

EDITORIAL

A modo de regalo de fin de año ofrecemos a la comunidad caldense esta edición especial de nuestra revista que muestra los resultados del estudio de condujo el equipo de trabajo de Salud Sexual y Reproductiva de la Subdirección de Salud Pública.

En él, se plasma de manera concisa y sistemática la realidad del comportamiento sexual de estudiantes de educación media de los 26 municipios del Departamento al igual que el nivel de conocimientos sexológicos y actitudes sexuales tanto del cuerpo docente del sector oficial como de los profesionales de salud de la red pública del Departamento.

Estamos convencidos que el conocimiento de nuestra realidad particular es indispensable para intervenir de manera certera los problemas que nos aquejan y por ello celebramos la realización del presente estudio y estaremos prestos a apoyar los que con rigor científico puedan aportan información que nos permita mejorar las condiciones de salud de nuestra comunidad.

FRANCISCO BERNARDO GONZÁLEZ BAENA
Director General
Dirección Territorial de Salud de Caldas

INTRODUCCIÓN

EDUCACIÓN SEXUAL POSITIVA

Es el proceso formativo e informativo que permite a la persona adquirir un conocimiento razonado y científico de la sexualidad humana acorde con su desarrollo intelectual, una actitud tolerante hacia las opiniones y conductas sexuales de las demás, mientras no sean nocivas, y la capacitación para ejercer responsablemente, en el momento oportuno la función sexual en sus modos erótico y reproductor.

Alzate, 1987

Que la población adolescente tiene un comportamiento sexual desbordado: cada vez se involucran en relaciones sexuales fuertes más temprano en sus vidas, tienen mayor número de parejas sexuales y se exponen a comportamientos sexuales de riesgo.

Que es crucial el montaje de programas de educación sexual en el ámbito escolar, o que por el contrario, estos mismos programas “educativos” les generan curiosidad y les empujan a una vida de lujuria desenfrenada: “cómo antes cuando no se hablaba tanto de estos temas no se veían tantas cosas como se ven ahora”.

Que el sistema de salud pretende que una vida sexual sana se limita a la utilización sistemática de un método anticonceptivo combinado con el uso del condón en las relaciones sexuales de riesgo; es decir, que si hay doble protección, “todo está bien”.

Las anteriores, entre otras, son suposiciones comunes en relación con la sexualidad adolescente y el papel de los sistemas educativo y de salud en torno a la resolución de la problemática que en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) aqueja a nuestra comunidad.

Para la comprensión histórica de un proceso de intervención sistemático en salud pública es indispensable conocer las condiciones de partida. Así las cosas, en el marco de la Política de SSR para el Departamento de Caldas, decidimos no sólo fortalecer el sistema de recolección de información en cada una de sus líneas constitutivas, sino, además, hacer un estudio tripartita que dé cuenta de las condiciones iniciales al momento de su implementación en tres aspectos claves en torno a la sexualidad adolescente, y como reflejo y proyección de ella en el tiempo, del nivel general de SSR.

Primero, medimos el comportamiento sexual de los adolescentes del Departamento. Para ello, adaptamos, previa autorización de sus autores, el instrumento utilizado otrora por el equipo de estudio en sexualidad humana de la Universidad de Caldas.

Conocimos a través de él las conductas sexuales de adolescentes caldenses desde las exploratorias infantiles hasta las grupales y por la Internet en la adolescencia. Se constituye éste en un estudio sin precedentes en el contexto nacional que da cuenta de manera exhaustiva del mundo sexual de nuestros adolescentes desde la perspectiva integral del Enfoque Sexológico de SSR.

De manera complementaria, medimos el nivel de conocimientos sexológicos y actitudes sexuales tanto del cuerpo docente como de los profesionales de salud del sistema oficial del Departamento. Para ello, utilizamos dos herramientas; una proveniente de apartes del componente de conocimientos del ACSEX (desarrollado por el equipo ya referido de la Universidad de Caldas), y la otra, diseñada por el coordinador del presente estudio, para medir el componente de actitudes sexuales en población adulta.

Es decir, tenemos una línea de información de base que nos dice cuál es el comportamiento sexual de nuestros adolescentes y qué tan preparados están el cuerpo docente y el personal de salud del sistema oficial para ofrecer una educación sexual positiva y una atención integral en SSR desde el Enfoque Sexológico.

Expondremos y analizaremos a continuación los resultados más destacados de cada una de las tres partes del estudio. Quienes a título personal o institucional quieran conocer más acerca del Enfoque Sexológico pueden hacernos solicitud a través del correo saludsexual@saluddecaldas.gov.co y a vuelta recibirán información al respecto; de igual manera lo pueden hacer quienes a título institucional quieran conocer en detalle los resultados generales del estudio.

1. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

1.1. ANTECEDENTES

Fue siempre una de las líneas de trabajo del doctor Helí Alzate, inicialmente solo y posteriormente con su equipo, el análisis del comportamiento sexual de los estudiantes de la Universidad de Caldas. Quinquenalmente, a través de un instrumento producido y afinado para tal fin, se medía de manera exhaustiva el espectro de actividades en el que este grupo poblacional expresaba su función sexual.

Para los años 1994 y 1995 el universo de la muestra se vio ampliado, a través de los estudios realizados por sus primeros discípulos y los de la Especialización en Educación Sexual de la Facultad de Educación de la Universidad de Caldas, a otros municipios (del Departamento de Caldas, Risaralda y Tolima), y a otros grupos poblacionales (estudiantes de la para entonces llamada educación media vocacional).

A través de este lente creado por el Doctor Alzate, se pudo ver cómo el comportamiento sexual cambió en algunos aspectos (relacionados con la frecuencia de varias actividades) y permaneció inmutable en otros de fondo a pesar de la aparente "liberalidad sexual" de las nuevas generaciones.

Ya en el contexto nacional, cabe destacar la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), que liderada por Profamilia con el apoyo de otras organizaciones (incluido el Ministerio de la Protección Social), mide quinquenalmente los niveles de SSR de las mujeres colombianas en edad fértil dando énfasis al componente reproductor de la función sexual humana con un enfoque de género desde la perspectiva femenina.

1.2. DEL INSTRUMENTO

Tomado del instrumento original de 82 preguntas diseñado, afinado y baremado por Alzate y su equipo, cuya última versión data de 1995, decidimos, con la autorización explícita de las personas herederas de la propiedad intelectual del mismo, actualizarlo hasta hacerlo sensible a las nuevas derivaciones que ha tomado el comportamiento sexual en la adolescencia, y, además, ampliar el espectro de las actividades indagadas a las propias de la infancia (rasgo este no explorado antes).

Después de una primera aproximación desde la percepción técnica del coordinador del proceso se puso el nuevo borrador del instrumento a consideración del equipo de trabajo de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). Se recogieron las sugerencias consideradas a lugar (juzgadas como tales por el coordinador del proceso) y se hizo una primera prueba de campo con los Profesionales de Vigilancia

en Salud Pública de la Subdirección tal de la misma DTSC. A esta altura se hizo una prueba de campo, simulando las condiciones reales de aplicación del instrumento, a cien estudiantes de educación media de los municipios de Anserma, Chinchiná y La Dorada. Se realizaron las últimas modificaciones y se dejó la así producida, de 94 preguntas, como la versión final para la aplicación de campo.

1.3. EL UNIVERSO DE ESTUDIO

Decidimos centrar el estudio en estudiantes de Educación Media (grados décimo y undécimo) de los colegios oficiales, de la zona urbana de los 26 municipios del Departamento. Según datos oficiales de la Secretaría de Educación Departamental, este grupo poblacional sumó para septiembre de este año 9.584 estudiantes.

Esperamos complementarlo en 2007 con los equivalentes de la zona rural de los 26 municipios y los de Manizales. Restarían, para una tercera etapa los adolescentes y adultos jóvenes no escolarizados.

1.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Debido a que la incidencia y prevalencia de los fenómenos estudiados son desconocidas decidimos establecer a través del programa EPI6, una muestra con los siguientes parámetros: un nivel de confianza del 95%, una prevalencia del 48% y un peor error esperado del 45%. Así las cosas, con el universo citado (9.584 estudiantes) la muestra sugerida por el programa de cálculo estadístico fue de 959 estudiantes (el 10% del universo).

Una vez conocido el tamaño de la muestra, la distribuimos porcentualmente de manera proporcional al número total de estudiantes de educación media de los colegios oficiales de la zona urbana de cada municipio del Departamento (para la distribución detallada dirigirse a la tabla que en tal sentido aparece como anexo al final del documento).

Ya en cada municipio se seleccionó la fusión educativa de la zona urbana de mayor número de estudiantes para aplicar allí el instrumento. Una vez en el colegio seleccionado se nominó cada uno de los grupos de grados décimo y undécimo con una letra del alfabeto partiendo de la "a" en orden ascendente y consecutivo hasta incluirlos a todos; sendas tarjetas con las letras correspondientes se metieron en una bolsa y se escogieron una a una hasta que el número de grupos seleccionados incluyera al doble de estudiantes requeridos como muestra. En el grupo o grupos así seleccionados se tomaron, por orden de lista, estudiantes correspondientes a los números pares en orden ascendente y consecutivo hasta llenar el número total requerido y se les aplicó el instrumento (para ver las indicaciones al detalle dirigirse al anexo que en tal sentido aparece al final del documento).

