazgo como en la vida conyugal, surge de las diferencias básicas que existen entre los comportamientos sexuales femeninos y masculinos y entre las pautas de conducta resultantes. A menudo ni los adolescentes ni los adultos de ambos sexos, entienden la sexualidad del sexo contrario, cuáles son sus actitudes, su capacidad receptiva, por lo tanto, no se conoce a fondo el punto de vista del otro.

El conocimiento sobre la sexualidad del sexo opuesto brinda mayores posibilidades de entablar relaciones compatibles y satisfactorias.

Como mencionan Stone y Church (1970): "Puede parecer frío y antisexual decir que habría que iniciar la relación sexual con los ojos abiertos y la mente lúcida y después de cierto tiempo de reflexión, ya que lo contrario suele ser psíquicamente nocivo. En su mejor forma, el sexo es algo demasiado hermoso para que se le busque indiscriminadamente, de manera casual. Exige una total apertura y una fusión íntima entre dos personas y nadie desea tal grado de intimidad con todo el mundo".

Al igual que Stone y Church (1970), creemos que dos personas pueden llegar a conocerse, enamorarse, decidir tener relaciones sexuales, vivir juntas, casarse y tener una familia sin las formalidades que entran en el juego del matrimonio como son la presentación de los novios a los padres, el pedir la mano de la novia, despedidas de solteros, etc. Pero tal vez sea utópico pensar que dos personas pueden aprender a tratarse como seres humanos capaces de hablarse con honestidad y apertura, tratando de conocerse mutuamente antes de embarcarse en una aventura sexual. Es un hecho lamentable y muy frecuente, que muchas personas descubren en el lecho conyugal que después de todo, no se gustaban tanto el uno al otro.

CAPITULO 3**ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD**

El estudio de las actitudes ha sido de gran interés en la psicología, ya que a través de ellas es posible analizar la opinión que un individuo tiene sobre su entorno social. El término actitud no pertenece a ninguna escuela o corriente dentro de la psicología, y se aplica tanto a grupos de individuos como a personas aisladas.

Las actitudes son expectativas acerca de la propia conducta y la de los otros. Los valores morales y sociales influyen en las actitudes, éstas son adquiridas por el individuo a través de la incorporación de costumbres sociales y se consideran representaciones psicológicas de la influencia de la cultura sobre el individuo (Hollander, 1968).

A través de nuestras experiencias adquirimos expectativas diferentes sobre un objeto o situación en particular. El conjunto de expectativas que una persona tiene sobre un objeto constituyen, su actitud hacia este objeto.

En la literatura se pueden encontrar varias definiciones del concepto de actitud, sin embargo, todas ellas en esencia señalan que la actitud es la forma en que las personas responden a su ambiente. Las actitudes pueden expresarse en respuestas de acercamiento o de rechazo ante un objeto o situación.

Rodríguez (1976, citado por Martínez, 1998) señala que la actitud social es "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto".

Es necesario tomar en cuenta que las actitudes influyen en la forma en que una persona piensa, siente y responde ante los estímulos. La conducta por lo tanto, no se encuentra sólo determinada por lo que las personas desearían hacer, sino también por sus actitudes basadas en normas sociales y culturales.

Mann-León (1972, citado por Martínez, 1998) considera que existen tres componentes fundamentales en las actitudes: el cognoscitivo, el afectivo y el comportamental o componente de acción:

Cognoscitivo.- Representa el conocimiento que la persona tiene de un objeto.

Afectivo.- Se refiere a los sentimientos de la persona en favor o en contra del objeto. Este componente emocional de la actitud es el más arraigado y el más difícil de modificar por presentar una mayor resistencia al cambio.

Comportamental.- Es la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto a un objeto.

Para Freud y Piaget (1984, citados por Vázquez, 1997) la formación de actitudes va ligada a la adquisición de valores morales y al desarrollo del super yo. Estos procesos se dan en el niño a través, del mecanismo de identificación con los padres en que se interiorizan los valores y actitudes de ellos.

Existen diversos factores que influyen en la adquisición de las actitudes. Uno de ellos es la personalidad del individuo y su predisposición ante diversas situaciones. Otro factor es la interacción del individuo con sus padres que influye de manera determinante en su proceso de socialización. Finalmente, la pertenencia a ciertos grupos influye en la adquisición de actitudes (Vázquez, 1997).

En un principio, se adoptan las actitudes de los padres, posteriormente, éstas se sustituyen por las de los amigos o compañeros de la misma edad. La socialización, en términos generales, es el procedimiento mediante el cual el individuo establece relaciones interpersonales, adquiere roles sociales y conforma sus actitudes (Vázquez, 1997).

Las actitudes de los adolescentes, incluyendo la actitud hacia la sexualidad, se forman principalmente por influencia del grupo social al cual pertenecen. Además, estas actitudes son reforzadas por los medios masivos de comunicación y por la familia.

La adolescencia es una época en que se adquieren nuevas actitudes, debido a que el adolescente vive constantemente nuevas experiencias y adquiere nuevos conocimientos. Konopka (1973, citado por Horrocks, 1984) señala que la formación de valores es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, en la adolescencia el individuo adjudica mayor carga emocional e intelectual a los valores y adquiere más valores.

No existen actitudes generales o exclusivas de los adolescentes. Sin embargo, en ocasiones los adultos creen que las actitudes, las creencias y los ideales son los mismos en la mayoría de los jóvenes (Horrocks, 1984).

En cuanto a la actitud hacia la sexualidad, el adolescente puede mostrar una actitud liberal debido a que sus impulsos sexuales son intensos e inestables. Por ejemplo, el adolescente puede inclinarse a cualquier objeto o persona por la que sienta apego emocional. Sin embargo, la forma en que expresará sus impulsos sexuales dependerá tanto de su educación como de su medio social.

Las actitudes hacia la sexualidad se van conformando, primeramente, por influencia de la familia, y conforme avanza el desarrollo de la persona, el medio modifica dichas actitudes. Posteriormente, quizá el individuo conserve las mismas actitudes durante toda su vida (Hurlock, 1987).

Kilander (1973, citado por Martínez, 1998) menciona que la actitud hacia la sexualidad "se refiere a la predisposición del individuo que lo hace reaccionar en un sentido positivo o negativo hacia un objeto sexual independientemente de su situación social y cultura".

Fraizer (1949, citado por Martínez, 1998) considera que la formación de actitudes sexuales en los individuos está influida por:

- La familia que transmite a los hijos el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenece.
- La cultura del grupo o clase a la que pertenece el individuo.
- El grado de participación del individuo en el grupo al que pertenece.
- La televisión, las películas, las revistas y otros medios de comunicación.

La formación de actitudes sexuales en el adolescente está influida por los conocimientos que éste tenga sobre sexualidad, independientemente de que sean "verdaderos" o "falsos". La falta de una adecuada información sexual puede ocasionar que el adolescente genere actitudes de aceptación o rechazo a la sexualidad.

En 1971, el *Sex Information and Education Council of United States* (SIECUS, citado por Martínez, 1998) señala que durante la vida cotidiana normal, en el hogar, la escuela y la comunidad, se imparte una buena dosis de educación sexual que influye en las actitudes de los adolescentes.

El papel de los padres en la formación de las actitudes es distinto al de los profesores, ya que los padres transmiten valores, tanto consciente como inconscientemente, mediante los actos y sentimientos complejos de la vida familiar cotidiana. Debido a que los padres están unidos por demasiados lazos emocionales con sus hijos, no adoptan una actitud serena e impersonal respecto a los valores y la conducta sexual de los adolescentes.

Walsh (1972, citado por McCary, 1983) encontró que la "forma en que el estudiante percibe o interpreta la permisividad sexual de sus padres está directamente relacionada con su propia permisividad".

Así mismo, Lo Piccolo (1973, citado por McCary, 1983) señala que "la identidad sexual de los hijos varones es determinada en gran parte por sus padres. Sin embargo, el papel que las madres desempeñan en el desarrollo de las actitudes sexuales de las hijas es más importante".

Los individuos tienen actitudes personales acerca de las diversas conductas sexuales. Un mismo acto sexual puede ser vivido de manera totalmente distinta por ambos participantes, su experiencia del acto sexual no se basa en el acto mismo, sino en sus actitudes hacia el acto. Además, las emociones tales como el miedo, la ansiedad, la culpa y la depresión repercuten sobre la forma en que se vive la sexualidad (Vázquez, 1997).

Méndez y Tovar (1989) llevaron a cabo una investigación con 188 jóvenes, entre 15 y 18 años de edad, internados en la Escuela de Orientación para Varones en México D.F., escuela perteneciente a la Dirección General de prevención y adaptación social de la Secretaría de Gobernación. Los autores estudiaron los conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad de los menores infractores hacia la virginidad, las relaciones sexuales, el aborto, la homosexualidad y la menstruación.

La investigación evidenció que la mitad de los jóvenes no recibieron orientación sexual. Así mismo, la mayoría de los sujetos expresaron tener inquietud por conocer no sólo aspectos anatómicos o de planificación familiar, sino también aspectos emocionales y sociales sobre la sexualidad.

Corona y Montes (1987) realizaron una investigación con adolescentes del Distrito Federal y del Estado de Oaxaca, en donde evaluaron las actitudes hacia la virginidad, la masturbación, la moral sexual, el aborto y las relaciones premaritales. Ante cada uno de estos temas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes del Distrito Federal y adolescentes de Oaxaca de las muestras estudiadas.

Los últimos tenían actitudes más conservadoras y más creencias falsas, mitos y tabúes acerca de la sexualidad que los y las adolescentes del Distrito Federal.

Las investigaciones mencionadas muestran que los y las adolescentes tienen conocimientos escasos acerca de la sexualidad, por lo que necesitan más información sobre la misma que les permita tomar decisiones sobre como ejercer su sexualidad de manera responsable.

El VIH-SIDA ha influido durante la última década en forma determinante sobre las actitudes hacia la sexualidad, no sólo de las personas jóvenes, sino de la población en general. Sin embargo, la alta incidencia de esta enfermedad sugiere que aún no se han tomado las medidas necesarias para evitarla

En referencia a la información y a las actitudes que los y las jóvenes tienen sobre VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual, existen datos que nos pueden proporcionar indicadores sobre la forma en que los y las adolescentes perciben la sexualidad en nuestra sociedad, como se ha demostrado en investigaciones sobre el tema.

Al parecer, evitar el VIH-SIDA es difícil, ya que se requiere no sólo un cambio en el comportamiento sexual, sino también un cambio de los valores sociales y culturales sobre la sexualidad y de las actitudes hacia la sexualidad (Ríos, 1991; Rossi, 1993).

Alfaro (1991) realizó un estudio con adolescentes de nivel medio superior y encontró que los adolescentes no se perciben a sí mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH, por lo cual no realizan consistentemente prácticas preventivas e incluso, recurren a prácticas sexuales con alto riesgo de transmisión de esta enfermedad.

A raíz de la aparición del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) se ha solicitado un cambio en los patrones de comportamiento sexual de la sociedad, sin embargo, no se han tomado en cuenta los valores y las actitudes sexuales que pueden representar una barrera para que se den cambios a nivel conductual (Ríos, 1991).

De acuerdo con los informes de varios países, incluyendo México (Vázquez, 1997), la mayor incidencia de casos de SIDA se produce entre los 25 años y los 45 años de edad. La enfermedad se manifiesta menos en los adolescentes por que aunque la infección haya ocurrido en esta etapa se requieren varios años para que evolucione la enfermedad.

