

RAE

- 1. TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de PSICÓLOGO
- 2. TÍTULO:** VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES (CCAS), UTILIZADO EN EL COMPONENTE DE CARA A LA INTIMIDAD DEL PROGRAMA ARCOS
- 3. AUTOR (ES):** Pahola Beltrán Barrera, Natalia Gómez Alfonso, María del Mar Santrich Sánchez, y Leily Vanegas Gómez
- 4. LUGAR:** Bogotá
- 5. FECHA:** Junio de 2015
- 6. PALABRAS CLAVES:** validez, confiabilidad, análisis factorial, validez de constructo. Alfa de Cronbach, correlación, validez concurrente
- 7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO.** La presente investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas del cuestionario conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva a partir de una aplicación masiva a una muestra de 1018 estudiantes de grado noveno de colegios distritales de la ciudad de Bogotá
- 8. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** facultad de psicología programa ARCOS
- 9. METODOLOGÍA: Diseño Instrumental:** Se han considerado como pertenecientes a esta categoría todos los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos. (Montero y Leon, 1882)
- 10. CONCLUSIONES:** La primera propiedad psicométrica analizada en el instrumento fue la validez de constructo por medio de un análisis factorial en el que implemento la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar la adecuación de la muestra, con una puntuación de 0.86 KMO. Posteriormente se utiliza la prueba de esfericidad de Barlett cuya hipótesis nula señala que la matriz de correlación corresponde con la matriz de identidad es decir las interrelaciones de las variables son igual a cero rechazando la hipótesis nula y encontrando que los ocho factores evaluados en el cuestionario explican el 38.22% de la varianza total. En segundo lugar se analiza la propiedad de confiabilidad del instrumento a partir de la aplicación de Alfa de Cronbach el cual puntuó 0.57 lo que indica que no existe confiabilidad en el instrumento debido a que la correlación de los ítems no es positiva. Finalmente se realiza el análisis de la validez concurrente de la escala donde se indica la correlación de las puntuaciones del test que se analizó con dos pruebas ya validadas creadas por Solís (2006) por medio de la correlación de Pearson la cual arrojó que la correlación puntúa 0.02 y una significancia bilateral de 0.519 es decir no es una correlación significativa entre las variables de acuerdo a la regla de decisión.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES
(CCAS), UTILIZADO EN EL COMPONENTE DE CARA A LA INTIMIDAD DEL
PROGRAMA ARCOS



Pahola Beltrán

Natalia Gómez

María del Mar Santrich

Leily Vanegas

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ

2015

Tabla de contenido

Portada, 1

Tabla de contenido, 2

Resumen, 3

Introducción, 4

Marco teórico, 4-30

Estudios empíricos, 30-35

Pregunta problema, 35

Objetivos, 36

Método, 36-39

Resultados, 39-52

Discusión, 53-55

Referencias, 56-61

Apéndices, 62-94

Validación del cuestionario sobre conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva de los adolescentes (CCAS), utilizado en el componente de cara a la intimidad del programa ARCOS

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas del cuestionario conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva a partir de una aplicación masiva a una muestra de 1018 estudiantes de grado noveno de colegios distritales de la ciudad de Bogotá. La primera propiedad psicométrica analizada en el instrumento fue la validez de constructo por medio de un análisis factorial en el que implemento la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar la adecuación de la muestra, con una puntuación de 0.86 KMO. Posteriormente se utiliza la prueba de esfericidad de Barlett cuya hipótesis nula señala que la matriz de correlación corresponde con la matriz de identidad es decir las interrelaciones de las variables son igual a cero rechazando la hipótesis nula y encontrando que los ocho factores evaluados en el cuestionario explican el 38.22% de la varianza total. En segundo lugar se analiza la propiedad de confiabilidad del instrumento a partir de la aplicación de Alfa de Cronbach el cual puntuó 0.57 lo que indica que no existe confiabilidad en el instrumento debido a que la correlación de los ítems no es positiva. Finalmente se realiza el análisis de la validez concurrente de la escala donde se indica la correlación de las puntuaciones del test que se analizó con dos pruebas ya validadas creadas por Solís (2006) por medio de la correlación de Pearson la cual arrojó que la correlación puntúa 0.02 y una significancia bilateral de 0.519 es decir no es una correlación significativa entre las variables de acuerdo a la regla de decisión.

Palabras clave: validez, confiabilidad, análisis factorial, validez de constructo. Alfa de Cronbach, correlación, validez concurrente.

Abstract

The present study aimed to analyze the psychometric properties · Questionnaire Knowledge and Attitudes in Sexual and Reproductive Health from A Massive an A Sample Application 1018 Ninth graders in district schools of Bogota. The first psychometric property analyzed in the instrument was the construct validity through the a factorial analysis that I implement Measure Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) for check the adequacy of the sample, with a score of 0, 86 KMO. Subsequently Barlett sphericity test the null hypothesis indicates is that utilization of the correlation matrix corresponds to the identity matrix is the interrelationships of variables like a rejecting the null hypothesis zero and finding that the eight factors evaluated in the Questionnaire explain 38.22% of the total variance. Second ownership Instrument reliability is analyzed from the application of Cronbach's alpha which is scored 0.57 indicating that there is confidence in the Instrument DUE tail correlation is not positive articles. Finally, the analysis of concurrent validity of the scale where the correlation of test scores which was analyzed and validated two tests created by Solis (2006) by the Pearson correlation which is indicated is performed which throw A 0.02 correlation Rate bilateral significance 0.519 ie it is not a significant correlation between the variables that according to the decision rule.

Keywords: validity, reliability, factor analysis, construct validity. Cronbach's alpha, correlation, concurrent validity.

Introducción

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas del cuestionario Conocimientos y Actitudes en salud sexual y reproductiva a los adolescentes diseñada por Quiroz y Segovia (2013). Esta prueba está dividida en cuatro componentes; fundamentación biológica, género, salud sexual y reproductiva y erotismo. Los temas a tratar teóricamente son la respuesta sexual, genética de la sexualidad, etapas del desarrollo sexual, enfermedades sexuales, embarazo y sus etapas, derechos sexuales y reproductivos, género, elección de pareja, rol del género, orientación sexual, discriminación de género, construcción de familia, violencia sexual, cambios físicos en la pubertad y sexualidad en la adolescencia.

Para abordar el tema de la sexualidad humana es importante entender acerca de la anatomía de la sexualidad, en primer lugar se menciona que los órganos sexuales de los varones están constituidos por testículos, eyaculadores, pene, epidídimos, próstata, vesículas seminales y glándulas bulbo uretrales (Sperof, Galss & Kase. 2000).

Los testículos tienen estructura elíptica, así mismo están suspendidos por el escroto y compuestos por túbulos seminífero, sin embargo para producir espermatozoides se necesitan cerca de setenta y cuatro días, para que cincuenta espermatozoides viajen por el túbulo desde los testículos hasta el epidídimo, tardando entre doce y veintiún días para estar listo para la eyaculación (Sperof, Galss & Kase. 2000).

Por otro lado se encuentra el pene, el cual está constituido por una raíz, y tres masas largas de tejido eréctil las cuales pueden aumentar de tamaño cuando se llenan de sangre durante la erección. Internamente se encuentra la uretra y el extremo final se expande formando el glande. La piel que recubre el pene es delgada, a la altura del cuello y es plegada y forma el prepucio que cubre el glande (Sperof, Galss & Kase. 2000).

En cuanto a los órganos reproductores femeninos están formados por la vulva, periné, vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios. La vulva cubre el hueso del pubis. Los labios mayores son trozos de piel que se extienden desde el monte de venus hasta abajo encontrándose en un punto medio frente al ano y presenta vellos en las partes laterales externas. Los labios menores están dentro de los labios mayores y forman el prepucio del clítoris, no tienen vellos y son ricos en elementos neurales y vasculares. En cuanto al clítoris

hay que afirmar que es eréctil y está cubierto de músculos isquicavernosos. El orificio vaginal es rodeado por el himen y las glándulas de bartolin ayudan a mantener una buena lubricación. El orificio uretral se encuentra frente al orificio vaginal y las glándulas parauretrales de Skene tienen el orificio de salida (Lombardía & Fernández, 2007).

La vagina es un tubo fibromuscular que va del vestíbulo vulvar al útero. Y se compone de tres capas; la mucosa la cual es hormonalmente sensitiva y da respuesta ante la estimulación por parte de estrógenos. En segundo lugar se encuentra la capa muscular que contiene tejido conjuntivo y músculo liso en capas internas y externas. Y la capa adventicia la cual está adherida a la capa muscular. El útero se divide en parte inferior la cual se constituye por el cuello uterino y el superior el cual se denomina cuerpo uterino. El cuerpo uterino varía su tamaño de acuerdo a la mujer y su actividad hormonal y/o embarazo. Las trompas de Falopio captan el óvulo para tener un buen entorno para concebir, transportar y nutrir el huevo. Finalmente los ovarios varían según la edad y/o ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer. Cada uno consta de córtex y médula (Sperof, Galss & Kase. 2000).

Según Ramírez, (2006) cuando se habla de la función biológica de la sexualidad se refiere también a la procreación, el deseo sexual y así mismo lo relacionado con la alteración física y fisiológica del funcionamiento para la vida sexual de la persona. Para entender la sexualidad del ser humano es necesario identificar los aspectos sociales primarios como el entorno familiar, ya que en este punto del desarrollo se adquieren valores, actitudes y habilidades para interactuar en sociedad (Cervera, 1987).

Según Galindo (2001) en el momento de formar y vivir su sexualidad las personas deben tener claros los roles de género que han ido construyendo socialmente, en cuanto que el género es un sistema de creencias y actitudes que forman el comportamiento, por otro lado la sexualidad tiene una connotación biológica en relación con el funcionamiento del cuerpo y la forma en que cada sujeto expresa sus deseos, fantasías y pensamientos.

Los humanos nacen como seres sexuados, es por esto que para su reproducción son necesarios los órganos femeninos y masculinos; su iniciación de vida se desarrolla en la fecundación dando origen al cigoto, es decir la unión del espermatozoide y el óvulo, estas dos células contienen la mitad del material genético que conformará al nuevo ser (Swain, Narvaez, Burgoyne, Camerino, & Lowell, 1998).

El cigoto está conformado por veintitrés cromosomas maternos y veintitrés paternos para un total de cuarenta y seis cromosomas los cuales entran en un proceso de reproducción mediante la meiosis agrupándose en pares conformados por un cromosoma de la madre y uno del padre, de esta manera las células haploides se convierten en diploide conteniendo información sexual del nuevo ser (Swain, Narvaez, Burgoyne, Camerino & Lowell, 1998).

En el proceso de formación de la sexualidad de los cromosomas X y los cromosomas Y juegan un papel importante, aunque es importante mencionar que el cromosoma X es indispensable para el desarrollo del sexo en el ser humano y en cuanto al cromosoma Y es opcional. Por ejemplo para el desarrollo del sexo masculino o testículos fetales la carga cromosómica es XY mientras que para el sexo femenino la carga cromosómica es XX (Becker, Arnold, Berkley, Blaustein, Eckel & Hampson, 2004).

Otro tema importante en la sexualidad es la respuesta sexual la cual integra factores interpersonales, sociales e intrapsíquicos los cuales intervienen en la iniciación y mantenimiento de la misma, esta respuesta está constituida por cambios físicos y mentales neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales y todos los órganos del cuerpo modifican sus funciones durante esta respuesta (Suh, Yang, Cao & Garland, 2003).

La respuesta sexual tiene seis fases principales, el deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y periodo refractario. La fase de deseo hace referencia a un estado mental que por medio de los pensamientos y fantasías activan los centros cerebrales encargados de la secreción de testosterona y hormona luteinizante estimulando el impulso sexual. Durante la excitación la próstata y vesícula en el hombre aumentan la secreción y producción de líquidos los cuales formaran el semen; en la mujer las glándulas parauretrales las cuales equivalen a la próstata y aumentan la secreción, en las mujeres que están más desarrolladas se puede percibir una expulsión durante el orgasmo es decir eyaculación femenina (Debusk, 2000).

Durante la meseta se presenta activación fisiológica en cuanto al ritmo cardiaco, tensión muscular, respiración, incremento del tamaño del pene o clítoris y senos, la duración de esta fase puede variar dependiendo de la intensidad de los estímulos sexuales. En el orgasmo se presentan contracciones intermitentes en la musculatura de los órganos sexuales especialmente, en los músculos del suelo pélvico, sin embargo es importante señalar que se

contraen alguno músculos también del cuello y abdomen; en el hombre se da la eyaculación que consta de dos fases (Debusk, 2000).

En la primera fase de la eyaculación se da la producción seminal, que consiste en la contracción de los músculos de la próstata y vesículas seminales, aumentando las secreciones en la uretra mezclando y formando el líquido seminal, acompañado de una sensación eminente de eyaculación. En la segunda fase se denota la expulsión del líquido seminal (Kruger, Haake, Hartmann, Schedlowski & Exton, 2002).

En hombres adultos jóvenes la eyaculación se puede proyectar de quince a treinta centímetros delante de la uretra y con la edad esta distancia se reduce gradualmente debido a la debilitación de músculos propulsores. En las mujeres se presentan contracciones en el útero y en la misma musculatura que en el hombre (Mas, 2005).

Durante el orgasmo se presenta una actividad contráctil rítmica en el suelo de la pelvis generando movimientos intermitentes en la plataforma orgásmica, la respuesta orgásmica se puede presentar gracias a una estimulación del clítoris o penetración vaginal, en la edad avanzada de las mujeres se pierde el tono de musculatura pélvica haciendo que la satisfacción no sea la misma (Andersson, 2003).

En la resolución retornan los órganos sexuales a sus lugares correspondientes, reduciendo la congestión pélvica. La respuesta sexual se acompaña de cambio somático y psíquico intensos asociados a respuestas de estrés. Es importante resaltar que la presión arterial y frecuencia cardiaca sube casi el doble de los valores basales (Suh, Yang, Cao, Garland, 2003).

Existen cambios durante la respuesta sexual en los niveles plasmáticos de algunas hormonas, vasopresina durante la excitación, oxitócica y prolactina durante el orgasmo. Existen aumentos en la adrenalina, gonadotrofinas y esteroides gonadales asociados a la actividad sexual. En cuanto a los cambios físicos y sensaciones somáticas se puede decir que se producen alteraciones en la percepción sensorial, elevación en la percepción dolorosa en la excitación sexual intensa y específicamente en el orgasmo, el orgasmo es un estado de consciencia que varía de una sensación de bienestar hasta una experiencia mística (Debusk, 2000).

También se disminuye, la percepción de dolor y posibilita una fricción más vigorosa de los órganos sexuales aumentando las sensaciones de placer y motiva a repetir la actividad. Los órganos eréctiles consisten en espacios vasculares comunicados entre sí, formados por paredes que tienen músculo liso, fibras colágenas y elásticas y una capa endotelial y son capaces de llegar a la erección por la llegada de sangre a espacios lacunares produciendo una dilatación para llegar al orgasmo (Mas, 2005).

La respuesta sexual resulta de una serie de reflejos neurovegetativos y somáticos modulados. En primer lugar se encuentra la inervación genital la cual habla de los cambios en el estado funcional de los órganos sexuales durante la respuesta sexual, en esta se encuentra la inervación vegetativa la cual se presenta en dos divisiones del sistema nervioso autónomo, parasimpático y simpático, los cuales regulan la respuesta sexual. La erección se presenta por la estimulación táctil de los genitales y activación de nervios pélvicos o erectores. Es importante señalar que la contracción de la musculatura estriada perineal dan rigidez a los órganos genitales en el proceso de excitación, y esta influye en la respuesta orgásmica (Mas & Gutiérrez, 2000).

En la inervación sensitiva o sexual se encuentran receptores táctiles en el pene y clítoris, y las fibras sensitivas hacen parte del nervio pudendo e ingresan a la médula espinal por las raíces dorsales. Es importante aclarar que a pesar del tamaño del clítoris, tiene las mismas terminaciones nerviosas sensitivas que el pene. Se habla que los circuitos básicos son necesarios para los reflejos de erección y se ubican en los segmentos inferiores de la médula, y es así como el encéfalo influye en ellos siendo predominantemente inhibitorio (Biering & Sonksen, 2001).

En la etapa de coito y orgasmo el pene entra en la vagina durante la excitación sexual, el movimiento corporal del hombre y la mujer genera mayor excitación y allí se alcanza el clímax. El hombre al tener un orgasmo eyacula y la mujer experimenta fenómenos más sutiles, el orgasmo es un intenso placer centrado en el área genital. Durante la relación sexual se aumenta la presión sanguínea, ritmo cardiaco, y respiratorio. En el orgasmo se descarga una tensión que aumenta y posteriormente el cuerpo recupera su estado natural (Karama, Lecous, Leroux, Bourgoïn, Beaudoin & Joubert, 2002).

Es importante mencionar que Mas & Gutierrez (2000) refieren que los mecanismos neurales de control de las funciones reproductoras en el hombre producen impulsos autónomos originados en el hipotálamo y reflejos de la médula en respuesta a estímulos sensoriales. En la etapa del clímax el clítoris erecto se retrae sin quedar en contacto con el pene, el útero se eleva hacia el abdomen y el cérvix se distiende. Esta estimulación sensitiva de la vagina y vulva son los que producen el orgasmo femenino y se acompañan de intenso placer y relajación posterior.