1.5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Con el fin de respetar la libre participación en el estudio, la confidencialidad en la recolección y procesamiento de la información aportada, y crear las condiciones adecuadas para el diligenciamiento del mismo, se incluyeron en cada ejemplar del instrumento instrucciones precisas (para ver las indicaciones al detalle dirigirse a la tabla que en tal sentido aparece como anexo al final del documento).

1.6. RESULTADOS DEL ESTUDIO

1.6.1. POBLACIÓN ANALIZADA

La muestra quedó finalmente conformada (respetando las reglas antedichas para su selección) por 645 hombres, que representan el 48%, y, 710 mujeres, que suman el 52% restante. La edad promedio de ellos fue de 16 años 11 meses y de ellas de 16 años 7 meses.

1.6.2. SEXUALIDAD EN LA INFANCIA

Niños y niñas tienen una vida sexual activa; lo que ocurre es que esa función sexual no es erótica ni reproductora: es infantil. La razón: no han experimentado el despertar hormonal puberal. Las consecuencias: las actividades y relaciones sexuales no son motivadas por deseo sexual sino por curiosidad; y, el placer experimentado no es orgásmico sino de menor intensidad y más inespecífico.



Solitarias en la infancia

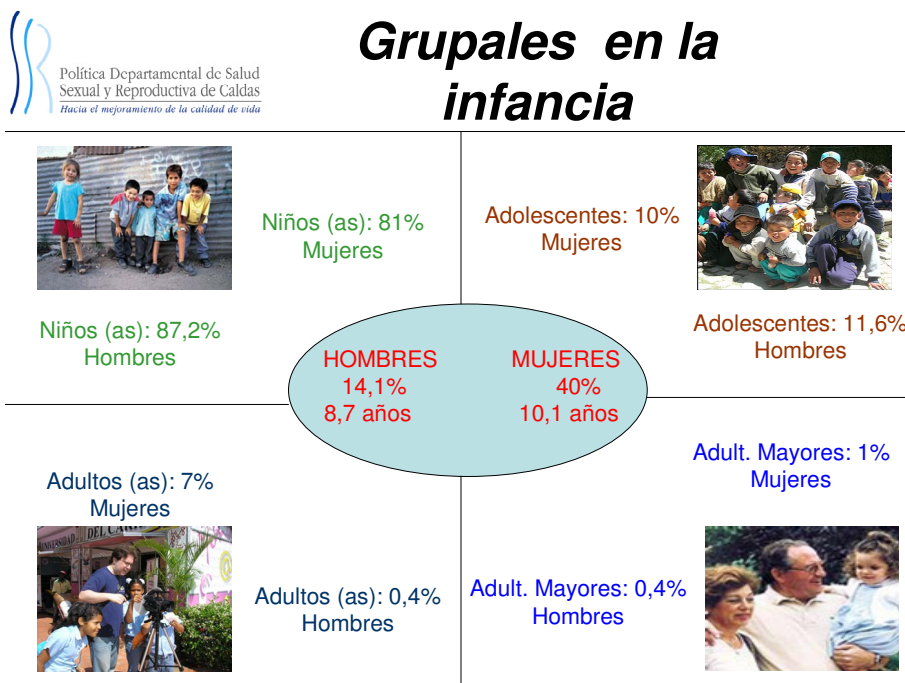


Hombres	Mujeres
63,3%	20,9%
10,5 años	9,2 años

El 63,3% de los encuestados dicen haber tenido actividades exploratorias solitarias en la infancia y haberlas iniciado en promedio a los 10,5 años, mientras que el 20,9% de ellas dicen haberlas vivido empezando en promedio a los 9,2 años.

vale la pena aclarar que en la infancia no se habla de masturbación sino de actividades sexuales autoexploratorias ya que ella tiene el carácter erótico y como tal requiere del sustrato hormonal del que se carece en esta edad. Son ellas actividades que permiten reconocer la sensibilidad especial de los genitales e integrarlos de manera armónica al esquema corporal.