El grupo de edad con mayor riesgo de contraer la infección por VIH es el de adolescentes, ya que son individuos que se encuentran en plena etapa reproductiva y que presentan intensos deseos de experiencias sexuales. Estas experiencias pueden ser de alto riesgo si los y las adolescentes no tienen conocimiento sobre las medidas preventivas para evitar el VIH-SIDA. Es importante estudiar las actitudes y los conocimientos que los y las adolescentes tienen sobre la sexualidad, ya que estos factores influyen sobre su actitud hacia el VIH-SIDA (Alfaro, 1991).

En cuanto a la actitud de los adolescentes hacia el VIH-SIDA, algunas investigaciones (Montoya, 1980; Alfaro, 1991; Morales, 1996) reportan que los adolescentes temen contagiarse y más aún, los que tienen relaciones sexuales.

Los varones, aunque pudieran encontrarse en mayor riesgo debido a que reportan tener más relaciones sexuales que las mujeres, se preocupan menos que ellas.

Los adolescentes difícilmente mantienen relaciones con una sola pareja sexual, por lo que están más expuestos a contraer el VIH-SIDA. Así mismo, en muchas ocasiones los y las adolescentes no reciben la información adecuada sobre el VIH-SIDA, debido a que sus familias no cuentan con la información o debido a que los prejuicios les impiden hablar abiertamente sobre sexualidad con sus hijos e hijas.

Por otro lado, las instituciones educativas tampoco han logrado proporcionar abiertamente información sobre el VIH-SIDA debido a impedimentos sociales y culturales.

CAPITULO 4

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Y

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Aproximadamente hace dieciocho años (1981), las investigaciones en salud reconocieron que un número considerable de personas presentaban enfermedades e infecciones raras con una disminución de linfocitos T, lo que significaba un daño del sistema inmunológico (OPS, 1998).

Los linfocitos T son un tipo de leucocito o glóbulo blanco que proviene del timo, una glándula endocrina que se encuentra en el tórax. En condiciones normales, los linfocitos T protegen contra infecciones producidas por virus, hongos y algunas bacterias, ya que permiten la maduración de células que atacan y destruyen las células afectadas a través de reconocer a los agentes patógenos y reaccionar ante su presencia, además estimulan la formación de linfocitos B y colaboran con ellos en la formación de anticuerpos (Berer, 1993).

Entre 1983 y 1984 se descubrió, por dos grupos de investigadores independientes entre sí, el agente causal del SIDA, un virus que pertenece a una clase llamada retrovirus. En Francia se le llamó virus relacionado con linfadenopatía (LAV) y en Estados Unidos, lo llamaron virus III linfatrópico de células T humanas (HTLV III). En mayo de 1986 el Comité Ejecutivo Internacional de Taxonomía de Virus le llamó Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Este virus tiene ácido ribonucleico (RNA) y una enzima llamada retrotranscriptasa o transcriptasa reversa que cataliza la síntesis del DNA del virus, esta enzima permite que el virus copie la información genética del huésped, de tal forma que se integra a éste con el mismo código genético; cada vez que se divide una célula huésped, se reproducen copias del virus junto con las células del huésped. Cuando este virus llega a los linfocitos T4 los destruye e impide que los restantes funcionen adecuadamente, los imposibilita para reconocer sustancias extrañas o antígenos y por consiguiente, de iniciar reacciones inmunitarias contra esos antígenos para eliminarlos del organismo. Este proceso conduce a una estado de vulnerabilidad ante distintos microorganismos que pueden provocar enfermedades (Higashida, 1991).

Posteriormente, se descubrió un segundo tipo de virus al que se le denominó VIH-2 que ha infectado a personas de Africa, muy similar al VIH.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el nombre que se le asigna al conjunto de enfermedades que ocurren cuando el sistema de defensas del cuerpo se ha debilitado a causa del desarrollo de la infección por VIH, estas enfermedades pueden desarrollarse en unos meses o en más de diez años después de que ocurre la infección inicial (OPS, 1998).

El SIDA es una enfermedad que ha adquirido gran importancia en todo el mundo por su gravedad y su frecuencia. Por su gravedad, ya que hasta la fecha se le considera una enfermedad mortal en que el organismo pierde su capacidad para defenderse contra determinadas infecciones y cánceres. Por su frecuencia, ya que se ha convertido en una pandemia al ser la causa de que resurjan problemas de salud que se pensaron controlados, como la tuberculosis; y por el

impacto del SIDA en los ámbitos médico, político, social y económico a nivel mundial (Higashida, 1991).

Del Río (1994) menciona que el avance de la ciencia en este campo ha sido espectacular, ya que tan sólo una década después de que surgió la epidemia, se descubrió tanto el agente causal, como los mecanismos de transmisión y la epidemiología del padecimiento. Esto ha permitido el desarrollo de diversos medicamentos con actividad antiviral que retrasan la progresión de la enfermedad, y mejoran la calidad y el tiempo de vida de los afectados.

Dado que el VIH se encuentra tanto en sangre como en secreciones sexuales, las únicas formas de transmisión de VIH comprobadas hasta el momento son por 1) transmisión sexual, al tener relaciones sexuales desprotegidas con penetración ya sea vaginal, anal u oral; 2) por transmisión sanguínea, cuando se transfunde sangre infectada con el VIH, en transplante de órganos contaminados, o por usar jeringas o agujas previamente utilizadas por alguna persona infectada; y 3) por transmisión perinatal de una madre infectada a su hijo, durante el embarazo, parto o lactancia (OPS, 1998).

El resultado de los avances científicos tanto en países industrializados, como en muchos países en vías de desarrollo, como en México, ha sido el aumento de seguridad en el manejo de la sangre o de hemocomponentes, controlando de esta manera la transmisión del VIH por transfusión (Del Río, 1994). Sin embargo, la transmisión del VIH por vía sexual ha continuado de manera alarmante.

El proceso de infección, según García (1995), se produce a través de cinco etapas:

Primera. Período de ventana de infección. Comprende desde el momento de la infección hasta tres meses después de que ésta ocurre. En esta etapa el virus apenas empieza a reproducirse de manera muy discreta, por lo que el organismo ni siquiera se ha percatado de su presencia. Las pruebas de diagnóstico no son susceptibles en esta etapa. Sin embargo, a partir de este período y durante toda la enfermedad, el virus puede transmitirse libremente si se da alguna conducta de riesgo, a pesar de que su presencia en la sangre sea mínima.

Segunda. Portador asintomático. Esta etapa es la más peligrosa, pues la concentración del virus en la sangre es suficientemente alta para casi asegurar la infección en caso de existir actividades de riesgo, y debido a que no existen síntomas que revelen que la persona es portadora del virus.

Tercera. Linfadenopatía generalizada persistente. Primera aparición de síntomas (se requiere de las pruebas de anticuerpos para identificar al VIH), como inflamación de ganglios linfáticos en algunas partes del cuerpo; es posible que de la segunda etapa se pase a la cuarta etapa.

Cuarta. Síntomas asociados con el SIDA. En esta etapa se presentan los primeros síntomas auténticos del SIDA, empiezan a aparecer fiebres o diarreas persistentes por más de una semana, fatiga crónica, sudores nocturnos, escalofríos y a veces ciertas formas de herpes. Esta etapa dura: de uno a cinco años, dependiendo del estado de salud general del individuo.

Quinta. SIDA. Aparición de las enfermedades oportunistas como disenteria, neumonía, sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer en la piel). Estas enfermedades generalmente se presentan simultáneamente, al llegar a esta etapa nada se puede hacer por el paciente y la muerte sobreviene tarde o temprano.

Cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo ocurre un proceso de infección. Entre seis y doce semanas después de la transmisión del virus, la persona infectada presenta anticuerpos contra VIH que se detectan mediante pruebas de laboratorio realizadas en sangre (suero o plasma). Dichas pruebas se clasifican en pruebas de escrutinio (o pruebas presuntivas) y pruebas suplementarias (o pruebas confirmatorias).

Las pruebas de escrutinio sirven para la identificación de anticuerpos contra el VIH y las pruebas suplementarias, para determinar si los anticuerpos encontrados inicialmente son, efectivamente, específicos contra el VIH (Del Río, 1994).

La prueba de escrutinio más utilizada es un tipo de estudio llamado ELISA (siglas que en inglés significan Estudio Inmunoenzimático). Si el resultado de la prueba es negativo, significa que la persona es "seronegativa", porque en el suero de su sangre no se encontraron anticuerpos contra el VIH.

Si el resultado es positivo significa que la persona es "seropositiva", por que en el suero de su sangre se encontraron anticuerpos contra el VIH, por lo que debe repetirse la prueba de escrutinio, si nuevamente resulta positiva, se debe realizar una prueba suplementaria, siendo la más comúnmente utilizada la de Inmuno-Electrotransferencia, conocida como prueba de Western Blot (Sepulveda, 1989).

La carga viral y el número de células pueden determinarse mediante técnicas de laboratorio especiales. El conteo de linfocitos T CD4+ es un estudio que refleja de una manera confiable el deterioro progresivo de la función inmunológica que provoca la infección por el VIH (Del Río, 1994).

No existe hasta el momento una cura ni una vacuna para el SIDA, pero existen tratamientos nuevos que prometen una mayor y mejor calidad de vida para las personas que viven con VIH/SIDA.

Existen dos tipos de tratamientos para el VIH/SIDA. El primero consiste en un conjunto de medicamentos que tratan las enfermedades que se presentan durante la etapa sintomática de la infección por VIH. El segundo tipo, es un conjunto de medicamentos que tratan directamente la infección por VIH.

Los primeros deben ser administrados cuando se presenta cualquier enfermedad oportunista, además, de manera preventiva la aplicación de vacunas contra hepatitis B y contra tuberculosis, y los últimos deben administrarse desde que se infecta una persona con VIH (OPS, 1998).

Debido a que no existe una vacuna, la única forma de prevenir la infección por VIH es la educación. En teoría, si las personas conocen cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, se podrá evitar que se siga propagando la enfermedad. Al mismo tiempo que se imparte dicha educación, es necesario combatir los mitos y la información distorsionada con mensajes educativos, claros y explícitos que permitan conocer a las personas cómo evitar la infección (Masters y Johnson, 1995).

Algunas acciones preventivas para evitar el contagio por contacto sexual son: la abstinencia completa o la monogamia absoluta, pero estas opciones no resultan del todo atractivas para la mayoría de las personas, por lo que una acción preventiva alternativa es el sexo seguro, que implica relaciones sexuales sin penetración, sin intercambio de fluidos, o el uso del condón en todas las relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral).

Para evitar la infección por contacto con sangre contaminada se debe exigir en caso de recibir una transfusión, que se utilice sangre etiquetada como segura, y no compartir o usar jeringas y agujas que no estén correctamente esterilizadas.

Finalmente, para evitar la transmisión perinatal es recomendable que las mujeres que deseen embarazarse se realicen previamente la prueba de detección de anticuerpos al VIH. En el caso de mujeres infectadas, éstas deben ser atendidas con Zidovudina (AZT) para reducir la probabilidad de transmitir el virus al producto; y para evitar la transmisión por lactancia la madre no debe amamantar al recién nacido (Berer, 1993).

El término pandemia que se le ha otorgado a la enfermedad del VIH-SIDA se debe al rápido incremento de casos a nivel mundial. En 1981 se calculaba que existían aproximadamente en el mundo 100,000 personas infectadas por VIH (Del Río, 1994). En diciembre de 1987 se habían notificado a la OMS, 73,747 casos de SIDA en ciento veintinueve países del mundo (Sepulveda, 1989). Mientras que en febrero de 1989, se notificaron a la OMS 132,976 casos de SIDA, de los cuales el 1.51% correspondía a población en México.

En este mismo año, la Secretaría de Salud reportó 2,158 casos de SIDA. En 1993, la OMS calculó que el número de personas infectadas en el mundo superaba los catorce millones de personas (Higashida, 1991).

El Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) estima que:

- Actualmente existen 30 millones de personas viviendo con la infección por VIH en todo el mundo, de las cuales la mitad son mujeres.
- Todos los días ocurren 16,000 nuevos casos de infección por VIH a nivel mundial.
- La mayoría de las personas que se infectan se ubican entre los quince y los veinticuatro años de edad.
- Con estas tendencias, se espera que para el año 2000 haya 40 millones de personas viviendo con el VIH en todo el mundo.

Estas cifras se basan en los informes que los programas nacionales contra el SIDA envían al ONUSIDA (OPS, 1998).

Desde abril de 1987 el SIDA en México se convirtió en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, siendo obligatorio notificar todos los casos (Sepulveda, 1989).

Higashida (1991) señala que las entidades con mayor riesgo hasta el primero de enero de 1990, eran el Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Coahuila, Yucatán y Baja California, siendo los grupos de edad más afectados de los 25 a los 44 años de edad (65.7%) y de los 15 a los 24 años de edad (14%).

En México, inicialmente, la infección afectaba a una mujer por cada veinticuatro hombres, pero esta proporción ha disminuido, actualmente es de una mujer por cada seis hombres (SIDA Hoy, 1998).

Los casos registrados de SIDA en México hasta agosto de 1998 (SIDA Hoy, 1998) son 36,150, de los cuales se encuentran vivos 14,797 casos (40.9%), han fallecido 18,865 personas (52.2%) y se desconoce la situación de 2,488 casos (6.9%). El 86% de los casos son hombres y el 14% mujeres, del total de la muestra el 3.1% son menores de 18 años.

El 60.5% de esta población se infectó por vía sexual, el 9.1% por transmisión sanguínea, el 1.3% por transmisión perinatal, el 1.6% por la combinación de sexo y drogas y del 28.5% se desconoce la vía de transmisión (SIDA Hoy, 1998).

Al total de 36,150 casos registrados o notificados, deben agregarse los casos notificados tardíamente y subnotificados que ascienden a 19,340 casos. Por lo que una estimación de casos de SIDA a nivel nacional es de 55,490.

Además, se estima que por cada caso notificado de SIDA, hay cuatro casos más de portadores del VIH que no han desarrollado la enfermedad, lo cual significa un total nacional de 221,961 personas que viven con el virus sin haber desarrollado SIDA. Estas junto con las 55,490 personas que viven con SIDA hacen un total de 277,451 personas viviendo con el VIH-SIDA, de las cuales aproximadamente 144,850 carecen de servicios médicos (SIDA Hoy, 1998).

La Dirección General de Estadística e Informática del Sector Salud (SIDA Hoy, 1998) informó que en México, el SIDA es la tercera causa de muerte a nivel nacional entre los hombres de 25 y 34 años de edad, y la sexta causa de muerte entre mujeres de esa misma edad.

Sally Cowell del ONUSIDA (SIDA Hoy, 1998) reportó que el 75% de los casos recientes de SIDA son por relaciones sexuales, de los cuales siete mil son jóvenes entre 10 y 24 años de edad.

Entre los y las adolescentes el mayor riesgo de contagio de VIH es por vía sexual, y si los y las adolescentes infectados tienen relaciones sexuales, es probable que infecten a sus compañeros (as) sexuales sin saberlo.

Winberden y Mackay (1996) reportaron que en los últimos veinte años las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se han incrementado entre los y las adolescentes americanos. McAnerney y Hendee (1989, citado por Weinberden y Mackay, 1996) reportaron que la morbilidad de los y las adolescentes por ITS es un riesgo serio de salud para los jóvenes sexualmente activos. Las autoras reportan que en 1992, en el Centro para Control de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC), el grupo de edad entre 15 y 29 años de edad tuvo la más alta incidencia de casos de infección por VIH.

Debido a que en promedio se requiere una exposición de diez años al VIH para que se desarrolle el SIDA, los individuos que desarrollan la enfermedad entre los 20 y 29 años de edad fueron expuestos al virus durante la pubertad y/o la adolescencia.

El CDC (Weinberden y Mackay, 1996) estimó que el porcentaje de estudiantes de preparatoria sexualmente activos en los Estados Unidos es del 54.2%. Además, este porcentaje se incrementa con el grado de escolaridad e incluye significativamente a más varones (60.8%) que mujeres (48%).

En otro estudio, Romer *et al.* (1994) investigaron el rol del conocimiento, las actitudes, la vigilancia de los padres y la conducta sexual de otros adolescentes, en la conducta sexual de jóvenes en riesgo de exposición al VIH, ya que se ha incrementado en los y las adolescentes el riesgo de infección al VIH y otras ITS, especialmente en comunidades urbanas pobres.

Los resultados de esta investigación revelaron que tanto los conocimientos acerca de los riesgos sexuales como las actividades sexuales aumentan con la edad de los sujetos: a los 9 años de edad el 12% había tenido experiencias sexuales, mientras que a los 15 años de edad, el 80% había tenido relaciones sexuales. Los varones presentan mayor porcentaje de actividades sexuales que las mujeres; y con respecto al uso del condón, se reportó que fue usado hasta después de los 10 años de edad, en el 90% de las mujeres y por el 75% de los hombres.

Sin embargo, el uso del condón disminuyó con la edad, por ejemplo, del 100% de las mujeres de 11 años que utilizaron el condón, sólo el 66.7% lo siguió utilizando a los 12 años de edad.

El uso del condón es una de las formas más eficaces de prevención contra el VIH, sin embargo éste ha sido atacado bajo el argumento de que la promoción y distribución de condones incrementa la actividad sexual de los y las adolescentes.

Sellers, McGraw y Mckinlay (1994) realizaron un estudio en el que concluyeron que los programas de promoción y distribución de condones no tienen efecto en el incremento de la actividad sexual de los y las adolescentes.

El VIH-SIDA puede difundirse fácilmente en la población adolescente debido a las características de desarrollo biológicas y psicológicas por las que atraviesa, como son el deseo de satisfacción sexual y de independencia adulta, por lo que las medidas preventivas en este sector de la población son sumamente importantes.

MÉTODOS

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Habrá diferencias entre adolescentes hombres y mujeres de tercer grado de nivel medio básico en cuanto a su conducta sexual y en sus actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA? Así como, ¿habrá diferencias entre adolescentes hombres y mujeres que sí han tenido relaciones sexuales y los que no las han tenido en cuanto a su conducta sexual y sus actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA?

HIPÓTESIS:

- H₀** No existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el ejercicio de su conducta sexual.
- H₁** Existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el ejercicio de su conducta sexual.
- H₀** No existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en su actitud hacia la sexualidad.
- H₁** Existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en su actitud hacia la sexualidad.

- Ho** No existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en su actitud hacia el VIH-SIDA.
- H1** Existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes hombres y mujeres en su actitud hacia el VIH-SIDA.
-
- Ho** No existen diferencias estadísticamente significativas en su actitud hacia la sexualidad entre los y las adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales de los y las que no las han tenido.
- H1** Existen diferencias estadísticamente significativas en su actitud hacia la sexualidad entre los y las adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales de los y las que no las han tenido.
-
- Ho** No existen diferencias estadísticamente significativas en su actitud hacia el VIH-SIDA entre los y las adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales de los y las que no las han tenido
- H1** Existen diferencias estadísticamente significativas en su actitud hacia el VIH-SIDA entre los y las adolescentes que sí han tenido relaciones sexuales de los y las que no las han tenido

VARIABLES:

Variables independientes:

Sexo, Haber tenido o no relaciones sexuales.

Variable dependientes:

Actitud hacia la sexualidad, Actitud hacia el VIH-SIDA y Conducta sexual.

DEFINICION CONCEPTUAL

Sexo:

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los animales (Larousse, 1986).

Actitud:

Es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible de agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos (Mariet, 1977).

Actitud hacia la sexualidad:

Conductas y comportamientos que tiene el adolescente hacia la sexualidad, las cuales se forman a través de la familia, grupos de amigos, de las instituciones sociales como la escuela, iglesia y de los medios masivos de comunicación, estas influencias dependen de la cultura y del subgrupo social al que el individuo pertenece (Horrocks, 1974).

Actitud hacia el VIH-SIDA:

Comportamientos y conductas que tienen los adolescentes hacia la enfermedad del VIH-SIDA, las cuales se han formado a través de la cultura en que se vive, la familia, instituciones sociales y medios de comunicación (Sepulveda, 1989).

DEFINICION OPERACIONAL**Sexo:**

Hombres y mujeres.

Haber tenido o no relaciones sexuales:

Información reportada por los sujetos.

Actitud hacia la sexualidad:

Respuestas de los sujetos a los reactivos del instrumento de actitudes hacia la sexualidad de Alfaro (1991)

Actitud hacia el VIH-SIDA:

Respuestas de los sujetos a los reactivos del instrumento de actitudes hacia el SIDA de Alfaro (1991)

Conducta sexual:

Respuestas de los sujetos a las preguntas del cuestionario de conducta sexual

SUJETOS:

Se realizó la investigación con 218 estudiantes, 109 hombres y 109 mujeres que cursaban el tercer grado en la Escuela Secundaria Técnica # 51 "Ing. Miguel Bernard" del turno matutino.

MUESTREO:

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por cuota, ya que los sujetos no fueron elegidos aleatoriamente; sino que se seleccionaron 218 adolescentes de ambos sexos de los diferentes grupos de la escuela hasta completar ambos grupos.

La distribución de la muestra quedó constituida de la siguiente forma:

HOMBRES	MUJERES
109	109

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO:

La presente investigación fue de tipo **ex post facto**, ya que no se manipularon variables ni se asignaron tratamientos, las variables independientes ya habían ocurrido (Kerlinger, 1981). Así mismo, se trata de una investigación **de campo**, ya que se realizó en el ambiente natural de los sujetos, y fue un estudio **transversal**, ya que la información se recolectó una sola vez, por lo tanto, las inferencias que se desprenden del estudio se aplican únicamente al momento de obtención de los datos.

Finalmente el tipo de **diseño fue multivariado** ya que se tuvieron por lo menos dos variables independientes y las demás dependientes, y a nivel **intragrupo** por que las relaciones que se establecieron fueron entre los sujetos del mismo grupo.

INSTRUMENTOS:

Se utilizaron los instrumentos elaborados y aplicados por Alfaro (1991) de actitudes hacia la sexualidad y de actitudes hacia el SIDA.

Los instrumentos miden las actitudes a través de una escala de Likert. La primera versión del instrumento de actitudes hacia la sexualidad se conformó por 62 reactivos estructurados en forma de afirmación. El 50% de los reactivos son positivos y el resto negativos. Cada reactivo tiene cinco alternativas de respuesta (totalmente de acuerdo, acuerdo, indeciso, desacuerdo, totalmente en desacuerdo).

Los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: masturbación, virginidad, relaciones sexuales premaritales, aborto, embarazo, y anticonceptivos. El instrumento cuenta adicionalmente, con preguntas abiertas que exploran si los adolescentes han tenido o no relaciones sexuales, la frecuencia con que las han tenido, si usan o no anticonceptivos y la clase de anticonceptivos que utilizan

La escala de actitudes hacia el SIDA (Alfaro, 1991) se elaboró originalmente con 60 reactivos, también un 50% de ellos positivos y el resto negativos.

Los reactivos se construyeron de acuerdo a los siguientes factores: control y prevención del SIDA, miedo de contraer la enfermedad, enfermos de SIDA, poblaciones de alto riesgo de contraer el SIDA.

