

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA BIOSEXUALIDAD/EN RELACION AL ENTORNO  
SOCIAL DE EL Y LA ADOLESCENTE

Estudio prospectivo en 308 adolescentes de ambos  
sexos, sobre la adaptación de su estado sexual  
realizado en la ciudad capital en el período de  
Abril a Mayo de 1994. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

GUSTAVO ADOLFO HERRERA GAMARRO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

D2  
05  
+ (6929)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 26 de mayo de 1994

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER CC.LL. GUSTAVO ADOLFO HERRERA GAMARRO  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
Carnet No. 88-12902  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"LA BIOSEXUALIDAD EN RELACION AL ENTORNO SOCIAL DE EL Y LA ADOLESCENTE"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos  
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de  
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-  
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor  
Firma y sello personal

*Erwin C. Castellanos H.*  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 5236

Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 4209

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: GUSTAVO ADOLFO HERRERA GAMARRO  
Carnet Universitario No. 88-12902

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"LA BIOSEXUALIDAD EN RELACION AL ENTORNO SOCIAL DE EL Y LA  
ADOLESCENTE"

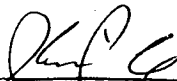
Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 26 de mayo de 1994

Dr. Edgar A. de León Barillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl M. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :

  
Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
DECANO



## INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI.	METODOLOGIA.....	15
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	18
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	24
IX.	CONCLUSIONES.....	27
X.	RECOMENDACIONES.....	28
XI.	RESUMEN.....	29
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
XIII.	ANEXO.....	32

## I. INTRODUCCION

Con fines estadísticos y de salud pública la OMS delimita cronológicamente la adolescencia entre los 10 y los 19 años. la fijación de estas edades corresponde a los promedios de edades de inicio y término de la adolescencia en grandes poblaciones y es suficientemente amplia para poder aplicarse en diferentes contextos socio-culturales. (Krauskopf).

El inicio se define biológicamente con el comienzo del proceso de maduración sexual (pubertad), en tanto que la finalización es sociológica: el adolescente pasa a ser adulto en el momento en que consigue su independencia del núcleo familiar. El proceso de adolescencia puede ser muy corto en aquellas áreas donde comienza a trabajar precozmente.

El presente estudio tiene como objetivo identificar al adolescente en el contexto de la salud integral, considerando fundamental para esto el abordaje multidisciplinario de él y la adolescente por parte de los equipos de salud, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. para atender la complejidad del proceso de la adolescencia.

Los y las adolescentes perciben un proceso de cambios físicos, en especial el desarrollo genital. Todos sabemos que la ebullición de las hormonas y el pico de crecimiento comienzan en la adolescencia. Pero los niño/as son sexuales antes de la pubertad y más de la mitad de adolescentes afirma no saber donde hacer consultas respecto a esta área de su vida. Tomando en cuenta que el comportamiento sexual depende de procesos educativos, sociales y culturales; con origen dentro del núcleo familiar.

Los y las púberes dan importancia a sus cambios físicos, responden con temores a los problemas que desearían resolver, más frecuentemente tienen actividades de atención de su salud y el papel que juegan los servicios públicos puede ser relevante en campañas educativas y preventivas.

Además la temática sexual debe construir un nivel formativo, por lo que este estudio va encaminado más al aspecto sexual del adolescente, para determinar lo que conocen y cómo lo conocen, sus actitudes, creencias y prácticas sobre sexualidad, (que posiblemente tienen algún grado de desviación familiar en formación) y así poder orientarlos en su desarrollo físico y social.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Solo en épocas recientes se ha hecho evidente la importancia de conocer mejor las necesidades de los adolescentes y jóvenes. En términos generales puede decirse que ellos no han sido exhaustivamente considerados debido a una serie de factores entre los que se puede mencionar:

- a) Ambos periodos no pertenecen a ninguna especialidad médica y por lo tanto pierden el enfoque específico sobre su situación, es decir se encuentran fuera de un contexto de observación y análisis.
- b) Los adolescentes y jóvenes constituyen un grupo difícil de tratar, con una problemática muchas veces difusa e inespecífica.
- c) La misma naturaleza de sus problemas es un obstáculo para su demanda de atención médica.

Sin embargo la complejidad de los cambios que ellos sufren y la trascendencia de los problemas que los afectan, hacen cada vez más imprescindible su conocimiento y atención. La adolescencia es una etapa crucial para la formación de hábitos de conducta y comportamientos sociales. Estas consideraciones son especialmente importantes cuando se tiene en cuenta que las conductas nocivas desarrolladas durante la adolescencia son en gran parte prevenibles, si se implementan estrategias adecuadas. (15)

### Sexualidad en los Adolescentes.

El desarrollo de la identidad sexual es un componente importante de la identidad total de los adolescentes. De todas las pautas de desarrollo, las relacionadas con la identidad sexual son quizás las más dramáticas y misteriosas para ellos. Esas pautas implican no solo la capacidad de funcionar sexualmente, sino la aparición de nuevos deseos, sentimientos y fantasías.

La sexualidad humana es un fenómeno complejo y que presenta una multiplicidad de fasetas conectadas unas con otras.

La sexualidad no comienza en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se observan desde la niñez. (15) En la adolescencia, y potenciada por los cambios hormonales que ocurren durante la pubertad la sexualidad adquiere una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental del universo de los adolescentes. El éxito con que ellos integran la sexualidad en el marco total de sus vidas depende de una serie compleja de factores que van desde la calidad de la interacción con sus padres a partir de la niñez hasta la influencia de la aparición de nuevas normas morales en las últimas décadas.

### **El concepto de la atención integral y la adolescencia.**

El concepto de salud integral debe ser armónico con el de atención integral, este último se interpreta como conjunto de necesidades y respuestas planteadas en función del bienestar global del adolescente, como unidad biopsicosocial para lo que requiere diversas visiones para constituir un método de atención integral a los problemas de salud, tanto a nivel del individuo como de los grupos.

Plantear una atención integral para el adolescente significa: considerar, dentro de la organización de la atención, recursos humanos conocedores de la problemática de la adolescencia; disponer de conocimientos, técnicas e instrumentos que permitan una detección precóz de las alteraciones al proceso de crecimiento y desarrollo, dentro de un marco biopsicosocial, y contar con los servicios adecuados que den respuesta a las necesidades. (13)

Entonces, para lograr la atención integral debe fortalecerse la docencia, la investigación y los servicios, dentro de una articulación interrelacionada. La inquietud de este estudio es ayudar en parte a crear un lugar donde el adolescente pueda ser visto junto a otros adolescentes, por personal dedicado especialmente para ellos.