Tras el orgasmo llega la fase de resolución, la cual hace que los órganos sexuales recuperen sus condiciones iniciales, esta resolución tiene dos partes en el hombre, en la primera el pene decrece su tamaño y en la segunda vuelve a su tamaño normal, en la mujer el clítoris también pasa por dos fases similares a las del pene. La fase de resolución se mantiene a no ser que se siga estimulando, debido a que las mujeres pueden regresar a la posición meseta con estimulación continua. Y así es que se producen múltiples orgasmos. En esta fase los hombres pasan por una etapa refractaria en la cual ninguna estimulación puede originar una segunda erección (Mas & Gutiérrez, 2000).

Existen cambios en los órganos sexuales durante el sueño, en los hombres adultos sanos durante el sueño tienen erecciones continuas que se presentan episódicamente y esto es denominado tumescencia peniana nocturna (NPT), duran varios minutos y ocurren de manera periódica; la duración de la fase REM y los episodios NPT son más duraderos al final del sueño y por esta razón existe la probabilidad de que el hombre despierte erecto (Arnou, Desmond, Banner, Glover, Solomon & Polan, 2002).

Las erecciones presentadas en NPT se consideran puras ya que no son ocasionadas por factores cognitivos o afectivos. Finalmente se puede referir que la información adecuada puede hacer que la respuesta sexual sea eficaz y requiere que el sistema nervioso este en buen funcionamiento (Holstege, Georgiadis, Paans & Meiners, 2003).

Las bases fisiológicas y la respuesta sexual consisten en la gran mayoría en una serie de cambios neurofisiológicos hemodinámicos y hormonales que implica todos los órganos y algunos sistemas del cuerpo donde se ven modificadas parte de las actividades de la respuesta sexual debido a que los cambios que se presentan se ven reflejados en los genitales en relación a las etapas (García, 2005)

Según García (2005) los cambios fisiológicos de la respuesta sexual en la realidad llegan a ser similares en la parte femenina como en la masculina en tres principales fases la primera es la excitación, le sigue el orgasmo y ya en una última fase está la resolución es allí donde se encuentran diferencias entre los dos sexos frente al desarrollo de la respuesta sexual frente a los cambios de los genitales, la fase de la excitación es una respuesta sexual humana donde se observan grandes cambios fisiológicos que se van dando realmente de una forma progresiva desde el momento que inicia la estimulación hasta que llega al nivel máximo de excitación.

La excitación llega en un momento a tener una similitud en ambos sexos lo que llega a que se encuentre un poco la diferencia es en los aspectos temporales en el sexo femenino debido a que este requiere un poco más tiempo su desarrollo En la mujer se presenta dilatación de la vulva y se humedece la vagina mientras que en la excitación sexual del hombre el pene presenta una erección debido a que este se llena de sangre y esta logra que aumente su tamaño (Caudillo & Trujillo, 2007).

La segunda fase que es presentada como el órgano que es la descarga imprevista de la tensión sexual acumulada, durante la respuesta sexual presentada en contracciones musculares en la parte pélvica donde se ve caracterizada por el placer sexual el orgasmo de los seres humanos habitualmente es de una estimulación sexual física del pene en el sexo masculino el cual es acompañado por la eyaculación la cual consta de dos etapas la primera como la emisión seminal y la segunda como la expulsión y en el sexo femenino del clítoris cuando se habla de la estimulación sexual poder llegar a ser por una práctica propia como es la masturbación, o también con una pareja sexual con penetración, la fase de la resolución es ya cuando la persona presenta relajación muscular la cual puede durar varios minutos y este se va alargando progresivamente con la edad esto es un poco más característico en el sexo masculino en el sexo femenino puede lograr tener algunos estados similares de refractariedad pero especialmente tras orgasmos ya que el sexo femenino presenta un nivel más alto de excitación (García, 2005).

Para el desarrollo de las bases fisiológicas el procedimiento endocrino participa de una manera fundamental en la regulación de los procesos que les permiten el crecimiento y desarrollo de los gametos tanto femeninos como masculino debido a que la transmisión

endocrina es la que lleva a que este sistema a la liberación de sustancias químicas señaladas hormonas (Caudillo & Trujillo, 2007).

La conducta sexual en los seres humanos se da principalmente por algunas funciones cognitivas, las hormonas y los esteroides sexuales son los capaces de modular ciertos aspectos en la sexualidad en el hombre los estrógenos son impredecibles para su sexualidad normal pero la principal en la sexualidad tanto de las mujeres como la de los hombres es la testosterona (Monroy, 2004).

Para Brater (2006) Las hormonas sexuales son algunas sustancias que transmiten y se producen en su propio organismo para poder controlar en el funcionamiento y en el desarrollo de los genitales de ambos sexos dentro de la división, en las masculinas se encuentran las hormonas andrógenas y en las femeninas estrógenos y gestagenas los estrógenos tiene un papel terminante tanto en la sexualidad de la mujer como en la salud de ella en general ya que esta se produce en los ovarios y a estas se les administran hormonas.

La sexualidad en el ser humano es un proceso del desarrollo que inicia en la vida fetal y culmina con la muerte. Entiéndase como sexualidad un conjunto de aspectos biológicos, psíquicos y culturales con fines más allá de la reproducción. El humano es el único animal que no tiene un periodo de celo específico, por lo tanto el hombre como la mujer pueden estar atentos y dispuestos a tener relaciones sexuales sin fines necesariamente reproductivos (Méndez, Flores & Maldonado, 2005).

La sexualidad es un punto fundamental del desarrollo de cualquier persona, dando inicio en el periodo fetal con las cargas hormonales pasando por la infancia con actos instintivos, en este punto Freud fue una de los primeros autores en hablar de la sexualidad infantil, argumentando que durante las primeras etapas de crecimiento como es la etapa oral el niño con la succión consigue un placer que va más allá de la satisfacción alimenticia (Mejía, 2006).

Es válido aclarar que la sexualidad en la infancia debe verse como un acto erótico y de placer no coital. Necesario para un adecuado desarrollo del auto-reconocimiento del cuerpo y sus sensaciones, este reconocimiento corporal y sensitivo es fundamental para la construcción de la identidad sexual o género, por esta razón es necesario un acompañamiento

informativo, abierto y no represivo por parte del adulto responsable (Alegret, Comellas & Pérez, 2005).

Durante este proceso es necesario crear la confianza necesaria y borrar el tabú del concepto de sexualidad para permitir que los niños pregunten a sus padres cualquier duda que tengan frente a este propio cuerpo, de esta manera poder brindar educación e información valiosa y oportuna, puesto que en la actualidad el contenido de los medios televisivos en general están cargados de imágenes y actos relacionados con lo erótico y lo sexual (Sapetti, 2006).

Con la culminación de la infancia se da inicio a la pubertad que es el punto del desarrollo donde el ser humano aumenta su carga hormonal alcanzando su reproducción sexual, en las mujeres el aumento de estrógenos y en el hombre aumento de andrógenos, durante esta etapa se presentan varios cambios fisiológicos como son el aumento en el desarrollo de los órganos genitales, aparición de vello, cambio en la voz y posible aparición de acné esto por parte de sexo masculino (Mejía, 2006).

Por parte de la mujer se denotan cambios corporales, crecimiento de senos, aparece la menstruación, vello y crecimiento en los órganos sexuales. Debido a las altas cargas hormonales pueden experimentar cambios en el temperamento mostrándose fácilmente irritables y con tendencia a la auto-estimulación teniendo su primer acercamiento a lo que puede ser el coito o relación sexual (Méndez, Flores & Maldonado, 2005).

Psicológicamente muestran conflictos relacionados con su identidad, orientación sexual, falta de comprensión y ambivalencia entre la independencia y la dependencia de sus padres. La construcción de identidad y encaje en la sociedad lleva al adolescente a explorar en las diferentes culturas o grupos sociales buscando aceptación y su lugar dentro de la sociedad, su orientación sexual también es consolidada en este periodo (Sapetti, 2006).

El periodo de la adolescencia es un punto crítico del desarrollo ya que no es considerado un niño pero tampoco es un adulto esto crea conflictos con las personas mayores debido al afán por ser independientes y tomar sus propias decisiones; sin embargo no tiene los recursos ni la madurez suficiente para hacerlo, así que se crea el sentimiento ambivalente

entre amor y odio hacia sus padres, los cuales son considerados viejos, aburridos y anticuados (Mejía, 2006).

En el punto medio de la adolescencia se muestra un profundo interés por los temas relacionados con el sexo, y se tiende a fantasear constantemente; sin embargo aún no existe la experiencia y la confianza necesaria para concretar y llevar a cabo el acto sexual, aunque esto no es obstáculo para presumir ante sus pares alardeando de experiencias sexuales. En este punto también aparece el miedo al embarazo y el afán por explorar el mundo de la sexualidad (Ochoa, 2012).

Finalmente durante la vida adulta el sexo se toma de una manera más natural y calmada disfrutándose mutuamente sin pena ni desconfianza. El nivel hormonal es más estable controlando los deseos e impulsos que en la adolescencia eran tan fuertes buscando demostrar su potencial (Ochoa, 2012). Lo cual podría estar dando respuesta a los altos índices de enfermedades de transmisión sexual en esta etapa de la vida.

Para abordar el tema de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es importante resaltar que los seres humanos desde el inicio de su existencia están en busca de su bienestar psicológico, biológico y social, una de las necesidades que abarca estos tres campos es el disfrute de su sexualidad, pero junto con ella se han desarrollado las diferentes ITS que no son difundidas únicamente por el contacto sexual genital y oral, ya que otros factores como lesiones con objetos corto-punzantes infectados con el virus pueden generar el contagio, puesto que lo que produce dicho contagio es el contacto de fluidos corporales como es la sangre, es por esto que las madres transmiten la enfermedad a sus hijos (Ickowies & Rocha, 2004).

Estas enfermedades generalmente se manifiestan con mayor frecuencia comprometiendo los órganos genitales y el sistema inmunológico, sin embargo otras partes del cuerpo como el pecho la cara y los pies también se ven comprometidos en raras ocasiones. Es necesario aclarar que según el virus contraído será la gravedad de la enfermedad, ya que existen enfermedades posibles de curar y otras que pueden llegar a ocasionar la muerte. Las enfermedades venéreas o de transmisión sexual son producidas esencialmente por 3 organismos principales; parásitos, bacterias y virus (Ickowies & Rocha, 2004).

Las enfermedades más comunes producidas por bacterias son la gonorrea, sífilis y clamidia. La gonorrea es una enfermedad que puede ser transmitida por la práctica de relaciones sexuales anal, oral y vaginal, además también puede presentarse en los ojos si hay contacto con flujo infectado, los síntomas pueden ser manifiestos o no, en la etapa inicial de la enfermedad y sus características son; en el pene y vagina pueden presentarse secreción de flujo, mal olor, dolor y dificultades para orinar, en el ano se produce ardor, picazón y sangrado, en caso de ser infectado por vía oral tendrá inflamación de amígdalas, fiebre, dolor severo y finalmente en los ojos se manifestara con fuertes irritaciones, picazón y ardor (Domínguez, Díaz, & González, 2008).

Si una mujer embarazada es portadora de gonorrea es urgente que reciba tratamiento debido a que esta infección puede ser transmitida al niño en el momento del nacimiento. Las recomendaciones de prevención para esta enfermedad son el condón y las relaciones sexuales con una pareja estable, debido a que los reportes del Ministerio de Salud manifiestan que el mayor porcentaje de personas infectadas es la población juvenil. Es importante mencionar las consecuencias de no tratar esta enfermedad a tiempo ya que pueden presentarse complicaciones graves como es la infertilidad, las inflamaciones de pelvis y embarazos ectópicos (Dyck, Meheus & Piot 2000).

Los embarazos ectópicos son la formación del feto fuera del útero, para ser más específicos en una trompa de Falopio, lo cual produce dolor excesivo, inflamación y hasta desgarramiento debido al poco espacio para el crecimiento del feto. Otra enfermedad común producida por las bacterias es la sífilis, esta enfermedad en su primera fase tardará en manifestarse entre 3 semanas y noventa días, por esto se dice que es silenciosa ya que al inicio de esta infección no se presentan síntomas significativos y además estos pueden desaparecer de manera temporal y al transcurso de los meses reaparecer con fuertes laceraciones en los órganos sexuales, pies, rostro y la zona del pecho (Eymin, & Fich, 2003).

La sífilis puede afectar los órganos sexuales femeninos y masculinos también la vejiga, el ano y la boca, si esta infección no es tratada a tiempo puede llegar a afectar el corazón y el sistema nervioso central en general. Por otro lado las enfermedades más comunes producidas por los virus son; SIDA, verrugas genitales y el herpes genital, el SIDA es producida por el virus VIH y puede tardar años en desarrollarse este virus ataca

especialmente al sistema inmunológico descompensando el organismo dejándolo vulnerable ante cualquier enfermedad (Ickowies, & Rocha, 2004).

El herpes genital se presenta como ampollas en la zona del pene estas lesiones son dolorosas y la mujer puede darse en la zona interna de la vagina lo cual impide identificar la enfermedad a simple vista. Y las enfermedades producidas por los parásitos son las pulgas genitales o púbicas (Eymin, & Fich, 2003).

Es importante entrar en el tema de la esterilidad para eso se debe resaltar que dentro de las relaciones sexuales se puede contar con la planificación familiar y la toma de decisiones de sí mismo y contar con un control de natalidad, sin dejar de lado que hay algunos aspectos importantes dentro de la planificación familiar donde se logra facilitar servicios saludables dirigidos al tratamiento de las parejas infértiles (Serrano, 1999).

Cuando se trata de los derechos reproductivos como el derecho básico de las parejas para llegar a decidir el número de hijos y cuándo los desean tener, lo cual les permite tener una buena salud sexual y reproductiva. Dentro de la salud se puede llegar a tener la preocupación de las parejas que no pueden tener hijos; cuando se habla de la fecundidad donde se puede ver deteriorada puede llegar a ser a una incapacidad referente o absoluta de concebirlo, lo cual puede afectar tanto a los hombres como a las mujeres en proporciones aproximadamente iguales donde podría llegar a hacer una causa considerable de sufrimiento tanto personal como familiar (Serrano, 1999).

En la temática del embarazo es importante de abordar y señalar que en esta etapa el signo más evidente es el retraso de la menstruación. Si la persona conoce sus ciclos menstruales puede ser mucho más fácil para darse cuenta que presenta un retraso o en algunas ocasiones puede notar algunas molestias en la parte baja del vientre, o poder llegar a presentar náuseas (Murray, 2007).

Cuando se habla de embarazo parte de que se produce cuando un espermatozoide consigue atravesar la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos e interviniendo ambos su dotación genética para dar lugar a una nueva célula o cigoto, lo cual es llamado como un proceso denominado la fecundación (Bono, 2002).

Según Bono (2002) la fecundación es denominada como la unión de un espermatozoide el cual se encuentra en el semen del hombre con un óvulo de la mujer. La unión del óvulo y el espermatozoide son los que logran formar el óvulo fecundado, el cual va cambiando y desarrollándose hasta llegar a ser un individuo, este proceso de desarrollo embrionario parte desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto dentro del útero, es allí donde el feto está flotando en el líquido amniótico donde el líquido y el feto están cubiertos en el saco amniótico, que está adosado al útero. Es por eso que mientras permanece dentro, el feto obtiene algunos nutrientes y oxígeno y este también elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta la cual está aferrada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical.

Según Chervenak, (2009) el cordón umbilical es el órgano que comunica el feto con la placenta y proporciona el transporte de sangre oxigenada y sustancias nutritivas para una adecuada alimentación y protección de enfermedades al feto. Una de las etapas del embarazo importante a tener en cuenta, es que los hombres y las mujeres perciben el embarazo de manera diferente. Debido que para las mujeres, el embarazo es una etapa noble, dulce y tierna. En cuanto los hombres, asumen el embarazo como una responsabilidad y comienza a concentrarse y analizar las situaciones económicas familiares (Sebastiani, 2004).

Esas diferencias se ven muy reflejadas debido a la cultural, ya que el hombre está formado para alcanzar metas y objetivos, y no le da una prioridad a las emociones. Es por esto que cuando los hombres se dan cuenta de que su pareja está en embarazo, suelen concentrarse en todo lo que tiene que ver para asegurar el bienestar de su pareja y de sus hijos y todo esto se presenta ya que la misma sociedad refuerza que el rol del hombre es el de apoyar y el sostén del hogar, mientras la mujer es la que contribuye con la ternura y los sentimientos que inspiran todo lo maternal (Lawson, 2005).

En las etapas del embarazo en algún momento se llegan a dar algunos cambios que los pueden llegar a afectar a los dos como pareja en cuanto a que la pareja no sepa cómo llegar a manejar los cambios de humor que puede llegar a presentar la mujer en el embarazo, este distanciamiento que se puede percibir en la pareja no significa que la persona ya no esté interesada en ella, solo que no sabe cómo reaccionar y prefiere distanciarse, para no llegar a actuar o responder de una forma incorrecta (Lawson, 2005).

Algo que también se presenta en esta etapa es el distanciamiento sexual debido a que las parejas llegan a pensar que si tiene relaciones pueden llegar a ocasionar algún daño a su bebé. Es una etapa donde las parejas tienen muchos temores es por esto que es tan normal que los hombres se pregunten con mucha frecuencia cómo deben tocar a la pareja y cómo debe ser la penetración (Sebastiani, 2004)

Por otra parte el concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido como una perspectiva para analizar y responder a las necesidades de los hombres y las mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción. La salud sexual es un proceso para tener un bienestar físico, mental y social para así poder llegar a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, teniendo la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, donde el objetivo de la salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales (Lerner, 2008).

