

122  
2 es.



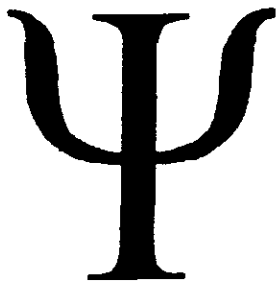
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EN  
ADOLESCENTES EXPULSADOS DEL HOGAR**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A N :**  
**HERNANDEZ CAMACHO, JOSE CONCEPCION**  
**MORALES SANCHEZ MIRIAM**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE**  
**SINODALES: MTRA. AIDA MARIA RODRIGUEZ VELIZ**  
**LIC. MILAGROS FIGUEROA CAMPOS**  
**LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES**  
**LIC. LILIA JOYA LAUREANO**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D.F.**

**1998**

267927



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 ESTE TRABAJO A LOS NIÑOS DE CASA  
ALIANZA Y A TODOS LOS NIÑOS DE LA CALLE POR EL  
APRENDIZAJE QUE NOS DEJAN.*

Agradecemos la valiosa ayuda de la Lic. Ma. De Lourdes Monrroy Tello por el apoyo informático, técnico y estadístico para el desarrollo de la presente investigación.

También queremos reconocer el apoyo brindado por Consuelo Corona y Columba Domínguez personal de la Unidad de Computo Informática e Instrumentación (UCII) de la Facultad de Psicología.

*A ti José porque hemos sabido más que ser compañeros de tesis unos grandes amigos, porque nunca claudicaste (eso me enorgullece mucho) y por tu cariño.*

*A ustedes papá y mamá, les agradezco todo el apoyo incondicional que a lo largo de mi vida me han sabido dar, sus consejos y detalles. Esto y todo lo que logre en mi vida se los debo a ustedes. Los amo.*

*A ti Mauricio, que aunque no lo creas me has sabido impulsar, te quiero mucho.*

*A ti Efrain por ayudarme a lograr una de mis metas, por brindarme todo tu apoyo y comprensión, te amo corazón.*

*Al Centro de Integración Educativa (CIE) que me vió nacer como estudiante y crecer como persona, a mis directores Carlos Pulido y Susana Guzmán, a mi tutora Martha Portillo, que más que eso fue mi amiga y a todos mis maestros por su formación académica y moral.*

*A mi familia que me impulso, gracias.*

## INDICE

CONTENIDO	PÁGS.
Resumen .....	1
Introducción .....	2
 <b>CAPITULO UNO</b>	
Antecedentes del estudio sobre los adolescentes y su sexualidad en el D.F. ....	3
 <b>CAPITULO DOS</b>	
Sexualidad y Salud Reproductiva .....	8
2.1 Teorías de la Sexualidad .....	9
2.2. Salud Reproductiva .....	17
 <b>CAPITULO TRES</b>	
Adolescencia .....	21
3.1 Teorías sobre la Adolescencia .....	25
3.2 Una Adolescencia Diferente .....	32
 <b>CAPITULO CUATRO</b>	
Actitudes .....	41
4.1 Actitudes hacia la sexualidad .....	47
4.2 Actitudes: su medición .....	48
 <b>CAPITULO CINCO</b>	
Metodología .....	50
Planteamiento del problema.....	50
Definición de Variables.....	50
Tipo de investigación y diseño.....	52
Muestra.....	52
Instrumento de medición y materiales.....	53
Procedimiento.....	53

## CAPITULO SEIS

Resultados .....	55
6.1 Descripción de la muestra .....	55
6.2 Conocimientos sobre Sexualidad .....	56
6.2.1 Análisis de las respuestas .....	59
6.3 Actitudes hacia la Sexualidad y hacia la Salud Reproductiva .....	62
6.4 Medición de conocimientos y actitudes hacia la Sexualidad y hacia la Salud Reproductiva .....	65
6.4.1 Comparación del nivel de conocimiento por edad .....	65
6.4.2 Comparación de la actitud hacia la Sexualidad y hacia la Salud Reproductiva por edad .....	67
6.4.3 Correlación del nivel de conocimientos sobre sexualidad por la actitud hacia Sexualidad y hacia la Salud Reproductiva .....	68
6.5 Confiabilidad del Instrumento.(Tipo Diferencial Semántico).....	69

## CAPITULO SIETE

Discusión y Conclusiones .....	70
Referencias .....	79
Anexos .....	85

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue un estudio descriptivo y de campo de tipo exploratorio que tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimientos sobre sexualidad y las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de una muestra no probabilística con una  $N= 47$ , adolescentes varones entre los 11 y los 19 años de edad que vivían en Casa Alianza. Para recabar los datos se emplearon dos instrumentos, uno diseñado para medir el nivel de conocimientos sobre sexualidad y otro tipo diferencial semántico para medir las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva. En el análisis de los resultados se encontró que a mayor edad los sujetos tuvieron un mayor nivel de conocimientos sobre sexualidad y la tendencia de una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, finalmente se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.



## INTRODUCCIÓN

Se estima que la población de nuestro país está constituida en gran parte por jóvenes. Lo cual representa un reto para la sociedad mexicana en su conjunto para poder satisfacer la diversa gama de necesidades de dicho sector de la población.

Así mismo dentro de esta población de adolescentes existe un subgrupo denominado “niños de la calle”, que son el resultado de diversos factores que los orillan a esta forma de vida.

Dentro de las muchas necesidades de este sector de la población, una de suma importancia es la de informarse respecto al ejercicio de su sexualidad, ya que están en una edad en la cual se enfrentan a diversos problemas que son consecuencia de una nula, limitada o inadecuada información sexual y reproductiva; lo anterior puede tener como causas la permanencia de diferentes prejuicios por parte de la sociedad en general acerca de la sexualidad, ignorancia o falta de comunicación de los padres hacia sus hijos, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, etc.

Por lo anterior, existe la necesidad de educar para la salud sexual y reproductiva de tal forma que se tomen en cuenta las características de la población a la cual se dirigen los diversos programas y cursos de educación sexual.

Por tal motivo, la presente investigación pretende conocer el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de los adolescentes pertenecientes a este sector de la población que viven en la Institución Casa Alianza.

## CAPITULO UNO

### ANTECEDENTES DEL ESTUDIO SOBRE LOS ADOLESCENTES Y SU SEXUALIDAD EN EL D.F.

Se estima que en 1993 éramos en el país 88 millones de habitantes, de los cuales 22 millones tenían entre 10 y 19 años de edad (Informe sobre el desarrollo mundial, 1992. Banco Mundial, en Aguilar, 1994)

Aunque la mayoría de los jóvenes eran estudiantes (14 millones, 64%), fue importante el número de los que trabajaban (4 millones, 18%) y el de aquellos que estaban desempleados, que trabajaban en la calle o que se dedicaban a la vagancia (también 4 millones, 18%).

Según la Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo entre Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México realizada en 1987 (García y Figueroa, 1992; García, Figueroa, Reyes y Pérez, 1993), de una muestra de 1010 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, hombres (51.7%) y mujeres (48.3%), el 32.7% había tenido relaciones sexuales por lo menos una vez; la edad promedio a la primera relación fue de 16 años para los varones y 17 para las mujeres. El 33.8% de los que habían tenido relaciones sexuales declaró haber utilizado algún anticonceptivo y los principales métodos utilizados en la primera relación sexual fueron el ritmo (36.9%), el coito interrumpido (23.6%) y el condón (12.3%). Las principales razones por las que no usaron algún anticonceptivo fueron: no conocían los métodos, no sabían cómo usarlos y dónde obtenerlos (39.4%), y no planearon tener relaciones sexuales (28.9%). En el último contacto sexual hasta el momento del estudio

el 70.5 % utilizó un anticonceptivo. De éstos los más utilizados fueron los hormonales, el Dispositivo Intrauterino (DIU), el ritmo, el coito interrumpido y el condón. Los principales motivos por los que no usaron algún anticonceptivo en el último contacto sexual fueron: no creyeron embarazar o embarazarse y no planearon tener relaciones sexuales (cabe mencionar que de esta muestra el 18.4% se embarazó, mientras que el 24.4% de los varones embarazó alguna vez a una mujer).

Otros estudios (Pick, 1988, en Aguilar, 1994; Pick y Givaudan, 1992; Pick, Givaudan y Saldivar 1996; Carrasco, 1992) muestran que la mitad de las mujeres en México se casan antes de los 20 años de edad y que tanto mujeres como hombres empiezan a tener relaciones sexuales en la adolescencia. En estos estudios se encontró que el 77% de las adolescentes había empezado a tener relaciones sexuales y que la edad promedio de la primera relación era de 16 años. En el mismo estudio se mostró que menos del 40% de estas adolescentes o sus parejas utilizaban alguna forma de anticoncepción en esta primera relación sexual. La principal razón que proporcionaban los adolescentes para el no uso de anticonceptivos en su debut sexual era la falta de información.

El Consejo Nacional de Población, CONAPO (1988, en Aguilar, 1994), reporta que sólo uno de cada tres jóvenes utiliza un método de control natal durante su primera relación sexual.

En cuanto al embarazo, se ha investigado que del total de nacimientos reportados en 1990, el 15% corresponde a mujeres menores de 20 años. Sumando un total de 450,000 (Welti, 1989, en Aguilar, 1994). En la Ciudad de

México, se estimó que el 17% de las mujeres entre 15 y 19 años alguna vez había estado embarazada (López y Zúñiga, 1994).

Otro problema que amenaza a la juventud es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A diferencia de las otras enfermedades de transmisión sexual, el SIDA registra una tendencia anual ascendente de nuevos casos (SSA, 1993, en López y Zúñiga, 1994). La epidemia de SIDA se inicia en el país a comienzos de la década de 1980. En relación al número de casos reportados, México ocupa actualmente el lugar 11 a nivel mundial y tercero a nivel del continente americano (INDRE, 1993, en López y Zúñiga, 1994). Hasta octubre de 1994 se habían notificado 20,077 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 230 por cada millón de habitantes. Sin embargo, si se considera el subregistro y el retraso de notificación de casos, se estima que los casos acumulados corregidos en ese periodo ascienden a más de 31,700.

Las entidades federativas donde se ha presentado el mayor número de casos notificados de la enfermedad son aquellos donde predomina la población urbana; en primer lugar destaca el D.F., con 31.2% del total de casos acumulados en el país (6,264 casos).

El principal mecanismo de transmisión del SIDA es el sexual, que representa 82.5% de los casos notificados entre adultos con categoría de transmisión conocida.

Dentro de la transmisión sexual, el SIDA en México se ha presentado más frecuentemente entre homosexuales y bisexuales; sin embargo, las tasas tienden a estabilizarse en

estos grupos y a mostrar un aumento progresivo de transmisión heterosexual en ambos sexos.

El riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual es considerablemente mayor entre los adolescentes, pues se tiende a tener más de una pareja en un periodo corto y casi no se utilizan métodos de barrera o preservativos (López y Zuñiga, 1994).

Además de estos datos numéricos existen otros de corte cualitativos que destacan la importancia de la comunicación familiar como factor de influencia en la etiología del embarazo temprano. Se encontró que las adolescentes que resultan embarazadas poseen una baja autoestima y el tener un hijo las hace sentirse importantes en el núcleo social en el que se desenvuelven. Otras causas que se reportan son la deserción escolar; la dificultad para expresar verbalmente lo que sienten y lo que quieren y de esta forma responder asertivamente ante la manipulación afectiva de sus parejas y para reflexionar acerca de sus valores; la confusión al tomar decisiones y la falta de conciencia de las expectativas para realizar un plan de vida (Pick, 1988, en Aguilar, 1994; Tiburcio, 1995).

Para un gran número de jóvenes mexicanos las posibilidades de desarrollo en esta etapa de la vida son limitadas. Viven su adolescencia enfrentándose al mismo tiempo a los cambios físicos y psicológicos propios de su edad y a compromisos sociales que son característicos de los adultos, como la manutención familiar, el trabajo, el embarazo y la paternidad. Su sexualidad es experimentada entre riesgos de embarazos tempranos, maternidad y paternidad prematura, matrimonios forzados, abortos, enfermedades de transmisión

sexual, SIDA, machismo y abuso sexual entre otros problemas (Aguilar, 1994).

Ante estas condiciones, en diversos foros nacionales e internacionales (Alcalá, 1994) se ha exhortado a que los gobiernos, junto con organizaciones no gubernamentales, organicen programas de educación sexual para adolescentes.

Sin embargo, en México los programas que existen son proporcionados en ambientes más bien escolarizados implementados por la Secretaría de Educación Pública (SEP) e instituciones privadas que no llegan a adolescentes llamados marginales o su cobertura a esta población es mínima (Aguilar, 1994). Ante esta situación es necesario conocer cuáles son las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de esta población para tener elementos que permitan el diseño de talleres, cursos y/o programas de educación sexual, con un enfoque preventivo, que fomenten la salud reproductiva de este sector de la población.

## CAPITULO DOS

### SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

El estudio de la sexualidad ha tenido gran interés por parte de los psicólogos ya que es una parte fundamental del desarrollo del ser humano. Así, para el desarrollo de esta investigación se presentan algunas de las definiciones sobre sexo y sexualidad.

El sexo se define como un conjunto de características anatómicas y fisiológicas con que está dotada la especie en cuanto bisexuada y que hace posible su reproducción; en cambio la sexualidad es la manera como se manifiestan los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada, incluye características biológicas, psicológicas y sociales. (Brito y López 1979)

El sexo es la base biológica y está definido como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón de la mujer y que al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción.

Desde el punto de vista biológico, la sexualidad es un proceso fisiológico natural, comparable a otras funciones naturales como pueden ser la respiratoria, la intestinal o la urinaria (Masters y Johnson, 1983 en Vázquez ,1997)

## 2.1 Teorías de la sexualidad

### El modelo psicoanalítico de la sexualidad humana

El representante de esta teoría es Sigmund Freud el cual adscribe a la sexualidad un carácter biológico e innato.

Freud consideró los orígenes de los fenómenos sexuales en la vida como las manifestaciones de energía que llamo libidinal y que tenía como fuente la matriz biológica del sujeto.