### III. JUSTIFICACION

La necesidad de abordar la problemática de salud de él y la adolescente como un grupo particular con características propias, aunque no necesariamente uniforme, es algo bastante reciente en toda latioamérica, que no vá más allá de las dos últimas décadas. Esto consideramos a que el sector salud en nuestros países se ocupa fundamentalmente de la más temprana infancia debido a la altísima mortalidad infantil existente que llevó al diseño de estrategias y programas para combatir este problema.

Además el hecho de que la adolescencia así como la juventud no pertenecen a ninguna especialidad médica tradicional, contribuyeron a que este grupo etareo y sus necesidades dejaran de recibir la atención que solo el simple hecho de ser población blanco de una especialidad les hubiera dado. (9)

La educación sexual es una parte de la instrucción que debe recibir todo ser humano, constituyendo un factor importante en su formación total, que debe encararse con naturalidad, sin vergüenza, porque no se educará al futuro adulto adoptando posiciones ambiguas. (8)

Cuanto más instruida sea una mujer, es menos posible que tenga su primera relación sexual antes de los 20 años. En Guatemala las mujeres que han recibido 10 años o más de instrucción tienen tres o cuatro veces menos posibilidades que las que han recibido solo cuatro años de empezar sus vidas sexuales antes de cumplir 20 años. (20)

Quando estamos frente a un adolescente no tenemos que pensar solamente en su edad actual, sino que estamos ante una persona que tiene un proceso histórico que tiene que ser reconocido por nosotros, no solo el aspecto biológico sino también social, ya que el ser humano es una unidad biológica y psicosocial, sin embargo en nuestros medios culturales, la madurez psíquica no concuerda con la maduración corporal debido al orden social reinante y a la educación sexual represiva. Y la represión sexual moral condiciona por lo general un retardo de la maduración psíquica. (18)

Por lo tanto, con este estudio se pretende formar parte de una base teórica para un proyecto de salud integral para él y la adolescente, donde se le pueda brindar orientación tanto sexual, como preventiva de cualquier desorden que le pueda causar algún daño física o mentalmente.



#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL.

1. Fortalecer el desarrollo de la salud integral para los y las adolescentes, en función de su bienestar biosocial.

##### ESPECIFICOS.

1. Identificar los problemas de índole psicosexual en él y la adolescente en el contexto de salud integral.
2. Determinar si hay diferencias de conocimientos y actitudes sobre sexualidad entre los y las adolescentes, de diferente estrato social y cultural.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### 1. Consideraciones Generales.

Aunque los datos sobre sexualidad y fecundidad en adolescentes son todavía inadecuados, especialmente en países en desarrollo, el grupo de trabajo de la OMS sobre salud reproductiva en la adolescencia ha venido fomentando la realización de estudios psicosociales, encontrándose en general tres patrones de comportamiento sexual. (10)

- a) El primero encontrado principalmente en países desarrollados, se caracteriza por el inicio de la experiencia sexual hacia mediados o fines de la etapa de los 13 a 19 años, la escasa utilización de anticonceptivos, la elevada incidencia de embarazos extramatrimoniales no deseados, la tendencia comprobable de recurrir al aborto, índices significativos de enfermedades sexualmente transmitidas y los índices indeseables de violencia sexual.
- b) El segundo patrón se caracteriza por el matrimonio a una edad que corresponde aproximadamente a la menarquia, y la reproducción frecuente y a temprana edad, con la consiguiente elevada tasa de crecimiento demográfico, la actividad sexual premarital es poco común, es raro el uso de anticonceptivos.
- c) El tercer patrón se da especialmente en ambientes urbanos y en sociedades transicionales y ocupa un nivel medio entre las anteriores, los adolescentes especialmente las mujeres tienen mayores oportunidades, tanto sexuales como educacionales y económicas.

En un estudio realizado en Guatemala se obtuvieron los siguientes datos: El 45% de los hombres y el 17% de las mujeres con experiencia sexual premarital tuvieron su primer coito antes de los 15 años de edad, lo cual indica la necesidad de impartir educación sexual a temprana edad desde la escuela primaria. (1)

La mayoría de mujeres (83.1%) y de hombres (73.1%) reportan que su primer pareja sexual tenía mayor edad que ellos cuando tuvieron este primer acto sexual. (1)

El 43% de las adolescentes, estaban embarazadas o habían tenido el bebé cuando se casaron o unieron. (Negreros 1.991).

El 60% de los partos de mujeres entre 10 y 19 años son partos de adolescentes indígenas. Estas presentan carencias económicas y problemas agudos de nutrición. (23)

La edad promedio de la primera relación sexual antes del matrimonio es de 14.2 años en hombres y 15.9 años en mujeres. (1, 17)

Dado que los conocimientos que los y las adolescentes tengan sobre la esfera sexual influye en la ocurrencia de embarazos, de 274 adolescentes embarazadas estudiadas en la principal maternidad de Costa Rica se obtuvieron los siguientes datos: (22)

- El 50% no conocía las implicaciones de las relaciones sexuales.
- El 43% no tenía conocimiento sobre la menstruación.
- El 42% no sabía como nacen los niños.
- El 68% dijo no tener a nadie a quien recurrir para buscar información sobre aspectos relacionados con la sexualidad.

a) **Consecuencias de la Actividad sexual entre Adolescentes.**

El aprovechamiento de los antibióticos en los años 1.940 y 1.950 y la pildora para control de la natalidad en los años 1.960 y 1.970, son dos factores que contribuyeron a la revolución sexual. Desafortunadamente para los adolescentes, la prevención del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), no es tan sencilla, pues el conocimiento que tienen para el uso de los anticonceptivos como para el tratamiento de las ETS, es inadecuado, además de las enfermedades virales como el herpes, papilomatosis y ultimamente HIV, donde los antibióticos no son de ayuda.

La temprana iniciación de la actividad sexual es evidente en los últimos 20 años, requiriendo que el adolescente tome decisiones para las que psicológicamente no está preparado, factor que ha contribuido en muchos desórdenes psicológicos, incluidos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, frecuentes entre adolescentes. (16)

Muchos adolescentes quedan involucrados en promiscuidad, pornografía o prostitución, sufriendo ambos de daños físicos o psicológicos a consecuencia de su actividad. Relacionándose con las influencias recibidas por: el desarrollo físico, los padres, la cultura, la religión, la educación, el desarrollo psicológico, los valores morales y comportamiento sexual recibidos.