Ambos instrumentos se pilotearon con 50 adolescentes (25 mujeres y 25 hombres), cuyas edades fluctuaron entre los 15 y 20 años. Los sujetos provenían de un nivel socioeconómico medio y estudiaban preparatoria. Los datos obtenidos en las escalas de actitudes se analizaron mediante la prueba estadística t, la cual se utilizó para examinar la capacidad discriminativa de cada reactivo, tanto del instrumento de sexualidad como del de SIDA. De esta forma se seleccionaron los reactivos más representativos, cuya probabilidad era menor o igual a .05 (Alfaro, 1991).

De los 62 reactivos planteados originalmente en la escala de actitudes hacia la sexualidad, quedaron 32 y de los 60 reactivos planteados en la escala de actitudes hacia el SIDA, quedaron 23.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

A partir de los resultados anteriores se formaron otros dos instrumentos. Estos instrumentos se aplicaron a 480 adolescentes (240 hombres y 240 mujeres) entre los 15 y 20 años de la Escuela Nacional Preparatoria, para poder obtener la confiabilidad y validez de los instrumentos (Alfaro, 1991).

Con la finalidad de evaluar la confiabilidad y validez de constructo de las escalas de actitudes hacia la sexualidad y el SIDA, los datos obtenidos se sometieron a un análisis factorial con rotación Varimax. Se eligieron de la escala de actitudes hacia la sexualidad 5 factores con un valor eigen mayor a 1; dentro de cada factor se eligieron aquellos reactivos que tuvieron un peso factorial igual o mayor a .30, por lo que la escala final quedó constituida por un total de 32 reactivos.

De la escala de actitudes hacia el SIDA se eligieron 5 factores con un valor eigen mayor de 1, y al igual que en la escala anterior se eligieron los reactivos que tuvieron un peso factorial igual o mayor a .30, la escala final quedó constituida por un total de 23 reactivos.

Finalmente, a ambas escalas de actitudes se les aplicó un análisis de confiabilidad para medir la consistencia interna de cada uno de sus factores a través del coeficiente alfa de cronbach.

La última versión de ambas escalas fueron empleadas en el presente estudio (ver Anexo 1).

Con respecto al cuestionario para determinar la conducta sexual que ejercen los adolescentes se retomaron algunas preguntas del cuestionario de conducta sexual elaborado, utilizado y confiabilizado por Camarillo (1990), y otras preguntas fueron elaboradas por las realizadoras de esta investigación de acuerdo a los objetivos del estudio (Anexo 2). Se trata de un cuestionario de preguntas de opción múltiple que no requiere de un análisis de validez, puesto que no se exploran constructos psicológicos, simplemente diversas conductas sexuales.

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó al director y a los profesores de la Escuela Secundaria Técnica # 51 "Ing. Miguel Bernard" su colaboración para aplicar los instrumentos en diversos grupos de estudiantes de esta escuela.

La aplicación de los instrumentos fue en forma colectiva, en grupos de aproximadamente 40 adolescentes de ambos sexos.

La aplicación se realizó en una sesión de aproximadamente una hora de duración. Al inicio de la sesión las investigadoras se presentaron como pasantes de Psicología y se estableció el rapport diciéndoles: "Se está realizando una investigación sobre sexualidad y VIH-SIDA, que tiene por objetivo estudiar que es lo que piensan los estudiantes sobre la sexualidad y el VIH-SIDA, por lo que se les pide de antemano que sean sinceros en la información que den. Además, les aseguramos que los datos que proporcionen serán manejados en forma confidencial y anónima".

Posteriormente, se les proporcionó primero el cuestionario de conducta sexual, después el instrumento de actitudes hacia la sexualidad y finalmente, el de actitudes hacia el VIH-SIDA. Se les explicó la forma en que debían contestarlos y se les pidió que si tenían dudas las consultaran con las investigadoras.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables a través de medidas de tendencia central (mediana, modo, media) y medidas de dispersión (rango intercuartil y desviación estándar). Posteriormente, se empleó estadística inferencial para determinar si existe diferencias entre los grupos, específicamente, se utilizó la prueba U de Mann Withney.

Finalmente, se analizó si existía relación entre la actitud hacia la sexualidad y hacia el VIH-SIDA al interior de cada grupo, a través de la prueba de correlación de Spearman (r_s).

RESULTADOS

RESULTADOS

Los datos obtenidos a través de las escalas de actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA y del cuestionario de conducta sexual se analizaron por separado en hombres y mujeres. Posteriormente, la muestra total se dividió en los sujetos que habían tenido previamente relaciones sexuales y los sujetos que no habían tenido este tipo de experiencia al momento del estudio, con el fin de analizar los datos en función de esta variable.

La muestra total que participó en la investigación fue de 218 adolescentes (109 mujeres y 109 hombres). El rango de edad fue de 13 a 16 años. La media de edad para las mujeres fue de 14.0 años ($de = .5$) y para los hombres de 14.2 años ($de = .6$); los hombres y las mujeres presentaron por lo tanto una distribución homogénea de acuerdo a la edad (Tabla 1). Todos los sujetos del estudio cursaban el tercer grado de secundaria en el momento del estudio.

Tabla 1. Distribución de frecuencias en función de la edad de los sujetos en ambos grupos.

Edad en años	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
13	14	12.8%	9	8.3%
14	87	79.8%	75	68.8%
15	5	4.6%	20	18.3%
16	3	2.8%	5	4.6%

Se obtuvieron los porcentajes de las respuestas de cada uno de los reactivos del cuestionario sobre conducta sexual. El 22% de los hombres y el 14.7% de las mujeres consideraron no haber recibido información sexual adecuada.

Las fuentes de información principales que reportaron fueron padres y maestras (os), mientras que sólo los hombres señalaron como fuente de información sexual los libros y revistas (Tabla 2).

Tabla 2. Fuentes de información sexual reportados por los sujetos en ambos grupos.

Fuente	Mujeres		Hombres	
Padres	44	40.4%	38	34.9%
Maestros	31	28.4%	36	33.0%
Amigos	4	3.7%	7	6.4%
Libros y revistas	0	0.00%	9	8.3%
Varios (más de uno)	30	27.5%	19	17.5%

Con respecto a la conducta de masturbación, se observó que de los 218 sujetos, el 61.5% de los hombres y el 7.3% de las mujeres se ha masturbado alguna vez; ésta sigue siendo practicada principalmente por los hombres (Figura 1).

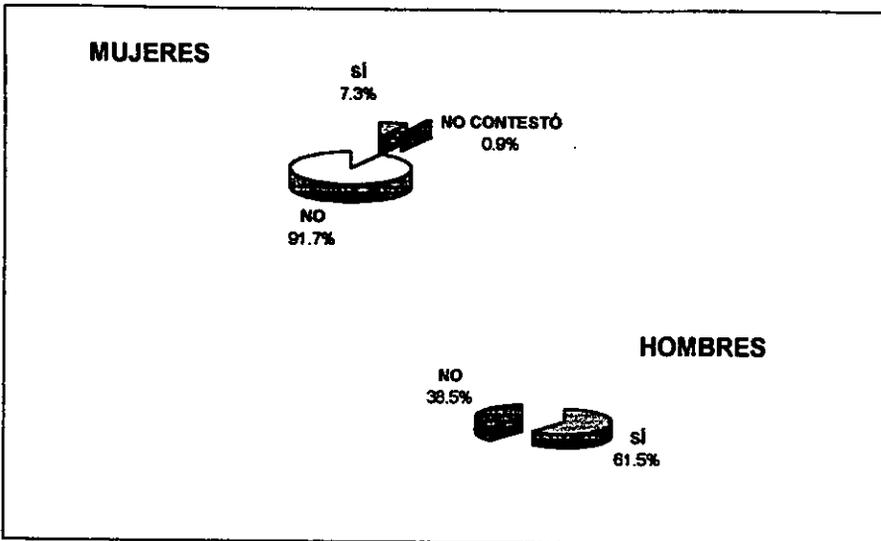


Figura 1. Conducta de masturbación en ambos grupos

En ambos grupos los y las adolescentes reportaron más frecuentemente haber iniciado la conducta de masturbación entre los 11 y los 13 años de edad. Sin embargo, un mayor número de mujeres que de hombres comenzaron a masturbarse entre los 5 y los 7 años de edad (Tabla 3).

Tabla 3. Edad de inicio de la conducta de masturbación en ambos grupos.

Edad de inicio a la masturbación	Mujeres		Hombres	
De 5 a 7 años	2	22.2%	1	1.5%
De 8 a 10 años	1	11.1%	3	4.5%
De 11 a 13 años	4	44.4%	44	65.7%
De 14 a 15 años	0	0.0%	18	26.9%
No contestó	2	22.2%	1	1.5%

La frecuencia con que los y las adolescentes practicaron la masturbación durante los últimos 6 meses, fue principalmente *una vez al mes* para los hombres (34.3%) y *ninguna vez* para las mujeres (66.7%) (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia con que los adolescentes reportaron haberse masturbado durante los últimos seis meses.

Frecuencia de masturbación	Mujeres		Hombres	
Ninguna	6	66.7%	15	22.4%
Una vez al mes	6	22.2%	23	34.3%
Cada 15 días	0	0.0%	7	10.5%
Cada 8 días	0	0.0%	8	11.9%
Dos veces por semana	1	11.1%	7	10.5%
Diario o casi diario	0	0.0%	7	10.5%

El 13.8% de las mujeres y el 38.5% de los hombres afirmaron haber recibido caricias sexuales, mientras que el 81.7% de las mujeres y el 60% de los hombres no ha recibido este tipo de caricias. Los demás sujetos no respondieron la pregunta (el 4.6% de las mujeres y el 1.8% de los hombres)

El 10.1% de las mujeres y el 61.5% de los hombres contestaron haber sentido un orgasmo alguna vez; el 66.1% de las mujeres y el 33.9% de los hombres no lo han sentido; el 21.1% de las mujeres y el 1.8% de los hombres no saben que es un orgasmo; y el 2.8% de los hombres y de las mujeres no contestaron (Figura 2).

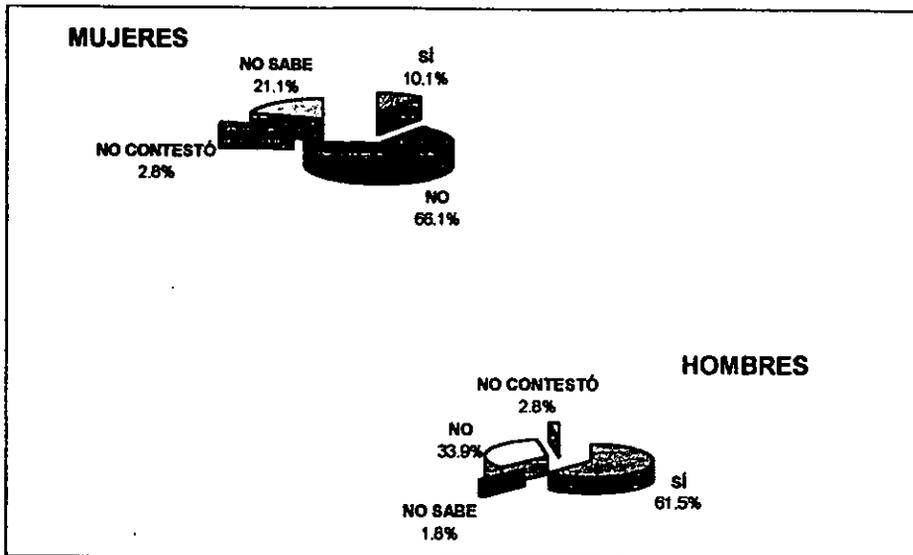


Figura 2. Porcentaje de adolescentes que han experimentado orgasmos

Los adolescentes hombres reportaron que la causa por la que experimentaron su primer orgasmo fue principalmente durante un sueño (41.8%), en segundo lugar y en igual porcentaje por caricias sexuales (19.4%), por acariciar los propios genitales (19.4%) y por relaciones sexuales (19.4). En las mujeres la causa del primer orgasmo fue con mayor frecuencia durante un sueño (45.5%), en segundo lugar por caricias sexuales (27.3%), en tercer lugar por relaciones sexuales (18.2%) y finalmente por acariciarse los senos (9.1%).