Este autor postuló la existencia de pulsiones: la pulsión libidinal primero, luego la pulsión agresiva. La idea de pulsión está identificada con la idea de fuerza, de impulso que se presenta dinámicamente para lograr su objetivo. En la dinámica de manifestación aparecen los problemas que la manifestación no regulada de las pulsiones representarían.

Primero el conflicto entre la manifestación libidinal (placentera) y la imposibilidad dictada por la realidad (de vivencia placentera continua) implicada la necesidad de supervivencia del individuo y de la especie; más tarde en el niño este conflicto se manifiesta con el surgimiento de sus impulsos placenteros y sexuales a los que se opone la sociedad por medio de sus representantes (padre y madre). En el adulto el padre y la madre son sustituidos por los principios, valores y normas que adquiridos (introyectados) por el individuo forman el superyo. Posteriormente se agregó al pensamiento freudiano la idea de conflicto en las pulsiones: la pulsión libidinal (eros o pulsión de vida) y la pulsión agresiva (tanatos o pulsión de muerte). Para Freud la satisfacción de la pulsión libidinal puede darse en formas



que a la simple observación parecen no tener relación alguna con su objetivo original; hay tres maneras en las que esto puede suceder y reciben los nombres de perversión, sublimación y neurosis. La primera forma se establece cuando el objeto de gratificación permanece siendo alguno de los que tuvieron importancia fundamental en la infancia y la gratificación adulta se encuentra dificultada por algún evento en el desarrollo que hace que el individuo viva la realización adulta de la sexualidad como peligrosa o difícil dando por resultado una perversión. En la segunda, el objeto es sustituido en forma tan completa que parece no tener que ver con nada de las formas de gratificación original de la pulsión sexual, algunas de las más sofisticadas y admiradas expresiones artísticas y culturales son vistas por el psicoanálisis como el resultado de este proceso que se denomina sublimación. En la tercera forma las vicisitudes del desarrollo de la pulsión sexual pueden dar por resultado que ninguno de los dos procesos anteriores se estructure, pero que la gratificación de la pulsión, aunque con gran cantidad de represión, siga siendo buscada con la participación de muchos mecanismos de defensa, ante la culpa y la ansiedad que genera su gratificación y el resultado es llamado proceso neurótico. La normalidad se adquiere, según la perspectiva psicoanalítica, cuando los conflictos propios del desarrollo se resuelven satisfactoriamente y es posible la búsqueda de gratificación libidinal en la vida adulta de manera menos rebuscada.

Los modelos empírico-positivistas de la sexualidad: El modelo de la secuencia de la conducta sexual y el modelo sociológico de Reiss.

Los científicos de orientación empírico-positivista han desarrollado enfoques y modelos que es conveniente resumir. El empirismo científico busca reducir la realidad percibida y aislar las variables que permitan la predicción de los fenómenos estudiados. Debido a este modo de proceder, el enfoque se caracteriza por la búsqueda de definiciones que puedan ser aplicables por diversos estudiosos de manera inequívoca, es decir, se busca la operacionalización de los conceptos de las variables estudiadas. Un buen ejemplo es la definición de conducta sexual que Beach y Ford (1972) ofrecen: las actividades que suponen excitación y estimulación de los órganos genitales.

### El modelo de la secuencia de la conducta sexual

Los representantes de la teoría del aprendizaje han desarrollado varios modelos para entender la conducta sexual humana, uno de ellos es el modelo de la secuencia de la conducta sexual desarrollado por Donn Byrne (1986, en Rubio, 1994). Este modelo tiene tres niveles de observación: los estímulos externos, los procesos internos y la conducta manifiesta. Los estímulos externos pueden ser de naturaleza no aprendida o aprendida (estímulos a los que se les adscribe calidad erótica). Los procesos internos son de varios tipos: afectivos, actitudinales, informacionales, de expectativas, imaginarios y fisiológicos. La conducta manifiesta tiene como variables observables: los actos instrumentales (los actos conducentes a ser factibles la actividad sexual), las respuestas meta (interacción sexual conducente a excitación y/u orgasmo) y el o los resultados

a corto y largo plazo que a su vez tienen relevancia para la modulación de los procesos internos.

### El modelo sociológico de Ira Reiss

Trabajando también desde una óptica empírico-positivista el sociólogo Ira Reiss (1986, en Rubio, 1994) ha propuesto un modelo explicativo de la sexualidad en sus niveles sociales.

Este autor toma el concepto de guión sexual propuesto por Simon y Gagnon (1984, en Rubio 1994) extendiéndolo a nivel cultural. El concepto de guión cultural se refiere a un modelo de interacción conformado por papeles o roles sociales. El guión es una especie de código compartido por los miembros de un grupo que entienden que se debe hacer sexualmente (o mejor dicho, qué espera el grupo), con quién, cómo, para qué y por qué. Propone entender la sexualidad como "el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas de excitación eróticas que se suponen inducen a la excitación erótica y a las respuestas genitales". Reiss señala que la conducta erótica tiene dos consecuencias universales: a) está revestida de importancia cultural y b) la conducta sexual conlleva a la formación de vínculos entre los participantes, ya que: 1. Es indispensable que los mismos muestren sus partes ocultas (tanto literalmente con la desnudez física como en términos más psicológicos con el desarrollo de intimidad) y 2. Generalmente hay una calidad placentera en la experiencia.

Investigando empíricamente lo conocido de una gran variedad de culturas, Reiss muestra que la sexualidad, así entendida, se relaciona directamente con tres instituciones

sexuales: a) los roles genéricos como filtros del poder; b) la estructura de celos que en cada sociedad regula con precisión quiénes y con quién se tienen acceso a la actividad erótica y que se traduce en la estructuración social de parentescos y c) las conceptualizaciones sociales de normalidad social que se traducen en ideologías reguladoras de la conducta sexual, de su importancia y de las vinculaciones sexuales.

### El modelo sistémico de la sexualidad

Esta teoría fue desarrollada por Ludwing von Bertalanffy (1968, en Rubio 1994) quien menciona que la idea central de la teoría del sistema general, es que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, y que estos elementos son a su vez sistemas. Arthur Koestler (1982) propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración. Digamos que el reto para aplicar la teoría, es identificar los holones sexuales.

Los holones sexuales o sea las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad, deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, es decir, que puedan aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica como sociológica, psicológica y biológica.

Rubio (1994) propone que 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. Estos conceptos tienen aplicabilidad vertical, esto es, que cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano y por ello nos son ofrecidos como conceptos biológicos, sociales o psicológicos.

La idea de integración es central en este modelo teórico. Por integración se entiende, en el pensamiento de sistemas, que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente, pues su actuar depende de los otros elementos del sistema. La integración en los sistemas se alcanza de diversas maneras pero en el caso de la sexualidad, esta integración se hace presente gracias a los significados de las experiencias, es decir, es el producto de la adscripción del sentido, significado y afecto a aquello que al individuo en lo personal y al grupo en general, viven como resultado de que las potencialidades sexuales están biológicamente determinadas (y por tanto son compartidas por la mayoría de los individuos). Sin embargo, lo que está determinado por nuestra naturaleza biológica es la potencialidad para tener experiencias en las cuatro dimensiones generales: la reproducción, el género, el erotismo y el vínculo afectivo. Literalmente, la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir. En un proceso paralelo pero que sólo se observa si el método de estudio es social, los grupos humanos construyen ideas compartidas acerca de sus potencialidades sexuales. Los significados de las experiencias, entonces, permiten la construcción e integración de la sexualidad. Ocurre que los significados en cada una de las áreas interactúan entre las otras porque, precisamente, están en relación unas con otras. No es posible modificar los

significados reproductivos, por ejemplo, si no se considera la resignificación genérica, erótica y vinculativa.

La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de los dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales.

Se explicarán brevemente los cuatro holónes o subsistemas a los que hace referencia esta teoría.

El holón de la reproductividad humana.

Por reproductividad se quiere decir: tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

Desde luego el tema de la reproductividad parece ser identificado con nuestra condición biológica y es en ese nivel que generalmente se estudia; sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto. Hay manifestaciones de nuestra reproductividad en hechos tan lejanos de la concepción como el acto educativo mismo.

El holón del género

En la evolución de los seres vivos apareció en cierto momento el sexo, es decir, el hecho de que en un mismo tipo de

organismo (una misma especie) surgieron dos formas. Los científicos le llaman a esa cualidad de los seres vivos dimorfismo, que quiere decir dos formas. La base biológica del género es el dimorfismo, y éste es la base para la conformación del segundo elemento de la sexualidad.

En este contexto entendemos género como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina o femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

A nivel psicológico, el género adquiere relevancia central en la formación de la identidad individual. La identidad es el marco interior de referencia que nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad es precisamente el género, en la llamada identidad de género. La identidad de género es tan importante en el desarrollo humano que cuando no puede conformarse el desarrollo completo se detiene.

### El holón del erotismo

El erotismo es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales.

Por erotismos entenderemos: los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

## El holón de la vinculación afectiva interpersonal

El desarrollo de vínculos afectivos es resultado de la particular manera en que la especie humana evolucionó: a mayor tiempo de desarrollo, mayor necesidad de cuidado. Una vez rotos los vínculos físicos prenatales, la presencia de afectos intensos relacionados con los otros se constituye en la forma de garantizar el cuidado y el desarrollo. La especie humana tiene un tiempo de desarrollo del individuo adulto extremadamente prolongado, el cuidado parental y la permanencia de apoyo entre los procreadores, se traducen en estabilidad y aumento de las posibilidades que tiene la especie de permanecer en el mundo.

Por vinculación afectiva entendemos la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

### 2.2 Salud Reproductiva

Entre los estudiosos de la Salud Reproductiva no existe un consenso en cuanto a los fenómenos que deben de incluirse en su definición.

Gutiérrez (1992) dice que la salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos a la futura madre, a la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido, y la atención neonatal precoz, periodo que comprende desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994, en Szasz, 1995), define la salud reproductiva como la posibilidad de



que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse, que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse o no, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, y que tengan acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para que el resultado del embarazo sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del infante.

Szasz (1995) dice que el concepto de salud reproductiva es controvertido y se emplean y ejercen distintas acepciones, desde aquellos que lo limitan a la anticoncepción y la morbimortalidad materno-infantil hasta los que ponen el énfasis en los derechos de las personas y las condiciones sociales para ejercerlas.

A diferencia de los conceptos anteriores, circunscritos a la planificación familiar y salud materno-infantil, el enfoque de salud reproductiva rescata la dimensión de la sexualidad, agregando a este campo las controversias sobre el cuerpo, la identidad de género y la identidad sexual como construcciones sociales (Dixon-Miuller, 1993, en Szasz, 1995); quienes lo rescatan como un enfoque de derechos humanos se nutren de visiones de la lucha feminista por el reconocimiento del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. La vertiente que destaca los derechos de las personas y las condiciones sociales para acceder a esos derechos considera al ejercicio libre y placentero de la sexualidad como diferente y separado de la reproducción.

El ejercicio de una vida sexual satisfactoria y segura comprende la información y acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles, de tal manera que las personas puedan separar de la procreación incluso aquella parte de la sexualidad que se puede vincular con ella: las relaciones

sexuales heterosexuales. Incluye también la información y el acceso a los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, y a la posibilidad de interrumpir un embarazo sin poner en riesgo la salud y la vida de la mujer (Szasz, 1995)

Algunos fenómenos que se relacionan con comportamientos sexuales han sido identificados como problemas de salud reproductiva en México (Langer y Romero,1995). Estos son el inicio temprano de la procreación, el embarazo involuntario, la violencia sexual, la violencia doméstica y la propagación de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La investigación social sobre la sexualidad en México revela que las normas prevalecientes sobre la construcción cultural de lo femenino y lo masculino y las relaciones entre los géneros moldea los significados y prácticas sexuales, y permiten establecer algunos vínculos entre estas prácticas y los problemas de salud reproductiva antes mencionadas (Bronfman y Minello, 1993)

Estas normas exponen a las jovencitas al embarazo inmediato como camino de legitimación social después de haber comenzado una relación sexual promoviendo patrones reproductivos de inicio temprano de la procreación. Las posibilidades de separar la sexualidad femenina de la maternidad solamente es admitida en mujeres unidas que ya son madres (Figueroa, Szasz, Aguilar y Rivera,1994; Figueroa, 1996).

Los mandatos de monogamia femenina y poligamia masculina determinan comportamientos más riesgosos para la salud que las relaciones más equitativas entre los

géneros, en las que una mayor comunicación facilita la adopción de medidas preventivas.

Las desigualdades sociales y las relaciones de poder entre los géneros se sitúan en la raíz de las conductas de violencia sexual y doméstica, que dan origen a diversos problemas de salud. El comportamiento violento no constituye una conducta individual desviada, sus raíces están en una sociedad que avala la imposición y el abuso de unos sobre la integridad física de otros, al negar a niños, jóvenes y mujeres el acceso a su propio cuerpo y al otorgársela quienes tienen poder sobre ellos (Tolbert y Romero, 1995, en Szasz 1995 ; Saucedo, 1996)

Estas relaciones entre el comportamiento sexual, la construcción de identidad genérica y las fuerzas culturales y estructurales son las que permiten comprender los vínculos entre significados y prácticas sexuales y problemas de salud reproductiva en México (Szasz,1995)

## CAPITULO TRES

### ADOLESCENCIA

Definir adolescencia constituye y ha sido una tarea difícil para los expertos en la materia ya que no es un fenómeno individual, está constituido por partes integrales como la familia, la sociedad y la cultura.

De esta manera, a continuación se mencionan algunas definiciones de adolescencia para enfocar esta investigación.

La palabra adolescencia es definida de diferentes maneras y limitada a edades variables. Adolescencia proviene del vocablo latín “adoleceré” que significa crecer, desarrollarse (Shmeling, 1982)

Según Sherif y Sherif (1970) la adolescencia se define como el período de transición entre la pubertad y las etapas adultas del desarrollo.

La adolescencia es la edad que sigue a la niñez desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental que generalmente va acompañado de “trastornos” emocionales.

En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14 y se extiende de los 14 a los 25 años; estos límites varían según los climas, las razas y los medios sociales que pueden determinar adaptaciones precoces o retardos en la vida adulta.