Para los adolescentes que están fuera de su hogar y viven en la calle la prostitución es el principal método de sobrevivencia. El 80 al 90% de mujeres adolescentes sin hogar, están involucradas en prostitución y el 60% de hombres, de estos un 30 a 40% son homosexuales. (16) Generalmente es el adolescente varón el encargado del reclutamiento de las adolescentes y de que continúen prostituyéndose por medio de intimidaciones, otras veces son las amigas quienes las llevan.

El abuso durante su infancia es alto en la gente que vive en la calle, el 50% tiene problemas de alcoholismo, el

uso de drogas es común en ambos. La dependencia de drogas es usada para tener control sobre la adolescente e involucrarla en prostitución, algunas son también usadas en pornografía.

El embarazo es frecuente, la depresión, la poca autoestima, y las ETS son comunes en estos adolescentes.

El 50% de las embarazadas abortan, y las restantes deciden tener al niño o darlo en adopción, sin olvidar el alto riesgo que tienen estos gestantes, por el consumo de alcohol y drogas por parte de la madre.

Para entender la sexualidad en la adolescencia debemos considerar el desarrollo de él y la adolescente y la sexualidad humana en un sentido más amplio.

## **2. La Sexualidad en Términos Amplios.**

Quando una persona piensa en sexo, en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo el sexo, o la sexualidad, es mucho más que el comportamiento. La sexualidad también incluye:

- Desarrollo de la identidad genérica.
- Desarrollo del rol sexual.
- Desarrollo de las actitudes y valores.
- Desarrollo de la orientación sexual.
- Desarrollo del comportamiento sexual.
- Desarrollo de la identidad sexual.
- Desarrollo del conocimiento sexual.
- Desarrollo de las habilidades sexuales. (19)

### **a) La Identidad Genérica.**

El aspecto más básico de nuestra identidad es la identidad del género o genérica, que tiene que ver con nuestro reconocimiento y la aceptación de nosotros mismos como varón o mujer.

En el útero, durante las primeras seis semanas después de la concepción, somos todos fisiológicamente del género femenino y solo después de esta etapa los varones (los que tienen cromosoma XY) empiezan a diferenciarse sexualmente.

### **b) El Rol Sexual.**

Otro aspecto de la sexualidad es el rol sexual, que es como nos comportamos como varones y como mujeres.

Una experiencia de rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si fueran del otro sexo (afeminado, marica, marimacho). Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como "femeninas".

### **c) Las Actitudes y los Valores.**

Uno de los aspectos más influyentes de nuestra sexualidad incluye nuestras actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado que nosotros hagamos (o lo que debemos hacer) como varones o mujeres, y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno de nosotros también proviene de una familia con expectativas y valores. Si bien nuestras actitudes individuales se arraigan en las expectativas de nuestra familia, rara vez están sincronizadas con ellas en un ciento por ciento. Además, las actitudes individuales y familiares están también influenciadas por actitudes culturales.

Cuando los niños llegan a la adolescencia, ya están profundamente empujados de las actitudes y los valores de su familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas.

### **d) La Orientación Sexual.**

Otra dimensión crítica de nuestra sexualidad es la orientación sexual, que está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de los seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos.

Cualquiera que sea el caso, no es algo que ellos decidan de que o quién los atrae. (19) Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien, que los arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

### **e) El Comportamiento Sexual.**

Durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quién y qué los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, y una gama completa de otros comportamientos, de los cuales el acto sexual es uno más.

### **f) La Identidad Sexual.**

Si la identidad genérica se refiere a saber y rotularnos varón o mujer y la orientación sexual se refiere al objeto de nuestras atracciones emergentes, la identidad sexual corresponde al rótulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por

lo menos algún comportamiento sexual.

En forma análoga, el rotular la identidad sexual es bien complejo. Si uno se siente atraído sexualmente a personas del sexo opuesto y sus relaciones sexuales son con el sexo opuesto, en nuestra cultura ese individuo recibe el rótulo de heterosexual. Si a uno le atrae una persona del mismo sexo y solo realiza el acto sexual con un persona del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual.

#### g) El Conocimiento Sexual.

Está claro que el conocimiento sexual es un componente importante de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy: pasan por el proceso -identificando quienes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quién desean estar- y se ponen el rótulo antes de que empiecen a obtener información precisa sobre sexualidad (si es que alguna vez la obtienen).

#### h) Las Habilidades Sexuales.

Quizás el último componente del aprendizaje sea la adquisición de las "habilidades sexuales". Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser "maravilloso" o "sucio", que en cualquier caso, instintivamente "sabemos como hacerlo" desde el comienzo, y que si no lo hacemos algo debe andar mal con nosotros. De hecho, como muchas otras actividades, no lo hacemos bien sino después de repetir la experiencia varias veces.

#### i) Valoración de la Madurez Sexual.

Aunque los componentes del desarrollo sexual que hemos mencionado no son necesariamente visibles, el desarrollo físico sí lo es, en especial el desarrollo genital.

La estimación de la madurez sexual se basa en las características sexuales secundarias. La configuración de las mamas; y la cantidad y patrón de la distribución del vello pubiano determinan la evaluación en las mujeres. El estado de los genitales y los cambios del vello pubiano, establecen la de los varones. Los grados de madurez sexual varían de 1 a 5, una puntuación de 1 representa al niño/a prepuberal y 5 corresponde al estado adulto. Para ello se cuenta con las tablas elaboradas por J. M. Tanner, las cuales se presentan modificadas para su mejor comprensión. (2, 7, 21)

### Clasificación de Grados de Maduración Sexual en Varones

Estadio	Vello Pubiano	Pene Testiculos,	
1	Ninguno.	Preadolescente.	Preadolescente.
2	Escaso, largo ligeramente pigmentado.	Ligero ensanchamiento.	Aumenta el escroto.
3	Oscuro rizado, en pequeña cantidad.	Más Largo.	Más grandes.
4	Parecido al adulto, pero menor cantidad, basto y rizado.	Más grande, se ensancha y aumenta el glande.	Más grande, escroto oscurecido.
5	Distribución del adulto, se extiende a la cara medial del muslo.	Tamaño adulto.	Como el adulto.