El 6.5% de las mujeres y el 33% de los hombres reportaron haber tenido relaciones sexuales; el 92.7% de las mujeres y el 66.6% de los hombres no las ha tenido; y el 0.9% en ambos grupos no contestó (Figura 3).

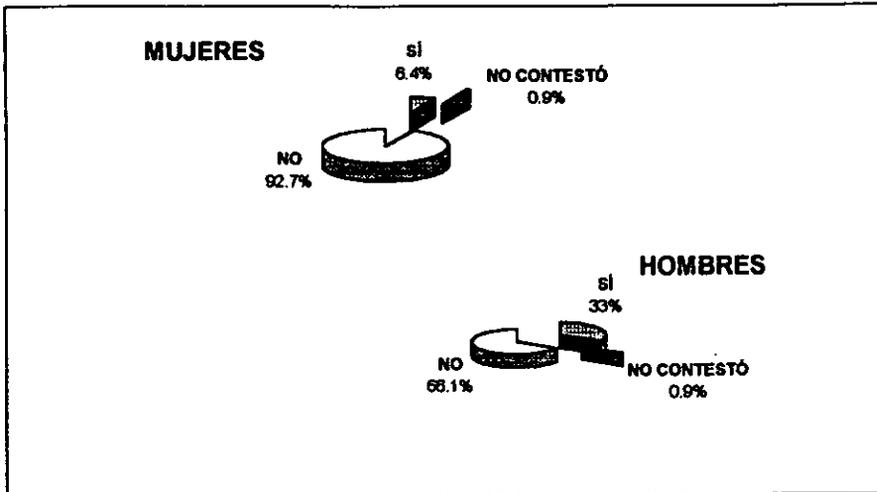


Figura 3. Porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

De las 7 mujeres que reportaron haber tenido relaciones sexuales, el 42.9% las inició entre los 12 y los 13 años de edad, el 42.9% entre los 14 y los 15 años de edad, mientras que el 14.3% no contestó.

De los 36 hombres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales, el 8.3% inició esta actividad entre los 10 y los 11 años de edad, el 30.6% entre los 12 y los 13 años de edad, el 50% entre los 14 y los 15 años de edad y el 11.1% no contestó (Tabla 5).

Tabla 5. Edad en que los sujetos reportaron haber iniciado su vida sexual.

Edad de inicio a las relaciones sexuales	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
De 10 a 11 años	0	0.0 %	3	8.3%
De 12 a 13 años	3	42.9%	11	30.6%
De 14 a 15 años	3	42.9%	18	50.0%
No contestó	1	14.3%	4	11.1%

El tipo de persona con la que tuvieron la primera relación sexual varía de acuerdo con el sexo de los sujetos. El 85.7% de las mujeres tuvo la primera relación sexual con su novio y el 14.3% no contestó. El 36.1% de los hombres tuvo la primera relación sexual con su novia, el 33.3% con una amiga, el 11.1% con un pariente, el 8.3% con una prostituta, el 2.8% con una pareja ocasional y el 8.3% no contestó (Figura 4).

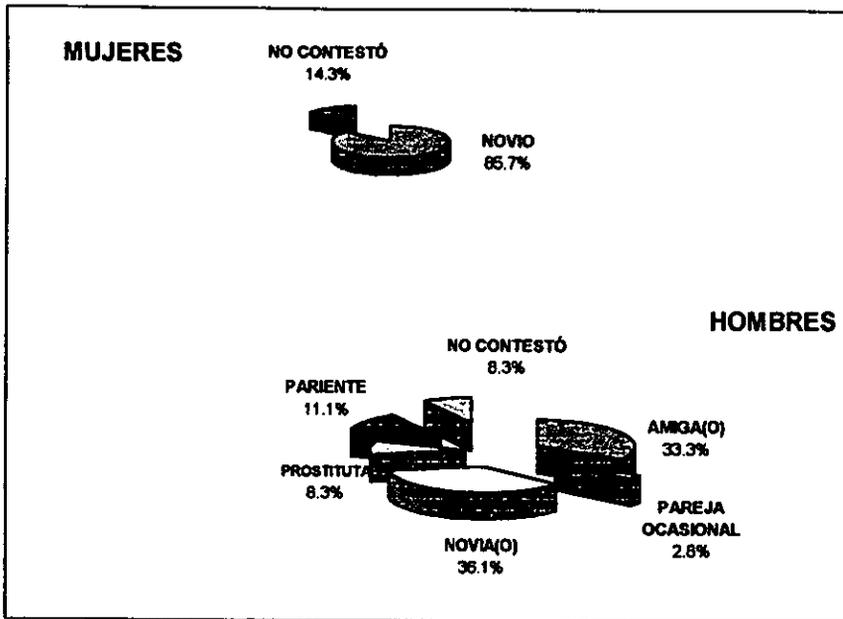


Figura 4. Persona con la que los y las adolescentes tuvieron su primera relación sexual.

El 85.7% de las mujeres con actividad sexual manifestó que su (s) pareja (s) sexual (es) fue (ron) del sexo opuesto y el 14.3% no contestó. En cuanto a los hombres con actividad sexual, el 80.6% señaló que su (s) pareja (s) sexual (es) fue (ron) del sexo opuesto, el 5.6% fue (ron) del mismo sexo y el 13.9% no contestó.

La mayoría de los hombres y mujeres que habían reportado haber tenido relaciones sexuales contestaron que durante los últimos meses no había tenido ninguna relación sexual (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencias de relaciones sexuales en los últimos seis meses.

Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
Ninguna	4	57.1%	18	50.0%
Una vez al mes	1	14.3%	8	22.2%
Cada 15 días	0	0.0%	6	16.7%
Cada 8 días	1	14.3%	0	0.0%
Dos veces por semana	0	0.0%	3	8.3%
No contestó	1	14.3%	1	2.8%

El 57.1% (4) de las mujeres y el 72.2% (26) de los hombres que habían tenido relaciones sexuales afirmaron haber utilizado algún método anticonceptivo. El anticonceptivo que utilizaron las cuatro jóvenes fue el condón, mientras que entre los varones no sólo se utilizó el condón, sino también el ritmo, la píldora o varios de éstos (Figura 5).

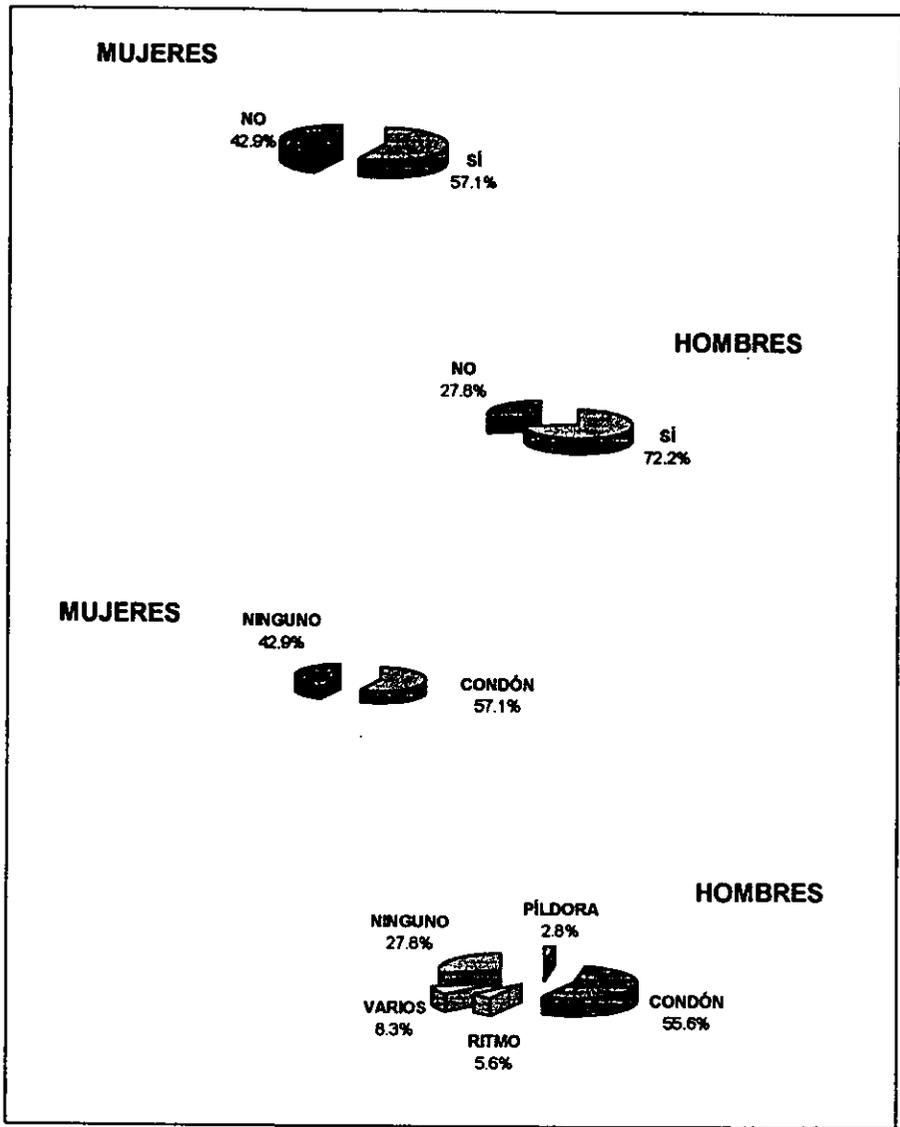


Figura 5. Porcentaje de adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo y porcentajes en que utilizaron los distintos métodos

Un adolescente hombre reportó haber embarazado a su pareja, problema que solucionó a través del aborto.

El 100% de las mujeres con actividad sexual reportó nunca haber padecido infecciones de transmisión sexual, mientras que el 5.4% de los hombres ha padecido alguna enfermedad de este tipo (Figura 6).

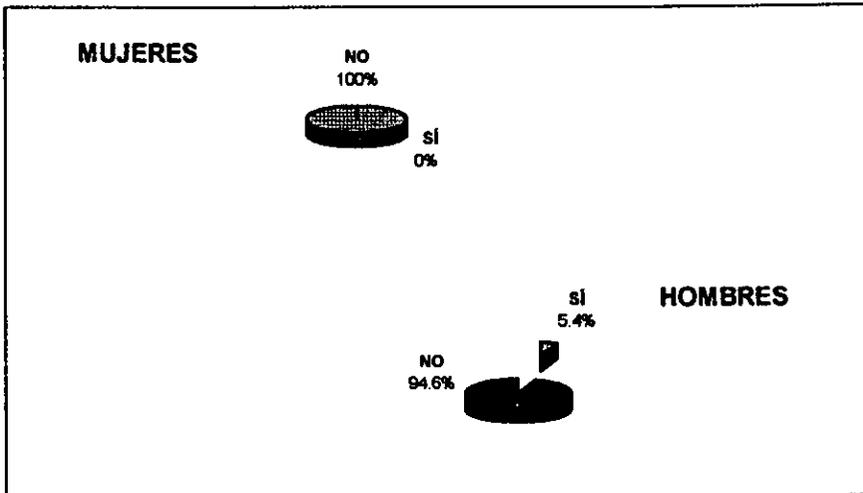


Figura 6. Porcentaje de adolescentes que han padecido alguna infecciones por transmisión sexual (ITS).