Otras definiciones dicen que la adolescencia es una etapa en la que los individuos empiezan a formarse como seres

humanos distintos entre sí. Cada uno puede imponer su individualidad, aprende a vivir de acuerdo con los estándares de ciertas personas trascendentes para él, mientras que se resiste a los de otras. Así, la personalidad de cada adolescente depende de la trascendencia de las personas más importantes para él (Grinder,1976)

La adolescencia es un periodo de transición que implica una serie de pasos sucesivos, dentro de las peculiaridades como proceso comprende una serie de actividades que pudieran llamarse "ritos de iniciación" que facilitan psicológicamente las transiciones de estatus.

Según Irene Josselyn (1975) la adolescencia abarca un vasto periodo de acelerado crecimiento y cambios físicos y psicológicos. Esta autora afirma que mientras el adolescente lucha en un mundo vastamente estimulante y trata con sentimientos ambivalentes e impulsos desorganizados; en su interior se da otra lucha mayor y más significativa: se desarrollan nuevas ambigüedades en su comportamiento, intensifica la búsqueda de su independencia y aumenta la confusión de las respuestas emocionales hacia sus padres. Esta búsqueda tiene su base en las dificultades multicasuales que enfrenta el adolescente al tener que alcanzar su nivel heterosexual de adaptación.

Puede decirse que la adolescencia es un periodo de transición, pero no solamente por razones biológicas sino también a causa de las presiones y demandas que la cultura aplica sobre el niño en desarrollo.

El término adolescencia se refiere al proceso psicológico que se relaciona vagamente con los procesos de crecimiento físico definidos por el término de pubertad. La adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura; es decir, se determina en gran parte por la cultura y la sociedad propias,

cuando el niño y la niña han logrado un grado razonable de independencia psicológica de sus padres.

La pubertad es un concepto que interviene en la adolescencia y que con frecuencia es conocida como sinónimo de adolescencia. La pubertad es principalmente con la que se definen los cambios físicos que se llevan a cabo en la adolescencia.

Pubertad proviene del latín "pubertas" que significa edad de la virilidad. Se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar. La fase de la pubertad significa los cambios físicos que se producen a todo lo largo de la adolescencia. La palabra "fase" sugiere que la transición desde la infancia a la adultez es relativamente rápida.

Otro autor la define como un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de las hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides, (de acuerdo con el sexo) que caracteriza esta etapa de la pubertad se tiene un puente entre el niño y el adulto (Fernandes, 1991)

Hurlock (1980) menciona que la pubertad es el periodo en que se produce la madurez sexual que forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta y comprende todas las fases de la madurez: cerca de la mitad de la pubertad se superpone a la etapa final de la niñez y la otra mitad a la parte inicial de la adolescencia. Como promedio la pubertad dura cuatro años, en los dos primeros años el cuerpo se prepara para la reproducción y los dos últimos años sirven para complementar el proceso.

## Subdivisiones de la pubertad

### Etapa prepubescente

Etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora.

### Etapa pubescente

Es la etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales.

### Etapa postpubescente

Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas así como las características sexuales secundarias están bien definidas.

Mencionaremos brevemente los cambios físicos que se presentan en la adolescencia como lo son los caracteres sexuales tanto femeninos como masculinos.

Los caracteres sexuales se dividen en primarios y secundarios.

Los caracteres sexuales primarios masculinos son: el desarrollo del pene, de la glándula prostática y de las vesículas seminales.

Los caracteres sexuales primarios femeninos son: el desarrollo del útero, de la vagina, de las trompas de falopio y los pechos.

Los caracteres sexuales secundarios masculinos son: huesos más largos y pesados, músculos más grandes, piel más gruesa y fuerte, voz grave, distribución de vello corporal y acumulación de grasas.

Los caracteres sexuales secundarios femeninos son: desarrollo y alteración de los pechos, ensanchamiento de la pelvis, ensanchamiento de la cadera, crecimiento del vello púbico y axial y cierre de las aperturas de las glándulas sebáceas.

### 3.1 TEORIAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Algunos teóricos de la adolescencia han explicado el desarrollo de la adolescencia basados en su conocimiento y experiencias adquiridas en investigaciones previas de otros teóricos.

Explicaremos a continuación algunas de ellas brevemente para el esclarecimiento de esta investigación.

Hall (1904, en Vázquez, 1997) describe el desarrollo sexual, social, intelectual y emocional de los adolescentes. El punto de vista de este autor es que la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión (estrés) y por la aflicción. La adolescencia está determinada biológicamente y está



dominada por las fuerzas del instinto que para calmarse necesitan un largo periodo durante el cual los jóvenes no deben ser obligados a comportarse como adultos porque son incapaces de hacerlo.

Aunque este autor estuvo influenciado por la industrialización, describe la adolescencia como una fase natural que proporcionaba una racionalización de la dependencia impuesta a los jóvenes y una teoría normativa de esta nueva fase de la vida.

Para Gesell (1963) es un proceso gradual de patrones que se extiende a lo largo del tiempo y cada año produce conductas características.

El aporta el concepto de interacción recíproca y la reincorporación en espiral. Considera que el patrón de desarrollo se repite una y otra vez en cada edad del individuo. Su teoría hace hincapié en los aspectos de maduración del crecimiento.

Describe los años que abarca la adolescencia específicamente, por ejemplo, en el undécimo año es la “época de la transición”. Se pierde el equilibrio y comienza una incansable actividad. Aparece la vida emocional alterna entre la melancolía y el buen humor. Empieza a mostrar su individualidad y confianza en sí mismo. Es una edad de desequilibrio, pero también de nuevos brotes.

El duodécimo año es un regreso a un mayor equilibrio. Menos insistente, más razonable y más fácil de acompañar: el niño de doce años es menos problemático para los adultos. Este periodo favorece la integración de la personalidad, es un tiempo de empatía. El niño muestra indicios de capacidad para madurar.

El decimotercer año el niño se encuentra bien adentrado en la adolescencia. Menos comunicativo, se adapta y es confiable. Se angustia con facilidad, por lo general se aparta del círculo familiar y se vuelve introspectivo y reflexivo. Hay un desplazamiento hacia un yo más maduro. Empieza a gustar del pensamiento racional y es sensible a la crítica. Hace mayor discriminación en sus relaciones sociales, se aparta más aún de su familia y aumenta la influencia de su grupo cronológico. El sentido del yo se hace más profundo y amplio.

El decimocuarto año es tiempo de intensa expresividad y menos retraimiento. Su interés fundamental está en agruparse con amigos de su propio sexo. Profundiza más en los campos racionales del pensamiento y aumenta la confianza en sí mismo.

A los quince años aumenta el interés por entenderse a sí mismo y porque lo comprendan, así como de independencia y el instinto de agrupación con los de su edad.

A los dieciséis años la sociedad lo reconoce aún más, existe una sana confianza en sí mismo y de tolerancia. Pero las experiencias que se adquieren gracias a la socialización conducen a desatender a la familia. Hay una mayor orientación hacia el futuro control, existe menor angustia y los sentimientos son encubiertos. Estas son insinuaciones reales de madurez.

Freud, estaba convencido de que la personalidad se estructuraba durante los cinco primeros años de la existencia. Este autor utilizaba más la palabra "pubertad" para describir el desarrollo de la adolescencia.

Anna Freud (1936) continúa la idea de su padre sobre la pubertad como recapitulación del periodo pregenital. Ve en

ella un periodo de conflictos utilizando mecanismos de defensa, en particular el ascetismo y la intelectualización.

Para defenderse de la angustia que deriva de la ruptura de los lazos con los objetos de amor del periodo anterior, el adolescente recurre a huir de la familia, a cargar su afecto en el grupo de los pares, a dirigir la libido hacia sí mismo y como consecuencia de ello, posee fantasías de poder ilimitado.

Es normal que durante un largo periodo el adolescente se comporte de un modo incoherente e imprevisible.

Erikson (1968, en Vázquez,1997) concibe que el problema fundamental de la adolescencia es la formación de una identidad socialmente reconocida. Es una fase necesaria, una moratoria psicosocial que la sociedad ofrece a los jóvenes para que puedan ensayar roles diferentes e integrar la identidad de los años anteriores en una perspectiva más amplia que la de la familia. Solo el individuo que adquiere una identidad social puede alcanzar la madurez.

Lewin (1951, en Vázquez, 1997) fue un teórico de campo que consideró que el mayor problema de la adolescencia era el hecho de que el espacio vital del adolescente le presenta objetivos que su cultura no le permite alcanzar. En consecuencia, se frustra y a menudo desarrolla una conducta agresiva o aislada.

Bandura y Walters (1964) sostienen que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso, es un mito. Señalan además, que los adultos han presentado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes. También afirman que los medios masivos de comunicación son los que han destacado dramáticamente estos aspectos de la adolescencia y que tal vez

los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta.

Bernfelt (1923) señala la incidencia de los factores económicos sobre la adolescencia, periodo que considera importante porque permitía la expresión de las tendencias a la producción literaria, artística y científica, y una gran inclinación hacia objetivos idealistas y valores espirituales.

Este autor pone de manifiesto las diferencias existentes entre la adolescencia de los jóvenes obreros que aceptan más fácilmente los cambios somáticos de la pubertad y son considerados antes como adultos, y la de los jóvenes de la burguesía que viven con pánico este periodo.

Según Aberastury (1978) la adolescencia es un periodo que se insinúa en la pubertad entre los 9 y 12 años. La primera etapa de la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta los 15 años. Constituye el periodo de máxima confusión, mientras que en la segunda etapa entre los 16 y 18 años se afianza gradualmente la identidad. Se resuelve la confusión. Los problemas sexuales ponen en acción ciertos mecanismos de defensa ya que entrañan la reaparición del periodo edípico y la elaboración de la bisexualidad con la consiguiente adopción de la identidad sexual que corresponde a la ansiedad del crecimiento que determina el duelo por la pérdida del cuerpo infantil y de los padres en la infancia.

Peter Blos (1980) menciona que existen cuatro momentos relevantes para el estudio analítico de la adolescencia: la preadolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia propiamente dicha y la adolescencia tardía.

Algunas teorías sociales están representadas por autores como Mead (1961) y Benedik (1954) las cuales destacan la

importancia de las instituciones sociales, así como los factores culturales de la pubertad y experiencias del adolescente en sociedades primitivas, sosteniendo que la constitución biológica no determina moldear particulares conductas, Benedik ve el crecimiento como un proceso gradual y continuo, haciendo notar la importancia que tiene una severa y constante diferenciación de etapas en el proceso de la personalidad, donde cambian el modo de relación interpersonal de una edad a otra, provocando discontinuidad en el proceso.

Kurt Lewin (1951, en Vázquez, 1997) creador de la teoría de campo menciona que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo, encontrándose en un estado de locomoción social donde los cambios psicológicos y sociales no poseen una clara comprensión ni de estatus, ni de obligaciones y su conducta refleja inseguridad. El adolescente no reconoce dirección en un campo rápidamente cambiante y las situaciones no familiares tienden a causar una gran crisis que provoca retraimiento, excesiva sensibilidad e inhibición así como agresividad y extremismo.

Por otra parte, Piaget (en Vázquez, 1997) basa su teoría cognoscitiva en el desarrollo del pensamiento, postulando que tal comienza al rededor de los 11 años y que alcanza su equilibrio a los 15 años aproximadamente, dándose la posibilidad de manipular ideas en lugar de manipular objetos, elaborar o comprender teorías y conceptos abstractos, hacer proyectos para el futuro, concebir intereses no inmediatos y apasionarse por las ideas, ideales o ideologías.

Chayoya (1976, en Petterson y Uribe, 1993) propone que para el adolescente una de las mayores satisfacciones

intrapíquicas es la nueva capacidad para pensar en forma abstracta.

Es difícil entender qué es lo que está pasando y cómo se está conformando la personalidad del adolescente, junto con estos cambios físicos con los que tendrá que actuar frente a una sociedad que le reclama una conducta "adecuada", en su cuerpo siente la transformación biofisiológica, en sus ideales una nueva dimensión, un crecimiento en sus expectativas, una ruptura en su continuidad, interrogantes respecto a su comportamiento y en sus actitudes siente el vacío y la convulsión. (Fernandes, 1991)

En el proceso psicológico de crecimiento en el adolescente se observa el sentimiento de introversión y extroversión, de progreso y retroceso. Por eso la adolescencia, proceso de evolución, y la pubertad, proceso de crecimiento, son dos fenómenos distintos, aunque siempre simultáneos e inseparables en el normal desarrollo de la vida humana, a pesar de que el proceso de maduración puberal es el que produce las mutaciones psicológicas y los cambios afectivos y sociales en el comportamiento de los individuos (Fernandes, 1991)

La adolescencia al caracterizarse por los cambios físicos al comienzo de ésta, llevan al niño en desarrollo a tener actitudes contradictorias, comportamientos en desacuerdo a su estado difícil de definir (ni niño ni adulto), a rupturas con lazos familiares y a un encuentro en busca de la aceptación social mediante la socialización. Es por ello que a esta etapa de la vida se le ha llegado a considerar como "periodo de crisis".

No obstante, Fernandes (1991) considera que por ser la adolescencia una etapa de "tempestad y calma" el decir que se

trata de un periodo de crisis es, sin lugar a dudas, exagerado, pues, si en ella se dan momentos de intensas tormentas, no faltan momentos de calma, es más exacto hablar de las crisis que aparecen durante el periodo de la adolescencia.

Esta presencia de crisis a las que hace mención el autor, se presentan con variable intensidad y frecuencia en los adolescentes, tales diferencias son consecuencia de factores orgánicos, psicológicos y sociales.