### Clasificación de Grados de Maduración Sexual en Mujeres

Estadio	Vello Pubiano	Pecho
1	Preadolescente.	Preadolescente.
2	Ralo, ligeramente pigmentado, lacio, borde medial de los labios.	Pecho y mamila ligeramente elevados, aumento del diámetro de areola mamaria.
3	Oscuro, comienza a risarse incrementándose en cantidad.	Pecho y areola aumentados no contorno de separación.
4	Basto rizado, abundante pero menos que en el adulto.	Areola y mamila forman un segundo montículo.
5	Triángulo femenino adulto, extendiéndose por la superficie medial del muslo.	Maduro, pezones proyectados, separación de la areola y pechos claramente.

#### j) La Masturbación.

Casi todo el mundo se ha enfrentado al deseo de masturbarse y cada uno encuentra su propia solución a este problema. La masturbación aparece en esta etapa como una manifestación importante y normal del desarrollo. (7, 21)

Miedo y culpabilidad producen dificultades emocionales susceptibles de daño al futuro de un hombre o una mujer.

El miedo es innecesario, porque la masturbación no es perjudicial. No causa enfermedad orgánica o mental, ni conduce a impotencia o esterilidad, y el sentimiento de culpabilidad es innecesario, porque un porcentaje grande de muchachos y muchachas han practicado alguna forma de masturbación durante sus años de desarrollo y aún a menudo en la vida adulta.

La masturbación no crea hábito. El impulso sexual es algo natural, no aprendido y en la realidad quienes se masturban con cierta frecuencia abandonan esa práctica al

tener una pareja sexual que satisfaga sus necesidades.

La masturbación pasa a constituir un signo de que "algo anda mal" cuando por ejemplo; un adulto la prefiere a una relación sexual, sea porque tiene dificultad para la realización del acto sexual o porque no puede llegar a esa realización por el miedo que le produce. (21)

### 3. La Atención de la Salud del Adolescente.

Las estrategias para hacer aportes a la salud sexual de los y las adolescentes son un delicado desafío, que probablemente tenga más posibilidades de éxito si se desarrolla en ámbitos no tradicionales de atención de la salud y cuando se aborden de un modo integral las necesidades del crecimiento físico, emocional y social del sector juvenil. Por otro lado, una amplia gama de valiosas alternativas son sugeridas para el mejoramiento de la atención de la salud del adolescente. Entre éstas se dá importancia a incrementar la conciencia de la juventud acerca de sus propias necesidades y expectativas y dar cabida participativa al sector adolescente en el desarrollo de las soluciones a sus problemas. De igual modo se valoriza el apoyo que el grupo familiar pueda dar para orientar y aprovechar la oferta de servicios.

#### a) Consulta de Atención Integral al Adolescente.

En una consulta de atención al adolescente más que atender el síntoma de que esté manifestando, se debe hacer una valoración completa del estado de salud integral del joven, al mismo tiempo se debe brindar información y orientación sobre algunos aspectos fundamentales. Por ejemplo:

1. Proceso de maduración física y psíquica.
2. Conductas de riesgo.
3. Desarrollo de las relaciones socio-familiares.
4. Otros aspectos definidos por cada grupo en particular, de acuerdo a sus propias necesidades.

El escenario donde reciban la asistencia, el modo en que se desarrollen, las entrevistas, el examen físico, etc. son factores determinantes en el resultado de la atención brindada.

El adolescente debe sentir que es tratado como lo que él es, no como un niño grande, ni como un adulto con el cual tiene sus diferencias.

Las instalaciones deben ser simples pero cómodas, con ambiente adecuado y adaptado para ellos, donde se les pueda dar atención exclusiva. Se debe asegurar la actitud positiva del personal involucrado en el trato con él y la adolescente. Ser tolerantes con sus puntos de vista, creencias y valores opuestos a los nuestros, ser flexibles para tolerar sus



indecisiones.

Se debe garantizar la atención confidencial, y privada, o ellos retendrán información sobre posibles conductas de riesgo, por ejemplo, drogadicción relaciones sexuales, etc..

**a.i) Anamnesis.**

La entrevista con él y la adolescente varía con la edad, la comunicación con los adolescentes tempranos, medios o tardíos, hay que saber bajar la ansiedad, por ejemplo empezar describiendo el programa, el tipo de atención y tratamiento que se le ofrecerá, se deben evitar las preguntas directas, que puedan asustarlos o dar lugar a respuestas definidas de un sí o un no que corte el diálogo, se debe escuchar con atención, perderle que nos aclare su vocabulario que no comprendamos, eso lo hará ir tomando confianza, el interrogador debe estar atento a sus ademanes, gestos de donde pueda obtener información importante.

Deben plantearse los objetivos que se alcanzarán con cada pregunta. En el abordaje de la sexualidad una pregunta sin objetivo además de ser innecesaria puede ser contraproducente, no significa que estas preguntas no deban ser hechas; en muchos casos son necesarias, pero nunca como un abordaje de rutina. (5)

A través de una delicada y cálida relación médico-paciente el profesional podrá ir obteniendo estos datos y, en cada paso, al evidenciarlos disponer de los mecanismos apropiados que permitan que los mismos sean canalizados en forma adecuada a las circunstancias. En este sentido finalizar con preguntas llamadas de gancho o abiertas puede ser de enorme importancia. ¿Existe sobre este u otro tema algo más que te preocupe? ¿Hay alguna otra duda que quieras presentar?. Ante sus negativas dejar siempre abierta la puerta para volver sobre éste u otros temas en entrevistas posteriores.

**a.ii) Exámen Físico.**

El exámen físico debe ser privado, sin presencia de sus padres de preferencia, se debe valorar criterios de crecimiento y maduración sexual. El médico deberá extremar siempre al máximo cuidado, tacto y respeto por el pudor de él y la adolescente. (5)

La forma en que el adolescente se quite su ropa está indicando en forma clara la mayoría de las veces como vive su pudor e intimidad. En algunos casos lo hará con celeridad, y en otros, diez minutos más tarde solo se despojará del sueter y del calzado.

Con base en todo lo anterior el médico actuante valorará en cada caso los límites a los que deberá ceñirse en el exámen físico y en ocasiones puede ser aconsejable posponer

un exámen completo.

Se puede aprovechar para educación sanitaria, aprender su propia anatomía, fomentar el autoexámen de mamas, testículos.