En cuanto al número de parejas sexuales, el 71.4% de las mujeres manifestó haber tenido una sola pareja sexual, el 14.3% dos parejas, y el 14.3% doce parejas. El 47.2% de los hombres afirmó haber tenido sólo una pareja sexual, el 25% dos parejas, el 8.3% tres parejas y el resto señaló haber tenido más de seis parejas sexuales (Figura 7).

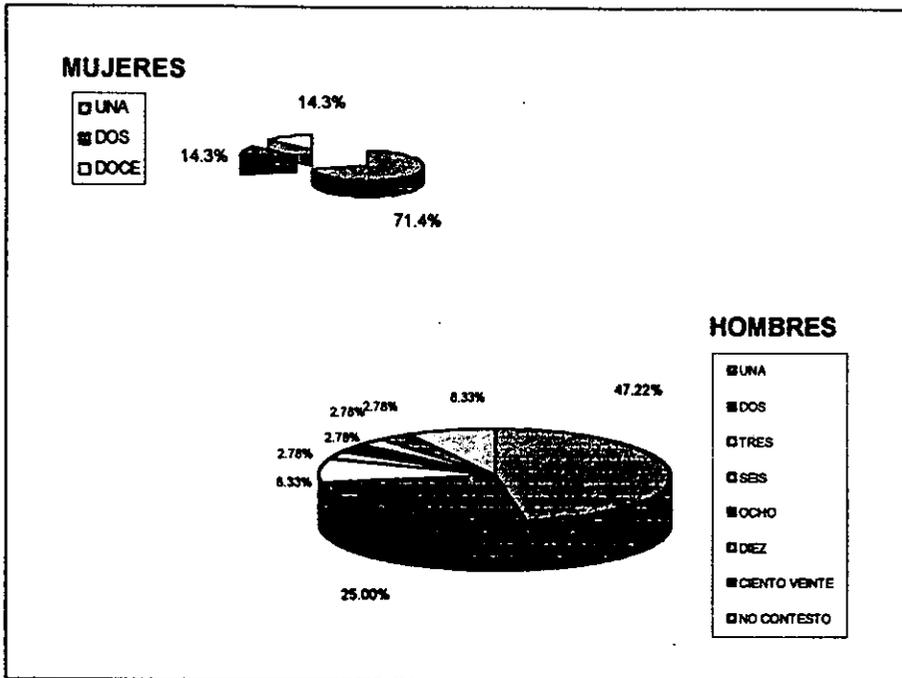


Figura 7. Número de parejas sexuales reportado por los y las adolescentes

El 94.5% de las mujeres declaró que no tenía una pareja sexual activa al momento del estudio, el 3.7% manifestó que sí la tenía y el 1.8% no contestó. Entre los hombres, el 6.4% afirmó tener pareja sexual activa, 90.8% informó que no la tenía y el 2.8% no contestó.

Las razones para no tener relaciones sexuales que manifiestan las mujeres son: estar muy jóvenes, riesgo al embarazo, no les interesa, virginidad, continuar estudiando, riesgo a infecciones de transmisión sexual y temor al castigo. Para los hombres son: estar muy joven, riesgo al embarazo, no les interesa, continuar estudiando, no tener novia, temor al castigo, riesgo a infecciones de transmisión sexual, no tener erección y el 22.9% no contestó.

La mayoría de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, manifestó no tener relaciones sexuales puesto que se consideran muy jóvenes para ello. El segundo motivo de mayor importancia para no tener relaciones sexuales, es el temor al embarazo (Tabla 7).

Tabla 7. Razones por las que los y las adolescentes no mantienen relaciones sexuales.

Razones para no tener relaciones sexuales	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
Estar muy joven	47	44.8%	31	28.4%
Riesgo al embarazo	18	17.1%	13	11.9%
Riesgo a ITS	6	5.7%	10	9.2%
No le interesa	10	9.5%	9	8.3%
Temor al castigo	6	5.7%	4	3.7%
Virginidad	9	8.6%	0	0.0%
Continuar los estudios	9	8.6%	9	8.3%
No tener novio (a)	0	0.0%	6	5.5%
No tener erección	0	0.0%	2	1.8%
No contestó	0	0.0%	25	22.9%

Se utilizó la prueba U de Man Whitney para determinar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, y a su vez, entre adolescentes con y sin vida sexual activa, en las variables actitud hacia las relaciones sexuales y actitud hacia el VIH-SIDA; mientras que para las respuestas dadas al cuestionario de conductas sexuales se empleó la prueba chi cuadrada (χ^2).

Los análisis revelaron que existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en la variable *actitud hacia la sexualidad* ($U = 3256.0$, $p = .00001$). Los hombres tuvieron una mediana de 3.3 (rango intercuartil = .3) en esta variable y las mujeres una mediana de 2.9 (rango intercuartil = .3). Sin embargo, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en su actitud hacia el VIH-SIDA.

Así mismo, se obtuvo una diferencia significativa entre los y las adolescentes que sí habían tenido vida sexual activa y los (as) adolescentes que no la habían tenido en la variable *actitud hacia la sexualidad* ($U = 2240.5$, $p = .0001$). Los primeros tuvieron una mediana de 3.4 (rango intercuartil = .4) y los segundos, una mediana de 3.1 (rango intercuartil = .3). Las *actitudes hacia el VIH-SIDA* no difieren significativamente entre estos dos grupos de adolescentes.

Los adolescentes hombres y mujeres también difieren significativamente en su conducta sexual: *conducta de masturbación* ($\chi^2 = 70.1$, $p = 0.000001$); *experiencia de orgasmo* ($\chi^2 = 49.7$, $p = 0.000001$), *caricias sexuales* ($\chi^2 = 16.5$, $p = 0.00005$) y *relaciones sexuales* ($\chi^2 = 24.4$, $P = 0.000001$). En las cuatro variables los hombres tuvieron una frecuencia mayor de estas conductas que las mujeres. Finalmente, con el fin de determinar la relación entre las variables *actitud hacia la sexualidad* y *actitud hacia el VIH-SIDA*, se realizaron correlaciones de Spearman (r_s) al interior de cada grupo: hombres, mujeres, adolescentes con vida sexual activa y adolescentes sin vida sexual activa.

En el grupo de adolescentes hombres las variables *actitud hacia la sexualidad* y *actitud hacia el VIH-SIDA* se correlacionaron significativa y positivamente ($r_s = .30$, $p = .0001$). En contraste, en el grupo de adolescentes mujeres estas variables no se correlacionaron.

En el grupo de adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales se encontró una correlación significativa y positiva entre la *actitud hacia la sexualidad* y la *actitud hacia el VIH-SIDA* ($r_s = .42$, $p = .005$). En el grupo de adolescentes que no habían tenido relaciones sexuales también se encontró una correlación significativa y positiva entre estas dos variables. ($r_s = .17$, $p = .02$).

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La adolescencia ha sido estudiada por diversos profesionales, sin embargo, los puntos de vista sobre esta etapa difieren, algunos la sobrevaloran y otros la infravaloran. Hace veintitrés siglos Aristóteles comentó que "los jóvenes son apasionados, irascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos. Particularmente los sexuales... y en este sentido no conocen la continencia. También son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes... todo lo llevan al extremo, aún tratándose del amor, el odio o cualquier otra cosa. Se sienten sabelotodo" (Muss, 1997). Esta descripción de los adolescentes podría aplicarse también en la actualidad, lo que indica que la imagen del adolescente no ha cambiado con el tiempo.

Uno de los acontecimientos más importantes de la adolescencia es el aumento del impulso sexual, que los jóvenes deben lograr integrar a su concepto de sí mismo sin experimentar conflicto o ansiedad.

Los resultados del presente estudio revelan que la mayoría de los y las adolescentes de este grupo, mencionan haber recibido principalmente de sus padres y maestros los conocimientos en sexualidad humana que poseen.

Sin embargo, algunos padres como educadores sexuales primarios no poseen conocimientos suficientes sobre el tema como para esclarecer todas las dudas de sus hijos. Además, los prejuicios morales entorno a la sexualidad, en la mayoría de las familias, propician una educación sexual tradicional y represiva a través de mecanismos como los sentimientos de culpa (López, 1988).

Por lo anterior, es más eficaz la educación sexual formal que informal, aunque en algunos sectores de la población los padres se han preocupado por buscar asesoría formal sobre cómo abordar el tema de la sexualidad con sus hijos, aumentando así su participación en su educación sexual.

En cuanto a la segunda fuente de información sexual, es decir los y las maestras, reportada por los y las adolescentes, tampoco es del todo confiable. La Secretaría de Educación Pública (SEP) establece que se imparta educación sexual como parte del programa de biología o de ciencias naturales y a través de la materia de orientación educativa, que para el año 2000 cambiará de nombre, llamándose formación cívica y ética. Sin embargo, a pesar de que este tema es revisado por las y los profesores de manera general, los y las adolescentes no obtienen suficiente información por este medio. Esto se debe, en parte, a que en México no existe una especialidad en educación sexual dentro de las escuelas normales y a que la SEP no exige ni proporciona capacitación y actualización de las y los profesores en este tema. Éstos en su mayoría imparten esta información en forma deficiente y matizada por sus propios prejuicios, lo que se considera en perjuicio de la formación integral y sana de la gente joven.

Por otro lado, existen algunos padres, maestros, instituciones privadas y públicas, así como grupos religiosos que se oponen a los programas formales sobre educación sexual. Algunos padres creen que este tipo de educación, incluso a nivel de escuelas de secundaria, es prematura para los adolescentes y que puede inducirlos a una promiscuidad indiscriminada; otros aseveran que la educación sexual sólo debe ser impartida por los padres y en la intimidad del

hogar; mientras que otros han llegado a la conclusión de que los adolescentes no tienen nada que aprender acerca de sexualidad.

Camarillo (1990) reporta en su estudio que la mayoría de los adolescentes de su muestra está a favor de la educación sexual en las escuelas y que ésta no propicia mayor actividad sexual en los adolescentes.

La masturbación ha sido asociada más frecuentemente a la adolescencia masculina (SIECUS, 1988), y esto se observa en el presente estudio en el alto porcentaje de hombres de la muestra que se masturba en comparación con el porcentaje de mujeres. Sin embargo, en estudios realizados por Stone y Church (1970) reportan que a pesar de que esta práctica sigue siendo predominantemente masculina, el porcentaje de mujeres que se masturba sin experimentar culpa es cada vez mayor.

Hite (1980) realizó un estudio en 3000 mujeres que oscilaban entre los 17 y los 40 años de edad, sobre lo que las mujeres sienten y desean acerca del sexo. Uno de los temas fue la masturbación femenina y los resultados revelaron que el 82% de las mujeres de la muestra se masturbaba.

García (1995) en su estudio sobre las actitudes hacia la masturbación femenina, comenta que actualmente la mayoría de los especialistas coinciden en que la masturbación es una demostración de vitalidad, por lo tanto, la masturbación es natural y no un sustituto de otra manifestación sexual. Ésta puede coexistir con la relación de pareja y contribuye al conocimiento del propio cuerpo y al funcionamiento sexual. Sin embargo, la masturbación a veces se vive con culpa y temor debido a presiones de algunos sectores sociales que la consideran una práctica anormal.

Con una educación sexual adecuada es posible erradicar las ideas falsas que rodean a la masturbación y que las personas ejerzan su sexualidad con plenitud.

En nuestra muestra la población femenina que se masturba sigue siendo significativamente baja (61.5% de hombres contra el 7.3% de mujeres), y esto puede deberse a que la educación conservadora y las actitudes sociales y familiares que prohíben la masturbación, especialmente en las mujeres, ocasionando efectos negativos. La información equivocada sobre la masturbación proveniente del medio ambiente social, produce rechazo hacia ésta, así como sentimientos de culpa y temor al castigo.