Frente a la rápida transformación fisiológica y corporal, el adolescente se siente como desorientado ante sí mismo. En consecuencia, necesita readaptar su esquema corporal, examinarse a sí mismo, aislarse y autoafirmarse ante el medio, quedando entre tanto, no raras veces, desorientado, desencajado del medio ambiente, ambivalente en sus actitudes e incoherente en su comportamiento con los mayores, a pesar de que desea entrar en su mundo, no tolera sus propios hábitos contraídos en la infancia, aunque siente un intenso deseo por volver a esa etapa de su vida. Por ello, se inicia un periodo de reflexiones y de interrogaciones sobre sí mismo, con el fin de encontrar su verdadero YO dentro de sí, en vez de encontrarlo de una manera desordenada en el exterior. Para ello cada vez intensifica más esa profundización y se mete, aunque con frecuencia con mucho miedo, en el largo proceso de introspección (Fernandes, 1991)

### 3.2 UNA ADOLESCENCIA DIFERENTE

A menudo se menciona que la adolescencia es un periodo de transición difícil de superar, por lo que se recomienda que el adolescente lo transcurra con el apoyo de sus padres o familiares cercanos para tratar de hacer más fácil su andar y aclarar sus dudas; sin embargo, la realidad en países

subdesarrollados muestra que existen adolescentes que no cuentan con el apoyo de sus padres no sólo durante esta etapa, sino desde el inicio de su vida, y que desde el mismo seno familiar por diversos factores tales como: el nivel socioeconómico bajo, el alcoholismo, la violencia intra y extrafamiliar, etc., dichos adolescentes se ven en una situación difícil que los hace abandonar sus hogares, dando paso al fenómeno denominado "niños de la calle".

En seguida se enuncian algunas de las definiciones acerca de los niños de la calle:

Según Bárcena (1988, en Ponce y Ruiz, 1997) el niño de la calle es "todo menor de 18 años cuya supervivencia depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en las calles".

La Comisión para el Estudio de los Niños Callejeros (COESNICA, 1992, en Colín, Díaz y Sánchez, 1995) indica que hay dos tipos de niños callejeros:

Las niñas y niños en la calle comprenden a aquellos menores de 18 años que trabajan en la vía pública entre seis y trece horas diarias, esta labor la realizan para complementar el gasto familiar voluntaria o involuntariamente; viven con su familia y asisten a la escuela en su mayoría. Un gran número de estos menores están en riesgo de ser niñas y niños de la calle debido a la poca atención de los padres, además estas niñas y niños se caracterizan por tener un alto índice de ausentismo escolar, ya que la calle les ofrece mayores oportunidades para satisfacer sus necesidades.

Las niñas y niños de la calle, son aquellos menores de 18 años que realizan diversas actividades callejeras para su propia manutención. Han roto parcial o totalmente los vínculos familiares, por lo que hacen de la calle su hogar pernoctando



en lugares como alcantarillas, centrales de autobuses, lotes baldíos y casas abandonadas entre otras.

Existen según la Organización de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (en Ponce y Ruíz, 1997) un conjunto de grupos infantiles que viven en "situación extraordinariamente difícil". Estos grupos son: niños de la calle, niños trabajadores, niños maltratados, niños institucionalizados, niños víctimas de desastres naturales y niños que viven en situación armada.

Así mismo, dicha organización hace una clara distinción entre los niños de la calle y los niños en la calle. El primer grupo corresponde a aquellos menores de 18 años que viven y trabajan en la calle, mientras que el segundo se refiere a los menores que trabajan en la calle pero viven en su hogar.

## FACTORES QUE ORIGINAN EL FENÓMENO DE LOS NIÑOS DE LA CALLE

Los factores económicos y sociales son fundamentales para el desarrollo familiar. Así, las familias que se encuentran viviendo en extrema pobreza tenderán a la desintegración y no podrán llevar a cabo los roles que les corresponden como familia, los ingresos percibidos por estas familias son escasos y en muchas ocasiones los padres no llegan a formar parte de la población asalariada por lo que deben integrarse al trabajo informal, empleando la mayor parte de su tiempo en esta actividad, aún cuando ésta no les reditúa lo suficiente para el mantenimiento de la familia, por lo que es necesaria la participación de la madre e incluso la de los hijos mayores.

Esto provoca entre otras consecuencias, un incremento de la violencia intra y extrafamiliar, violencia tanto física como verbal que se manifiesta a través del maltrato a los menores quienes viven en un ambiente hostil, maltrato entre cónyuges,

alcoholismo, drogadicción, abuso sexual, etcétera. Es decir el ambiente familiar, su dinámica y sus relaciones se ven deterioradas por la situación social y económica existente. El menor se convierte en víctima de constantes abusos y maltratos por parte de los padres, pues este maltrato infantil funciona como escape a la atención familiar.

Para las familias pobres la escuela no es un factor prioritario en su vida, no es concebida como una alternativa para mejorar sus condiciones de vida, ya que en el medio en que se desenvuelven no ha existido una real oportunidad de acceso a la educación; bajo este contexto, los hijos de padres sin escuela van creando cadenas de repetición donde la deserción escolar se vuelve un factor necesario y obligado para dar mayor tiempo a actividades que sirvan de manera efectiva para el sostenimiento del hogar.

Aunque existen varias causas por las cuales tanto niñas como niños abandonan la escuela, es importante destacar que el fenómeno económico es el que predomina. Obviamente un menor pobre, sin afecto, estimulación y una sana alimentación tendrá poco entusiasmo hacia la escuela, y si agregamos a esto la indiferencia de la escuela ante sus problemas y la escasa respuesta a las expectativas y necesidades de los adolescentes, podemos entender el por qué el mayor porcentaje de menores deserta en los primeros años de escolarización.

En estos casos la familia no cumple con los requerimientos de proporcionar seguridad al niño, creando un cuadro propicio para que el niño busque alternativas de vida fuera del ambiente familiar.

El niño que empieza salir a las calles vive una lucha interna generada por los factores que lo expulsan de su hogar y la atracción que la calle le ofrece, aunque el adolescente

encuentra que la calle puede ser tan violenta como el ambiente familiar del que esta huyendo, pues se enfrenta a experiencias como la prostitución, la homosexualidad y el abuso, entre otras.

Los adolescentes de la calle crean su propia subcultura, ya que pasan por lo menos la mitad del día en ellas, donde encuentran vínculos afectivos con otros menores que comparten las mismas circunstancias de pobreza, establece grupos alternativos denominados grupos de pares (Elkin, 1964) los cuales son uno de los agentes de socialización en donde los intereses inmediatos son comunes y las relaciones son igualitarias, además existe mayor libertad de expresión.

Es importante mencionar que los adolescentes de la calle se ven involucrados con varios factores como lo es la prostitución infantil que se ha incrementado en la última década (García, 1972) esta actividad incluso pareciera estar solapada por la idea de que los menores no deben trabajar, pues al estar prohibido buscan actividades ilícitas para obtener ingresos propios.

Otro factor con el cual se relaciona al niño de la calle es el uso de drogas, se les considera viciosos y vagos, ignorando los motivos reales que tienen para hacerlo. Existen dos razones por las cuales las usa: a) cuando los niños callejeros buscan identificarse y pertenecer a un grupo, no es extraño que en este se generen presiones hacia el novato para que se drogue y b) los niños argumentan que utilizan los inhalantes para no sentir hambre o frío, antes de dormir inhalan tolueno para no sentir frío, ya que duermen en el suelo pero también cuando están deprimidos, ya que esto les hace olvidar y los pone en un estado eufórico (EDNICA sin fecha, en Colín, Díaz y Sánchez, 1995).

## ALGUNAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON NIÑOS DE LA CALLE

Afortunadamente, existen asociaciones civiles no lucrativas que desde 1986 trabajan con niños de bajo nivel socioeconómico, que contribuyen a realizar actividades dirigidas a satisfacer las necesidades del niño de la calle y persuadir al niño en la calle para que no se convierta en otro niño más de la calle.

Como herramientas tienen la formación de clubes de la calle, talleres creativos ambulantes impartidos por educadores de calle - personas capacitadas que se dedican a hacer su trabajo directamente con los niños que se encuentran viviendo en las calles con la finalidad de establecer los primeros contactos con ellos para posteriormente invitarlos a integrarse a los actividades antes mencionadas- en los espacios donde actúa el niño que estimulan sus aptitudes para ayudar a su crecimiento.

Estas organizaciones buscan la formación integral de los niños, así como involucrar a los adultos en la solución de la problemática de los niños, promover y difundir los derechos de éstos (Contreras, 1995)

Algunas de estas organizaciones son:

- ◆ Visión Mundial
- ◆ Hogares de protección Social
- ◆ Internado Infantil Guadalupano
- ◆ Alternativa Callejera
- ◆ Solo por ayudar
- ◆ EDNICA (Educación con niños callejeros)

- ◆ Casa Ecuador
- ◆ Proniños de la calle
- ◆ Casa Alianza
- ◆ Centro Transitorio de Capacitación y Educación recreativa “El Caracol”
- ◆ Talitakum
- ◆ Hogares Providencia
- ◆ Aldeas Infantiles S.O.S
- ◆ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

## CASA ALIANZA

Casa Alianza es una institución de asistencia privada para “los niños de la calle” . El patronato y la casa matriz están en Nueva York, y funciona con hogares en varios países como E.U.A., Canadá, Guatemala y México.

En 1989 comienza a trabajar en México con el programa de calle, que se realiza a través de visitas y apoyo, por lo menos moral o psicológico para los niños y adolescentes en el lugar donde viven.

Desde entonces, hasta la fecha, se han abierto varias casas que trabajan actualmente con los niños.

En 1993 Casa Alianza organizó la primera “Jornada cívica de niño a niño” para recabar fondos y material (comida, ropa, etc.) para los niños de la calle.

El nombre de la organización se debe a una filosofía de alianza inicialmente entre Dios y el pueblo de Israel, idea que, retomada en la práctica, se traduce en la alianza entre los trabajadores y los niños. Así, toman como base de su funcionamiento la religión cristiana. Este proceso de alianza comienza con el primer encuentro que se da entre los educadores de la calle y sigue con el trabajo en la misma casa (Contreras, 1995)

Los principios con los que trabaja Casa Alianza son:

**Principio de Urgencia.** Ayuda inmediata y solución de las necesidades de los niños.

**Principio de Santuario.** Significa que la información personal que cada niño aporta a la institución, o a cualquiera de sus compañeros, es confidencial y no debe ser divulgada. También se aplica este principio al respeto mínimo que se exige de parte de los niños, para las instalaciones y todo lo que pertenezca a la casa o albergue.

**Principio de estructura.** Se deben acatar las normas y reglas del hogar, para permanecer en él.

**Principio de comunicación de valores o transmisión.** En este están los educadores como modelo a seguir por los niños.

**Principio de libre opción.** Significa que todos pueden hacer lo que quieren siempre y cuando no transgredan los límites que el principio de estructura impone.

**Etapas de Ingreso a Casa Alianza.**

La primera etapa es la del “Refugio”; en ésta se recibe a los niños recién ingresados, que vienen directamente de la calle.

El adolescente llega en estado de crisis y se trata de que se sienta, desde el principio, acompañado. Se le defiende de cualquier agresión. Los niños son separados por edades (una vez que han ingresado al refugio) y, según esta lógica, se les asignan diferentes actividades para distraerlos del "vicio" - dentro de la casa no se puede inhalar- y para ejercitar las habilidades motoras e intelectuales que cada uno tenga.

La segunda etapa es la de "Transición", a ésta se canalizan los niños que han sabido cumplir con los principios del refugio y cuya permanencia temporal y espacial da indicios de que empiezan a aceptar y adaptarse al cambio de vida.

La tercera etapa y última es la que constituye el "Hogar grupal", en la que el número de niños por casa es más reducido que en las etapas anteriores, se maneja una dinámica semejante a la familiar; en ésta se cuenta con los "tíos" (hombre y mujer) que viven prácticamente con los niños; cada uno juega el rol de padre y madre respectivamente, asesorando y organizando el plan de la casa. Todos los niños que viven en cada una de éstas deben tener actividades como escuela, o algún trabajo que les ocupe parte del día, y aparte, deben llevar a cabo una serie de actividades dentro de la casa entre las que se encuentran las labores domésticas (tender las camas, limpiar los vidrios, ir por las tortillas, poner la mesa, lavar su ropa, trapear, limpiar los baños, etc.).

La idea final de todo este proceso es que el joven que haya cumplido la mayoría de edad en los hogares grupales pueda reintegrarse a su familia o, en su defecto, al resto de la sociedad con ayuda de la misma institución.

## CAPITULO CUATRO

### ACTITUDES

Todo comportamiento o conducta de los individuos está antecedido de las actitudes. Para entender qué es lo que precede al comportamiento, diversos investigadores del comportamiento humano han tratado de dar un significado a la actitud.

Según Moscovici (1985, en Mariño, 1991) las actitudes se inscriben en la historia del individuo y, debido a ello, pueden cambiar en función de sus experiencias personales. Pero la amplitud de los medios de comunicación modernos es tal que el individuo difícilmente puede ignorar lo que piensan los demás sobre la mayoría de las cuestiones que piden una respuesta de su parte. Cada vez tiene menos posibilidad de hacerse una opinión “por sí mismo” y de adquirir, de forma personal, informaciones directas y no transmitidas socialmente.

Para Allport (1938) significa un estado mental y neurológico de disposición, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con las que está relacionado.

Krech, Crutchfiel y Ballacher (1962, en Enriquez, 1990) definen la actitud como un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos o tendencias en favor o en contra en relación con un objeto social.

Para Smith, Bruner y White (1956, en Vázquez, 1997) la actitud es una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un afecto



característico; ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos y actuar en forma característica en relación con dichos objetos.

Por otro lado, Young (1963) nos dice que la actitud se puede definir como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada o de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o a un grupo de personas.

Según Newcomb (1966, en Mariño, 1991) las actitudes pueden ser vistas como tendencias o disposiciones evaluativas para emitir afirmaciones favorables o desfavorables o juicios en relación con objetos o eventos. Resultan de una organización que realiza el sujeto a partir de sus pensamientos (aspectos cognitivos), sus sentimientos (aspectos afectivos) y su conducta motora, y que se forman en una disposición de respuesta. Las dos propiedades formales más importantes de las actitudes son la dirección y el grado de afecto representado. La dirección de la actitud se refiere a que el afecto residual que se experimenta hacia algún objeto puede ser positivo o negativo. Las actitudes positivas predisponen a la persona a aproximarse de alguna manera al objeto, mientras que las actitudes negativas lo predisponen a evitar el objeto. Por otra parte, existen grados en el afecto que se experimenta, las actitudes pueden ser más o menos extremas.