En la relación médico-paciente se buscará: un clima de confianza, sin amiguismo; de afecto, sin enamoramiento ni seducción; de compromiso, sin dar falsas expectativas; y todo ello basado en el mutuo respeto que debe existir entre el adolescente y el profesional, que le permita a aquel comprender que, en última instancia, solo se desea contribuir para que pueda alcanzar todas sus potencialidades.

## VI. METODOLOGIA

### A. Tipo de Estudio.

Prospectivo - Descriptivo.

### B. Selección del Sujeto de Estudio y Criterios de Inclusión y Exclusión.

El estudio se realizó durante los meses de abril y mayo de 1.994. La muestra estuvo constituida por 4 grupos de adolescentes de ambos sexos (un grupo de estrato social alto, otro de estrato social medio, un grupo indígena y otro perteneciente a estrato social bajo), comprendidos entre las edades de 10 a 19 años: que:

#### 1. Esten oficialmente inscritos y asistan a:

- Instituto Indígena Santiago.
- Instituto Nuestra Señora del Socorro.
- Instituto Técnico de Computación Robles.
- Primer ingreso de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Adolescentes que vivan en la calle y que asistan a la institución "X".

Es necesario hacer la aclaración que no se menciona el nombre de la institución "X", ya que en la política de la institución no se permite hacer ningún estudio de sus protegidos.

#### 2. Acepten voluntariamente contestar el cuestionario.

Los adolescentes que no cumplieron con los criterios antes mencionados fueron excluidos de la investigación.

Se tomaron los establecimientos públicos, privados y de asistencia social al azar, lo que podría mostrar diferencias, debido al estrato diferente entre ellos.

### C. Marco Muestral.

Para obtener el tamaño de la muestra de estudio, se tomó como población o universo el total de adolescentes inscritos oficialmente y que asistan a los establecimientos públicos, privados y sociales antes mencionados, haciendo un total de 1.025 adolescentes, constituyendo nuestro 100%. De éste el porcentaje que representó el total de adolescentes de cada uno de los establecimientos, fué el mismo porcentaje que se extrajo de cada establecimiento. Siendo el 39.4% para el establecimiento privado, el 31.4% para la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, el 18.7% para el grupo indígena y el 10.5% para los adolescentes que viven en la calle.

Se tuvo una muestra de 308 adolescentes de ambos sexos, que cumplieron con los criterios de Inclusión y Exclusión.

#### **D. Plan de Recolección de Datos y Ejecución de la Investigación.**

Una vez escogidos los integrantes de la muestra se procedió a la recolección de los datos por medio de un cuestionario evaluativo, obteniendo así la información requerida para el estudio.

Realizándose en los meses de abril y mayo de 1.994. Se visitó los establecimientos, públicos, privados y sociales escogidos y se les pasó un cuestionario a los adolescentes donde se obtuvo información sobre su biosexualidad, la cual fué en el anonimato para garantizar la confiabilidad de los datos obtenidos.

#### **E. Presentación de Resultados y Procesamiento Estadístico de Resultados.**

Va obtenidos y recolectados los datos, se procedió al ordenamiento, tabulación y elaboración de cuadros estadísticos, los cuales se analizaron posteriormente.

#### **F. Recursos.**

##### **1. Físicos.**

- a. Instituto Indígena Santiago.
- b. Instituto Nuestra Señora del Socorro.
- c. Instituto Técnico de Computación Robles.
- d. Edificios de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
- e. Cuestionario de recolección de información.

##### **2. Humanos.**

- a. Médico investigador.
- b. Adolescentes entrevistados.
- c. Médico colaborador en la recolección de información.
- d. Psicólogo.

##### **3. Económico.**

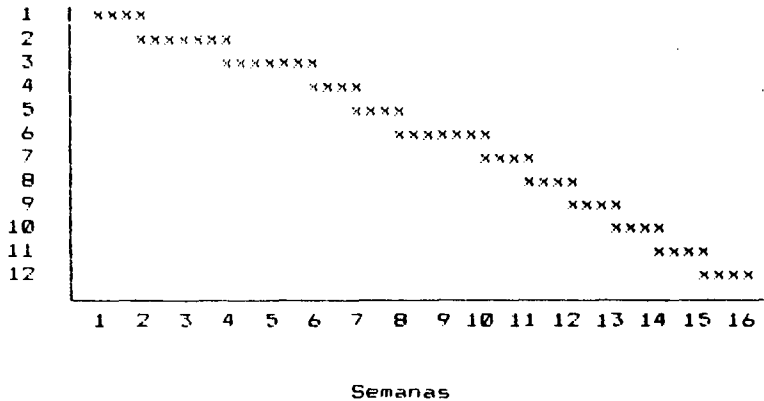
- a. Aproximadamente Q.1,000.00.

##### **4. Tiempo.**

- a. Ver gráfica de Gantt.

## GRAFICA DE GANTT

### Actividades



### Actividades.

1. Selección del tema del proyecto de investigación y elección del asesor y revisor.
2. Recopilación de material bibliográfico.
3. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
4. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
5. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
6. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
7. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas, análisis y discusión de resultados.
8. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
9. Presentación del informe final para correcciones.
10. Aprobación del informe final.
11. Impresión del informe final.
12. Exámen público de defensas de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

**CUADRO No. 1**

**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
DE 308 ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS,  
RESPECTO A LA ADAPTACION DE SU ESTADO SEXUAL  
EN LA CIUDAD CAPITAL ABRIL-MAYO DE 1994.**

EDAD AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
	fr	%	fr	%		
11	--	---	1	0.3	1	0.3
12	--	---	6	1.9	6	1.9
13	--	---	3	1.0	3	1.0
14	2	0.6	4	1.3	6	1.9
15	8	2.6	9	2.9	17	5.5
16	31	10.1	18	5.8	49	15.9
17	60	19.5	40	13.0	100	32.5
18	37	12.0	37	12.1	74	24.1
19	19	6.2	33	10.7	52	16.9
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>51.0</b>	<b>151</b>	<b>49.0</b>	<b>308</b>	<b>100.0</b>

**FUENTE:** Cuestionario de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO No. 2

ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO ORIENTACION SEXUAL  
EN LA FAMILIA  
DE 308 ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS,  
RESPECTO A LA ADAPTACION DE SU ESTADO SEXUAL  
EN LA CIUDAD CAPITAL ABRIL-MAYO DE 1994.