La sexualidad y la reproducción están unidas a la calidad de vida del ser humano, en lo individual y social, proporcionándole algunos derechos como, obtener información que facilite la toma de decisiones que logren ser autónomos y sin sufrir ningún tipo de discriminación, teniendo la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital y guiado por los derechos que tiene cada individuo (Salguero, 2005).

La salud reproductiva es considerada como un eje transversal que a la vez se ve afectada en el amplio contexto de la vida de las personas y donde constantemente, reconoce que el mejoramiento de la salud reproductiva requiere que se atiendan las inequidades en las sociedades, promoviendo la igualdad de género garantizando el acceso de los individuos a la educación y a los servicios e información sobre salud reproductiva (Lerner, 2008).

Es importante resaltar que la salud sexual y los derechos reproductivos no son sólo para los adultos, sino también es importante para los y las jóvenes. Donde el gobierno ayuda a promover a los y las adolescentes del acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva. El camino hacia la salud sexual y reproductiva hace parte de los derechos

humanos que son fundamentales a una sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual y a la elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos (Salguero, 2005).

Para abordar el tema de sexualidad es importante resaltar que biológicamente es definida como el acto de reproducción y supervivencia de la especie. A nivel psicosocial el término sexualidad se debe ver desde una perspectiva amplia, debido a que la sexualidad va más allá de la genitalidad, es un conjunto de factores socioculturales, biológicos y psicológicos que se ven representados en los sentimientos, pensamientos y comportamientos. El desarrollo de la sexualidad humana está enraizado al ámbito biofisiológico, como es la estructura corporal y hormonal. Cuando se habla de sexo esencialmente hay dos opciones de respuesta (hombre o mujer) debido a que este hace referencia al aspecto biológico (López & Fuertez, 2001).

Sin embargo, cuando se habla de sexualidad es necesario remitirse a temas como la salud y la educación, debido a que el concepto de sexualidad está direccionado al acto sexual y sus implicaciones en relación a las etapas del desarrollo. La sexualidad ha sido un tema tratado con recato convirtiéndose en un tabú para la religión y la filosofía en tiempos pasados, pero gracias a la ciencia hoy día se ha venido naturalizado en gran medida estos temas, pero con la aceptación han surgido problemáticas tales como incremento en las enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y relaciones de pareja inestables. Debido al surgimiento de estos fenómenos perjudiciales nace la necesidad de promover una educación sexual dirigida a la salud (Rodríguez, Díaz, Gil & Hernández, 2007).

La sexualidad tiene diversas connotaciones ya que se puede presentar como un acto de amor, de deseo e incluso violencia. Durante la etapa inicial de la exploración sexual que generalmente se da en la adolescencia, no hay una claridad sólida acerca de la diferenciación entre los sentimientos de amor y de deseo, debido a que por las cargas hormonales los adolescentes están más entregados al deseo y al placer. Con el paso del tiempo y la experiencia durante la etapa adulta se identifica con mayor claridad entre los sentimientos e intereses sexuales. Dentro de los comportamientos y roles asumidos en la sexualidad se encuentran las características adquiridas en relación al género (Rodríguez, 2007).

El género es asumido como la formación psicosocial, que se denota aún antes del nacimiento, por ejemplo si es nombre los juguetes, el vestir e incluso los colores están acompañados de unos supuestos comportamentales que contribuyen a la construcción del rol de género (fusiones del individuo dentro de una determinada sociedad de acuerdo con su condición de hombre o mujer) y a su vez se forma la identidad sexual (auto-reconocimiento como hombre o mujer) (López & Fuertez, 2001).

El concepto de género es un constructo social y cultural que nace a partir de la simbología, las percepciones, las creencias, las representaciones ideológicas y las costumbres atribuidas al sexo de cada ser humano, por ejemplo a la mujer se le denomina femenino y al hombre masculino. El género delimita en cierto modo la función y el desempeño diario del ser humano dentro de una sociedad determinada, actividades tan elementales y cotidianas como el trabajo, los deportes, el baile, interacciones sociales, entre otros. Estas delimitaciones están fundamentadas en la cultura ya que a nivel biológico el sentido de género no tiene lugar a estas diferencias entre hombre y mujer (Lamas, 2000).

De acuerdo con esta percepción se asume un rol de género el cual está mediado por las costumbres sociales, de este modo la persona asumirá un estilo de vida ligado al papel que adoptará frente a la construcción de género, este punto está relacionado con la preferencia u orientación sexual, ya que se direccionará el deseo y gusto sexual hacia otra persona que puede ser del sexo opuesto o del mismo sexo, finalmente se encuentran la conducta sexual la cual se refiere a la historia o experiencias sexuales del ser humano (Valdez, 2005).

Zegers, Larrain y Bustamante (2007), Aborda el sexo como una condición dicotómica, es decir hombre o mujer, y el género como un elemento psicológico construido a partir de las interacciones interpersonales, culturales y sociales del individuo, se inicia la construcción de la orientación sexual, por medio de la cual el ser humano se identificará como heterosexual, bisexual u homosexual según su preferencia.

Baile (2008), Desde la psicología del aprendizaje sostiene que la orientación sexual, es producto de un aprendizaje social durante la infancia y se manifiesta en la adolescencia. De acuerdo con esta teoría la orientación sexual hace parte de un aprendizaje, tanto consciente como no consciente y explica el comportamiento heterosexual y homosexual desde algunos principios psicológicos, como son el aprendizaje por modelamiento que

consiste en la imitación de un modelo, es decir si el niño tiene acceso a un modelo heterosexual, bisexual u homosexual este será altamente influyente en su orientación sexual. Desde el campo biológico aunque no se ha determinado una causa específica para explicar la orientación sexual se reconoce la influencia genética y hormonal.

A continuación se expondrán las posibles variaciones en la orientación sexual, se iniciará con la heterosexualidad; las personas con orientación heterosexual tienen una mayor aceptación en la sociedad ya que es asociada con la normalidad y la naturaleza del ser humano y sus fines reproductivos, la pareja heterosexual está compuesta por personas del sexo opuesto (un hombre y una mujer), de esta manera su deseo, erotismo, y atracción sexual está dirigido al sexo opuesto. Por otro lado la homosexualidad es entendida como la conducta sexual con miembros del mismo sexo, y se presenta tanto en hombres como mujeres, el homosexual masculino se denomina gay, y la homosexualidad femenina se conoce como lesbianismo (Zegers, Larrain & Bustamante, 2007).

La homosexualidad ha sido un tema muy debatido por la discrepancia que existe tanto político como moral y cultural, sin embargo la homosexualidad tanto de hombres como mujeres se conoce desde la antigüedad y ha estado presente en culturas tanto avanzadas como primitivas, siendo aceptada en algunos grupos sociales y así mismo rechazada por otros. La palabra homosexualidad viene del vocablo griego homoios, que significa que homosexual tiene afinidades sexuales por las personas del mismo sexo, esto significa que tiene gustos, afinidades, atracción sexual y hasta emocional por persona del mismo sexo (Sánchez, 2006).

López (2006), El intento de especificar la homosexualidad se complica cuando se define como una enfermedad y se incluye en la psiquiatría. A finales del siglo XIX se argumenta que la homosexualidad es una de perversión que se presenta en todas las culturas y sociedades. El concepto de homosexualidad ha ido cambiando, partiendo desde el ideal de pansexualidad el cual se asume en el Imperio Romano y en la Grecia Clásica, hasta llegar a la condena por la sociedad judía, por otro lado el Cristianismo y la inquisición admitió su persecución considerando la homosexualidad como una práctica demoniaca. A pesar de los múltiples conflictos que se han presentado en la historia de la homosexualidad, esta práctica sexual no ha desaparecido aun cuando la muerte y la exclusión podría ser el precio a pagar (Peña, 2004).

La orientación homosexual en especial la comunidad gay ha estado expuesta al rechazo, puesto que la percepción hacia estos grupos ha estado regida por un sistema de creencias, el cual abarca dimensiones como estereotipos de género, actitudes hacia los roles propios para cada sexo, y estructuras conceptuales ya establecidas acerca de aquellos individuos que violan el patrón tradicional del rol sexual (Acuña y Vargas, 2006).

Crooks y Baur, (2000) asegura que las personas heterosexuales tienen actitudes más negativas hacia los gay que hacia las lesbianas, debido al valor erótico que los hombres heterosexuales atribuyen a las practicas lésbicas, también se encontró que los jóvenes muestran mayor tolerancia hacia la diversidad sexual que las personas mayores, algunos estudios aseguran que en la actualidad hay mayor aceptación por parte de algunos grupos sociales. A pesar que se ha investigado y escrito mucho sobre el homosexualismo, aún no se ha logrado establecer con certeza las causas que lo originan, por esta razón es importante seguir investigando sobre el tema, para lograr entender y explicar este fenómeno permitiendo su naturalización social (Medina, 2006).

Otra variación de la diversidad sexual es la denominada bisexualidad, esta consiste en el interés y deseo sexual por personas tanto del mismo sexo como del sexo opuesto (hombre- hombre, mujer-mujer y hombre-mujer). También existe la orientación transexual este se da en hombres y mujeres, en este caso se asume que la persona nacen con un sexo biológico y físico diferente a la percepción que se tiene de su propio género, para describir este fenómeno se usan frases coloquiales como: un hombre encerrado en el cuerpo de una mujer, es por este sentimiento que mediante el apoyo psicológico y quirúrgico estas personas se someten a la intervención de cambio de sexo (Vásquez et al, 2010).

En cuanto al travestismo consiste en el uso diario de ropa diseñada para el sexo opuesto y muestra atracción sexual por personas del mismo sexo, es válido resaltar que el uso de esta ropa y el asumir el rol del sexo opuesto lo hace siendo consciente de su sexo y género real, esta práctica ha sido la más criticada y rechazada a nivel social, esto puede ser atribuido a las fuertes estructuras de creencias en relación al rol de género La resistencia a la aceptación de la diversidad sexual tiene su origen en la religión ya que desde el inicio de los tiempos las variaciones de la práctica sexual fueron vistas como aberración y actos ajenos al mandato de Dios (Vásquez et al, 2010).

El transexualismo se puede definir como una forma exagerada de disforia del género, la disforia del genero se diferencia entre la identidad o rol de género y las características físicas del cuerpo; así mismo el transexualismo coexiste en una misma persona con las características del otro sexo, los transexuales permanentemente metidos en una situación de sentir que su cuerpo niega quienes son se sienten atrapados en sus propios cuerpos (Becerra, 2003).

La transexualidad se manifiesta por una identificación del otro sexo con sentimiento de incompatibilidad con el sexo asignado y con el deseo de vivir, vestir y ser tratado como integrante del sexo opuesto, se dice que las personas transexuales nacen con un sexo equivocado, sin embargo la mayoría relatan el inicio de los síntomas desde la infancia y solicitan cirugía de reasignación de sexo, así mismo se manifiestan tanto en la mujer como en el hombre (Amezúa, 2003)

La persona que se siente mujer pero es hombre, está consiente que su anatomía es de varón, pero en el interior de esa persona se considera mujer, por esta rozan se hacen todos los esfuerzos para que el cuerpo se adecúe a esa identidad que la persona siente, así mismo estas personas presentan preocupación excesiva por ocultar sus características primarias y muchas veces requieren tratamiento hormonal y quirúrgico para cambiar de sexo y así mismo sentirse bien consigo mismo (Tarasco & Pando 2012).

La persona transexual de mujer a hombre es anatómicamente mujer pero se muestra con actitudes, afinidades y conductas masculinas, es decir que adopta comportamientos masculinos y hace lo posible por adquirir un aspecto físico varonil, sin embargo se molestan cuando se les consideran como mujer y les agrada ser confundidos con hombres, así mismo desde la adolescencia llevan ropa masculina y ocultan sus pechos con prendas de opresión y tratan de pasar desapercibidos en público como persona del sexo opuesto (Gil & Antonio 2006).

Consolidada la orientación sexual se inicia el interés en la elección de pareja. Para abordar este tema es necesario mencionar que existen básicamente dos tipos de elección, los cuales están direccionados a formar vínculos diferentes; el primero es el vínculo sexual, este hace referencia a una elección de pareja con fines meramente sexuales y esta pareja se escoge principalmente por atribuciones de atracción física. Estudios realizados en países de América

del sur demuestran que esta población latina está más arraigada a la teoría darwiniana sobre la reproducción y la preservación de la raza, en la cual se argumenta que las mujeres con apariencia saludable, fuerte y mayor potencial reproductivo son más apetecidas por los hombres, esto debido a la estabilidad y la posibilidad de procrear (Casullo, Lipore, Brizzio & Carreras 2003).

Estas cualidades reproductivas son atribuidas a las caderas anchas como sinónimo de fertilidad, abundantes senos como representación de alimento y aspecto saludable en relación a la crianza más generalizada. En cuanto a la elección de la pareja masculina, las mujeres buscan un macho potencial capaz de proveer alimentos, seguridad y bienestar, es decir un hombre que se muestre sano, atlético y fuerte. Sin embargo con el transcurso de los años los factores socioculturales han modificado de algún modo este prototipo de belleza “Monroe” (Díaz, Morant & Westall, 2006).

Si se observa un poco antes de los 80, la estética era algo distinta a la actual; ya que existía un mayor gusto y aceptación por las mujeres con ciertas redondeces en su silueta o de mayor peso, siendo consideradas más fuertes, más fértiles y más activas sexualmente por consiguientes más atractivas. En los 80 surgen ciertos cambios en la estética femenina, imponiéndose el gusto por las mujeres voluptuosas, con cinturas pequeñas, abundantes senos y de caderas anchas tomando como referente en años anteriores, el histórico erotismo de la exitosa actriz y cantante Marilyn Monroe (Díaz, 2006).

Dejando de lado la priorización a los aspectos físicos en el momento de elegir la pareja, se puede identificar el segundo tipo de elección de pareja, este consiste en las relaciones románticas formando un vínculo sentimental en el cual están comprometidos intereses más profundos que los sexuales, ya que en el inicio de la adolescencia con la construcción de identidad y la necesidad de independencia, el interés por las relaciones interpersonales con adolescentes del sexo opuesto generan cambios en su entorno social y familiar, puesto que debe replantear el tiempo destinado a compartir con sus amigos y parientes, para invertir en la relación de pareja, cuando en estas relaciones se logra afianzar un vínculo estrecho, este puede influir en la manera como el individuo manejará los apegos en relaciones futuras (Casullo et al, 2003).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente se evidencia que la elección de pareja inicia con los factores de proximidad y atracción física lo cual a través de la interacción y compatibilidad generan lazos afectivos. La compatibilidad y satisfacción de necesidades e intereses están direccionados al campo personal, psicológico, biológico, social y afectivo del ser humano, por lo general son representados en las preferencias políticas, religiosas, metas, ambiciones, nivel económico, fidelidad, etc. Sin embargo la perspectiva analítica argumenta que la elección de pareja está influenciada por la atracción que el niño experimenta hacia su progenitor del sexo opuesto, de esta manera en la etapa de la adolescencia se da un proceso de transferencia socialmente aceptado (Valdez, González & Sánchez, 2005).

Dicho en otras palabras, el gusto y la atracción que sentía por su progenitor ahora lo sentirán por personas de su edad según sus intereses. Por otro lado Winch (1958) bajo la teoría de la complementariedad explica la elección de pareja como un proceso de complementación donde el ser humano busca en el compañero o compañera las características o calidez de las que carece estableciendo de esta manera un equilibrio frente a la demanda de necesidades, haciéndose fuertes y complementarios en un proyecto de vida juntos (Valdez et al, 2005).

El mito del emparejamiento lleva al mito de la fidelidad o exclusividad este mito también tiene sus raíces en la religión con la implantación de las relaciones monógamas, imponiendo que los actos románticos, pasionales, fantasías, deseos y satisfacción sexual en general se deben experimentar única y exclusivamente con la pareja elegida para pasar el resto de la vida. Así que tener prácticas sexuales con personas diferentes a la pareja es un acto juzgado socialmente y es muy probable que ocasione sanciones, discusiones y en ocasiones lleve al divorcio o rompimiento de la relación. Claro está que en la actualidad existen matrimonios y relaciones de pareja donde hay libertad para sostener relaciones sexuales con personas fuera del matrimonio y esta práctica no es considerada traición o infidelidad (Ferrer et al, 2010).

En la construcción de la familia o matrimonio surge el mito la pasión eterna donde se argumenta que el secreto de un buen matrimonio es mantener la llama encendida, se pretende conservar el romanticismo y el deseo de los primeros meses de relación, lo cual puede llevar a la decepción y a la errónea creencia que si esta llama disminuye equivale al

fracaso en el matrimonio y en el deterioro del amor, con este mito se está reconociendo las etapas naturales de la vida en matrimonio, debido a que la convivencia el acoplamiento y la costumbre de vida en pareja y con el nacimiento de los hijos algunas prioridades cambian, sin que necesariamente los sentimientos de amor se vean afectados, ya que con la baja en los sentimientos de romanésimo y pasión el amor se consolida con mayor fuerza (Ferrer et al, 2010).