Fishbein (1967, en Vázquez, 1997) hace referencia a la dirección de la actitud y en esencia plantea que son dos las cosas hacia las cuales se tiene una actitud. Primero, hacia un objeto sobre el cual únicamente se puede predecir el patrón general de conducta, resultado de escaso valor si se está

interesado en predecir alguna acción en particular respecto al objeto. Segundo, hacia la conducta si se desea predecir una conducta en particular y no su actitud hacia el objeto al cual se dirige la misma. Al mismo tiempo, su concepto de actitud es el hallazgo que le sirvió para criticar la aproximación previa de que la medición actitudinal típica sólo evalúa el componente afectivo, proponiendo que los componentes de las actitudes deben ser vistos como multicompuestos.

Posteriormente McGuire (en Vázquez, 1997) expone un análisis donde menciona que el término actitudes implica que son un mediador del comportamiento que incluye la presencia de un objeto de actitud, este mediador se encuentra entre las condiciones antecedentes que conducen a él y las condiciones consecuentes que se siguen de él.

De esta manera pueden encontrarse definiciones que incluyen un componente, que por lo general son concebidas como disposiciones para evaluar un objeto favorable o desfavorablemente.

El término de favorabilidad implica o hace referencia sólo al aspecto evaluativo (afectivo) sin sugerir los elementos cognoscitivos ni conductuales.

El concepto de actitud tiene varias características que lo distinguen de otros conceptos referentes a estados internos del individuo.

Las actitudes no son innatas pertenecen al dominio de la motivación humana estudiada en forma diversa con los nombres de “pulsiones sociales”, “necesidades sociales”, “orientaciones sociales” y demás. Se admite ordinariamente que la aparición de una actitud depende del aprendizaje.

Las actitudes no son temporales sino estados más o menos persistentes una vez formados. Es innegable que las actitudes cambian; pero, una vez formadas, adquieren una función reguladora de modo que, dentro de ciertos límites, no están sujetas a cambios concomitantes a los ascensos y descensos del funcionamiento homeostático del organismo o a toda variación apenas notable de las condiciones del estímulo.

Las actitudes siempre implican una relación entre la persona y los objetos. En otras palabras, las actitudes no se autogeneran psicológicamente. Se forman o aprenden en relación con referentes identificables, ya sean personas, grupos, instituciones, objetos, valores, asuntos sociales o ideologías.

La relación entre personas y objetos no es neutral pero tiene propiedades motivacionales-afectivas. Estas propiedades se derivan del contexto de interacción social muy significativa en el que muchas actitudes se forman, del hecho de que los objetos no son neutrales para otros participantes y del hecho de que el yo, a medida que se desarrolla, adquiere valor positivo para la persona. Por consiguiente, la relación entre el yo y el medio social rara vez es neutral.

La relación sujeto-objeto se relaciona a través de la formación de categorías que distinguen entre los objetos y entre la relación positiva o negativa de la persona con objetos dentro de las diferentes categorías. El referente de una actitud constituye un conjunto que, teóricamente, puede variar desde un objeto hasta un gran número de ellos. Sin embargo, en la actualidad, la formación de una posición positiva o negativa hacia un objeto implica por lo común adhesión diferencial a otros en el mismo dominio.

La mayoría de los autores contemporáneos concuerdan con que cada actitud tiene tres componentes básicos:

componente cognitivo, componente afectivo y el componente conativo-conductual.

El primero, consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que se posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero, incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él (Morales, 1994)

De esta forma, la conducta va a estar ligada a la actitud que se tiene de un objeto o fuente actitudinal.

Según Munné (1986) es posible anticipar el comportamiento de un individuo conociendo sus predisposiciones, denominando a la actitud como "pre-conducta". Sin embargo, hay que mencionar que el individuo es un ser dinámico y no estático y, que puede practicar actos que vayan en contra de sus actitudes, haciendo de esta predicción o anticipación poco factible de confirmar. Esto se puede deber a la influencia de otros factores que estén relacionados con el mismo objeto actitudinal.

En la formación de actitudes intervienen tres dimensiones. Una es la información que recibimos del objeto, por medio de la enseñanza, orientando nuestras creencias y valores a la acción, así como de los medios de comunicación social contribuyendo ampliamente por los mensajes que se emiten. Si se careciera de tal información del objeto o ésta fuera escasa, tal predisposición o actitud adolecería de objetividad ya que se encontraría fuera de la realidad, entonces se le llamaría prejuicio (Munné,1986).

El grupo con el que nos identificamos, es otra. Estos son los grupos de referencia, como la familia, amigos o compañeros, etcétera. El individuo, por la necesidad de aceptación a tales grupos, trata de acoplar sus actitudes a las dominantes en la interacción y dinámica del grupo orientando de esta forma los actos del individuo.

Por último, la actitud se forma en el proceso de satisfacción de nuestras necesidades. Así, la actitud favorable o desfavorable del objeto dependerá de la satisfacción de las necesidades del individuo (Munné, 1986)

Las actitudes de una persona pueden modificarse sólo cuando cambian los factores que las han originado, es decir, la información, los grupos y la personalidad del individuo, teniendo en cuenta la configuración del sistema de actitudes del sujeto y la posibilidad de que sea ejercida una coacción sobre él.

Respecto a la conexión entre cambio en las actitudes y sistema en el que éstas se encuentran integradas, es interesante resaltar que una actitud será tanto más fácil de modificar cuanto menor sea su intensidad, más irrelevante su posición en el sistema y más pequeña la coacción de éste. E inversamente, la probabilidad de cambios en un sistema de actitudes es escasa cuando éstas se hallen profundamente arraigadas en la personalidad, y estén unidas por una poderosa coherencia interna (Munné, 1986)

El cambio de actitud se debe a una especie de mecanismo homeostático, en el cual se da la provocación de una incongruencia afectiva y cognoscitiva.

El desequilibrio afectivo es considerado una condición necesaria para el cambio. Cuando la incongruencia entre los

componentes de la actitud rebasa los límites de coherencia existentes, se inicia un proceso de reorganización, restableciendo la estabilidad original; cuando ocurre una fragmentación propiciada por el aislamiento de los componentes incongruentes afectivos y cognoscitivos cambia la actitud.

#### 4.1 ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

En la adolescencia se da un cambio cualitativo en la capacidad de interpretación de la realidad, producto de la evolución del pensamiento concreto hacia un pensamiento abstracto, es decir, se adquiere la capacidad de analizar las contradicciones esenciales de los hechos directamente, en la vía de adoptar una alternativa personal y colectiva cuyos intereses, necesidades e ideales sean aceptados recíprocamente.

Si bien la adolescencia es una época de nuevas actitudes e ideales, estas también ayudan a moldear la personalidad del adolescente y su ajuste a la vida.

Frazier (1949, en Vázquez, 1997) toma en cuenta cinco puntos básicos sobre la formación de actitudes hacia la sexualidad de un individuo; la familia, la cual transmite a los niños el prototipo cultural del grupo o clase a la que pertenecen, la cultura del grupo, la posición social de la familia, el grado de participación del individuo en el grupo y los medios de comunicación que determinan la influencia que ejercen sobre sus actitudes.

Killander (1973, en Schulz y Williams, 1983), 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 cultural. Estas actitudes sexuales forman parte de un conjunto de conductas que incluyen los componentes cognoscitivo y afectivo.

Aquella educación que establece una sexualidad reprimida, genera sentimientos de desconfianza en sí mismo, baja autoestima, limitando la capacidad del individuo para relacionarse íntimamente con sus pares y con el sexo opuesto, bloqueando aspectos emocionales y sexuales.

Por el contrario, en un ambiente cultural de libertad sexual, de formación sana, se desarrolla el sentimiento de confianza, se plantea la capacidad de confiar y establecer una relación íntima con otro ser humano que sea satisfactoria en los aspectos emocionales y sexuales (Rubistein 1967)

#### 4.2 ACTITUDES: SU MEDICIÓN

Para un mejor conocimiento de las actitudes, y lo que ellas pueden significar para el ser humano, varios investigadores han elaborado instrumentos que cuantifican las actitudes del individuo hacia un objeto actitudinal para poder predecir la conducta posterior en una determinada situación.

Uno de estos instrumentos es el diferencial semántico (DS), el cual fue desarrollado originalmente por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957, en Hernández, Fernández y Baptista, 1991) para explorar las dimensiones del significado. Pero actualmente consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto actitudinal, ante la cual se solicita la reacción del sujeto.

Según Heise (1976) el DS mide las reacciones de las personas a palabras y conceptos de estímulo en términos de estimaciones sobre escalas bipolares definidas por adjetivos antónimos.

Este autor agrega que, de acuerdo con la metodología del DS, se considera que las escalas de adjetivos bipolares constituyen un medio económico y sencillo de obtener datos sobre las reacciones de la gente. Adaptadas, pueden usarse con adultos o niños y con personas de cualquier forma de vida y de cualquier cultura.

Las estimaciones en escalas de adjetivos bipolares tienden a correlacionarse y la mayor parte de su covarianza se explica por tres dimensiones básicas de respuesta. Estas tres dimensiones denominadas evaluación, potencia y actividad (EPA) han sido verificadas y reproducidas en una diversidad impresionante de estudios.

Las medidas EPA son adecuadas cuando se está interesado en respuestas afectivas. Así mismo, es notable por ser un enfoque multivariado de la medición del significado afectivo de los conceptos. Además es aplicable a cualquier concepto o estímulo y permite, por tanto, comparaciones entre reacciones afectivas a cosas muy diferentes.



## CAPITULO CINCO

### METODOLOGÍA

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre sexualidad, y cuáles son las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de una muestra de adolescentes varones que viven en Casa Alianza?

Variables

Definición Conceptual

Variable Independiente: Sexo

Quiere decir simplemente diferencia. Esta distinción reside particular y primordialmente en los órganos genitales, llamados así porque en ellos reside la función generadora conocida también como reproductora de la especie (Palacios, 1986)

Definición Operacional

Variable Independiente: Sexo

Clasificación por sexo en hombres y mujeres de acuerdo con las respuestas que dieron los sujetos.

Definición Conceptual

Variable Dependiente: Actitud

La actitud es la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia

a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, persona o grupo de personas (Young, 1963)

### 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 cultural. Estas actitudes sexuales forman parte de un conjunto de conductas que incluyen los componentes cognoscitivo y afectivo (Killander 1973, citado por Schulz y Williams, 1983).

### Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994, en Szasz, 1995) define la salud reproductiva como la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse, que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse o no, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, y que tengan acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para que el resultado del embarazo sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del infante.

### Definición Operacional:

**Variable Dependiente:** Actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

Puntajes obtenidos por medio de un instrumento tipo Diferencial Semántico en donde se mide la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva. Se consideró que el puntaje más alto indicaba una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, mientras que el puntaje más bajo correspondía a una actitud negativa hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, y el puntaje medio

indicaba una actitud indiferente hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

### Definición conceptual

Variable Dependiente: Conocimiento

Es el recuerdo de la información, este recuerdo puede ser sólo el reconocimiento de la información sin la posibilidad del sí, o bien la evocación total de esa información sin la posibilidad del reconocimiento por no tenerla frente a sí ( Bloom, 1981)

### Definición Operacional

Variable dependiente: Conocimientos sobre sexualidad

Puntajes obtenidos por medio de un cuestionario que exploró los conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva.

### TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo y de campo de tipo exploratorio con un diseño de una sola muestra con observaciones independientes.

### MUESTRA

La selección no probabilística de la muestra se hizo de una población de adolescentes que vivían en la Institución de apoyo Casa Alianza.

El tamaño de la muestra total fue de N=47 hombres.

La variable de inclusión de la muestra fue que los sujetos de la muestra vivían en la Institución Casa Alianza.

## INSTRUMENTO DE MEDICION Y MATERIALES

1. Se construyó un instrumento con doce reactivos tipo Diferencial Semántico de Osgood (DS). El DS midió las reacciones de las personas a palabras o conceptos que sirvieron como estímulo, construyendo doce escalas bipolares definidas con diez adjetivos antónimos con tres opciones de respuestas.

Dicho instrumento englobó las siguientes palabras-estímulo: anticonceptivos, sexo, masturbación, adolescencia, virginidad, caricias, SIDA, menstruación, responsabilidad en las relaciones sexuales, abuso sexual, primera relación sexual y aborto.

2. Se elaboró un cuestionario que exploró los conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva con diecisiete reactivos de opción de respuesta múltiple.

## PROCEDIMIENTO

Para la construcción del cuestionario de conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva, así como del instrumento tipo diferencial semántico se llevó a cabo la revisión bibliográfica con respecto a su estructura, procedimiento de medición, elaboración, aplicación y calificación.

Posteriormente se eligieron doce conceptos para medir la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, utilizando doce escalas con diez adjetivos bipolares seleccionados de una lista propuesta por Díaz (1975 )

Además, se elaboró un cuestionario de conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva con diecisiete preguntas con opciones de respuesta múltiple.

Se establecieron contactos con organizaciones no gubernamentales (ONG's) con el propósito de obtener información acerca de algunas instituciones que prestan servicios de apoyo a adolescentes que provengan de familias expulsoras.

Se hizo contacto por vía telefónica con las ONG's que trabajan con esta población, se concertaron citas a fin de exponerles el proyecto de investigación y obtener la muestra requerida.

Finalmente, se llegó a un acuerdo con Casa Alianza para la aplicación de los instrumentos de medición.

Permanecimos seis meses aproximadamente en hogares grupales de varones, como un proceso de relación previa, realizando actividades de apoyo a consejeros.

El piloteo de los instrumentos se llevó a cabo en la institución "Pro-niños de la Calle". Dicho piloteo se aplicó a niños con características similares a los de la muestra de investigación propiamente dicha.

El cuestionario de conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva con el cual se realizó el piloteo constaba de veintiseis reactivos con opciones de respuesta abierta y cerrada; por la variación de respuestas en las preguntas abiertas se decidió elaborar el cuestionario con opciones de respuesta cerradas para su codificación y se eliminaron nueve reactivos a petición de la Institución.

Con respecto al instrumento tipo diferencial semántico se redujeron los intervalos de respuesta de todas las escalas de cinco a tres intervalos debido al nivel de escolaridad de los sujetos.