ESTRATO SOCIAL	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL	
	SI RECIBIO		NO RECIBIO		SI RECIBIO		NO RECIBIO		fr	%
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
ALTO	61	38.1	42	26.3	46	28.7	11	6.9	160	100
MEDIO	21	20.8	9	8.9	67	66.4	4	3.9	101	100
INDIG	7	19.4	11	30.6	5	13.9	13	36.1	36	100
BAJO	2	18.2	4	36.4	1	9.0	4	36.4	11	100
TOTAL	91	29.6	66	21.4	119	38.6	32	10.4		
	157		51.0 %		151		49.0 %			
GRAN TL	308				100.0 %				308	100

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos (ver anexo).



CUADRO No. 3

CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD  
DE 308 ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS,  
RESPECTO A LA ADAPTACION DE SU ESTADO SEXUAL  
EN LA CIUDAD CAPITAL ABRIL-MAYO DE 1994.

ESTRATO SOCIAL	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO		CORRECTO		INCORRECTO		fr	%
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
ALTO	72	45.0	31	19.4	33	20.6	24	15.0	160	100
MEDIO	20	19.8	10	9.9	46	45.5	25	24.8	101	100
INDIG	11	30.6	7	19.4	8	22.2	10	27.8	36	100
BAJO	2	18.2	4	36.4	1	9.0	4	36.4	11	100
TOTAL	106	34.4	51	16.6	88	28.6	63	20.4		
	157		51.0 %		151		49.0 %			
GRAN TL	308				100.0 %				308	100

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO No. 4

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL  
DE 96 ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS,  
RESPECTO A LA ADAPTACION DE SU ESTADO SEXUAL  
EN LA CIUDAD CAPITAL ABRIL-MAYO DE 1994.

EDAD AÑOS	ALTO		MEDIO		INDIGENA		BAJO		TOTAL	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	fr	%
8-9	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1.1
10-11	1	--	--	--	--	--	1	--	2	2.1
12-13	7	--	1	--	--	--	1	2	11	11.4
14-15	28	--	15	--	4	--	1	--	48	50.0
16-17	13	4	3	2	2	--	--	--	24	25.0
18-19	--	--	2	5	3	--	--	--	10	10.4
TOTAL	49	4	21	7	9	--	4	2	96	100.0

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos (ver anexo).

**CUADRO No. 5**

**ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE INDOLE SEXUAL  
DE 308 ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS,  
RESPECTO A LA ADAPTACION DE SU ESTADO SEXUAL  
EN LA CIUDAD CAPITAL ABRIL-MAYO DE 1994.**

ESTRATO SOCIAL	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL	
	CON PROBLE		SIN PROBLE		CON PROBLE		SIN PROBLE		fr	%
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
ALTO	18	11.3	85	53.1	11	6.9	46	28.7	160	100
MEDIO	5	4.9	25	24.8	12	11.9	59	58.4	101	100
INDIG	5	13.9	13	36.1	3	8.3	15	41.7	36	100
BAJO	2	18.2	4	36.4	2	18.2	3	27.2	11	100
TOTAL	30	9.7	127	41.3	28	9.1	123	39.9		
	157		51.0 %		151		49.0 %			
GRAN TL	308				100.0 %				308	100

FUENTE: Cuestionario de recolección de datos (ver anexo).

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo-descriptivo en 308 adolescentes de ambos sexos, los cuales fueron divididos en cuatro grupos de diferente estrato social y cultural, tomándolos del total de los cuatro grupos (1.025 adolescentes), de la siguiente manera: 160 adolescentes (39.4%) corresponden a estrato social alto; 101 adolescentes (31.4%) de estrato social medio; 36 adolescentes (18.7%) a un grupo indígena y 11 adolescentes (10.5%) de estrato social bajo.

La población investigada se distribuyó en 157 adolescentes (51.0%) de sexo masculino y 151 (49.0%) de sexo femenino. Del total de adolescentes estudiados (308), el mayor porcentaje se encontró en las edades de 17 años y 18 años de ambos sexos. (Cuadro No. 1)

Podemos observar que la mayoría de adolescentes de ambos sexos del estrato social alto y medio han recibido orientación sexual dentro del núcleo familiar, a diferencia del grupo indígena y estrato social bajo quienes el mayor porcentaje de varones y señoritas no han recibido orientación por parte de la familia. Esto se debe a que los adolescentes de estrato social alto y medio provienen de familias integradas y un nivel educativo superior al de los otros grupos. En el grupo indígena a pesar de venir de un hogar integrado sus costumbres y tradiciones los hacen ser reservados al tema sexual, y por último el estrato social bajo, que está constituido por adolescentes que viven en la calle, provienen de familias totalmente desintegradas, por lo que la orientación sexual que puedan tener difícilmente proviene de la familia. (Cuadro No. 2) Además hay que tomar en cuenta que los temas relacionados con la sexualidad, continúan siendo un tabú para sociedades como la nuestra.

Respecto al conocimiento sobre sexualidad, el mayor porcentaje de varones y señoritas de estrato social alto y medio tienen conocimiento sobre sexualidad, siendo relativamente mayor en los adolescentes masculinos, a pesar que son las señoritas quienes más orientación reciben dentro de la familia. En el grupo indígena el mayor porcentaje de varones tienen conocimiento sobre sexualidad y la mayoría de señoritas carecen de dicho conocimiento, y en el estrato social bajo los adolescentes de ambos sexos en su mayoría no tienen conocimiento sobre sexualidad, demostrando lo antes mencionado en la orientación que reciben en el hogar, los que menos reciben orientación son los que menos conocimiento tienen sobre sexualidad. (Cuadro No. 3)

Además, el hecho que los adolescentes de sexo masculino tengan más conocimiento que las mujeres, como lo es en los estratos social alto, medio e indígena y reciben menos orientación en la familia nos indica que adquieren dicho conocimiento a través de la educación en establecimientos de

enseñanza o en otros lugares. A diferencia del estrato social bajo, los cuales por vivir en la calle, no asisten a ningún establecimiento educativo, siendo muchos de ellos analfabetas, obteniendo su conocimiento únicamente en la calle y en centros de asistencia social a los que asisten.

En el cuadro No. 4 podemos observar que de los 308 adolescentes 96 de ellos han tenido relaciones sexuales mostrando la edad en que tuvieron su primera relación sexual encontrando diferencias en los grupos.