Los celos son el sentido de empoderamiento de la pareja exigiendo aspectos de fidelidad, y se ha relacionado con el sentimiento de amor, muchos dicen que los celos se hacen presente cuando hay amor, cuando existe un interés por el otro, justificando de esta manera el egoísmo, la envidia y la naturaleza territorial del hombre, sin mencionar aspectos psicológicos como es la inseguridad y la represión de la pareja, puesto que la base de los celos es el sentimiento de amenaza y la posibilidad de un tercero que pueda ocupar su lugar y robándose el amor de su pareja. Cuando una persona es celosa por lo general intenta reducir las relaciones sociales de su pareja intentando que la atención sea dirigida esencialmente hacia ella (Ferrer et al, 2010).

Desafortunadamente es muy común que para lograr obligar a la pareja a reducir su grupo social y excluir las relaciones con personas del sexo opuesto, por ser consideradas como potenciales amenaza para la persona celosa, se suele hacer uso de la violencia. Cuando se habla de la violencia en la sexualidad se define como un evento de interés en salud pública por el impacto que este le genera al individuo, también en el entorno familiar y social en el que este se encuentra. Debido al daño y el sufrimiento que este le genera y por esto requiere de una máxima atención. Sin dejar de lado el ámbito psicológico ya que se pueden producir aislamiento, rechazo a futuras relaciones, disminución en la motivación y bajo autoestima (Camargo & Pérez, 2005).

La violencia tiene distintos contextos, pero durante esta investigación se abordará desde el ámbito sexual, la violencia sexual se da en distintos niveles debido a que se puede identificar desde una mirada intimidante acosadora, palabras obscenas y vulgares hasta la violación o abuso sexual violento. Los reportes médicos y judiciales muestran que la mayor parte de los abusos sexuales son realizados por parte de un familiar o cercano a la familia (Camargo & Pérez, 2005).

La violencia sexual puede darse sin la necesidad de ejecutar necesariamente la fuerza física, ya que por medio de la agresión, presión y manipulación psicológica también se puede dar la violencia, puesto que todo acto sexual que se realice sin el debido consentimiento es considerado abuso. El abuso en menores con frecuencia está basado en el chantaje y la manipulación, los agresores suelen ofrecer dulces y juguetes aprovechando el juego para acceder o tocar al menor manipulándolo con supuestos engaños por parte de los padres en caso de esta manera los niños terminan accediendo a sus exigencias sexuales por miedo (Contreras, Bott, Guedes & Dartnall, 2010).

El abuso sexual coital presentado en personas mayores pueden dejar secuelas a nivel físico y psicológico como son las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos trastornos en la sexualidad, modificación de la conducta y baja autoestima. En la sociedad enmarcada en el machismo, dentro de los patrones de crianza de manera indirecta en la construcción del género y los roles sociales se ha educado o enseñado al sexo femenino a adoptar estructuras de comportamientos más sumisos, sintiéndose vulnerables y débiles en comparación al sexo masculino, de esta manera se asume el rol doméstico, atribuyendo al hombre las responsabilidades de mantenimiento y protección, de esta manera es considerado una figura de autoridad y poder (Contreras et al, 2012).

Lo mencionado anteriormente contribuye con la condición de desigualdad entre hombres y mujeres, en diversas culturas, la mujer es objeto de intercambio monetario, sin derecho a elegir su pareja, además no reciben educación escolar ya que desde niñas son preparadas y educadas para atender las necesidades del labor doméstico y a suplir las demandas de su esposo; en palabras coloquiales “ser una buena esposa” estas creencias culturales y sociales acerca del rol de la mujer han llevado al fenómeno del maltrato doméstico, el cual es muy común y aunque la tasa de demanda es elevada se estima que es mucho más alta de lo aparente ya que al igual que las violaciones sexuales coitales, estas no son denunciadas por parte la víctima, las razones básicamente son dos, la primera está relacionada con el rechazo o señalamiento social y la segunda por miedo a las represarías por parte del agresor (Camargo & Pérez, 2005).

Contreras (2012) afirma que otro contexto vulnerable al acoso sexual es el ámbito laboral, en dirección jefe subalterno, ya que por su posición de poder laboral y económico el victimario agresor utiliza esta relación de poder para acceder a situaciones sexuales mediante el chantaje, las represarías o amenazas más frecuentes son; el despido, sobrecarga laboral y el desprestigio. El colegio también es un escenario de posible acoso y violencia ya que los jóvenes son duros y poco prudentes para expresar sus pensamientos. La discriminación de género u orientación sexual también es considerada una forma de violencia sexual, puesto que la sociedad actual influenciada por la religión rechaza las relaciones de pareja formadas por personas del mismo sexo y en menor medida también existe rechazo hacia las relaciones triangúlales o bigamicas (Ferrer, Bosch & Navarro, 2010).

En el presente texto se han abordado temas relacionados con la anatomía de los órganos sexuales femeninos y masculinos, salud sexual y reproductiva, genero, diversidad sexual, elección de pareja y violencia sexual, estos temas son necesario para captar el fenómeno de la sexualidad humana, para lograr captar este fenómeno es preciso abordara el erotismo, el cual es entendido como la capacidad que tiene el ser humano para disfrutar de la sexualidad y la capacidad para abriese a la posibilidad de exploración del cuerpo y las sensaciones placenteras en el contacto sexual disfrutando en pareja (Gil & Antonio 2006).

Hay que tener en cuenta que las características y aspectos considerados eróticos están en constante cambio debido a que este en gran medida es un constructo influenciado por la sociedad, la cultura y el mercado con sus modas impuesta, uno de estos elementos es el efecto visual con los estilos de ropa, colores, texturas, modelos comportamentales, la música etc. Estos son algunos de los estímulos sociales diarios, sin embargo no se puede desconocer las fuertes causas biológicas instintivas (Gil & Antonio 2006).

El erotismo se presenta en las relaciones tanto heterosexuales como homosexuales, con conductas auto-eróticas, fantasías y de nuevas experiencias dirigidas al goce sexual, este interés erótico aparece al inicio de la pubertad con el incremento de testosterona en los hombres y estrógenos en las mujeres, el erotismo diferencia al hombre del resto de los animales por su contenido social y personal de cada persona ya que el sentido de lo erótico puede variar de un individuo a otro, aunque muestren atracción por una persona en común,

es posible que se comparta la atracción pero el gusto puede presentarse por distintas características y en distinto modo (Gil & Antonio 2006).

Con el erotismo nacen las llamadas fantasías eróticas las cuales al inicio de la historia fueron vista por la religión como aberraciones y por la psiquiatría fue considerada como perversiones del desarrollo, insatisfacciones e inmadurez. Se sabe que algunas de las fantasías sexuales en la adultez pueden estar relacionadas con los deseos en la etapa de la niñez, algunas de las fantasías también están relacionadas con los tabús y prohibiciones sáciales, de esta manera durante el acto sexual se puede mesclar el disfrute de lo prohibido por la sociedad y los deseos de la niñez, de este modo el erotismo lleva al goce de la relación sexual, aunque es válido mencionar que es posible tener una relación sexual sin un previo erotismo (Stamateas, 1996).

El erotismo es fundamental para estimular la sexualidad en la pareja por medio de la imaginación y la fantasía fortaleciendo la confianza y los lazos sentimentales, también funciona como una ruta de escape hacia las represiones manteniendo la excitación y el deseo sexual activo, por medio de las fantasías se puede experimentar o acercar a esos deseos que en la vida real nunca sería posible realizar, además que dentro de la fantasía se obtiene el placer pero sin exponerse a mayores riesgos, por ejemplo; en una fantasía sexual el hombre puede ser sometido y obligado a ofrecer satisfacción sexual a una supuesta mujer abusadora, durante el acto esta mujer puede infringir dolor por medio de golpes, latigazos, descargas eléctrica etc., pero todos estos supuestos actos violentos están en el margen de la seguridad y la satisfacción desde una base de realidad (Stamateas, 1996).

Antecedentes empíricos

A continuación se tratarán antecedentes propios del objetivo del presente trabajo, La presente investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas del cuestionario Conocimientos y Actitudes en salud sexual y reproductiva a los adolescentes diseñada por Quiroz y Segovia (2013), a partir del modelo motivacional Florez, (2007).

La DPPPS (Anexo A) es un esquema que presenta el proceso motivacional por fases donde existen una serie de barreras (B) que al superarse tienen importancia sustancial para la

superación de cada una de las fases. Estas barreras están constituidas por una serie de factores motivacionales los cuales son: Expectativas de Reforzamiento- Resultado (B1), Controlabilidad Percibida (B2), Actitudes Normativas (B3), Toma de Decisiones (B4), Planificación del Auto-control (B5), Acción (B6) y Post-Acción (B7). Esta escalera motivacional busca por medio de la autoeficacia y el autocontrol mantener las conductas que se desean implantar para un estilo de vida saludable.

Teniendo en cuenta que la finalidad del presente trabajo es identificar las propiedades psicométricas del cuestionario CCAS, es necesario mencionar que el objetivo de todo instrumento es operacionalizar constructos con el fin de medir los atributos de un fenómeno. Este proceso se realiza por medio de la validez de constructo la cual es entendida como la calidad con que una prueba mide lo que dice medir, dicho en otras palabras cumple con su función principal, ya que cuando un instrumento no logra indicar la capacidad que tiene para cumplir con el trabajo para el cual fue diseñado, no es posible atribuir ningún valor de pronosticador de un fenómeno, (Mondy & Robert 2005).

Por otro lado la validez concurrente se obtiene por medio de un coeficiente de correlación que permite identificar la concordancia entre los datos arrojados por la prueba en proceso de validación y un instrumento con propiedades psicométricas ya establecidas, además se establece la concordancia entre la pertinencia de los ítems y el componente o tema a evaluar, (Lewis & Aiken, 2003).

La confiabilidad se conoce como la calidad y estabilidad con que una prueba al medir el mismo fenómeno arroja resultados consistentes. De esta manera la confiabilidad muestra el grado de confianza con que una prueba mide un fenómeno, se hace la aclaración que la existencia de la confiabilidad no garantiza la validez en la prueba (Lewis & Aiken, 2003).

Posterior a la recolección empírica de las propiedades psicométricas se realiza la búsqueda de varios artículos científicos en los cuales se hace un proceso de validación de instrumentos similar al que se realiza en el presente trabajo. El primer estudio se titula “Autoestima y Sexualidad en Adolescentes: Validación de una Escala”. En el Cual se Buscó Validar el test de Autoestima y Sexualidad en Adolescentes, inicialmente se aborda el

concepto de autoestima, el cual es la concepción que cada persona construye de sí mismo de acuerdo a la interacción con el mundo y sus valoraciones, de este modo una autoestima baja influirá negativamente en aspectos sociales, como es el embarazo no deseado en la edad temprana (adolescencia), y en relación a esta situación surge la necesidad de hacer frente a la problemática, desde el campo de la psicología.

En estudios anteriores se denota que los adolescentes con autoestima alta suelen iniciar su vida sexual más tarde que los adolescentes con autoestima baja, debido a que la autoestima influye en la auto-determinación y control emocional. Para la validación del test de autoestima y sexualidad en adolescentes, se estableció una línea de base y se trabajó en el incremento de la autoestima y la autoimagen con el fin de reducir los factores de riesgo frente al embarazo en la adolescencia. Para el proceso de validación se tradujo el instrumento buscando la adaptación del test de Autonomía y Sexualidad en Adolescentes, para el contexto colombiano. Este test fue implementado en los estudiantes del grado decimo y once de un Colegio del municipio de Alcalá departamento del valle del cauca.

La muestra está compuesta por 400 estudiantes; el 44.7% de la población son hombres y el 55.3% son mujeres. En el momento de la aplicación del test se enfatizó en la claridad de las instrucciones para un correcto diligenciamiento, luego de la recolección de los datos fueron analizados con el programa STATA 10. Los datos procesados para analizar el componente que mide la baja autoestima, arrojó una alta confiabilidad con un Cronbach=0.82 y una capacidad predictiva de alrededor del 100%. Y para el componente que evalúa la alta autoestima se encontró un cronbach=0.737 y una capacidad de predicción del 0.709. Este trabajo de validación ofrece el test de autonomía y sexualidad como una herramienta útil para medir el nivel de autoestima en adolescentes, dejando una línea de base para futuras investigaciones interesadas en el tema (Toro, Restrepo, Portilla & Ramirez, 2008).

En segundo lugar se encuentra un estudio titulado validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. Este estudio se realiza con el fin de aportar conocimiento a la problemática que reporta la Organización Mundial de la Salud, puesto que en la actualidad la población juvenil han venido modificando sus conductas sexuales, asumiendo conductas de riesgo, mayor

exposición a contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos a temprana edad y la decisión de matrimonio se toma a edades más adultas. En concordancia a esta situación, para dar una adecuada educación a los jóvenes escolares primero es elemental estudiar los comportamientos y los procesos de cambio en el desarrollo de la sexualidad de los adolescentes.

Para el estudio del desarrollo y comportamientos de la sexualidad del adolescente se tuvo en cuenta la teoría de Byrne “secuencia del comportamiento sexual” donde se tienen en cuenta los procesos psicosexuales, biológicos, social y cognitivo, abordando el ámbito individual y social. Para la construcción del instrumento se realizaron los siguientes pasos; a) indagar sobre teoría para apoyar los temas que evaluara el instrumento, b) construcción de los ítems, haciendo un equilibrio en las afirmaciones positivas y negativas, c) establecer un formato de medición y hacer revisión de la construcción de los ítems por expertos en los temas a medir, d) aplicar el instrumento a una población significativa para establecer varianza, validez, confiabilidad y promedios centrales. Para la aplicación piloto del instrumento se eligió 110 estudiantes hombres y mujeres de secundaria y preparatoria.

Después de realizar el proceso de estandarización se implementó el instrumento a 1243 alumnos de cuatro grupos distintos. En el análisis de resultados para la validación del Cuestionario para el Estudio del Comportamiento Sexual, Social y Corporal, de Adolescentes Escolares, en la confiabilidad se obtuvo un alfa de Crombach entre 0.87 – 0.93, y para la validez de constructo se halló una varianza entre 59.3% y 70.6%. Con relación a estos datos se concluyó que el cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares, obtuvo una validez aceptable para medir los comportamientos sexuales en la población mexicana (Hidalgo, Caballero, Celis, & Rasmussen, 2003).

En tercer lugar se encuentra diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM) Con esta investigación se buscó diseñar y validar un cuestionario direccionado a evaluar la función sexual de la mujer, para la validación del cuestionario se implementó en nueve centros sanitarios a 600 mujeres que no presentaran disfunción sexual, de dicha muestra solo 212 fueron válidas. El Cuestionario de Función Sexual de las Mujeres está compuesto por 14 preguntas diseñadas para contestar entre cinco y diez minutos. Para

la validación se implementó el cuestionario en dos momentos con una duración intermedia de cuatro semanas, esto con el fin de comparar resultados, analizar la consistencia interna y validez de contenido.

Los datos recolectados arrojan una puntuación de 99% para el nivel de confianza del cuestionario, la consistencia interna se determinó con el alfa de Crombach el cual arrojó un puntaje de 0,8954 para la primera aplicación y un puntaje de 0,8973 en la segunda aplicación. Con la interpretación de los datos se puede llegar a la conclusión que el cuestionario para evaluar la función sexual de las mujeres es válido y fiable, debido a que de manera oportuna evalúa las respuestas sexuales, el desempeño sexual y además aporta información para el diagnóstico de disfunciones sexuales en la mujer (Aznar, Borrás, Caballero, Gómez, Pérez, & Sánchez, 2004).

En cuarto lugar se encuentra el estudio que se titula validación de la técnica "análisis de contenido basado en criterios" para evaluar la credibilidad del testimonio en menores presuntas víctimas de delitos sexuales, que asisten a la unidad local de atención al menor (ULAM) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Bogotá. La necesidad de realizar la validez del presente instrumento nace en los altos índices de casos y denuncias de abuso sexual en menores. Además durante el proceso judicial se tiene en cuenta el testimonio del menor como prueba fundamental para la acusación o veredicto. Sin embargo se ha considerado que los relatos o testimonios de los niños pueden resultar poco veraces debido a que en esta etapa del desarrollo los niños están dados a la fantasía y puede que no distinguen totalmente la fantasía de la realidad.

Por esta razón fundamental se realiza la validación del instrumento. En el proceso de validación de la técnica Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA), se desarrolló un estudio descriptivo correlacional, donde se comparó los datos evidenciados por el examen sexológico y CBCA para analizar la validez concurrente. Estos dos instrumentos fueron implementados en 17 menores del sexo masculino y femenino que se presume son víctimas de abuso sexual, los menores se encuentran entre los 5 y 17 años de edad, todos pertenecientes a la ciudad de Bogotá Colombia. Con la implementación de estos instrumentos se encontraron resultados distintos por lo cual la validez concurrente no fue satisfactoria.

Los datos arrojados por el examen sexológico apuntaron a que el 82% de los 17 participantes muestran falsedad o poca credibilidad en el relato, mientras que CBCA muestra que el 77% de los participantes muestran un nivel de credibilidad medio en su relato. Por esta razón se llegó a la conclusión que el CBCA no es un instrumento válido para medir la veracidad de los relatos del menor frente a un posible abuso sexual (Aguirre, Moncada, Tapias, & Torres, 2010).