## CAPITULO SEIS

### RESULTADOS

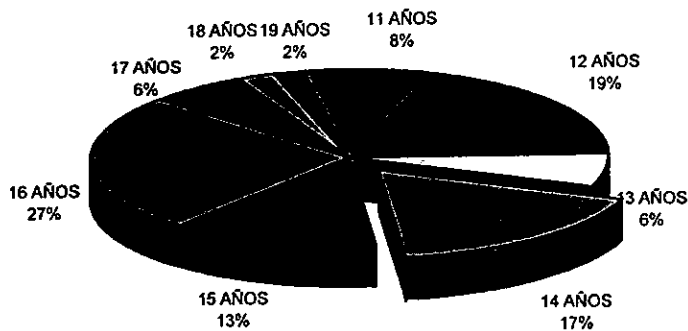
A continuación se presentan los resultados de la investigación que tuvo como objetivo conocer las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de adolescentes del sexo masculino expulsados del hogar, así como sus conocimientos sobre estos temas.

#### 6.1 Descripción de la muestra.

En la presente investigación se trabajó con una muestra de  $N = 47$  sujetos adolescentes del sexo masculino que vivían en la Institución Casa Alianza, con edades desde los 11 años a los 19 años con una Media = 14 y Desviación Estándar = 2.044

La distribución de las edades en porcentajes se expone en la Figura 1

FIGURA 1. DISTRIBUCION DE EDADES



Como puede apreciarse en la gráfica de la figura 1 la muestra quedó formada por adolescentes de 11 a 14 años (50%) y de 15 a 19 años (50%).

## 6.2 Conocimientos sobre sexualidad.

En el reactivo 3 se observó que el 21% contestó correctamente al señalar que dos de los órganos sexuales masculinos son el escroto y testículos, mientras que el 79% dio una respuesta incorrecta ya que el 53% contestó pene y clítoris, el 11% monte de venus y testículos y el 15% contestó que ninguna de las opciones.

Con respecto a los órganos sexuales femeninos el 68% contestó que dos de ellos son la vagina y ovarios, el 32% contestó incorrectamente al dar respuestas tales como escroto y testículos el 17%, clítoris y próstata el 2% y el 13% señaló que ninguna de las opciones era la respuesta correcta.

Con respecto al concepto de sexualidad el 27% contestó que es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, el 29% contestó que es un proceso que involucra sentimientos, pensamientos y comportamientos, el 18% contestó que son los cambios físicos, el 11% contestó que era tener relaciones sexuales, el 4% respondió que era el deseo sexual, el 7% eligió como respuesta todas las opciones anteriores y el 4% dijo que ninguna de las anteriores definía el concepto de sexualidad.

Al preguntárseles sobre si la virginidad correspondía a un sólo sexo, el 13% mencionó que era sólo para los hombres, el 20% dijo para las mujeres y el 67% dijo que para ambos sexos.

Sobre el concepto de masturbación el 39% respondió que es una forma de proporcionar placer a uno mismo, el 22% señaló que esta acción favorecía el retraso mental de quien la practica, el 9% mencionó que favorecía la aparición de barros

en los adolescentes, el 13% señaló que impide el crecimiento físico del individuo y el 17% señaló que ninguna de las opciones anteriores.

Ante la pregunta de definir qué es la virginidad, el 13% señaló que es la ausencia de himen o membrana, el 79% dijo que es la persona que no ha tenido relaciones sexuales y el 8% dijo que ninguna de las opciones anteriores la definía.

Sobre el conocimiento que tienen los sujetos acerca de las enfermedades de transmisión sexual se encontró que el 38% señaló que dos de estas enfermedades son la gonorrea y la sífilis, el 32% dijo que eran el sida y las paperas, el 11% la sífilis y esterilidad y el 19% gonorrea y acné

La cuestión de cómo enfrentar las enfermedades de transmisión sexual el 65% mencionó que se puede usar el condón para evitarlas, el 11% tuvo la idea de que a ellos no les pasaría algo relacionado con las enfermedades de transmisión sexual y el 24% señaló que no se puede hacer nada para evitar su contagio.

Acerca de los métodos anticonceptivos más adecuados para los adolescentes, el 51% contestó que era la combinación del condón y los óvulos, el 11% mencionó que eran las inyecciones, el 2% el dispositivo intrauterino y el 36% dijo que era el retiro.

Respecto a si el condón evita contraer enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado el 67% de los sujetos contestó afirmativamente, el 13% dijo que esto era falso y el 20% contesto que no sabía.



Al presentarles la afirmación: las pastillas anticonceptivas se toman cada tres días, el 30% dijo que es cierto, el 15 % dijo que era falso y el 55% dijo no saber.

Sobre la posibilidad que el condón se rompa, el 70% contesto afirmativamente, el 9% dijo que no existía la posibilidad de romperse y el 21% dijo que no sabía.

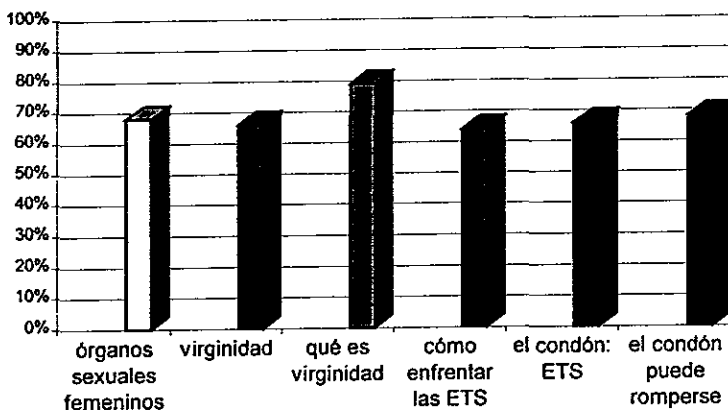
Ante la cuestión de creer que sea posible tener relaciones sexuales durante la menstruación el 22% dijo que era posible, el 50% dijo que no creía que fuera posible y el 28% dijo no saberlo.

Se les preguntó si el retiro como método anticonceptivo era el más seguro, el 33% respondió que no, el 30% respondió que sí y el 37% dijo no saberlo.

A la afirmación: crees que una mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación, el 39% respondió afirmativamente, el 28% dijo que era falso, y el 33% dijo no saberlo.

## 6.2.1 Análisis de las respuestas agrupadas según el porcentaje en correctas e incorrectas .

**FIGURA 2. PORCENTAJES DE RESPUESTAS CORRECTAS**



En la figura 2 se presentan los porcentajes de aquellas preguntas que fueron contestadas correctamente por los sujetos.

Con respecto a la pregunta sobre los órganos sexuales femeninos, el 68% de los sujetos contestó correctamente, al señalar que son la vagina y los ovarios.

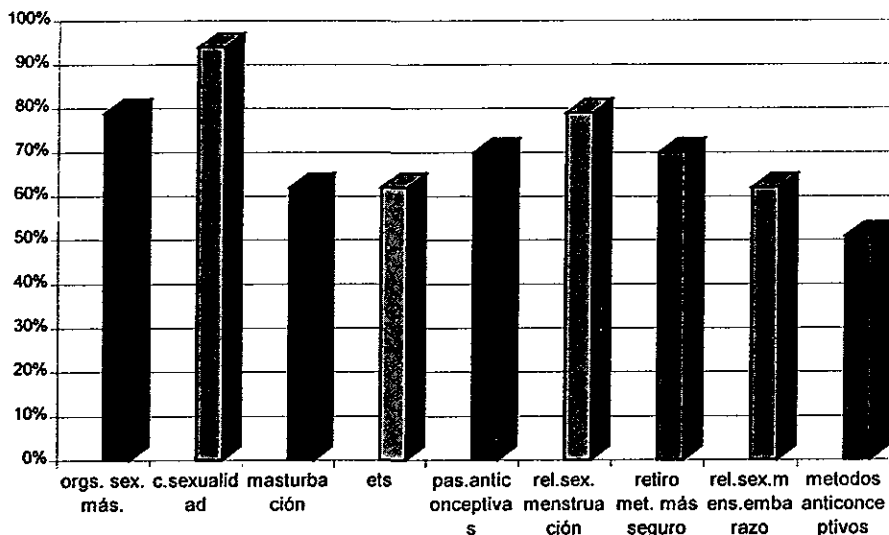
Por otro lado, sobre si la virginidad es sólo para los hombres o sólo para las mujeres el 66% de los sujetos contestaron que era para ambos sexos.

Con respecto al concepto de virginidad el 79% contestaron que se relaciona con una persona que no ha tenido relaciones sexuales.

Ante las enfermedades de transmisión sexual el 64% contestó que se podría usar el condón para prevenirlas.

Al reactivo que se refiere al uso del condón para evitar las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado, el 66% contestó afirmativamente a esta cuestión. Siguiendo con el tema del condón a los sujetos se les preguntó que si sabían que éste se puede romper a lo que el 68% contestó de manera afirmativa.

FIGURA 3. PORCENTAJES DE RESPUESTAS INCORRECTAS



En la figura 3 se agrupan aquellas preguntas que presentaron un alto porcentaje de respuestas incorrectas.

En la primera columna se observa que el 79% de los sujetos dio una respuesta incorrecta al no contestar que dos de los órganos sexuales masculinos son el escroto y los testículos.

Con respecto a la pregunta sobre qué es la sexualidad el 94% de los sujetos contestó dentro de un grupo de opciones que definían la sexualidad de manera parcial y no marcaron la opción que abarcaba a todas las anteriores y que definía a la sexualidad en su totalidad.

Por otro lado, el 62% de los sujetos dijo ignorar que la masturbación es la forma de proporcionar placer a uno mismo.

Sobre los conocimientos que los sujetos tenían de las enfermedades de transmisión sexual el 62% contestó incorrectamente ya que en el cuestionario la respuesta correcta era la gonorrea y la sífilis.

El 70% de los sujetos ignora que las pastillas anticonceptivas se toman diariamente .

A la pregunta de creer que se pueda tener relaciones sexuales durante la menstruación, el 78% contestó incorrectamente.

En relación al retiro como el método anticonceptivo más seguro el 70% respondió afirmativamente.

El 62% de los sujetos creen que una mujer no puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación.

El 51% de los sujetos dijo no conocer que la combinación del condón y los óvulos son los métodos anticonceptivos más adecuados para los adolescentes.

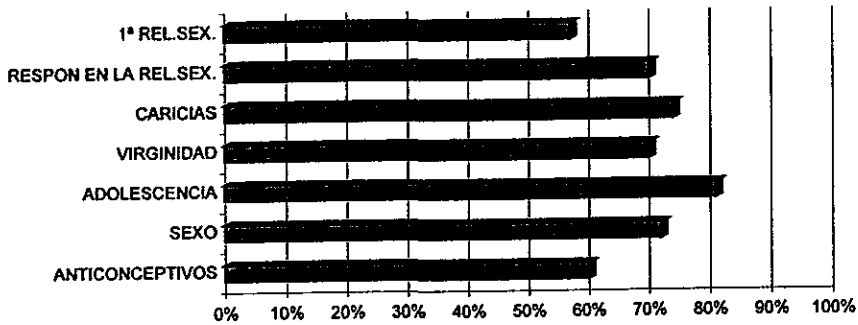
### 6.3 Actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

En el instrumento para conocer las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de los adolescentes tipo Diferencial Semántico se mostraron doce conceptos actitudinales, eligiéndolos según el procedimiento predeterminado, con tres intervalos de respuesta en lugar de siete por la mínima escolaridad de los sujetos que formaron la muestra.

Se calificó el instrumento del 1 al 30 ya que cada concepto actitudinal tenía diez escalas con adjetivos bipolares y la calificación máxima por cada grupo de escalas fue de 30 puntos. Se calificó con 1 al intervalo próximo al adjetivo negativo, con 2 al intervalo medio que representó indiferencia y 3 al intervalo cercano al adjetivo positivo.

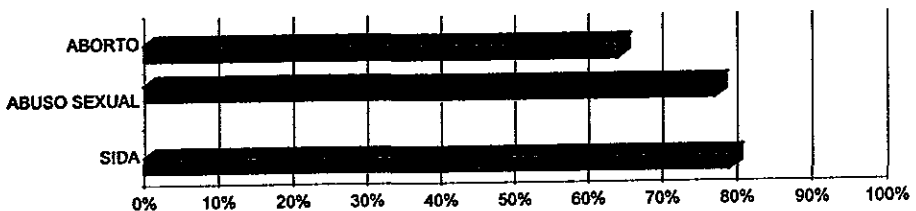
Las puntuaciones que a continuación se presentan son las que obtuvieron los sujetos mediante la aplicación del instrumento. Cabe mencionar que se consideró que el sujeto presentaba una actitud positiva cuando puntuaba en sus respuestas entre un rango de 21 a 30, indiferente en un rango de 11 a 20 y negativa en un rango de 0 a 10.

**FIG. 4 ACTITUD POSITIVA**



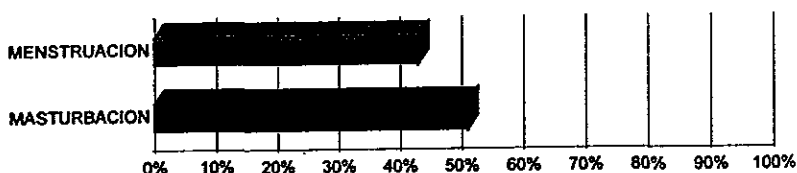
Con respecto a los siguientes conceptos: anticonceptivos (60%), sexo (72%), adolescencia (81%), virginidad (70%), caricias (74%), responsabilidad en las relaciones sexuales (70%) y la primera relación sexual (57%) se obtuvo una actitud positiva, es decir, los adolescentes de nuestra muestra consideran que son agradables, buenos, seguros, útiles, necesarios, satisfactorios, baratos, cómodos, limpios y morales.

**FIG 5. ACTITUD NEGATIVA**



En cambio, las respuestas de los sujetos a los conceptos sida (79%), abuso sexual (77%) y aborto (64%) correspondieron a una actitud negativa ya que los señalan como desagradables, malos, inseguros, inútiles, innecesarios, insatisfactorios, caros, incómodos, sucios e inmorales.