En la muestra del presente estudio se observaron también diferencias significativas entre hombres y mujeres en el reporte de la experiencia orgásmica. Más de la mitad de los hombres sí ha tenido orgasmo y por el contrario, más de la mitad de las mujeres no ha tenido orgasmo. Sobresale el hecho de que un mayor porcentaje de mujeres a comparación de los hombres, manifestó no saber qué es un orgasmo. Esto puede deberse, en parte, a que las mujeres, generalmente, reciben menos información sexual que los hombres, además, el tocamiento directo de los genitales en la mujer es más severamente reprimido que en los varones. Esto tiene su origen en cuestiones culturales, pues tradicionalmente se ha educado a la joven para evitar cualquier tipo de satisfacción sexual antes del matrimonio.

La confusión e ignorancia sobre estos temas tienen como consecuencias sentimientos de culpa y una baja autoestima, que puede impedir el logro de su identidad sexual autónoma y madura; por lo que la educación sexual debe empezar por liberar al niño, al joven y al adulto de los prejuicios, de los tabúes, de la ignorancia y del miedo a la sexualidad. La educación sexual debe tener como propósito que los hombres y mujeres acepten su cuerpo y su sexualidad.

Al igual que en estudios previos sobre sexualidad en adolescentes (Alfaro, 1991; Camarillo, 1990), los resultados de esta investigación demostraron que los y las jóvenes tienen relaciones sexuales, y que éstas son significativamente mayores en los hombres que en las mujeres (33% de los hombres contra el 6.4% de las mujeres). A pesar de que los hombres inician más frecuentemente su actividad sexual en edades más tempranas que las mujeres, recientemente éstas últimas inician su vida sexual cada vez a edades más tempranas (Masters y Johnson, 1995).

Es importante señalar que la mayoría de los y las adolescentes del grupo de estudio del presente trabajo, tuvo su primera experiencia sexual con personas del sexo opuesto.

Por otro lado, tanto la mayoría de los hombres como de las mujeres de la muestra, reportó haber tenido su primera experiencia sexual con el (la) novio (a). Sin embargo, los hombres también reportaron haber iniciado su vida sexual con amigas, parejas casuales, familiares y prostitutas.

Parece que hasta la fecha, aunque en una parte mínima de nuestra población, perdura el hecho de que dicha iniciación se lleve a cabo con una trabajadora sexual, lo que refleja la falta de información sexual en estos adolescentes.

Es importante señalar que actualmente la pauta sexual premarital mayormente ejercida es la *permissividad con afecto*, en la cual se autoriza a las personas de ambos sexos a practicar el coito siempre y cuando exista un lazo o vínculo de afecto, como el amor, por lo que entre los/las jóvenes son aceptadas las relaciones sexuales entre personas que tengan alguna relación afectiva de noviazgo y/o amistad.

Esto podría llegar a ser un avance dentro de la sociedad en un futuro, ya que como menciona Eusebio Rubio (1994) el vínculo afectivo como el amor, forma una parte importante para el desarrollo y evolución de todo ser humano, garantizando así, la formación de personas sexualmente funcionales en la vida adulta.

En la presente investigación, un mayor porcentaje de hombres en comparación con las mujeres, han tenido varias parejas sexuales. Al parecer, los primeros prefieren tener diferentes parejas más que mantener sólo una, aunque en la mayoría de ellas existe un lazo afectivo.

De los y las jóvenes entrevistados (as), sólo un poco más de la mitad de ellos (as) utilizaron algún método de protección eficaz y el resto, no utilizó ningún método anticonceptivo. Los datos descritos muestran claramente que los y las adolescentes de la muestra estudiada se encuentran en alto riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y/o de embarazos no deseados.

El patrón de su conducta sexual se caracteriza por tener varias parejas, principalmente en los hombres. Así mismo, los adolescentes inician actividades sexuales a temprana edad, generalmente, cuando aún no cuentan con información sexual confiable, y una gran proporción de ellos no utiliza métodos anticonceptivos.

En el presente estudio se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres en su actitud hacia la sexualidad. Los hombres mostraron tener un punto de vista más liberal hacia la sexualidad que las mujeres. Esto puede deberse a los valores que son transmitidos por los padres a sus hijos. Estos valores influyen en forma determinante en el proceso de conformación de actitudes, tanto consciente como inconscientemente. Las actitudes son adoptadas por los individuos en primera instancia, de sus padres y en segundo lugar del grupo social al cual pertenecen (Martínez, 1998).

Al parecer las mujeres más que los hombres, reciben una educación conservadora o tradicional que se refleja en sus actitudes hacia la sexualidad. De acuerdo con Aguirre (1996), el proporcionar al adolescente información equivocada sobre la sexualidad, produce rechazo hacia ésta, así como, sentimientos de culpa. Esto se refleja en el hecho de que son menos las mujeres que los hombres las que ejercen su sexualidad.

En nuestra cultura los padres le otorgan más permisividad sexual a los hombres que a las mujeres, ya que a las mujeres se les enseña que deben controlar sus impulsos sexuales y evitar cualquier tipo de contacto sexual antes del matrimonio. Mientras que en los hombres se promueven los actos sexuales.

Los datos del presente estudio confirman que la educación tradicional específica para cada sexo sigue imperando en nuestra cultura.

Así mismo, se observaron diferencias significativas en el presente estudio en las actitudes hacia la sexualidad entre los adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales y los adolescentes que no las habían tenido. Los adolescentes que habían comenzado una vida sexual activa se mostraron más liberales que los adolescentes que se habían abstenido de tener relaciones sexuales. Las actitudes hacia la sexualidad se conforman, primeramente, por influencia de la familia, sin embargo, conforme la persona vive experiencias propias, estas actitudes se modifican (Hurlock, 1987).

Los datos del presente estudio confirman claramente esta tendencia. Los y las adolescentes que practican su sexualidad han transformado sus actitudes, han abandonado, en parte, las actitudes tradicionales de la familia por actitudes menos conservadoras. Ambas variables, tanto el sexo de los sujetos como su vida sexual, se ven mezcladas en esta actitud liberal hacia la sexualidad, ya que son precisamente más los hombres que las mujeres los que practican su sexualidad.

Sin embargo, las actitudes hacia el VIH-SIDA no difieren significativamente entre los hombres y las mujeres, y entre los adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales y los que no las habían tenido. Por lo tanto, a pesar de que el ejercicio de la sexualidad incide sobre la actitud hacia la sexualidad, éste no incide sobre la actitud hacia el VIH-SIDA. Del mismo modo, la mayor libertad sexual de los hombres que de las mujeres, no los hace más conscientes de dicha enfermedad.

Los datos del presente estudio muestran que los y las adolescentes tienen una actitud indiferente hacia el VIH-SIDA, lo que implica que no se han tomado aún las medidas necesarias por parte de las instituciones gubernamentales encargadas a nivel de salud y educación, para conscientizar a esta porción de la población y así evitar la posibilidad de contagio. Además, los y las adolescentes al no percibirse en riesgo de adquirir la infección por VIH, no toman las medidas preventivas necesarias para evitarla, dando lugar a conductas de alto riesgo como tener varias parejas sexuales y no utilizar el condón en sus relaciones sexuales.

Así mismo, en el presente estudio se encontró una correlación significativa y positiva entre las variables actitud hacia la sexualidad y actitud hacia el VIH-SIDA en los adolescentes hombres, y tanto en los/las adolescentes que sí habían tenido relaciones sexuales como los/las que no las habían tenido. En estos sujetos entre más liberal es su actitud hacia la sexualidad, más abierta y objetiva es su actitud hacia el VIH-SIDA.

En el grupo de mujeres adolescentes no se encontró una correlación significativa entre estas variables. Esto puede deberse a que son precisamente las mujeres, las que han ejercido menos su sexualidad y tienen una actitud más conservadora sobre ella. La falta de información objetiva que reciben las mujeres a través de una educación represiva de la sexualidad femenina, por lo visto, afecta en las adolescentes su interés y conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, específicamente el VIH-SIDA.

Actualmente, el VIH-SIDA representa una gran amenaza tanto para hombres como para mujeres que no conocen como prevenirla. Por lo tanto, la prevención debe promoverse a gran escala a través de todos los medios de comunicación. La prevención debe consistir principalmente en las técnicas de sexo seguro, ya que no se busca la abstinencia sexual, sino la sexualidad segura y plena.

**CONCLUSIONES
Y
SUGERENCIAS**

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados del presente estudio muestran que aún en nuestros días, la educación sexual informal es diferente para hombres que para las mujeres. Esta educación se refleja en el hecho de que los hombres que participaron en este estudio tienen una actitud y una conducta sexual más liberal en comparación con las mujeres, quienes mostraron una actitud hacia la sexualidad tradicional, por ejemplo la represión a la masturbación, las caricias sexuales y las relaciones sexuales, así como ejercer mínimamente su sexualidad. Los hombres manifestaron tener más conducta sexual que las mujeres, estos practican más la masturbación, experimentan caricias y relaciones sexuales con mayor número de parejas y manifiestan menos temor al castigo por su conducta sexual que las mujeres.

Las mujeres por el contrario, expresaron que en su mayoría no se masturban, que el número de mujeres que experimentan tanto caricias sexuales como relaciones sexuales es menor a la de los hombres. Así mismo, las mujeres expresaron tener menos interés por iniciar su vida sexual, principalmente, por temor al castigo, a la pérdida de la virginidad y al embarazo. Estos temores reflejan que la educación es el factor principal de las diferencias en el comportamiento sexual entre hombres y mujeres adolescentes de este grupo.

Así mismo, los adolescentes hombres y los que han tenido relaciones sexuales difieren significativamente de las adolescentes mujeres y de los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales en su actitud más liberal hacia la sexualidad. Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad no se asocia a una actitud abierta y objetiva sobre el VIH-SIDA en los adolescentes.

Por lo anterior, es necesario proporcionar más educación sexual sobre sexo seguro a la población adolescente. Del mismo modo, la educación sexual debe estar encaminada a cambiar las actitudes de las y los adolescentes, de actitudes tradicionales a actitudes más liberales y objetivas a través no sólo de cursos teóricos, sino vivenciales, ya que como lo demuestran los datos del presente estudio una actitud liberal hacia la sexualidad se asocia a una actitud más objetiva sobre el VIH-SIDA. Además, es importante que los encargados de impartir dichos cursos estén ampliamente capacitados en el tema.

Debido a lo anterior sería conveniente no sólo desarrollar e implementar programas de educación sexual a nivel medio, sino implementarlos desde los primeros años escolares, para que así se puedan formar actitudes y conductas responsables hacia la sexualidad y evitar con esto la propagación del VIH-SIDA, formando seres humanos libres y responsables.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Aberastury, A. y Knobel, M. (1982). La Adolescencia Normal. Buenos Aires: Paidós.

Aguirre, B. (1996). Psicología de la Adolescencia. Barcelona: Alfaomega.

Alfaro, M. (1991). Sexualidad y SIDA en el Adolescente. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Amigos contra el SIDA, A. C. (1998). SIDA Hoy. 19: 1.

Berer, M. (1993). La Mujer y el VIH/SIDA. Gran Bretaña: Bath Press.

Camarillo, C. (1990). Estudio Comparativo: Información Sexual, Actitudes Hacia la Sexualidad y Conducta Sexual Entre Estudiantes de las Carreras de Medicina y Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC). (1978). La nueva educación sexual. Revista de Sexualidad Humana y Educación Sexual, 1 (2): 1-22.