En quinto lugar se encuentra la validación de la escala de valoración de la relación en una muestra Mexicana. Este estudio se realiza con el fin conocer los motivos que llevan a las parejas a la separación. México tiene una tasa baja de divorcio con un porcentaje del 12% en comparación de Estados Unidos que tiene una tasa aproximada al 50%. Sin embargo en los últimos años México a duplica el porcentaje de divorcio, lo cual preocupa a las entidades y expertos sociólogos encargadas de velar por la salud, puesto que en los casos de divorcio donde hay hijos menores, estos se ven afectados psicológicamente en su desarrollo. Con el fin de hacer intervenciones efectivas frente a esta problemática, se busca identificar los factores determinantes del divorcio, centrándose en la satisfacción marital.

Para la implementación de la escala se tuvo una muestra de 100 parejas de diferentes estratos socioeconómicos y con una media de edad de 34 años. Con esta escala se mide de manera global la satisfacción en la relación de pareja, este instrumento está compuesto por 24 ítems los cuales evalúan la satisfacción con la interacción conyugal, satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge y por último la satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales de la relación. Con los datos recolectados se pudo concluir que la Escala de Satisfacción Marital creada por Pick y Andrade (1988), es válida para analizar la satisfacción de pareja y a su vez permite predecir los factores influyentes en los divorcios de la población mexicana, debido a que se pudo establecer un Alfa de Crombach de 0.81 determinando una buena consistencia interna en la Escala validada. (Aguirre, Moncada, Tapias, & Torres, 2010).

Pregunta problema

A partir de la anterior revisión empírica y de acuerdo a las necesidades del programa ARCOS en cuanto al componente (de cara a la intimidad) se llega al planteamiento de la pregunta problema que se encuentra a continuación. ¿Cuáles son las propiedades

psicométricas del Cuestionario sobre Conocimientos y Actitudes en Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (CCAS)?

Objetivos

Objetivo General

Analizar las propiedades psicométricas del cuestionario sobre conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva en adolescente (CCAS), a partir de su aplicación a una muestra de estudiantes de grado noveno de colegios públicos distritales de Bogotá

Objetivos Específicos

1. Analizar la validez de constructo del cuestionario CCAS
2. Analizar la validez concurrente del cuestionario CCAS
3. Analizar la confiabilidad del cuestionario CCAS

Método

Diseño Intrumental

Se han considerado como pertenecientes a esta categoría todos los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos. (Montero y Leon, 1882)

En la presente investigación se aplicarán tres pruebas, dos ya validadas creadas por Solís (2006) y el cuestionario CCAS diseñado por Quiroz y Segovia (2013).

Participantes

Los participantes de la presenta investigación son estudiantes de ambos sexos que se encuentran entre los 13 a 19 años de edad y están cursando el grado noveno en colegios distritales de diferentes localidades de la ciudad de Bogotá. Para lo cual se realizó un muestreo no probabilístico, debido a que los sujetos se seleccionaron teniendo en cuenta el

grado de escolaridad, la edad y la vinculación a la educación pública. El número de participantes para este trabajo fue 1018 jóvenes.

Instrumentos

En la presente investigación se aplicaron tres pruebas, dos ya validadas creadas por Solís (2006) y la prueba CCAS diseñada por Quiroz y Segovia (2013).

El primer Cuestionario de Conocimiento de la Sexualidad del Adolescente de Catorce a diez y nueve años de edad (Apendice B) está compuesto por treinta y cinco ítems con dos opciones de respuesta las cuales se distribuyen en dos dimensiones de conocimientos de anatomía y fisiología sexual y reproductiva, respuesta sexual, conocimientos de prevención de las ETS, VIH y SIDA y por último la dimensión, metodología anticonceptiva. Los puntajes de conocimiento alto se ubican en los rangos (puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra), regular (puntaje entre el valor del percentil 74° y 25° de los datos de la muestra) y no conoce (puntaje menor al valor del percentil 25° de los datos de la muestra, Silva (2010), refiere que Solís le dio como objetivo principal a este instrumento “evaluar el conjunto de ideas, conceptos y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad”. Esta prueba posee un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.65 lo que equivale a una confiabilidad moderada.

En segundo lugar se encuentra el test de Actitudes Sexuales del Adolescente (Apendice C) también creado por Solís (2006) el cual está compuesto por cincuenta ítems los cuales se distribuyen en seis diferentes subescalas: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor y, por ultimo sexualidad como algo positivo. Al momento del análisis de los resultados los puntajes se ubican en los rangos favorable (puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra) y desfavorable (puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra). Silva refiere que para Solís el objetivo principal de este Test es “evaluar la forma de respuesta a alguien o algo, aprendida y relativamente permanente”, y la cual tiene una confiabilidad de 0.88 con el método Alfa de Cronbach, es decir, confiabilidad alta.

La prueba CCAS fue creada por Quiroz y Segovia (2013) (Apendice D). Contiene ochenta ítems los cuales evalúan cuatro componentes de actitudes y conocimientos que tiene los adolescentes; fundamentación biológica de la sexualidad: del ítem uno al nueve mide conocimientos y del diez a doce mide actitudes, género: del ítem trece al diez y ocho evalúa conocimientos y del diez y nueve mide actitudes, salud sexual y reproductiva: del ítem treinta y tres al cuarenta y ocho mide conocimientos y del cuarenta y nueve al cincuenta y nueve mide actitudes y por ultimo erotismo: del ítem sesenta al sesenta y cuatro mide conocimientos y del sesenta y cinco al ochenta mide actitudes.

Procedimiento

Fase 1. Solicitud a los colegios de las diferentes localidades de Bogotá, la autorización para realizar la aplicación de las pruebas a los estudiantes del grado noveno pertenecientes a dicha institución.

Fase 2. Se solicitó la autorización de padres y alumnos para la aplicación de las pruebas. De acuerdo con las exigencias éticas se hace entrega del consentimiento y asentimiento informado a los estudiantes, esto con el fin de dejar constancia de la participación voluntaria.

Fase 3. Realización de ajustes en la redacción de los ítems en función de los resultados que se obtengan acerca de sus propiedades psicométricas y de acuerdo con el fundamento conceptual acerca de la sexualidad que se adoptó para su construcción.

Fase 4. Se aplicaron los instrumentos a los estudiantes de grado noveno de los colegios distritales de las localidades en la ciudad de Bogotá. El día de la aplicación se recogió el documento (asentimiento y consentimiento), se dieron las instrucciones necesarias y se implementó el instrumento a los voluntarios que presentaron el documento debidamente diligenciado. Es necesario mencionar que cerca del 30% de los asentimientos y consentimientos entregados no fueron diligenciados.

Fase 5. Se analizaron los resultados arrojados en la aplicación de los instrumentos a partir de un análisis factorial (validez de constructo), alfa de cronbach (confiabilidad), y validez concurrente.

Consideraciones éticos

Este trabajo se realizó obedeciendo a las exigencias de la Ley 1090 del Congreso de la República (2006), donde se especifica que toda intervención debe realizarse con la aprobación documentada por parte de las personas participantes. Teniendo en cuenta que en la presente investigación se trabaja con población menor de edad, se implementa el uso de un consentimiento informado (Apendice F) con el fin de solicitar la autorización de los padres u acudiente a cargo del menor y por ultimo un asentimiento (Apendice G) con el fin de brindarle la libertad de participación a la persona seleccionada.

Resultados

Los procedimientos estadísticos que se utilizaron en el análisis de resultados para cumplir con los objetivos específicos de la investigación. Son:

- Análisis factorial para la validación de constructo.
- Correlación entre los resultados de las pruebas ya validadas y los resultados del cuestionario CCAS para evaluar la validez concurrente de la última.
- Análisis de consistencia interna mediante coeficiente alfa de Cronbach para la confiabilidad.

En el presente análisis de resultados se trabaja con tres instrumentos, 1) El Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes (CCAS) elaborado por Quiroz & Segovia (2013), que es el que se somete a análisis de validez y de confiabilidad en el presente estudio. 2) EL Cuestionario de Conocimientos de la Sexualidad del Adolescente de 14-19 años (TCS). Y, 3) El Test de Actitudes sobre Sexualidad del Adolescente (TAS), también elaborado por Solís (2006). Los dos últimos son los instrumentos que se utilizan como criterio para hacer el análisis de la validez concurrente del CCAS. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos TCS y CCAS.

En el análisis descriptivo del TCS, se obtuvo una media de 27,90 con una desviación de 3,866 con puntuaciones que van desde 15 hasta 39 como máximo valor en la variable.

En relación con los baremos poblacionales de la prueba, los puntajes de conocimiento alto se ubican en los rangos iguales o mayores al valor del percentil 75. El 27 % de los participantes en este estudio tienen un conocimiento alto de la sexualidad; mientras que un 41 % de la muestra obtuvo puntajes entre el valor del percentil 74 y 25, lo que indica que poseen un conocimiento regular de la sexualidad. Y finalmente el 32 % puntuó por debajo

del percentil 25, lo que indica que estos participantes tienen escasos o bajos conocimientos sobre la sexualidad.

Respecto a un análisis por dimensiones de las respuestas al TCS, que se presenta en la Tabla 1 indica que un 44% de los participantes tienen un conocimiento alto en anatomía y fisiología sexual y reproductiva, un 55% lo tienen en respuesta sexual, un 29% presenta un conocimiento alto en la prevención de las ETS, VIH y SIDA; y el 52% de los participantes tiene un conocimiento alto sobre metodología anticonceptiva.

Tabla 1
Resultados por dimensiones de la prueba TCS

Dimensiones	Frecuencia de sujetos con Conocimiento alto	Frecuencia de sujetos con Conocimiento regular	Frecuencia de sujetos con Conocimiento bajo
AFSR	44% 46	31% 15	25% 60
RS	55% 63	0%	45% 55
CP	29% 38	33% 96	38% 87
MA	52% 30	21% 10	27% 81

Nota: AFSR: Anatomía, fisiología sexual y reproductiva; RS: Respuesta sexual; CP: Conocimientos de prevención de ETS, VIH y SIDA.; MA: Metodología Anticonceptiva.

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados prueba TCS.

Por otro lado, los análisis del TAS, permitieron evidenciar que en total la muestra obtuvo una media de 199.82 y una desviación de 25.582, encontrándose valores desde 81 a 250 puntos

De acuerdo con los parámetros establecidos por Solís (2006), el rango favorable corresponde a puntuaciones iguales o mayores al valor del percentil 75, corresponde a 220;

lo anterior da cuenta de que en los cursos participantes un 22% de la muestra estudiada se encuentra en el rango favorable frente a un 78% que se encuentra en el rango desfavorable.

Con respecto a las subescalas, se encontró que el 68% de los participantes se encuentran en el rango desfavorable de la siguiente manera: responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 74%, libertad para decidir y actuar con un 71%, autonomía con un 71%, respeto mutuo y reciprocidad 69%, sexualidad y amor con un 74% y, por último, sexualidad como algo positivo con un 68% (ver tabla 2).

Tabla 2 Resultados por subescalas de la prueba TAS

escalas	Puntaje correspondiente al percentil 75	Frecuencia de sujetos en Rango Favorable	Frecuencia de sujetos en Rango Desfavorable
RS	46	26% 62	74% 59
L	26	29% 94	71% 27
A	24	29% 91	71% 30
R	41	31% 17	69% 04
SA	39	26% 63	74% 58
SP	51	32% 28	68% 93

Nota: RS: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual; L: Libertad para decidir; A: Autonomía; R: respeto mutuo y reciprocidad; SA: sexualidad y amor; SP: sexualidad como algo positivo.

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados prueba TAS.

Finalmente en cuanto al análisis del cuestionario CCAS (Quiroz & Segovia, 2013), la escala de conocimientos tuvo una media de 104,15 y una desviación de 11,79 y la escala de actitudes tuvo una media de 138,76 y una desviación de 17,27.

Análisis de Validez

A continuación se exponen los dos tipos de análisis que se desarrollaron para poder determinar la validez del test de actitudes sexuales del adolescente y la escala de actitudes del cuestionario de conocimiento y actitudes de los estudiantes con respecto a la fundamentación biológica de la sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y erotismo (Quiroz & Segovia, 2013).

Validez Concurrente

Enseguida se desarrolla el análisis de validez concurrente que tiene como finalidad indicar la correlación de las puntuaciones de un test con relación las puntuaciones de otro test que evalúe la misma variable criterio; para ello se aplicó el índice de correlación de Pearson, que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente, teniendo en cuenta que sus valores oscilan entre -1 y 1, por lo tanto puntuaciones más cercanas a 1 o -1 mayor grado de validez, y puntuaciones más cercanas a 0, menos grado de validez

En este orden de ideas, se aplicó el índice de correlación de Pearson para la validación del TAS (Solís, 2006) y la prueba CCAS (Quiroz & Segovia, 2013). Esta correlación fue de 0,13. Aunque este valor es bajo tiene una significancia bilateral de 0,000 que teniendo en cuenta la regla de decisión, rechaza la hipótesis nula dado que la significancia bilateral es menor a 0.001; por lo que se puede afirmar que existe una asociación lineal entre el puntaje del TAS y del CCAS con respecto a la fundamentación biológica de la sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y erotismo, y por tanto se concluye que sí existe una validez concurrente de la escala de actitudes en el cuestionario construido por Quiroz y Segovia (2013). Sin embargo, dado que la correlación de Pearson arrojó una puntuación de $p=0,133$, la relación es débil.

Por otro lado, el índice de correlación de Pearson tuvo lugar entre las puntuaciones del TCS (Solís, 2006) y del CCAS (Quiroz & Segovia, 2013) fue 0,02. ; teniendo en cuenta que ambos cuestionarios fueron aplicados a la misma vez con la finalidad de medir el criterio, obteniendo una significancia bilateral de 0,519, lo que de acuerdo con la regla de decisión lleva a concluir que no es una correlación significativa y a aceptar la hipótesis nula, ratificando la ausencia de una correlación significativa entre las variables.

Análisis factorial

Con el fin de establecer qué tan exitosamente el CCAS, (Quiroz & Segovia, 2013) con respecto a la fundamentación biológica de la sexualidad, genero, salud sexual y reproductiva y erotismo mide la validez de constructo, se empleó el análisis factorial exploratorio con el método de extracción de análisis de componentes principales.

En primer lugar se aplicó la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar la adecuación de muestra, obteniendo una puntuación de 0,86 KMO, lo que indica que las variables miden factores comunes dado que la puntuación del índice es mayor a 0,7 y cercana a 1. Adicionalmente se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett, cuya hipótesis nula señala que la matriz de correlación corresponde con la matriz de identidad, lo que quiere decir que las intercorrelaciones entre las variables son cero; para la muestra, se obtuvo una significancia de 0,00, que de acuerdo a la regla de decisión, rechaza la hipótesis nula.

Tabla 3

Resultados Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,861
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	29237,907
	Gl	3160
	Sig.	0,000

Fuente: Elaboración propia a partir resultados SPSS.

Se desarrolló un análisis factorial exploratorio, restringiendo a ocho los factores, teniendo en cuenta las 4 subescalas para actitudes y las 4 para conocimientos que presentan las autoras del cuestionario CCAS. En dicho análisis se encontró que los 8 factores explican el 38,22% de la varianza total, distribuyendo las variables como se muestra en la tabla 4.