FIG 6. ACTITUD INDIFERENTE



Sólo en dos conceptos, menstruación (43%) y masturbación (51%) se encontró una actitud indiferente, como se puede observar en la Fig. 6

Con el propósito de conocer si los sujetos de la muestra contaban con apoyo social y saber quienes eran las personas que ejercían influencia en los adolescentes se preguntó de una forma más directa: a) sí había una persona mayor que él a la que le platicará cosas que a nadie más le contaría y b) cómo sabía de que manera deben comportarse los hombres y las mujeres.

Con respecto a la primera cuestión se encontró que el 57% contaba con una persona mayor con quién podía platicar sus cosas. A la segunda pregunta casi la mitad de los sujetos de la muestra respondió que se guiaba por lo que le decía su consejero de hogar, para un poco menos de la cuarta parte de los niños la fuente de orientación eran los familiares (papá, mamá, tíos, etc.) Sin embargo, es importante hacer notar que

para casi una tercera parte de los adolescentes de la muestra sus fuentes de orientación eran la televisión y los pares.

#### 6.4. Medición de Conocimientos y Actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva por edad.

La muestra se dividió en dos grupos de edad: grupo 1 con niños de 11 a 14 años ( $n= 24$ ) y grupo 2 con niños de 15 a 19 años ( $n= 23$ ) con el propósito de hacer comparaciones por edad y nivel de conocimientos, y por edad y actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, también por nivel de conocimientos y actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

##### 6.4.1 Comparación del nivel de conocimiento sobre sexualidad por edad.

Frente a las respuestas de conocimientos sobre sexualidad antes señaladas surgió la pregunta de si el nivel de conocimiento sobre sexualidad se relacionaba o no con la edad de los muchachos pues nos planteábamos que paralelamente los puntajes de mayor conocimiento provenían de los adolescentes más grandes. Con este propósito se aplicó una prueba no paramétrica denominada U de Mann-Whitney que arrojó los resultados expuestos en la tabla 1.



TABLA 1 Comparación nivel de conocimientos por edad.

RANGO MEDIO	CASOS	MEDIA	DE	EDAD
18.13	24 Grupo 1	5.542	2.992	11 a 14 años
30.13	23 Grupo 2	8.174	2.229	15 a 19 años
	47 Total			

U	W	Corrección por ligas (ties) Z	2 Tailed P
135.0	693.0	-3.0178	.0025
Ho. $X_1 \neq X_2 \neq 0$	Se rechaza.		
H1. $X_1 = X_2 = 0$	Se acepta . Se confirmó la hipótesis secundaria de trabajo		

En la tabla 1 se puede observar que el nivel de significancia obtenido fue de .0025 por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre los grupos por lo que se rechazo la hipótesis estadística nula (Ho), se acepto la hipótesis alterna y se confirmó en consecuencia la hipótesis secundaria de trabajo. El grupo 1 formado por los niños más jóvenes obtuvo un nivel menor de conocimientos sobre sexualidad ( $X=5.542$ ,  $DE= 2.992$ ) a diferencia del grupo 2 que obtuvo un mayor nivel de conocimientos ( $X=8.174$ ,  $DE=2.229$ ).

### 6.4.2 Comparación de la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva por edad.

De la misma manera, los resultados del análisis de la distribución de las actitudes positivas y negativas hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva nos llevó a preguntar por el efecto de la edad. Para responder esta pregunta se aplicó una U de Mann-Whitney . Los resultados se exponen en la tabla 2.

TABLA 2 Comparación de actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva por edad.

RANGO MEDIO	CASOS	MEDIA	DE	EDAD
19.38	24 Grupo 1	2.465	.403	11 a 14 años
28.83	23 Grupo 2	2.630	.471	15 a 19 años
	47 Total			

U	W	Corrección por ligas (ties) Z	2 Tailed P
165.0	663.0	-2.3790	.0174
Ho. $X1 \neq X2 \neq 0$	Se rechaza		
H1. $X1 = X2 = 0$	Se acepta . Se confirmó la hipótesis secundaria de trabajo		

En la tabla 2 se observa que el nivel de significancia obtenido por la prueba estadística fue de .0174 lo que indica la existencia de diferencias significativas. Por lo tanto, se rechaza

la Ho. y se acepta la segunda hipótesis secundaria de trabajo, es decir, la tendencia hacia una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva presentada por el grupo 2 ( $X= 2.630$ ,  $DE= .471$ ) y la tendencia hacia una actitud negativa hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva presentada por el grupo 1 ( $X= 2.465$ ,  $DE= .403$ )

#### 6.4.3 Correlación. Nivel de Conocimientos sobre sexualidad por actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

Por último, apoyados en la teoría que señala que las actitudes y conocimiento se relacionan se aplicó una correlación R Producto-Momento de Pearson a los datos de estas variables. En la tabla 3 se exponen los resultados correspondientes.

TABLA 3 Relación entre actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva y nivel de conocimientos.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD
NIVEL DE CONOCIMIENTO	1.0000 ( 47) P=.	.3731 ( 47) P=.010
ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD	.3731 ( 47) P=.010	1.0000 ( 47) P=.

Puede verse que aunque la correlación es baja ( $R=.37$ ) no obstante ésta es significativa, ya que a mayor nivel de conocimientos mayor tendencia hacia una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

## 6.5 Confiabilidad del Instrumento (Tipo Diferencial Semántico)

Para conocer la confiabilidad o consistencia interna de nuestro instrumento (Tipo Diferencial Semántico) se aplicó el Alpha de Crombach al total de los reactivos y a cada uno de los grupos de escalas que lo componen.

Tabla 4 Análisis del Instrumento.

CONCEPTO ACTITUDINAL	ALPHA
ANTICONCEPTIVOS	.9140
SEXO	.8238
MASTURBACIÓN	.9064
ADOLESCENCIA	.8422
VIRGINIDAD	.9389
CARICIAS	.8266
SIDA	.9587
MENSTRUACIÓN	.9421
RESPONSABILIDAD	.9595
ABUSO SEXUAL	.9749
PRIMERA RELACIÓN	.9263
ABORTO	.9599
TOTAL DE REACTIVOS	.9820

Como se puede observar en la tabla 6 la escala total obtuvo un  $\alpha = .9820$ , lo cual indica que tiene una buena consistencia interna y esto puede generalizarse para cada uno de los conceptos con sus respectivas escalas.

## CAPITULO SIETE

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por objetivo conocer cuáles eran las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva, así como el nivel de conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes que vivían en la institución “Casa Alianza”. Se trató de un estudio descriptivo y de campo, de tipo exploratorio y consideramos que cumplió con los objetivos propios de dicho estudio, tales como la derivación de problemas e hipótesis.

En la adolescencia se presentan procesos tanto físicos como psicológicos que son explicados pero pocas veces entendidos. Razón por la cual nos preguntamos qué es lo que ocurre con la adolescencia de los niños de la calle, cómo es que la transcurren sin los elementos necesarios como son la información, la comunicación, apoyo familiar, carencia de una educación formal, y aún más importante, el desconocimiento de lo que tiene que ocurrir, la presencia de cambios en su vida.

Esta adolescencia diferente -como la llamamos en el capítulo de adolescencia- por sus características: nivel socioeconómico bajo, violencia intra y extrafamiliar, falta de información y orientación por parte de los padres, en algunos casos la presencia de alcoholismo en alguno de los miembros de la familia, nos lleva a conocer un poco más de cerca a estos niños que al principio trabajan en la calle para llevar dinero a sus casas y posteriormente deciden vivir en la calle para no tolerar los abusos tanto físicos como psicológicos de los que son objeto.

Lamentablemente, no son conscientes de su integridad física y moral, no se preocupan por los cambios que se presentan en su vida , y de pronto se presentan los cambios físicos -que pasan porque tienen que pasar y de los cuales nadie les dijo nada- como la pubertad, además no piensan que al iniciar su vida sexual pueden llegar a procrear una vida y que esta llegará, sí no se opta por el aborto en el mejor de los casos, con padres que no querían serlo y repitiendo posiblemente los mismos patrones de conducta.

Como mencionamos en el primer capítulo, hay investigaciones realizadas sobre la sexualidad de los adolescentes, en las cuales podemos observar que los adolescentes inician su vida sexual a los 16 años varones y las mujeres a los 17 años, observando que un poco menos de la mitad de los sujetos no utilizan algún anticonceptivo porque no los conocían, no sabían como usarlos, donde obtenerlos y no habían planeado tener relaciones sexuales (García, Figueroa, 1992 y García, Figueroa, Reyes y Pérez,1993)

Además, se estima que en México las mujeres se casan antes de los 20 años y mencionan que no utilizan anticonceptivos en su debut sexual y por la falta de información. El Consejo Nacional de Población (CONAPO ,1988) reporta que uno de cada tres jóvenes utiliza algún método anticonceptivo durante su primera relación.

Todos los comportamientos sexuales antes mencionados, nos remite a los problemas de salud reproductiva en México como lo plantea Szasz, (1995) el inicio temprano de la procreación, el embarazo involuntario, la violencia sexual, la violencia doméstica y la propagación de enfermedades de transmisión sexual.

Interesados en esta problemática obtuvimos datos de una muestra de adolescentes expulsados del hogar que viven en Casa Alianza con respecto a los temas que involucran su sexualidad, y es importante señalar que más de la mitad de los sujetos tienen el conocimiento sobre los órganos sexuales femeninos y saben que la virginidad refiere a una persona que no ha tenido relaciones sexuales, hay que resaltar su opinión sobre la virginidad, ya que piensan que no se emplea este concepto únicamente para las mujeres sino también incluye a los hombres.

Algunos de los problemas que se presentan en los adolescentes es el embarazo a temprana edad (embarazo de alto riesgo), enfermedades transmitidas sexualmente, etc. y es importante señalar que más de la mitad de los sujetos de nuestra investigación conoce que ante el riesgo de contagiarse con una enfermedad relacionada con su comportamiento sexual puede usar el condón, así como prevenir una embarazo no deseado y saben que el condón puede llegar a romperse.

Casi la mayoría de los sujetos de este estudio carecen del conocimiento del concepto de sexualidad ya que la definen parcialmente. Consideramos que esta cuestión es muy importante porque a partir del conocimiento específico que los adolescentes tengan de la sexualidad será la forma de llevar a cabo su vida sexual ya que, como lo menciona Rubio (1994) en su modelo teórico, la sexualidad humana es producto de la integración de los componentes que se relacionan entre sí: la reproducción, el género, el erotismo y la vinculación afectiva. No es posible desvincular estos componentes ya que es un proceso que se realiza a partir de las experiencias propias y compartidas del sentido, el significado y el afecto que como resultado dan el potencial del individuo al relacionarse con su entorno. El significado de la sexualidad, se entiende entonces como, la posibilidad de la

reproducción, la experiencia de pertenecer a uno de los dos sexos, la experiencia placentera del encuentro erótico y el significado de un vínculo afectivo interpersonal.

Tomando como base los planteamientos teóricos de Fernández (1991) acerca de que el adolescente tiene la necesidad de readaptar su esquema corporal y examinarse a sí mismo. Planteamos preguntas sobre estos aspectos y encontramos que un poco más de la mitad de los sujetos desconocen el nombre correcto de sus órganos sexuales e ignoran que la masturbación proporciona placer.

La misma proporción de sujetos mencionan que no es posible tener relaciones sexuales durante la menstruación, además desconocen que dos de las enfermedades sexuales son la gonorrea y la sífilis.

Con respecto a los métodos anticonceptivos no saben de la combinación del preservativo y los óvulos, así como el uso de pastillas anticonceptivas. Además piensan que el retiro es el método más seguro.

Como lo menciona Szasz (1995) es importante proporcionar al individuo para el ejercicio de una vida sexual satisfactoria y segura la información y el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles, ya que la carencia de esta información es de un valor muy importante para la disminución de actitudes desfavorables hacia una vida sexual satisfactoria y ante todo segura.

Sí partimos de que conociendo las actitudes según Munné (1986) se puede anticipar el comportamiento del individuo,



aunque hay que mencionar que éste no es un ser estático sino dinámico y que puede actuar en contra de sus actitudes, quisimos investigar cuáles eran las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva de los adolescentes de nuestra población.

Según la teoría de las actitudes, el individuo va formando actitudes hacia diversos objetos con elementos como la información que se tiene del mismo (medios masivos de información: televisión, radio, medios impresos, etc.), el grupo de referencia con el cual se identifica el adolescente (pares, familiares, conocidos), y finalmente las necesidades personales del individuo como lo menciona Munné (1986).

En este periodo de la vida se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales que llevan al niño a presentar actitudes contradictorias, así como comportamientos en desacuerdo a su estado, que involucra los tres aspectos antes mencionados. Si bien estas nuevas actitudes que se forman en la adolescencia con los cambios que se presentan en esta etapa de la vida, los lleva a replantearse una nueva realidad y nuevos ideales.

Frazier (1949, en Vázquez, 1997) rescata cinco puntos básicos sobre la formación de las actitudes hacia la sexualidad del individuo, la familia, la cultura del grupo, la posición social de la familia, el grado de participación del individuo en el grupo, y los medios masivos de comunicación.

Con respecto a las actitudes hacia la sexualidad y las actitudes hacia la salud reproductiva, encontramos que la mayoría de los adolescentes tienen una tendencia hacia lo positivo a los conceptos anticonceptivos, la primera relación sexual, la responsabilidad en las relaciones sexuales, las caricias, la virginidad, la adolescencia y el sexo, ya que los califican con los

adjetivos agradable, cómodo, bueno, limpio, satisfactorio, barato, útil, seguro, necesario, y moral.

De la misma forma, encontramos adolescentes que en su mayoría tienen una tendencia a lo negativo hacia los conceptos de aborto, el abuso sexual y el sida. Finalmente, un poco menos de la mitad de los sujetos mostraron una actitud indiferente hacia los conceptos de menstruación y masturbación.

Como lo señalamos arriba según Frazier (1949, en Vázquez, 1997) existen cinco elementos que intervienen en la formación de las actitudes y en nuestro trabajo encontramos que la persona que ejerce mayor influencia en casi la mitad los adolescentes de la muestra es el consejero y en una menor proporción se encuentran los padres y medios de comunicación (televisión), además en este porcentaje se encuentran los pares.