En el grupo de estrato social alto y medio la mayoría de varones tuvieron su primera relación entre las edades de 14 años y 15 años, en tanto las mujeres de estrato alto la primera relación sexual la tuvieron a las edades de 16 años y 17 años y las de estrato medio el mayor porcentaje a los 18 años y 19 años, mostrando que los hombres tienen a más temprana edad su primer contacto sexual.

En el grupo indígena es de hacer notar que ninguna de las adolescentes de sexo femenino han tenido relaciones sexuales, mostrando que es un grupo muy reservado, ya que acostumbran tener relaciones sexuales cuando integran un hogar, ya sea por matrimonio o solamente por unión, teniendo relaciones premaritales generalmente los varones y con poca frecuencia, ya que en el grupo indígena es común el matrimonio a una edad temprana.

En el estrato social bajo tanto los varones como las señoritas han tenido su primera relación sexual a temprana edad, mostrando que por ser el grupo menos privilegiado, carente de orientación familiar, educación y costumbres, tienen que sobrevivir en un medio ostil, en donde las conductas de riesgo como lo son la promiscuidad y la drogadicción son comunes para ellos, ya que la prostitución es el principal modo de sobrevivencia en los adolescentes que viven en la calle.

En el presente estudio se encontró que en todos los grupos existen problemas de índole sexual en pequeño porcentaje. (Cuadro No. 5)

La mayoría de problemas fué acoso sexual, siendo mayor el porcentaje en los hombres que en las mujeres, también se encontró adolescentes que opinaron correcto tener relaciones sexuales con varias personas a la vez, siendo mayor en los adolescentes varones del estrato social alto y bajo; así como adolescentes de ambos sexos que opinaron correcto tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo en los diferentes grupos, excepto en el estrato social bajo; y por último cuatro adolescentes femeninas pertenecientes a los estratos sociales alto y medio que no están de acuerdo con su sexo al igual que un varón del estrato social bajo.

Lo que demuestra que no importa el estrato social o cultural al que se pertenezca, todos los adolescentes tienen

factores de riesgo en su medio social y por ser la adolescencia una etapa difícil en el crecimiento de todo ser humano. necesita orientación en su desarrollo físico y mental para poder tener una vida lo más sana posible.

## IX. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada podemos concluir:

1. Los adolescentes de ambos sexos en los estratos social alto y medio en su mayoría reciben orientación dentro del núcleo familiar, a diferencia del grupo indígena y social bajo quienes no reciben dicha orientación.
2. El mayor porcentaje de adolescentes varones de estratos social alto, medio e indígena tienen conocimiento sobre sexualidad, al igual que las señoritas de los estratos alto y medio; en tanto que las adolescentes del grupo indígena y los adolescentes de ambos sexos del estrato social bajo en su mayoría carecen de conocimiento sobre sexualidad.
3. En los estratos social alto y medio los varones tienen su primera relación sexual a más temprana edad que las señoritas, a diferencia del estrato social bajo donde en ambos sexos su primera relación sexual es a muy temprana edad, en tanto que del grupo indígena ninguna señorita ha tenido relaciones sexuales.
4. En los cuatro grupos se encontró que un pequeño porcentaje, en ambos sexos, tienen problemas de índole sexual.

## X. RECOMENDACIONES

1. Promover y desarrollar en los y las adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, a través de acciones de información, comunicación y educación para favorecer en ellos estilos de vida saludables.
2. Brindar a los adolescentes cuidados directos a través de consultas de atención integral con el fin de reducir su morbimortalidad y orientarlos sobre conductas y factores de riesgo.
3. Implementar los programas de estudios generales estatales y privados, con programas de educación sexual, los cuales deben ser permanentes y adecuados a las edades para que esta sea gradual y progresiva, desde la enseñanza primaria hasta la superior.
4. Crear programas de orientación dirigidos a los padres de familia y maestros, con el fin de orientar a los niños y adolescentes en todos los aspectos relacionados o vinculados con la educación sexual.



## XI. RESUMEN

El presente estudio prosopectivo-descriptivo fué realizado en cuatro grupos de diferente estrato social y cultural: tomando al grupo de estrato social alto, del establecimiento privado Instituto Técnico de Computación Robles; de estrato social medio de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; un grupo indígena de los establecimientos Instituto Indígena Santiago e Instituto Nuestra Señora del Socorro; y el último grupo de estrato social bajo de una institución donde asisten adolescentes que viven en la calle, durante el periodo de abril y mayo de 1974, hasta completar la muestra de 308 adolescentes de ambos sexos, estudio que consistió en investigar la bisexualidad en relación al entorno social de él y la adolescente.

Para ello se les pasó un cuestionario al porcentaje de adolescentes que correspondió a cada institución, el cual fué llenado en el anonimato para asegurar la veracidad de los datos .

Durante el desarrollo del estudio se presentaron algunos contratiempos, en una institución de asistencia social no se nos permitió realizar la investigación, sin conocer los objetivos del estudio ni revisar el cuestionario, así como también en un establecimiento privado se nos negó la ayuda, argumentando la directiva de dicho plantel, que el cuestionario es muy complejo y tenían temor a la reacción de sus alumnos ante el mismo.

Al finalizar la investigación se encontró que la mayoría de adolescentes de ambos sexos de los estratos sociales alto y medio han recibido orientación sexual dentro del núcleo familiar, a diferencia del grupo indígena y estrato social bajo donde el mayor porcentaje no ha recibido orientación sexual.