*Tabla 4**Matriz de componentes*

Ítems	Componente							
29. Sólo los homosexuales usan ropa de color rosado.	615	,508	,008	,022	,072	005	,196	067
13. La mujer tiene que ser ama de casa.	588	,473	,114	,058	,072	,059	,288	050
14. Los hombres deben tener muchos hijos para demostrar su masculinidad.	584	,533	,127	,118	052	,014	,267	004
57. Pienso que si una mujer no desea realizar algún tipo de práctica sexual, su pareja no tiene por qué obligarla.	566	235	,227	,121	231	,092	039	097
21. El Gobierno debe iniciar medidas para impedir todas las formas de violencia en contra de las mujeres.	547	371	014	,073	,349	,088	,146	014
58. Creo que es importante conocer sobre los diferentes aspectos de la sexualidad para poder tener una vida sexual plena y segura	539	357	,139	,074	142	,167	081	200
45. La coca cola y el limón también funcionan como métodos anticonceptivos.	538	,396	,008	095	009	033	167	014
24. El hombre tiene todo tipo de autoridad sobre su esposa/novia.	534	,439	,002	,038	,053	,014	,153	,068
22. El Gobierno debe iniciar medidas para fomentar y proteger los derechos de la mujer.	534	318	,074	079	,312	,078	,176	043
43. Sólo los homosexuales pueden contraer VIH.	534	,500	,025	038	007	044	081	059
19. Los hombres y mujeres deben disfrutar de igualdad de derechos.	522	370	,162	085	,102	,045	028	061

10. Considero que conocer los aspectos biológicos de la sexualidad en realidad es necesario para protegerse	520	323	,130	285	,016	028	090	024
55. En una relación sexual, es importante protegerse para no contraer una enfermedad de transmisión sexual	520	355	,213	,240	138	,033	020	137
53. En una relación sexual, es importante protegerse para evitar un embarazo no deseado.	504	364	,185	,123	198	097	224	146
50. Se les debe enseñar a los estudiantes todo lo relacionado con enfermedades de transmisión sexual	497	360	,088	,125	,043	069	156	163
16. Las mujeres son el sexo débil.	492	,344	,008	,055	,103	,064	,251	,033
23. Una mujer no debe ser maltratada ni física ni psicológicamente.	491	126	,023	127	,279	,026	,220	,060
77. Si me masturbo me va a salir pelos en la mano	490	,404	,029	,008	022	029	044	038
54. En una relación sexual, es importante protegerse para poder tener una vida sexual segura y plena	488	426	,263	,103	181	,013	139	272
59. Entre mis planes no está tener un hijo antes de los 20 años y me cuido para este fin	483	307	,042	,222	035	,027	018	138
71. Considero que es una razón válida que mis amigas ya hayan tenido relaciones sexuales para que yo inicie una vida sexual activa.	459	,308	,006	066	013	018	273	,233
11. Si conozco este tipo de información hay más probabilidades de que me cuide y me proteja al momento de tener una relación sexual.	457	289	,113	337	003	,069	029	,119
65. Creo que en una relación sexual los besos y las caricias son fundamentales	447	244	233	,232	036	,068	,125	,002
30. Es adecuado que un hombre esté con muchas mujeres.	445	,437	,161	,018	,034	,080	,136	043

49. Tanto hombres como mujeres tienen derecho a negarse a practicar cualquier conducta sexual.	443	307	,019	,170	054	140	193	,002
51. Es correcto y adecuado utilizar condón para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.	440	309	,144	,223	,029	195	059	190
36. Estrecharle la mano a una persona infectada con una enfermedad de transmisión sexual te puede contagiar	439	,326	017	,126	331	,103	105	,320
66. Considero que la sexualidad no se basa únicamente en el acto sexual, sino también en muchas variables como la comunicación de la pareja, las caricias, abrazos y momentos íntimos compartidos.	420	106	162	055	,015	027	082	106
56. Considero que un hombre no puede exigirle a una mujer tener relaciones sexuales y mucho menos de forma violenta.	415	153	,215	,041	312	,098	007	221
64. La masturbación femenina consiste en frotar el clítoris, mientras que en los hombres consiste en frotarse el pene	407	295	288	,225	,004	,101	,251	,138
70. Considero que es una razón válida tener una pareja estable para iniciar una vida sexual activa	396	107	148	,007	009	039	,081	059
35. Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir al compartir agujas con una persona infectada.	391	187	047	,090	,156	260	,120	,123
20. Si así lo desea, una mujer debe poder trabajar fuera del hogar.	390	292	,058	046	,199	,101	,056	033
3. Utilizar anticonceptivos es una forma de aborto	385	,326	080	,160	,031	004	,077	,015
40. No consumir alcohol puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.	,375	,051	,118	216	295	,107	,147	334

39. Utilizar condón puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.	371	094	013	180	,092	241	019	,139
69. Considero que la sociedad no debería convertir a la sexualidad en un tema tabú.	358	113	115	073	156	,001	,064	,179
62. El erotismo consiste en la capacidad de generar y compartir placer.	341	303	306	,126	057	,101	,125	,310
63. La masturbación es la estimulación que produce placer sexual y que puede llevar al orgasmo	340	260	274	,122	128	,146	,041	,156
37. Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir teniendo relaciones sexuales con una persona infectada.	339	122	,087	031	,043	271	046	,038
5. El condón es la funda con que se cubre el órgano sexual masculino para reducir la probabilidad de tener un hijo y para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.	318	247	026	272	039	,230	,169	,077
34. En el caso de un bebé, nacer de una madre infectada con una enfermedad de transmisión sexual también lo infectará.	275	217	,035	002	,117	231	,118	,170
47. La primera vez que una mujer tiene sexo no puede quedar embarazada.	257	,208	,003	181	,102	061	088	166
25. Si una mujer se viste con ropa ajustada o con faldas cortas y escotes, es muy probable que se esté insinuando	255	,213	001	239	,058	014	072	065
18. La mayoría de los padres son más permisivos con los hombres que con las mujeres	203	159	,026	154	082	022	086	,056
17. Los hombres que demuestran sus sentimientos son homosexuales.	483	,541	,202	016	114	006	,109	004
28. La mujer siempre debe estar en la casa y el hombre es el que debe salir a trabajar.	495	,535	,012	060	011	,059	,045	050
27. Creo que todos los hombres son infieles.	372	,472	002	189	118	,015	072	096

72. Una razón válida para iniciar una vida sexual activa es que mi pareja me diga que si lo quiero debo hacerlo.	289	,358	,023	052	,131	029	190	,066
46. Las duchas vaginales son un método anticonceptivo	287	,357	,077	049	141	036	282	,025
61. El erotismo es la búsqueda de la excitación sexual.	296	305	302	,140	145	,106	,114	,175
80. La masturbación me permite aprender sobre mi erotismo y la reacción de mi cuerpo.	222	046	637	,057	,016	071	039	259
79. Masturbarme sirve para conocer mi cuerpo y conocer mis zonas erógenas	169	,015	628	031	033	,001	085	371
76. Masturbarme sirve para conocer mi cuerpo y conocer mis zonas erógenas.	212	,075	619	047	066	014	090	288
68. Creo que la masturbación debería dejar de ser vista como algo incorrecto o “malo”	185	090	325	022	210	,082	,031	152
6. Cuando un hombre llega a una edad en que produce espermatozoides y puede eyacular, puede causar un embarazo	243	136	102	446	022	,163	,184	,036
12. Conocer información sobre los aspectos biológicos de la sexualidad me hace conocer las conductas sexuales riesgosas y tomar conciencia de esto.	443	269	,055	444	,042	000	048	,120
15. Las mujeres pueden ganar dinero si estudian una carrera	280	213	,126	403	,011	047	099	,185
42. Evitar las drogas puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.	,288	,198	,008	347	162	068	,122	250
2. El aborto es la expulsión del producto de un huevo fertilizado antes de nacer.	000	332	075	341	,049	018	078	,060

1. Después de que una mujer se desarrolla, puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.	179	226	201	322	,049	,100	,036	,040
4. La planificación se refiere al uso consciente de anticonceptivos para reducir la probabilidad de concebir un hijo.	176	147	108	311	084	,172	,087	,093
41. La abstinencia es un método efectivo para reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.	043	,030	031	306	225	202	,004	,026
8. El embarazo a temprana edad (entre 12 y 19 años) puede ser perjudicial para la salud de la mujer	,027	176	,012	278	175	,139	,048	,066
74. La masturbación es algo privado, para hacer uno solo, para no compartir.	,189	068	001	088	,382	057	069	034
33. Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir por nadar en la misma piscina con una persona infectada.	312	,285	033	063	326	,096	250	,314
52. Creo que la mejor forma de evitar un embarazo no deseado o de contraer una ETS es la abstinencia.	,027	227	,163	024	316	030	036	016
7. Una mujer puede quedar embarazada únicamente si tiene relaciones sexuales en el período fértil de su ciclo menstrual, es decir en la ovulación.	,239	,056	089	154	315	,304	,192	127
9. Si la eyaculación no se da dentro de la vagina no hay riesgo de embarazo.	,013	,021	186	108	311	040	,139	,096
78. No me debo masturbar porque uno debe tener sexo con una pareja y no solo.	169	,166	136	073	,273	,065	166	165
26. Las mujeres siempre quieren una relación seria y los hombres no.	195	,137	194	,004	,242	,072	111	035
44. Se puede ser sexualmente activo y no tener riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.	173	,125	,012	107	,220	132	069	097

31. Es inadecuado que una mujer esté con muchos hombres.	104	060	124	109	198	730	,081	005
32. Es inadecuado que una mujer esté con muchos hombres.	117	063	134	079	150	723	,102	,041
60. La sexualidad es algo puramente físico y genital.	,151	278	006	050	,151	,186	373	,172
67. Creo que los hombres nunca demuestran afecto o cariño a sus parejas	295	,224	245	,051	028	,004	357	,149
48. El condón causa insensibilidad y no permite el buen disfrute del coito	071	,050	002	062	008	,174	325	221
75. Los hombres se masturban, pero las mujeres no porque no lo necesitan.	173	,225	254	067	,175	,072	278	123
73. Considero que tener curiosidad frente a la sexualidad es una razón válida para iniciar una vida sexual activa.	025	,130	,090	023	,196	,118	242	,007
38. Compartir alimentos con una persona infectada con una enfermedad de transmisión sexual te puede contagiar	125	,043	159	,263	102	,062	249	,428

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 8 componentes extraídos.

Fuente: Elaboración propia partir de resultados de SPSS.

Análisis de confiabilidad

A partir de la aplicación del Cuestionario CCAS, en una muestra de 1018 estudiantes de noveno grado de colegios distritales de la localidad de Usaqué, se realizó el análisis de fiabilidad a través del Alfa de Cronbach haciendo uso del programa SPSS.

Para ello, es de vital relevancia tomar en consideración que el coeficiente de confiabilidad oscila entre 0 y 1, siendo 0 un instrumento no confiable y 1 un instrumento totalmente confiable. El cuestionario obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84 para la escala de actitudes, aunque la prueba no tiene confiabilidad total, valores por encima de 0,8 son

aceptables por lo tanto la escala es alta o confiable. Por otro lado la escala de conocimientos presenta un Alfa de Cronbach igual a 0,57 lo que indica que no existe confiabilidad en esta escala debido a que la correlación entre algunos de los ítems no es positiva.

Validez de constructo

En conclusión los indicadores de validez evidencian los siguientes resultados:

- I. Índice de correlación de Pearson es igual a 0,13 lo cual indica baja correlación entre los ítems.
- II. El índice Káiser-Meyer-Olkin es igual 0,86 dando a conocer que las variables de hecho si miden factores comunes.
- III. Alfa de Cronbach para actitudes es de 0,84 y para conocimiento es igual 0,57 lo que evidencia una menor correlación entre los ítems correspondientes a conocimiento.
- IV. La significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett es de 0,00, resultado que rechaza hipótesis nula y evidencia la medición común de factores.
- V. La varianza de los ocho componentes solo explica el 38,22% con respecto a la varianza total.

Se puede ver entonces como la relación entre los ocho componentes de la escala si existe, sin embargo es demasiado baja en relación con su totalidad y por lo tanto se afirma que no existe validez de constructo para la prueba CCAS.

Discusión

El objetivo primordial del presente trabajo es analizar la validez de constructo del CCAS frente a la fundamentación biológica de la sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y erotismo. Este fin se logra por medio de una aplicación masiva a estudiantes de grado noveno de los colegios distritales de la localidad de Usaquén.

Para ello se aplicaron 3 instrumentos a 1018 estudiantes de noveno grado de colegios distritales de diferentes localidades de la ciudad de Bogotá; el Cuestionario de Conocimiento de la Sexualidad del Adolescente de catorce a diez y nueve años (TCS) (Solís, 2006), el Test de Actitudes Sexuales del Adolescente (TAS) (Solís, 2006) y el Cuestionario sobre Conocimientos y Actitudes en Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (CCAS) con respecto a la fundamentación biológica de la sexualidad, genero, salud sexual y reproductiva y erotismo (CCAS) creada por Quiroz & Segovia (2013).

Al desarrollar el análisis de los resultados se pudo establecer que el instrumento, aunque es válido en cuanto sus escalas, presenta una validez de constructo baja ya que los ocho factores incluidos alcanzan una baja proporción explicativa de la varianza. Por otra parte la validez concurrente alcanza a ser significativa para la escala de actitudes del CCAS debido al buen número de sujetos incluidos en la muestra, pero la correlación entre los puntajes de esa escala y los puntajes del TAS es muy baja. En cuanto a la escala de conocimientos del CCAS, se obtiene un valor de correlación con el TCS demasiado bajo y no-significativo. Esto, de acuerdo con Mondy (2005) permite afirmar que hay solo indicios leves de que el cuestionario CCAS mide lo que dice medir, adicionalmente se obtuvo un valor pobre como pronosticador tanto de las actitudes como de los conocimientos de los adolescentes. La conclusión necesaria es que resulta más útil para el programa ARCOS seguir utilizando las escalas de Solís TAS y TCS para evaluar los anteriores constructos a diferencia de la prueba CCAS que se diseñó con el ánimo de tener un indicador de actitudes y de conocimientos sexuales más propios de la población tratada.

Por otro lado, en relación con los conocimientos y actitudes que tienen los estudiantes de noveno grado sobre la sexualidad, se evidencia que tanto en las actitudes que llevan a los jóvenes a una responsabilidad y prevención del riesgo sexual, como en los propios conocimientos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, los jóvenes obtienen bajas puntuaciones. De acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud, la población juvenil presenta una amplia vulnerabilidad frente a estas problemáticas debido a que los mayores índices de enfermedad de transmisión sexual se manifiestan en adolescentes, presentándose complicaciones graves como la infertilidad, las inflamaciones de pelvis, embarazos ectópicos, etc. (Dyck, Meheus, & Piot 2000; Ickowies, & Rocha, 2004).

Sin embargo, los jóvenes en su mayoría presentan conocimientos sobre anatomía, fisiología sexual y reproductiva, lo que les podría facilitar la identificación de anomalías en sus cuerpos por parte de ambos sexos y, en el caso específico de las mujeres, detectar de forma temprana un el retraso de la menstruación, dado que la persona conoce sus ciclos menstruales puede ser mucho más fácil para darse cuenta de posibles molestias (Murray, 2007). Además de esto, los jóvenes tienen conocimiento sobre los métodos de planificación lo cual favorece el cuidado y la prevención de posibles embarazos no deseados.

Según Sapetti (2006) es de vital importancia incluir en el desarrollo sexual del adolescente a los adultos (padres y profesores), a raíz de que en dicha etapa se hace necesario generar un ambiente tolerante y amigable para permitir el intercambio de información frente al propio cuerpo, brindando educación e información valiosa y oportuna.

Por otra parte, los resultados indican que los adolescentes se encuentran en un rango desfavorable en cuanto a su actitud frente a la autonomía y la libertad para decidir sobre su sexualidad, lo que evidencia la importancia que el programa ARCOS, específicamente el componente de cara a la intimidad, adquiere para los procesos del desarrollo sexual adolescente; dado que sin una adecuada autonomía y libertad, los jóvenes no podrán gozar de una vida sexual satisfactoria en la que prime un bienestar físico, mental y social (Lerner, 2008).

Por otra parte, las subescalas del cuestionario de actitudes (instrumento que la mayoría de los jóvenes puntuó desfavorablemente) hace referencia al respeto mutuo y la reciprocidad con la pareja, lo cual de acuerdo con Ferrer (2010) puede desembocar en comportamientos de celos que se suelen relacionar o confundir con el sentimiento de amor, justificando de esta manera el egoísmo, la envidia, la inseguridad y la represión de la pareja, entre otros. Lo anterior a su vez puede finalizar en el uso de la violencia para eliminar o excluir todas las potenciales amenazas para la pareja (Camargo & Pérez, 2005).

Algo notable es la ausencia de cuestionarios que evalúen los procesos motivacionales que constituyen los objetivos específicos de intervención en los talleres del programa ARCOS (Flórez-Alarcón & Hewitt-Ramírez, 2012). Una necesidad que se evidencia con claridad, es la construcción de pruebas para evaluar los procesos motivacionales de cambio con el fin de medir el impacto inmediato que tienen los talleres que se aplican en el

componente De Cara a la Intimidad del programa ARCOS, ya que la prueba de conocimientos y actitudes se centra en evaluar el resultado que estos talleres pueden tener a mediano plazo, en vez del impacto inmediato o a corto plazo.

Se sugiere para próximos estudios seguir utilizando las pruebas de Solís (2006) las cuales ya están validadas, también se recomienda diseñar un nuevo instrumento que mida procesos de cambio de componentes de la sexualidad el cual es necesario para el programa ARCOS.

Por último, un aporte de interés que emana del presente estudio es el suministro de nuevas estadísticas para interpretar los resultados obtenidos de los adolescentes encuestados con los cuestionarios TCS y TAS de Solís (2006), para lo cual se pueden manejar en adelante las estadísticas obtenidas en la presente investigación.

Referencias

- Acuña, R. & Vargas, E. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. pag 58-88. *Psicología desde el Caribe*.
- Alegret, A. Comellas, M. & Perez, F. (2005). Adolescentes, relaciones con padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Editorial Grao. Barcelona.
- Andersson, K. (2003). Erectile Physiological and pathophysiological pathways involved in erectile dysfunction. *J Urol*. Department of Clinical Pharmacology, Lund University Hospital, Lund, Sweden
- Arnou, B. Demond, J. Banner, L. Glover, G. Solomon, A. & Polan, M. (2002). Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain*. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Room 1326, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA
- Amezúa, E. (2003). *Transexualidad. La búsqueda de la identidad*. Ediciones Díaz de Santo S.A. Madrid
- Aznar, V., Borrás, J., Caballero, M., Gómez, L., Pérez, M. & Sánchez, F. (2004). Diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM). *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. 34. 286-292.
- Baile, J. (2008). *estudiando la homosexualidad*. Madrid: Piramide.