Como en un principio mencionamos, esta investigación nos llevo a plantear las siguientes hipótesis secundarias: a) existe relación entre la edad y el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre sexualidad, b) existe relación entre la edad y la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva y c) la relación entre el nivel de conocimiento sobre sexualidad y la tendencia de la actitud hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

En relación con el primer planteamiento, se encontró que el grupo de adolescentes con edades entre los 11 a los 14 años poseen un nivel de conocimiento sobre sexualidad significativamente menor que el grupo conformado con adolescentes con edad de 15 a 19 años.

Lo anterior puede ser explicado, por lo que Piaget (en Vázquez, 1997) señala acerca del desarrollo del pensamiento cuando propone que a la edad de los 11 a los 14 años el adolescente manipula objetos en lugar de ideas, no comprende teorías o conceptos abstractos, así mismo carece de interés para plantearse un plan para el futuro, ya que lo que le interesa es lo inmediato.

A diferencia del grupo que posee un mayor nivel de conocimiento sobre sexualidad, ya que el adolescente de 15 a 19 años se caracteriza por tener un mayor interés por entenderse a sí mismo y porque lo comprendan, así como una mayor socialización y sigue agrupándose con amigos de su edad.

En el segundo planteamientos encontramos que los adolescentes de 11 a 14 años tienen una tendencia hacia una actitud negativa hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva a diferencia de los adolescentes de 15 a 19 años ya que presentan una tendencia hacia una actitud positiva hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

Finalmente, en la última hipótesis que planteamos encontramos que si existía una correlación entre el nivel de conocimiento que tenían los adolescentes sobre sexualidad y la tendencia de una actitud favorable hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva.

La información que se posee del objeto de estudio es importante ya que, sí el adolescente tiene un nivel mayor de conocimientos sobre sexualidad tendrá una mayor tendencia hacia una actitud favorable hacia la sexualidad y salud reproductiva, favoreciendo una vida sexual satisfactoria pero a la vez con responsabilidad dentro de ella y con el conocimiento del riesgo que se tiene.

Para finalizar, cabe resaltar las limitaciones, sugerencias e importancia del presente trabajo, tomando en cuenta que, de acuerdo con la revisión bibliográfica, al parecer no existen antecedentes en México.

Dentro de las primeras nos encontramos en primer lugar aquellas de carácter metodológico que presentan primeras investigaciones, tales como el tamaño de la muestra y su difícil acceso dando por resultado una muestra no probabilística y pequeña que impide que los resultados de la investigación se puedan generalizar a la población.

Por otra parte, otra de las limitantes fue el cuestionario sobre conocimientos acerca de sexualidad ya que se construyó de formato cerrado lo que reducía la gama de respuestas que los sujetos podrían dar. Sin embargo, cabe señalar que dicho instrumento se elaboró de esta forma tomando en cuenta el nivel de escolaridad de los sujetos de la muestra.

De lo anteriormente enunciado se sugiere que se sigan haciendo estudios en estos grupos y posiblemente utilizar este cuestionario como base para una investigación o como fundamento para otro cuestionario, siempre y cuando se perfeccione y se pueda obtener su validez y confiabilidad, o con otro tipo de instrumentos para la recolección de datos, por ejemplo, investigaciones de tipo cualitativo en donde el investigador tenga un papel más activo con los sujetos y donde se elaboren entrevistas a profundidad.

La valoración de cuan importante es nuestro trabajo viene dada por la información que aportamos acerca de esta clase de adolescentes ya que, creemos que es necesario e importante conocer las actitudes hacia la sexualidad y hacia la salud reproductiva para poder diseñar programas de

educación sexual específicos para dicha población que prevengan problemas de salud reproductiva como los que se presentan en nuestro país.

## REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1978). Adolescencia. Buenos Aires: Kargieman
- Aguilar, J. A. (1994). Educación de la sexualidad en la adolescencia: Métodos y contenidos. en Antología de la sexualidad humana. México: CONAPO.
- Allport, G. W. (1970). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Alcalá, M. J. (1994). Acción para el siglo XXI: salud y derechos reproductivos para todos en Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). El Cairo, Egipto.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. España: Alianza.
- Bernfeld, S. (1973). El psicoanálisis y la educación antiautoritaria. Barcelona: Barral.
- Benedik, T. (1967). Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño. Buenos Aires: Paidós.
- Beach, F.A. y Ford, C.S. (1972). Conducta sexual. Barcelona: Fontanella.
- Bloom, B.S. (1981). Taxonomía de los objetivos de la educación. Buenos Aires: Ateneo.
- Blos, P. (1980). Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu.

- Brito, V.E. y López, J.A. (1979). Programa Nacional de Educación Sexual. México: CONAPO.
- Bronfman, M. y Minello, N. (1993). Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América: prácticas de riesgo para la infección de VIH. México: CONASIDA y Colegio de México.
- Carrasco, E., Esquer, A., Román, R., Cubillas, M. J. y Abril, E. (1992). Ambiente familiar, actividad sexual y embarazo en la adolescencia. en La psicología social en México.
- Colín, A., Díaz de León, C. y Sánchez G. P. (1995) .La calle, juego para unas, vida para otras. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Contreras Solyomvary S. (1995). Los niños que viven en la calle: un grupo en Taxqueña. Estudio descriptivo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Díaz, R. (1975). El Diferencial Semántico del Idioma Español México: Trillas.
- Elkin, F. (1964). El niño y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Enriquez, S. M. (1990). Creencias y actitudes hacia el Servicio social en la Facultad de Psicología. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Fernandes, E. (1991). Psicopedagogía de la Adolescencia. Madrid: Narcea.
- Figueroa, J. G. (1996). Algunos problemas de investigación sobre derechos reproductivos. en Perinatología y reproducción humana Vol. 10, No. 2. Abr-Jun. México: Instituto Nacional de Perinatología.

Freud, A. (1984). El desarrollo del adolescente. Buenos Aires: Horme.

García, J., Figueroa, J. G., Reyes, H. y Pérez, G. (1993). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. en Salud Pública de México. Nov-Dic de 1993, Vol. 35, No. 6. México: ía, C.G.(1972). Paidofilia y pobreza propician mayor prostitución y infantil. en El Financiero, Julio 7, 1992 México.

García, J. y Figueroa, J. G. (1992). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. en Salud Pública de México. Jul-Ago de 1992, Vol. 34, No. 4. México: Colegio de México.

Gesell, A. (1963). El adolescente de 10 a 16 años. Buenos Aires: Paidós.

Grinder, E. ( 1976). Adolescencia. México: Limusa. Gutiérrez, I. D. (1992). Salud reproductiva: concepto e importancia. Bolivia: M.P.S.S.P-UNFPA OPS/OMS.

Heise, D. (1976). El diferencial semántico y la investigación de actitudes. en Medición de actitudes de G. F. Summers. México: Trillas.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación México: Mc. Graw-Hill Interamericana.

Hurlock, E. B. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Mc.Graw-Hill Interamericana.

Josselyn, I. (1975). El adolescente y su mundo. Buenos Aires: Paidós.



Koestler, A.(1982). En busca de lo absoluto. Barcelona: Kairós.

Langer, A. y Romero, M. (1995). Diagnóstico de la salud reproductiva en México. en Reflexiones, sexualidad, salud y reproducción núm. 3 Programa Salud reproductiva y sociedad, México: El Colegio de México.

López, M y Zuñiga, E. (1994). Salud reproductiva: situación actual y perspectivas.México: Secretaria de Salud.

Mariño, M.(1991). Actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas en diversos grupos sociales del país. Tesis de Licenciatura.Facultad de Psicología UNAM.

Mead, G.H. (1982). Espíritu, persona y sociedad, desde el punto de vista del conductismo social. Barcelona: Paidós.

Morales, F. (1994). Psicología Social. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill.

Munné, F. (1986). Psicología social. Barcelona: CEAC.

Palacios, M.(1986). La sexualidad como una característica humana. en Sexo en los adolescentes: Guía educativa. Colombia: Printer.

Petterson, M. Y Uribe, C. (1993). Estudio descriptivo de la adaptación y disfunción familiar de la adolescente embarazada. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología de la UNAM.

Pick, S.y Givaudan, M. (1992). Las opiniones de la población como apoyo a la educación sexual. en La psicología social en México.

Pick, S., Givaudan, M. y Saldivar, A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. en Perinatología y reproducción humana Vol.10 No.2. Abr-Jun. México:Instituto Nacional de Perinatología.

Ponce,B. y Ruíz, M.(1997). Los niños de la calle desde la perspectiva de Melanie Klein. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.

Rubinstein, J.(1967). Principios de psicología general. México: Grijalbo.

Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. en Antología de la sexualidad humana. México: CONAPO.

Saucedo, I. (1996). Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. en Perinatología y reproducción humana Vol. 10, No. 2. Abr-Jun. México:Instituto Nacional de Perinatología.

Schulz,J. y Williams, S.(1983). Programación de objetivos en la educación sexual. México:Pax-México.

Sherif, M. y Sherif, W. (1970). Problemas de la juventud. Estudios técnicos de la transición a la edad adulta en un mundo en cambio.México: Trillas.

Shmeling, E. (1982). La sexualidad y el adolescente. Tesis de Licenciatura.Facultad de Psicología de la UNAM.

Szasz, I. (1995). Sexualidad y salud reproductiva. en Demos  
carta demográfica sobre México. No. 8, México.

Tiburcio, T., Avila-Rosas, H., Quintos-Cardoso, R. C. y García -  
Cardona, M. (1995). Embarazo en la adolescencia:  
influencia de algunos atributos sociales. en  
Perinatología y reproducción humana. Vol. 9, No. 1.  
Ene-Mar México: Instituto Nacional de Perinatología.

Vázquez, M. (1997). Actitudes hacia la sexualidad en  
adolescentes y factores que intervienen en su  
formación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología  
UNAM.

Young, K. (1963). Psicología Social. Buenos Aires: Paidós.

## ANEXOS

## CUESTIONARIO

SEXO: M ( ) F ( )

EDAD: \_\_\_\_\_

HOGAR GRUPAL: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan algunas preguntas. Marca con una "X" el paréntesis de la respuestas que creas correcta. Lee con mucho cuidado las preguntas y contesta a todas.

1. ¿Hay alguna persona mayor que tu a la que le platiques cosas que a nadie más le contarías?

Sí ( )

No ( )

2. ¿Cómo sabes de manera deben comportarse los hombres y las mujeres?

( ) Por lo que dicen mis amigos

( ) Por lo que veo en la televisión

( ) Por lo que me dicen mis consejeros

( ) Otros.Especifica: \_\_\_\_\_

3. Dos de los órganos sexuales masculinos son:

( ) Pene y clítoris

( ) Monte de venus y testículos

( ) Escroto y testículos

( ) Ninguno

4. Dos de los órganos sexuales femeninos son:

- ( ) Vagina y ovarios
- ( ) Clitoris y próstata
- ( ) Escroto y testículos
- ( ) Ninguno

5. La sexualidad es:

- ( ) Un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte.
- ( ) Un proceso que involucra sentimientos, pensamientos y comportamientos
- ( ) Cambios físicos
- ( ) Deseo sexual
- ( ) Tener relaciones sexuales
- ( ) Todas las anteriores
- ( ) Ninguna

6. La virginidad es:

- ( ) Sólo para los hombres
- ( ) Sólo para las mujeres sexuales
- ( ) Para los dos

7. La masturbación :

- ( ) Impide el crecimiento físico del individuo
- ( ) Es una forma de proporcionar placer a uno mismo
- ( ) Favorece la aparición de barros en los adolescentes
- ( ) Favorece el retraso mental de quien la practica

8. La virginidad es:

- La ausencia del himen o membrana
- Que una persona no ha tenido relaciones sexuales
- Ninguna de las anteriores

9. Dos de las enfermedades de transmisión sexual son:

- La gonorrea y el acné
- La sífilis y la esterilidad
- El SIDA y las paperas
- La gonorrea y el acné

10. Ante las enfermedades de transmisión sexual:

- No se puede hacer nada para evitar su contagio
- Se puede usar el condón para prevenirlas
- A mi no me pasaría

11. Los métodos anticonceptivos más adecuados para los adolescentes son:

- La combinación del condón y los óvulos
- Las inyecciones
- El dispositivo intrauterino
- Las espumas
- El retiro (salirse)

12. El condón evita contraer enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado.

Cierto  Falso  No sé

13. Las pastillas anticonceptivas se toman cada tres días

Falso  Cierto  No sé

14. El condón puede romperse

Cierto ( ) Falso ( ) No sé ( )

15. ¿Crees que sea posible tener relaciones sexuales durante la menstruación?

Sí ( ) No ( ) No sé ( )

16. El retiro (salirte antes de venirse) es el método anticonceptivo más seguro.

Falso ( ) Cierto ( ) No sé ( )

17. ¿Crees que una mujer pueda quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación?

Sí ( ) No ( ) No sé ( )



## INSTRUMENTO

SEXO: M ( ) F ( )

EDAD: \_\_\_\_\_

HOGAR GRUPAL: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación se te presenta una lista de palabras. Para cada palabra hay una serie de adjetivos. En las líneas que aparecen entre cada par de adjetivos escribe una "X" en la que exprese mejor lo que la palabra significa para ti.

Por ejemplo:

Si colocas la X en la línea más cercana al adjetivo "dulce" querrás decir que es dulce la manzana, si la colocas en medio expresarás que estas indeciso entre los dos adjetivos y que la manzana no es ni dulce ni amarga; y por último, si colocas la X cerca del adjetivo "amarga", dirás que es amarga.

La manzana es:

dulce:   X  :    :\_\_\_ amarga

No olvides nunca la palabra que estás calificando.

Usar anticonceptivos es

agradable :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ útil

caro :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

El sexo es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

La masturbación es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

Ser adolescente es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

La virginidad es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

Las caricias son

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

El sida es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

La menstruación es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

La responsabilidad es las relaciones sexuales es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

El abuso sexual es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

La primera relación sexual es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral

El aborto es

agradable :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ desagradable

bueno :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ malo

seguro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ peligroso

inútil :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ útil

caro :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ barato

incómodo :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ cómodo

necesario :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ innecesario

sucio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ limpio

satisfactorio :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ insatisfactorio

inmoral :\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ moral