- Centro de Orientación para Adolescentes, A. C. (CORA). (1984). Relaciones sexuales y uso de anticonceptivos en estudiantes del nivel medio superior del Distrito Federal. Psicología Social en México, 3 (1): 242-247.
- Centro de Orientación para Adolescentes, A. C. (CORA). (1985). Experiencia sexual en jóvenes de dos delegaciones de la ciudad de México. Psicología Social en México, 3 (1): 252-259.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1982). Educación y sexualidad. En colección: La educación de la sexualidad humana, 4: 19-22. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1982). Encuesta Nacional Sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1991). Sexualidad. Información Básica para Adolescentes. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1994). Sexualidad Adolescente. México: Editores e impresores FOC.

- Corona, B. y Montes, U. (1977). Estudio Comparativo de Conocimientos y Actitudes Sobre la Sexualidad Humana en Dos Grupos de Alumnos de Primer Ingreso del Nivel Medio Superior en el Distrito Federal y en Oaxaca. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Craig, G. (1994). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Del Río, C. (1994). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida. En Antología de la Sexualidad Humana, 3: 451-492. México: Miguel Ángel Porrúa - CONAPO
- García, E. (1995). La guerra contra las enfermedades. Revista de Revistas, (4430): 37.
- Gesell, A. (1971). El Adolescente de 10 a 16 Años. Buenos Aires: Paidós.
- Giraldo, O. (1989). Explorando las Sexualidades Humanas. México: Trillas.
- González, S. (1999). Comunicación personal.
- Higashida, B. (1991). Ciencias de la Salud. México: McGraw Hill.

- Hite, S. (1980). Informe Hite Sobre Sexualidad Femenina. México: Plaza Janes, S. A.
- Hollander, E. (1968). Principios y Métodos de la Psicología Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Horrocks, J. (1974). Problemas de la juventud. México: Trillas.
- Horrocks, J. (1987). Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
- Hurlock, E. (1970). Psicología de la Adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (1998). Mujeres y Hombres en México. México: INEGI.
- Kerlinger, N. (1981). Investigación del Comportamiento. México: Interamericana.
- Larousse. (1986). Diccionario básico escolar. México: Ediciones Larousse.
- López, M. (1988). La Encrucijada de la Adolescencia. México: Hispánicas.
- Mariet, F. (1977). Psicosociología actual. México: Villalar.

- Martínez, A. (1998). Taller. Promotor en Salud Sexual. Mecanograma. p.140 y 329.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). Enciclopedia de la Sexualidad Humana. Barcelona: Grijalbo.
- McCary, J. (1983). La Sexualidad Humana. México: McGraw-Hill. p. 210.
- Méndez, M. y Tovar, L. (1989). Detección de Conocimientos y Actitudes en Sexualidad en los Adolescentes de la Escuela de Orientación para Varones. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Monroy, A. (1985). Salud, Sexualidad y Adolescencia. México: Pax México.
- Monroy, A. (1994). La sexualidad en la adolescencia. En Antología de la Sexualidad Humana, 2: 693 - 730. México: Miguel Ángel Porrúa - CONAPO
- Montoya, L. (1980). Actitudes y Conducta Sexual en una Muestra de Estudiantes de Preparatoria Oficial. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Morales, C. (1996). Actitudes de Estudiantes de Bachillerato hacia la Sexualidad y el SIDA. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Muss, R. (1984). Teorías de la Adolescencia. México: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). ¡Hablemos de Salud Sexual!. México: GM + Producciones. p. 13-14.
- Papalia, D. (1989). Desarrollo Psicológico. México: McGraw Hill.
- Powell, M. (1975). La Psicología de la Adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ríos, M. (1991). Elementos Psicosociales en las Actitudes Hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tesis de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, I., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nesbit, R., Hornik, R. y Stanton, B. (1994). Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. American Journal of Public Health, 84 (6): 977-985.

- Romero, L. (1998). Elementos de Sexualidad y Educación Sexual. Barranquilla:
Editado por el autor.
- Rossi, H. (1993). Prácticas Sexuales en Población con Factores de Riesgo por H.I.V. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Antología de la Sexualidad Humana, 1: 17 - 46. México: Miguel Ángel Porrúa - CONAPO
- Sellers, D., McGraw, S. y McKinlay, J. (1994). Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for latino youth. American Journal of Public Health, 84 (12): 1952-1957.
- Sepulveda, J. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sex Information and Education Council of United States (SIECUS). (1988). Guía Sexual Moderna. Barcelona: Gedisa.
- Stone, L. y Church, T. (1970). El Adolescente de 13 a 20 Años. Argentina: Paidós.
p. 106 – 108.

Vázquez, M. (1997). Estudio de Actitudes Hacia la Sexualidad y Factores que Intervienen en su Formación. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Weinbender, M. y MacKay, A. (1996). Lifestyle and risk of premature sexual activity in a high school population of seventh-day adventists: Valuengensis 1989. Adolescence, 31 (122): 265-281

ANEXOS

ANEXO 1

Edad _____

Sexo: () Femenino () Masculino

"El presente instrumento está formado por una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad y de SIDA; contéstalo sinceramente, los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial". Marca con una (X) solo una de las opciones.

Las opciones son:

TA = Totalmente de Acuerdo

A = Acuerdo

I = Indeciso

D = Desacuerdo

TD = Totalmente en Desacuerdo

Ejemplo:

El buen juez por su casa empieza.

() TA () A () I (x) D () TD

1.- La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad.

() TA () A () I () D () TD

2.- Es sano que el adolescente tenga relaciones sexuales.

() TA () A () I () D () TD

3.- Una pareja puede tener relaciones sexuales de cualquier tipo.

() TA () A () I () D () TD

4.- Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aun siendo soltera.

TA A I D TD

5.- Las relaciones sexuales son para obtener placer.

TA A I D TD

6.- Es necesario que el adolescente tenga relaciones sexuales.

TA A I D TD

7.- El aborto se debe de legalizar en México.

TA A I D TD

8.- El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes.

TA A I D TD

9.- Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse.

TA A I D TD

10.- Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.

TA A I D TD

11.- Masturbarse es algo natural en los jóvenes.

TA A I D TD

12.- Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio.

TA A I D TD

13.- Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.

TA A I D TD

14.- Se debe evitar que se legalice el aborto en México.

TA A I D TD

15.- Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.

TA A I D TD

16.- Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.

TA A I D TD

17.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.

TA A I D TD

18.- Los jóvenes deben evitar la masturbación

TA A I D TD

19.- Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.

TA A I D TD

20.- Es perjudicial para el adolescente tener relaciones sexuales.

TA A I D TD

21.- Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.

TA A I D TD

22.- La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.

TA A I D TD

23.- Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.

TA A I D TD

24. Es saludable que los adolescentes se masturben.

TA A I D TD

25.- Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.

TA A I D TD

26.- Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide.

TA A I D TD

27.- Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales.

TA A I D TD

28.- Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.

TA A I D TD

29.- Los jóvenes deben de mantener en secreto sus relaciones sexuales premaritales.

TA A I D TD

30.- El aborto es un crimen.

TA A I D TD

31.- Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.

TA A I D TD

32.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.

TA A I D TD

33.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

Si No

34.- ¿Con que frecuencia tienes relaciones sexuales?

35.- En las relaciones sexuales que has tenido ¿Utilizas anticonceptivos?

36.- ¿Qué método anticonceptivo utilizas con mayor frecuencia?

Para finalizar encontrarás una serie de afirmaciones acerca del SIDA; lee cuidadosamente cada afirmación y marca con una (X) sólo una de las opciones, como anteriormente lo hiciste.

37.- Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin tener el contagio del SIDA.

TA A I D TD

38.- Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la T.V.

TA A I D TD

39.- Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.

TA A I D TD

40.- Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría

TA A I D TD

41.- Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.

TA A I D TD

42.- La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH.

TA A I D TD

43.- Es necesario que se realice más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad

TA A I D TD

44.- Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad

TA A I D TD

45.- Se debe evitar corre el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.

TA A I D TD

46.- Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaría sin temor de contraer la enfermedad.

TA A I D TD

47.- La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se transmita el SIDA.

TA A I D TD

48.- La información que tengo sobre el SIDA ha cambiado mi conducta sexual.

TA A I D TD

49.- Si me enterara que un amigo mío tuviera SIDA lo rechazaría.

TA A I D TD

50.- Todos los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.

TA A I D TD

51.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.

TA A I D TD

52.- Si un amigo mío tuviera SIDA lo mantendría en secreto.

TA A I D TD

53.- Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA.

TA A I D TD

54.- Me interesa buscar información sobre el SIDA.

TA A I D TD

55.- La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA.

TA A I D TD

56.- En general los jóvenes tienen su primera experiencia sexual con parejas ocasionales.

TA A I D TD

57. Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH, tendría relaciones sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias.

TA A I D TD

58.- Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.

TA A I D TD

59.- De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA.

TA A I D TD

60.- La prostitución debe llevarse con libertad para evitar que se difunda el VIH.

TA A I D TD

61.- Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA.

TA A I D TD

62.- La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.

TA A I D TD

ANEXO

2

Edad _____

Sexo: () Femenino () Masculino

"El presente instrumento está formado por una serie de preguntas acerca de la sexualidad ; contéstalo sinceramente, los datos obtenidos en él serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial". Marca con una (X) la respuesta que se acerque más a tu propia experiencia, trata de ser lo más espontáneo que puedas.

1.- ¿ Consideras que la información sexual que has recibido es adecuada?

() Si () No

2.- ¿ De quien recibiste principalmente esta información?

() Padres () Maestros () Amigos

() Libros y revistas () Otros, especifica _____

3.- ¿ Te haz masturbado alguna vez?

() Si () No

4.- ¿ A qué edad te masturbaste por primera vez?

() De 5 a 7 años () De 8 a 10 años () De 11 a 13 años

() De 14 a 15 años () Otra, especifica _____

5.- ¿ Con qué frecuencia has practicado la masturbación en los últimos 6 meses?

() Ninguna () Una vez al mes () Cada 15 días

() Cada 8 días () Dos veces por semana () Diario o casi diario

6.- ¿ Alguna vez has sentido un orgasmo?

() Si () No

7.- Tu primer orgasmo ocurrió porque:

- Acariciaste tus propios genitales Fue durante el sueño
 Por caricias sexuales con otra persona
 Por relaciones sexuales con otra persona
 Otra, especifica _____

8.- ¿Se acarician sexualmente tú y tu pareja sin llegar a tener relaciones sexuales?

- Si No

9.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- Si No

10.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- De 10 a 11 años De 12 a 13 años De 14 a 15 años
 Otra, especifica _____

11.- ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- Amigo (a) Novio (a) Pariente
 Prostituta Pareja ocasional Otra, especifica _____

12.-¿ Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

- Ninguna Una vez al mes Cada 15 días
 Cada 8 días Dos veces por semana

13.-¿ Tú o tu compañera (o) usan o usaron algún método anticonceptivo?

- Si No

14.-¿ Qué método (s) anticonceptivos usan o usaron?

- Píldora Diafragma Condón Ritmo
 Espumas, jaleas, cremas spermaticidas Coito interrumpido
 Dispositivo Intrauterino Otro, especifica _____

15.-¿ Has padecido alguna enfermedad venérea?

Si No

SOLO MUJERES

16.-¿ Alguna vez te has embarazado?

Si No

SOLO HOMBRES

16.- ¿Alguna vez has embarazado a tu pareja?

Si No

17.- En caso afirmativo, ¿qué hiciste?

Continuar el embarazo Abortar Otro, especifica _____

18.- Explica que razones tienes para no tener relaciones sexuales.

19.- Si has tenido relaciones sexuales, han sido con personas...

De tu mismo sexo Del sexo opuesto De ambos sexos

20.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

21.- ¿Tienes pareja sexual actualmente?

Sí No

ii GRACIAS ii