- Becerra, A. (2003). *Transexualidad la búsqueda de una integridad*. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid.
- Becker, J., Arnold, A., Berkley, J., Blaustein, J., Eckel, L. & Hampson, E. (2004). Strategies and methods for research on sex differences in brain and behavior. *Endocrinology*. Vol 146. <http://dx.doi.org/10.1210/en.2004-1142>
- Biering, F. & Sonksen, J. (2001). Sexual function in is spinal cord lesioned men. *Spinal cord*. Vol. 39, P 16.
- Bono, A. (2002). *Anatomía humana general*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Brater, J. (2006). *Sexualidad sin Tabúes*. Ediciones Robinbook. España
- Cataño Toro, D., Restrepo, S., Portilla, N. & Ramírez, H. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigaciones Andina*, Sin mes, 57-66.
- Camargo, I. & Perez, G. (2005). *De mujeres, mitos y dependencias hacia una re significación del amor*. Editorial Red: España.
- Casullo, M., Lipore, M., Brizzio, A. & Carreras, A. (2003). *Criterios para la elección de pareja en adolescentes y adultos jóvenes argentinos*. Editorial Universidad de Palermo: Buenos Aires.
- Caudillo, C. & Trujillo, M. (2007). *Sexualidad y vida humana*. Editorial Lomas de Santa Fe: Colombia.
- Cervera, M. (1987). *Conceptos fundamentales en educación para padres*. Mexico: Progreso,S.A DE .C.V.
- Chervenak, . A. (2009). *Ecografía En Obstetricia Y Ginecologia* . Panamericana: España.
- Crooks, R. & Baur, K. (2000). *Nuestra sexualidad*: Cengage Learning.
- Contreras, J., Bott, S., Guedes, A. & Dartnall, E. (2010) *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.
- Debusk, R. (2000). Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol*. Vol. 86. P. 51-56.

- Domínguez, L. Díaz, J. & González, M, (2008). Enfermedades de transmisión sexual. Departamento de Dermatología del Hospital General. Seminario el ejercicio actual de la medicina
- Díaz, J., Morant, R. & Westall, D. (2006). El Culto a la Salud y la Belleza. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dyck, A. Meheus, Z, Piot, P. (2003). Diagnostico de laboratorio de las enfermedades de transmisión sexual. Oms. Ginebra.
- Eymin, G. Fich, F. (2003). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/EnfTransmisionSexual.pdf>.
- Ferrer, E. Bosch & C. Navarro. (2010). los mitos románticos en España. Boletín de Psicología, No. 99, 7-31.
- Flórez, L. (2007). Psicología social de la salud – Promoción y Prevención. Bogotá: El Manual Moderno.
- Galindo, B. (2001). fundamentos de La sexualidad . Mexico : Universum tercer piso , Circuito Cultural .
- García, M. (2005). Bases fisiológicas de la sexualidad. Respuesta sexual. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Gil, E. Antonio, I. (2006). Ser transexual. Editorial Glosa. Barcelona.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2003) Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Hidalgo, A., Caballero, R., Celis. & Rasmussen, B. (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. Salud Pública de México, Sin mes, 58-72
- Holstege, G. Georgiadis, J. Paans, A. & Meiners, L. (2003). Brain activation durin human male ejaculation. The Journal of Neuroscience. P 23-27.
- Ickowies, D. & rocha, M. (2004). Enfermedades de transmisión sexual. Centro nacional de información de medicamentos instituto de investigación farmacéutica Facultad de Farmacia: Universidad de Costa Rica.

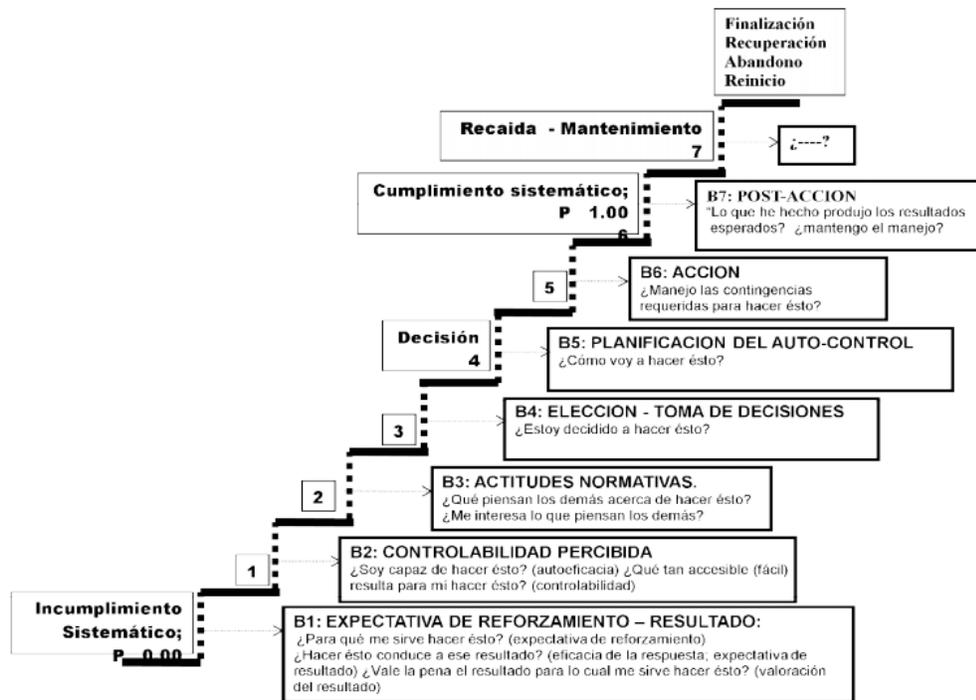
- Jackson, G. (2004). Sex the Heart and Erectile Dysfunction. London
- Karama, S. Lecous, A., Leroux, J., Borgoin, P., Beaudoin, G. & Joubert, J. (2002). Areas of brain activation in males, and females during viewing of erotic films. Human Brain mapping. Vol. 16. P. 1-13
- Kruger, T. Haake, P. Hartmann, U. & Schedlowski, M. (2002). Orgasm induced prolactin secretion. Sciencedirect. Vol. 26. P. 31-44.
- Núñez, L. (2006). Validación de la Escala de Motivación Educativa (EME) en Paraguay. Interamericana Journal of Psicología.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Revista Cuicuilco, 7. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lawson, S. (2005). Nutricion optima antes, durante y despues del embarazo. Barcelona : amat.
- Lewis, R & Aiken. (2003). test psicológicos y evaluación. México: Pearson Educación.
- Lerner, S. (2008). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Mexico: El Collegio de mexico, A,c.
- Lombardía, J & Fernández, M. (2007). Ginecología y Obstétrica, manual de consulta rápida. Madrid: Panamericana.
- Lopez, F. & Fuertez, A. (2001). Para comprender la sexualidad. Navarra: verbo divino.
- López, F. (2006). Homosexualidad y familia. Editorial Grao. España.
- López, N. (2003). Curso de educación afectivo sexual. España
- Martin, E. (2006). Fundamentos de fisiología. Magallanes: España.
- Mas, M. (2005). Fisiología de la respuesta sexual. Tresguerres JAF editor.
- Mas, M. & Gutiérrez, P. (2000). Correlatos cerebrales de la respuesta sexual humana. Androl.
- Mejía, G. (2006). Salud y Sexualidad. San José, Costa Rica: Editorial universidad estatal a Distancia.

- Méndez, B., Flores, C. & Maldonado. (2005). Sexualidad humana una aproximación integral. Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Medina, G.(2006). Identidad sexual. Colombia.
- Mondy, W., Robert, N. (2005). Administración de Recursos Humanos. México.
- Monroy, A. (2004). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Pax: México
- Montero, I. & León, O. (2005) Sistema de Clasificación del Método en loa informes de Investigación en Psicología, revista internacional journal of clinical and health psychology, 5, 115-127.
- Murray, M. (2007). Embarazo Para Dummies. wiley publishing ,inc.
- Ochoa, A. (2012). El universo de la sexualidad. Aguilar
- Peña, C. (2004). Homosexualidad y matrimonio. España.
- Quiroz, M. & Segovia, A. (2013). Diseño e implementación exploratoria del componente sobre salud sexual del programa Arcos. Universidad de San Buenaventura: Bogota.
- Rodríguez, Y., Díaz, O., Gil, J. & Hernández, A. (2007) *La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones*. Archivo Médico de Camagüey, 11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117844009.pdf>
- Ramírez, G. M. (2006). salud y sexualidad. Costa Rica : Universidad Estatal a Distancia .
- Rodríguez, S. (2007). Obstetricia y medicina materno-fetal . venezuela : panamericana .
- Salguero, M. T. (2005). Anticoncepción y salud reproductiva. España: CSCI.
- Sánchez, F. (2006). Homosexualidad. Giros Editores Ltda. Colombia.
- Sapetti, A. (2006). Los senderos masculinos del placer. Buenos aires: Galerna.
- Sebastiani, M. (2004). Claroscuro del embarazo, el Parto y el Puerperio. Editorial Paidos. España.
- Serrano, A . (1999). Programa de planificación familiar. España: Díaz de santos, S,A.
- Serrano, C. (2002). La integridad del adolescente y su cuidado. México

- Silva, E. (2010). Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años de la Urb. Ignacio Merino de la Provincia de Piura durante el periodo de junio-agosto del año 2010. Tesis de grado profesional. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Piura.
- Sperof L, Galss R. & Kase, G. (2000) Endocrinología Ginecología e infertilidad. Wawerly Hispana: Madrid.
- Stamateas, B. (1996). Sexualidad y erotismo en la pareja. Editorial Clie. Barcelona.
- Suh, D., Yang, C. & Cao, Y. & Garlan, P. (2003). Magnetic resonance imaging anatomy of the female genitalis in premenopausal and postmenopausal women. J Urol. Vol. 170. P. 138-144.
- Swain, A., Narvaez, Burgoyne, P., Camerino, G. & Lowell, R. (1998). Antagonises SRY action. Endocrinology. in mammalian sex determination. Nature. P. 761-767.
- Tarasco, M. & Pando, R. (2012). La percepción de la sexualidad humana. La transexualidad. Editorial Académica Española.
- Valdez, J., González, N. & Sánchez, Z. (2005). Elección de pareja en universitarios mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 10, 355–367. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210210.pdf>
- Vásquez, G. (2010). Manual pedagógico para aminorar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en los establecimientos educacionales. Universidad Diego portales. Santiago de chile
- Wilson, J. (1973). Testosterone uptake by the urogenital tract of the rabbit embryo
- Zegers, B., Larrain, M. & Bustamante, F. (2007). Sobre la homosexualidad. Argentina: Mediterraneo

Apendice A

Dimensión Psicológica de la Promoción y prevención en salud (DPPPS), Florez (2007)



Apéndice B

Cuestionario de conocimiento de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años, creado por Solís.

Coloque una X en SI o NO en cada uno de los enunciados siendo SI que está de acuerdo y NO en desacuerdo

SEXO _____ EDAD _____ INSTITUCIÓN _____ CODIGO _____

ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
Los genitales externos de la mujer están conformados por los labios mayores y menores, el clítoris, el orificio de la uretra y la abertura de la vagina.		
La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al óvulo.		
El embarazo comienza con la fecundación.		
Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		
Los genitales externos del hombre están conformados por el pene, los testículos, y las bolsas escrotales.		
El glande es el externo final (punta) del pene.		
Las trompas de Falopio transporta el óvulo hacia el útero.		
Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual.		

El sexo es una conducta natural y por lo tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo.		
CICLO DE RESPUESTAS SEXUALES HUMANAS		
Las fases en la respuesta sexual son deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.		
La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación.		
Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ETS y VIH, y métodos de planificación familiar.		
Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
Son manifestaciones de madurez sexual la menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto y masturbación.		
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
El comportamiento sexual no coital es cuando se practican los besos, abrazos, caricias y masturbación.		
La persona es quien controla su propio comportamiento		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH		
El sida es una enfermedad que amenaza la vida.		
Las vías de contagio de la infección por el virus de VIH pueden ser por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, transmisión de madre a hijo.		
Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
El usar condón en una relación sexual te previene el contagio del VIH		

El VIH se contagia por los abrazos, besos y el contacto con personas infectadas.		
Las ETS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales.		
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una enfermedad de transmisión sexual.		
La sífilis, la gonorrea, el chacroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal son infecciones de transmisión sexual.		
El uso de condón es 100% seguro para la prevención de las ETS		
METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
Los métodos de planificación familiar están divididos en métodos naturales y métodos artificiales.		
La píldora, las inyecciones y el DIU son métodos anticonceptivos.		
Para usar la T de cobre, la mujer debe ir al médico u obstetra.		
El método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
El condón es un método de planificación familiar.		
Los métodos de barrera son los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.		
Los metidos anticonceptivos hormonales son la píldora, las inyecciones y el implante.		
Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son el condón, las píldoras, las inyecciones y el DIU,		

Apendice C

Cuestionario de actitudes sexuales del adolescente

Coloque con una X en SI o NO en cada uno de los enunciados siendo SI que está de acuerdo y NO en desacuerdo.

SEXO_____ EDAD_____ INSTITUCIÓN_____

CODIGO_____

Para cada una de las siguientes frases o afirmaciones indica si estás:

Completamente en desacuerdo.

Bastantemente en desacuerdo.

Opinión intermedia.

Bastante de acuerdo.

Completamente de acuerdo.

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5

Me considero obediente.					
Llego a mis clases puntuales.					

Ayudo en las tareas en la casa.					
Tener relaciones sexuales me exponen a problemas de salud como un embarazo precoz y as ETS.					
Preveo y me preparo para enfrentar las consecuencias de mis actos como quedar embarazada o embarazar a mi novia o adquirir ETS.					
La conductas sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
Una persona que va tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
Las relaciones sexuales entre personas jóvenes son aceptables si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
Crees que hoy en día todos deben usar condones para protegerse de ETS					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
Cuando tomo una decisión lo hago por mi propia voluntad.					
Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
Cuando una pareja desea rever relaciones sexuales debe ser porque ambos los desean y lo acepta.					

Al iniciar la actividad sexual se debe utilizar un método de planificación familiar.					
Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad.					
Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
AUTONOMIA					
Tengo derecho a elegir con quien y donde realizar mi vida sexual.					
Creo que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando lo solicito.					
Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/ca responsable de mi integridad corporal.					
Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción, etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
Mi pareja y yo nos consideramos iguales.					
El sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
Cuando estoy frente a un problema de salud sexual, mi pareja					

responde conjuntamente conmigo en la solución del problema.					
Mi pareja respeta la decisión de no tener relaciones sexuales, cuando no las deseo.					
Mi pareja respeta mis espacios con mis amigos.					
Mi pareja entiende que estoy en días de riesgo y no podemos tener relaciones sexuales.					
Mi pareja habla conmigo acerca de las consecuencias que tiene la conducta sexual irresponsable.					
Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					
SEXUALIDAD Y AMOR					
Crees que una relación sexual debe haber amor de por medio.					
Las relaciones sexuales se dan casualmente.					
La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no debe ser mal visto por la sociedad.					
La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
La relación con mi pareja es estable.					

El amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo hago.					
Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
Creer que las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de cada persona.					
Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado.					

<p>Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa y sin vergüenza.</p>					
<p>La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.</p>					
<p>Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar si nos sentimos bien al hacerlo.</p>					
<p>Las mujeres ven la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmitieron ese concepto.</p>					
<p>Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la información que recibieron en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas.</p>					

DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES (CCAS), Quiroz y Segovia
(2013)

1= Totalmente en desacuerdo

2= parcialmente en desacuerdo

3= Parcialmente de acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

No	CONOCIMIENTOS FRENTE A LA FUNDAMENTACIÓN BIOLÓGICA DE LA SEXUALIDAD	1	2	3	4
1	Después de que una mujer se desarrolla, puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.				
2	El aborto es la expulsión del producto de un huevo fertilizado antes de nacer.				
3	Utilizar anticonceptivos es una forma de aborto				
4	La planificación se refiere al uso consciente de anticonceptivos para reducir la probabilidad de concebir un hijo.				
5	El condón es la funda con que se cubre el órgano sexual masculino para reducir la probabilidad de tener un hijo				

	y para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.				
6	Cuando un hombre llega a una edad en que produce espermatozoides y puede eyacular, puede causar un embarazo.				
7	Una mujer puede quedar embarazada únicamente si tiene relaciones sexuales en el período fértil de su ciclo menstrual, es decir en la ovulación.				
8	El embarazo a temprana edad (entre 12 y 19 años) puede ser perjudicial para la salud de la mujer				
9	Si la eyaculación no se da dentro de la vagina no hay riesgo de embarazo.				
	ACTITUDES FRENTE A LA FUNDAMENTACIÓN BIOLÓGICA DE LA SEXUALIDAD	1	2	3	4
10	Considero que conocer los aspectos biológicos de la sexualidad en realidad es necesario para protegerse				
11	Si conozco este tipo de información hay más probabilidades de que me cuide y me proteja al momento de tener una relación sexual.				
12	Conocer información sobre los aspectos biológicos de la sexualidad me hace conocer las conductas sexuales riesgosas y tomar conciencia de esto.				
	CONOCIMIENTOS FRENTE AL GÉNERO	1	2	3	4

13	La mujer tiene que ser ama de casa.				
14	Los hombres deben tener muchos hijos para demostrar su masculinidad.				
15	Las mujeres pueden ganar dinero si estudian una carrera				
16	Las mujeres son el sexo débil.				
17	Los hombres que demuestran sus sentimientos son homosexuales.				
18	La mayoría de los padres son más permisivos con los hombres que con las mujeres				
	ACTITUDES FRENTE AL GÉNERO	1	2	3	4
19	Los hombres y mujeres deben disfrutar de igualdad de derechos.				
20	Si así lo desea, una mujer debe poder trabajar fuera del hogar.				
21	El Gobierno debe iniciar medidas para impedir todas las formas de violencia en contra de las mujeres.				
22	El Gobierno debe iniciar medidas para fomentar y proteger los derechos de la mujer.				
23	Una mujer no debe ser maltratada ni física ni psicológicamente.				
24	El hombre tiene todo tipo de autoridad sobre su esposa/novia.				