Se pudo constatar que en los cuatro grupos, tanto los adolescentes de sexo masculino como femenino, tienen problemas de índole sexual un pequeño porcentaje de los mismos.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES). "Encuesta sobre Salud y Educación Sexual de Jóvenes, Departamento de Guatemala-Areas Urbanas". Guatemala 1.988.
2. Aquino, J.B. "Educación Sexual del Adolescente Escolar". Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1.984.
3. Dirección Técnica de Servicios de Salud Departamento de Medicina Preventiva. "Adolescencia y Salud". Programa Atención Integral del Adolescente Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. 1.991.
4. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental Inc. "Embarazo de la Adolescente en América Latina y el Caribe". 1.991.
5. Girad, G. A. "Técnica y Etica del Abordaje de la Sexualidad en la Atención Médica de los Adolescentes". Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Epoca V. Vol. III. No. 1. febrero 1.990.
6. Leñero O. Lui. "Jóvenes de Hoy". Editorial Pax. México. 1.990.
7. Magaña, L. B. "Conocimiento, Creencias y Prácticas sobre Educación Sexual en Estudiantes que Cursan el Nivel Diversificado de Enseñanza". Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencia Médicas. Guatemala, 1.990.
8. Mejia, Giovanni. "Recopilaciones que el Adolescente debe Leer". Impresos Garve, S. A.. 1.993.
9. Ministerio de Salud Caja Costarricense de Seguro Social. "Programa de Atención Integral en la Salud de los Adolescentes, Bases Programáticas". Costa Rica, 1.992.
10. OMS. "La Salud de los Jóvenes, un Desafío para la Sociedad". 1.986.
11. ONU. "Estudio Preliminar Sobre la Juventud Guatemalteca". Plan Nacional de la Juventud. Guatemala, 1.987.
12. OPS. OMS. "El Marco Conceptual de la Salud Integral del Adolescente y de su Cuidado". Programa Regional de Salud Materno Infantil. 1.990.
13. OPS. OMS. "Hacia la Atención Integral de la Adolescencia, en Costa Rica". 1.991.

14. OPS. OMS. "Instrumentos Básicos en la Atención de la Adolescencia. Historia Clínica, Instrumento Discriminador del Riesgo Psicosocial". 1,991.
15. OPS. OMS. "La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas". 1,985.
16. Pediatric Annals. "Adolescent Sexuality". Vol. 20. Number 6. June 1,991.
17. Population Reference Bureau. Inc. (PBR). "La Actividad Sexual y Maternidad entre las Adolescentes en América Latina y el Caribe". 1,992.
18. Reich, Wilhelm. "La Lucha Sexual de los Jóvenes". México 1,974.
19. Silver, Tomas. J. "Manual de Medicina de la Adolescencia". Serie Paltex. OPS. 1,992.
20. Singh, Susheela. "Adolescentes de Hoy Padres del Mañana. Un Perfil de las Américas". 1,989.
21. Toron, G. R. "Conocimiento sobre Educación Sexual en un Grupo de Estudiantes que Cursan Nivel Medio de Enseñanza". Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,988.
22. Treguear L. Tatiana. "Niñas Madres: Recuento de una Experiencia". Procal. Costa Rica. 1,991.
23. UNICEF. "Situación de las Adolescentes Centro Americanas. Tendencias y Perspectivas".
24. UNICEF. OPS. "Adolescencia". 1,992.
25. Zúñiga Arqueta, M. A. "Sexualidad Precoz en Adolescentes". Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,991.

XIII. ANEXO

Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Facultad de Ciencias Médicas  
Fase III

Cuestionario de Bioadaptabilidad y Biosexualidad de él y la  
Adolescente.

Instrucciones:

El siguiente cuestionario está realizado con el propósito de conocer las inquietudes, dudas y problemas de él y la adolescente, con el objetivo de ayudarlos y comprenderlos.

Para tal efecto debe ser llenado con toda veracidad y por ello comprendiendo lo difícil de algunos problemas de índole personal, será llenado sin nombre, ni identificación para que pueda tener libertad de contestarlo sin alusión personal.

EDAD. \_\_\_\_\_ SEXO. \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

- 1.- De cuántos miembros (hombres y mujeres) se compone tu familia?  
a) 3                      b) 4                      c) 5                      d) más de 5
- 2.- Con respecto a tu familia  
a) falta el padre                      b) falta la madre  
c) faltan ambos padres                      d) hogar completo
- 3.- Con quién de tu familia te identificas más?  
a) padre                      b) madre                      c) hermanos                      d) ninguno
- 4.- Qué persona fuera de tu núcleo familiar te identificas más?  
a) abuelos                      b) tíos                      c) primos                      d) ninguno
- 5.- Qué persona del núcleo social tienes más afinidad?  
a) amigo (a)                      b) vecino (a)                      c) novia (o)                      d) otros \_\_\_\_\_
- 6.- Con qué persona de tu familia tienes pláticas personales?  
a) padre                      b) madre                      c) hermanos
- 7.- Actualmente cómo consideras a tu familia?  
a) muy unida                      b) relativamente unida                      c) no es unida
- 8.- Cuántas horas por semana compartes con tu papá (si eres hombre) o con tu mamá (si eres mujer)?  
a) menos de 1                      b) 1-2 horas                      c) 2 horas o más                      d) ninguna
- 9.- Te han enseñado tus padres normas morales?  
a) generalmente                      b) algunas veces                      c) nunca

- 10.- Cuántas veces te han dicho tus padres que te quieren?  
 a) frecuentemente b) algunas veces c) nunca
- 11.- Actualmente has tenido o tuviste problemas con:  
 a) padres b) vecinos c) drogas d) trabajo  
 e) maestros f) otros \_\_\_\_\_
- 12.- Si actualmente trabajas, por qué lo haces?  
 a) necesidad b) para ahorrar c) ayuda familiar  
 d) por gusto e) gastos personales edad de inicio \_\_\_\_\_
- 13.- Para ti qué es la sexualidad?  
 a) el desarrollo de los órganos sexuales  
 b) el poder tener relaciones sexuales  
 c) es parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte, cómo actuamos y nos comportamos como hombre o como mujer
- 14.- Consideras que en tu sexualidad existe la masturbación?  
 a) si b) no
- 15.- Según tu criterio la masturbación es:  
 a) natural en el ser humano  
 b) algo sucio y vergonzoso  
 c) es dañino para la salud
- 16.- Has tenido relaciones sexuales?  
 a) si b) no
- 17.- Si contestaste sí, con quién?  
 a) novia (o) b) amigo (a) c) prostituta d) otra persona
- 18.- A qué edad tuviste tu primera relación sexual?  
 \_\_\_\_\_ años
- 19.- Disfrutaste de la relación sexual?  
 a) si b) no Por qué \_\_\_\_\_
- 20.- Creés que es correcto tener relaciones sexuales?  
 a) con varias personas a la misma vez  
 b) con una persona de distinto sexo  
 c) con una persona del mismo sexo
- 21.- Te has sentido alguna vez acosado (a) sexualmente?  
 a) si b) no
- 22.- Te han hablado de temas sexuales en tu familia?  
 a) si b) no
- 23.- Estás de acuerdo con tu sexo?  
 a) si b) no
- 24.- Que tipo de relación sexual has tenido?  
 a) sexo-genital b) anal-genital c) oro-genital d) otros \_\_\_\_\_