25	Si una mujer se viste con ropa ajustada o con faldas cortas y escotes, es muy probable que se esté insinuando				
26	Las mujeres siempre quieren una relación seria y los hombres no.				
27	Creo que todos los hombres son infieles.				
28	La mujer siempre debe estar en la casa y el hombre es el que debe salir a trabajar.				
29	Sólo los homosexuales usan ropa de color rosado.				
30	Es adecuado que un hombre esté con muchas mujeres.				
31	Es inadecuado que una mujer esté con muchos hombres.				
32	Es inadecuado que una mujer esté con muchos hombres.				
	CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1	2	3	4
33	Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir por nadar en la misma piscina con una persona infectada.				
34	En el caso de un bebé, nacer de una madre infectada con una enfermedad de transmisión sexual también lo infectará.				

35	Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir al compartir agujas con una persona infectada.				
36	Estrecharle la mano a una persona infectada con una enfermedad de transmisión sexual te puede contagiar				
37	Una enfermedad de transmisión sexual se puede transmitir teniendo relaciones sexuales con una persona infectada.				
38	Compartir alimentos con una persona infectada con una enfermedad de transmisión sexual te puede contagiar.				
39	Utilizar condón puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.				
40	No consumir alcohol puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.				
41	La abstinencia es un método efectivo para reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.				
42	Evitar las drogas puede reducir el riesgo de contagiarte con una enfermedad de transmisión sexual.				
43	Sólo los homosexuales pueden contraer VIH.				

44	Se puede ser sexualmente activo y no tener riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.				
45	La coca cola y el limón también funcionan como métodos anticonceptivos.				
46	Las duchas vaginales son un método anticonceptivo				
47	La primera vez que una mujer tiene sexo no puede quedar embarazada.				
48	El condón causa insensibilidad y no permite el buen disfrute del coito				
	ACTITUDES FRENTE A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
49	Tanto hombres como mujeres tienen derecho a negarse a practicar cualquier conducta sexual.				
50	Se les debe enseñar a los estudiantes todo lo relacionado con enfermedades de transmisión sexual				
51	Es correcto y adecuado utilizar condón para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.				
52	Creo que la mejor forma de evitar un embarazo no deseado o de contraer una ETS es la abstinencia.				
53	En una relación sexual, es importante protegerse para evitar un embarazo no deseado.				

54	En una relación sexual, es importante protegerse para poder tener una vida sexual segura y plena				
55	En una relación sexual, es importante protegerse para no contraer una enfermedad de transmisión sexual				
56	Considero que un hombre no puede exigirle a una mujer tener relaciones sexuales y mucho menos de forma violenta.				
57	Pienso que si una mujer no desea realizar algún tipo de práctica sexual, su pareja no tiene por qué obligarla.				
58	Creo que es importante conocer sobre los diferentes aspectos de la sexualidad para poder tener una vida sexual plena y segura				
59	Entre mis planes no está tener un hijo antes de los 20 años y me cuido para este fin				
	CONOCIMIENTOS FRENTE A EROTISMO	1	2	3	4
60	La sexualidad es algo puramente físico y genital.				
61	El erotismo es la búsqueda de la excitación sexual.				
62	El erotismo consiste en la capacidad de generar y compartir placer.				
63	La masturbación es la estimulación que produce placer sexual y que puede llevar al orgasmo				

64	La masturbación femenina consiste en frotar el clítoris, mientras que en los hombres consiste en frotarse el pene				
	ACTITUDES FRENTE AL EROTISMO				
65	Creo que en una relación sexual los besos y las caricias son fundamentales				
66	Considero que la sexualidad no se basa únicamente en el acto sexual, sino también en muchas variables como la comunicación de la pareja, las caricias, abrazos y momentos íntimos compartidos.				
67	Creo que los hombres nunca demuestran afecto o cariño a sus parejas				
68	Creo que la masturbación debería dejar de ser vista como algo incorrecto o “malo”				
69	Considero que la sociedad no debería convertir a la sexualidad en un tema tabú.				
70	Considero que es una razón válida tener una pareja estable para iniciar una vida sexual activa				
71	Considero que es una razón válida que mis amigas ya hayan tenido relaciones sexuales para que yo inicie una vida sexual activa.				

72	Una razón válida para iniciar una vida sexual activa es que mi pareja me diga que si lo quiero debo hacerlo.				
73	Considero que tener curiosidad frente a la sexualidad es una razón válida para iniciar una vida sexual activa.				
74	La masturbación es algo privado, para hacer uno solo, para no compartir.				
75	Los hombres se masturban, pero las mujeres no porque no lo necesitan.				
76	Masturbarme sirve para conocer mi cuerpo y conocer mis zonas erógenas.				
77	Si me masturbo me va a salir pelos en la mano				
78	No me debo masturbar porque uno debe tener sexo con una pareja y no solo.				
79	Masturbarme sirve para conocer mi cuerpo y conocer mis zonas erógenas				
80	La masturbación me permite aprender sobre mi erotismo y la reacción de mi cuerpo.				

Apendice E

El análisis realizado de acuerdo a la teoría y grafica anterior a cada ítem del cuestionario (CCAS), es el siguiente

ITEM	COMPONENTE	PROCESO DPPPS	DIRECCION DEL ITEM
1	Biológico	1	Directa
2	Biológico	3	Directa
3	Biológico	1	Indirecta
4	Biológico	2	Directa
5	Biológico	1	Directa
6	Biológico	1	Directa
7	Biológico	1	Directa
8	Biológico	3	Directa
9	Biológico	1	Indirecta
10	Biológico	2	Directa
11	Biológico	4	Directa
12	Biológico	4	Directa
13	Género	3	Indirecta
14	Género	3	Indirecta

15	Género	3	Indirecta
16	Género	3	Indirecta
17	Género	3	Indirecta
18	Género	3	Indirecta
19	Género	3	Directa
20	Género	4	Directa
21	Género	2	Directa
22	Género	2	Directa
23	Género	3	Directa
24	Género	2	Indirecta
25	Género	3	Indirecta
26	Género	3	Indirecta
27	Género	3	Indirecta
28	Género	3	Indirecta
29	Género	3	Indirecta
30	Género	3	Indirecta
31	Género	3	Directa
32	Género	3	Directa
33	Salud Sexual y Reproductiva	1	Indirecta
34	Salud Sexual y Reproductiva	1	Directa
35	Salud Sexual y Reproductiva	1	Indirecta
36	Salud Sexual y Reproductiva	1	Indirecta
37	Salud Sexual y Reproductiva	1	Directa
38	Salud Sexual y Reproductiva	1	Indirecta

39	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Directa
40	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Directa
41	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Directo
42	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Directa
43	Salud Reproductiva	Sexual	y	4	Indirecta
44	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Indirecta
45	Salud Reproductiva	Sexual	y	4	Indirecta
46	Salud Reproductiva	Sexual	y	3	Indirecta
47	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Indirecta
48	Salud Reproductiva	Sexual	y	3	Indirecta
49	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Indirecta
50	Salud Reproductiva	Sexual	y	4	Directa
51	Salud Reproductiva	Sexual	y	2	Directa
52	Salud Reproductiva	Sexual	y	1	Directa
53	Salud Reproductiva	Sexual	y	2	Directa

54	Salud Sexual y Reproductiva	1	Directa
55	Salud Sexual y Reproductiva	2	Directa
56	Salud Sexual y Reproductiva	4	Directa
57	Salud Sexual y Reproductiva	3	Directa
58	Salud Sexual y Reproductiva	3	Directa
59	Salud Sexual y Reproductiva	1	Directa
60	Salud Sexual y Reproductiva	3	Directa
61	Erótico	3	Directa
62	Erótico	1	Directa
63	Erótico	3	Directa
64	Erótico	3	Directa
65	Erótico	3	Directa
66	Erótico	1	Directa
67	Erótico	1	Directa
68	Erótico	3	Directa
69	Erótico	3	Directa
70	Erótico	3	Directa
71	Erótico	1	Indirecta
72	Erótico	2	Indirecta
73	Erótico	3	Indirecta
74	Erótico	3	Indirecta
75	Erótico	1	Indirecta
76	Erótico	3	Directa

77	Erótico	1	Indirecta
78	Erótico	4	Indirecta
79	Erótico	3	Directa
80	Erótico	1	Directa

Apendice F

Consentimiento Informado

Su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en una investigación denominada “Diseño e implementación exploratoria del componente sobre educación sexual del programa ARCOS” realizada por estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura. Usted decide si desea o no que su hijo participe en el proyecto; el negarse a participar no va ocasionarle ningún problema. La participación de su hijo consiste en contestar unos cuestionarios y recibir unos talleres sobre sexualidad dentro del horario académico que permitirán identificar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los estudiantes de colegios distritales.

La identidad de los niños así como la información que se obtenga durante el proceso de investigación será tratada con la mayor confidencialidad posible, es decir, nadie diferente a los investigadores podrá conocerla. Si usted después de haber firmado este documento o incluso durante la investigación se arrepiente de la participación de su hijo en ésta, puede retirarlo en el momento que desee.

Teniendo claro los anteriores aspectos usted podrá dar a continuación el consentimiento para que su hijo participe en la investigación.

Yo, _____, confirmo que he leído y entendido la información arriba consignada y que las personas encargadas de la investigación me han explicado satisfactoriamente el propósito, los objetivos y el

procedimiento que será llevado a cabo, así como me han comunicado que no hay riesgo para mí ni para mi familia y que deseo voluntariamente participar en el programa. Los resultados que se obtengan del estudio serán retroalimentados al colegio en beneficio de mi hijo.

Nombre del niño _____

Firma del padre _____

Documento de Identidad _____

Apéndice G

Asentimiento Informado

FECHA: ___ / ___ / ___

Te estamos invitando a participar en una investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, y que pretende identificar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los estudiantes de colegios distritales. Tú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la investigación es contestar unos cuestionarios y recibir unos talleres sobre sexualidad dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios o los talleres decides no continuar, puedes hacerlo. Debes decirlo a la persona encargada.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, sólo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y los auxiliares de investigación y ninguna persona a parte de ellas podrán conocerlos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Documento de Identificación

Apendice H

Registro de la aplicación del cuestionario CCAS, Cuestionario de Actitudes Sexuales del Adolescente, Cuestionario de Conocimiento de la Sexualidad del Adolescente de 14 a 19 años.

La validación del instrumento se realizó a partir de la aplicación de la prueba en adolescentes del grado noveno pertenecientes a colegios distritales de la ciudad de Bogotá. De las localidades Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe, Fontibón, Suba, y el municipio de Soacha.

COLEGIO RAFAEL DELGADO SALGUERO (Localidad Rafael Uribe Uribe)

Se entregaron ciento veintitrés (123) consentimientos y asentimientos los cuales solo 27 sujetos participaron en la aplicación. 17 mujeres y diez hombres, En este colegio son 8 novenos Las edades promedio de los sujetos esta de los catorce (14) a los diecisiete (17)

COLEGIO LIBERTADOR (Rafael Uribe Uribe) Se entregaron doscientos diez (210) consentimientos y asentimientos de los cuales solo treinta y seis (36) sujetos participaron. 24 mujeres, 12 hombres, En este colegio son cuatro (4) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los diecisiete (17).

MANUEL DEL SOCORRO RODRIGUEZ (Rafael Uribe Uribe). Se entregaron doscientos diez (210) consentimientos y asentimientos de los cuales solo setenta y dos (72) sujetos participaron. 33 mujeres y 38 hombres. En este colegio son ocho (8) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los diecisiete (17).

INTEGRADO DE SOACHA (Soacha) Se entregaron trescientos veinte (320) consentimientos y asentimientos de los cuales solo ciento cincuenta y dos (152) sujetos

participaron. 96 mujeres y 56 hombres. En este colegio son ocho (8) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los diecisiete (17).

LUIS VARGAS TEJADA (Tunjuelito) Se entregaron ciento veinte (120) consentimientos y asentimientos de los cuales solo sesenta y ocho (68) sujetos participaron. 35 mujeres y 33 hombres. En este colegio son cuatro (4) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los diecisiete (17).

ANDRES BELLO (Tunjuelito) Se entregaron ciento treinta (130) consentimientos y asentimientos de los cuales solo sesenta y seis (66) sujetos participaron. 37 mujeres y 29 hombres, En este colegio son cuatro (4) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los diecisiete (17).

JULIO FLÓREZ (Suba) Se entregaron (140) consentimientos y asentimientos de los cuales ciento veinte (120) sujetos participaron. 82 mujeres y 38 hombres. En este colegio son cuatro (4) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los trece (13) a los dieciocho (18).

CARLO FEDERICI JORNADA (Fontibón) Se entregaron (192) consentimientos y asentimientos de los cuales setenta y uno (117) sujetos participaron. 53 mujeres y 54 hombres. En este colegio son cuatro (6) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los quince (14) a los diecisiete (17).

COLEGIO EL BOSQUE (Soacha) Se entregaron (200) consentimientos y asentimientos de los cuales ciento ochenta y dos (182) sujetos participaron. 91 mujeres y 91 hombres. En este colegio son dos (2) novenos. Las edades promedio de los sujetos es de los catorce (14) a los dieciséis (16).

COLEGIO GENERAL SANTANDER con un total de 120 estudiantes.

COLEGIO EL SALITRE con un total de 105 pruebas aplicadas.

Apéndice J

TABULACION DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES (CCAS),

SUJETO	SEXO	EDAD	INSTITUCIÓN	PCCS1	PCCS2	PCCS3	PCCS4	PCCS5	PCCS6	PCCS7	PCCS8	PCCS9
1	2	15	4	1	3	4	4	4	4	1	4	4
2	2	15	4	4	1	4	4	4	4	4	3	4

PCCS10	PCCS11	PCCS12	PCCS13	PCCS14	PCCS15	PCCS16	PCCS17	PCCS18
4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	3	4	4	4	4
4	4	3	3	4	4	4	4	3

PCCS 33	PCCS 34	PCCS 35	PCCS 36	PCCS 37	PCCS 38	PCCS 39	PCCS 40	PCCS 41	PCCS 42	PCCS 43	PCCS 44	PCCS 45	PCCS 46	PCCS 47	PCCS 48
4	4	4	4	4	1	4	1	4	1	4	3	4	4	2	2
4	1	4	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	1
3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	1	3	4	1	3

PCCS 49	PCCS 50	PCCS 51	PCCS 52	PCCS 53	PCCS 54	PCCS 55	PCCS 56	PCCS 57	PCCS 58	PCCS 59
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4

PCCS 60	PCCS 61	PCCS 62	PCCS 63	PCCS 64
2	4	4	1	3
1	4	4	4	4
2	4	4	3	3

PCCS 65	PCCS 66	PCCS 67	PCCS 68	PCCS 69	PCCS 70	PCCS 71	PCCS 72	PCCS 73	PCCS 74	PCCS 75	PCCS 76	PCCS 77	PCCS 78	PCCS 79	PCCS 80	TPCCS
4	4	4	3	3	4	4	4	1	1	4	3	2	2	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	3	4	4	
4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	4	

Apéndice K

TABULACIÓN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE DE 14 A 19 AÑOS Y TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE (CO)

SUJETO	SEXO	EDAD	INSTITUCION	CO 1	CO 2	CO 3	CO 4	CO 5	CO 6	CO 7	CO 8	CO 9
1	2	15	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	15	4	1	1	1	0	1	1	0	1	1
3	2	14	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1

CO 10	CO 11	CO 12	CO 13	CO 14	CO 15	CO 16	CO 17
0	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0	1	1
1	1	0	1	1	0	1	1
1	1	1	1	1	1	0	1

CO 18	CO 19	CO 20	CO 21	CO 22	CO 23	CO 24	CO 25	CO 26
1	1	1	1	0	1	1	1	0
1	1	0	1	1	1	1	1	0
1	1	0	1	1	1	1	1	1

CO 27	CO 28	CO 29	CO 30	CO 31	CO 32	CO 33	CO 34	CO 35	TCO
0	1	1	1	0	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	0	1	0	1	

Apéndice L

TABULACIÓN CUESTIONARIO DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE (AC)

SUJETO	SEXO	EDAD	JORNADA	INSTITUCIÓN	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5	AC6	AC7	AC8	AC9	AC10
1	2	15	1	4	4	5	5	4	3	3	5	5	5	5
2	2	15	1	4	2	2	4	4	4	4	4	5	5	5
3	2	14	1	4	4	3	5	3	4	5	5	5	3	4

AC 11	AC 12	AC 13	AC 14	AC 15	AC 16	AC 17	AC 18	AC 19	AC 20	AC 21
3	2	5	5	5	1	5	5	3	5	5
5	4	5	5	5	1	5	5	5	5	5
4	2	5	5	3	1	5	5	3	5	5

AC 22	AC 23	AC 24	AC 25	AC 26	AC 27	AC 28	AC 29	AC 30
3	5	4	4	4	5	3	4	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	3	5	5	3	5	5	5	5

AC 31	AC 32	AC33	AC 34	AC 35	AC 36	AC 37	AC 38	AC 39
4	4	5	5	4	4	5	3	3
5	5	5	5	5	5	5	5	3
5	1	5	5	5	5	5	5	3

AC 40	AC 41	AC 42	AC 43	AC 44	AC 45	AC 46	AC 47	AC 48	AC 49	AC 50	TAC
5	4	4	4	3	5	5	4	5	3	1	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	