Llama la atención la gran diferencia intersexual reportada en la expresión de esta conducta. Los niños tienen menos censura social en cuanto a la exploración de sus genitales¹ mientras que las niñas enfrentan un veto real para ella². Sumado a esto, la disposición anatómica de los genitales masculinos (con fácil acceso y visibilidad) y su participación tanto de la función sexual como urinaria hacen que los niños puedan familiarizarse con mayor facilidad a ellos que las niñas. Las consecuencias: nuestras mujeres encuentran un obstáculo para apropiarse de sus genitales como una parte integral de su esquema corporal, como reflejo de ello, les cuesta adueñarse de su sexualidad (no puedo señorearme de lo que no es mío), y así, les es difícil construir hábitos sexuales saludables³.



¹ Que en no pocas ocasiones es valorada como expresión de masculinidad y celebrada como motivo de regocijo familiar: “salió machito como el papá”.

² Si se toca: “se va a volver lesbiana”, o, “se va a perjudicar”.

³ Para hacer referencia exclusiva a las implicaciones del punto presente de análisis en el componente erótico de la función sexual, en no pocas ocasiones, la recomendación para una mujer adulta que consulta al servicio de terapia sexual involucra la realización de ejercicios en casa que evocan o toman el lugar de esas actividades autoexploratorias que en un desarrollo psicosexual sano debió hacer vivido de manera espontánea en la infancia.

El 40% de los encuestados dijeron haber participado en juegos sexuales en grupo durante la infancia al igual que el 14,1% de las encuestas. Estos juegos fueron vividos mayoritariamente con otros infantes (H: 87,2%. M: 81%), secundariamente con adolescentes (H: 11,6%. M: 10%) y en menor proporción con personas adultas (H: 0,4%. M: 7%) y adultas mayores (H: 0,4%. M: 1%).

La importancia de estas actividades radica en la posibilidad de iniciar el camino de conformación de la Identidad Sexual a través de procesos de identificación y comparación. Son criterios de normalidad para evaluar estas conductas el que quienes participan en el juego lo hagan de manera voluntaria, sin coacción alguna o forzados a hacerlo, e, *idealmente*, que todos quienes participen estén por debajo del despertar hormonal.

Es llamativo, nuevamente, la gran diferencia porcentual intersexual en la expresión de este tipo manifestaciones. No menos llamativo lo es el hecho que el 12,4% de los encuestados y el 18% de las encuestadas que reportan esta experiencia refieran haberlas tenido **no** con otros niños y niñas sino con adolescentes, personas adultas y adultas mayores⁴.

1.6.3. EL DESPERTAR SEXUAL

Reaparecen las hormonas y con ellas afloran las funciones erótica y reproductora. Se deja atrás la niñez para despertar a la pubertad (cambios físicos) y la adolescencia (componente psicosocial).



Deseos sexuales



Hombres	Mujeres
97,8%	83,9%
12,1 años	13,6 años

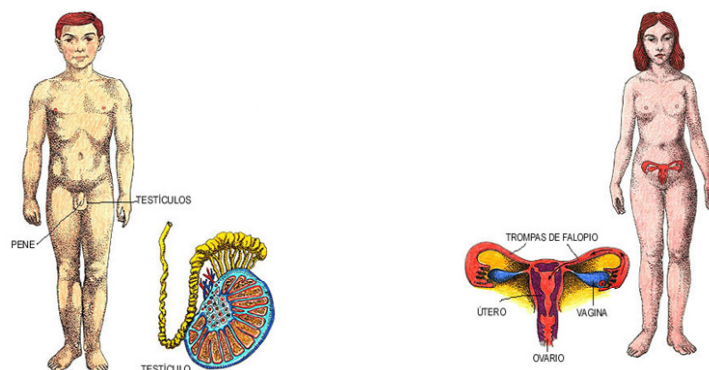
⁴ El efecto de este tipo de experiencias en el desarrollo psicosexual individual tiene un peso diferente en cada persona.

El 97,8% de los encuestados y el 83,9% de las encuestadas dijeron haber experimentado ya deseos eróticos; ellos por primera vez a los 12,1 años y ellas a los 13,6 años.

Tanto en los estudios previos de Alzate y su equipo, como en los reportados en la literatura científica mundial, es una constante la diferencia intersexual en la frecuencia e intensidad del nivel de deseo sexual reportado. En nuestro estudio esta diferencia se extendió a la edad de aparición del deseo sexual en uno y otro sexo. Se postula, que por encima del condicionamiento sociocultural que conmina a que “una buena mujer” no exprese exuberantemente su deseo sexual y sexualidad en general, haya, dado lo iterativo de reportes en ese sentido, un sustrato biológico que marque un nivel de base de deseo sexual mayor para el sexo masculino que para el femenino.



Madurez reproductora



Hombres	Mujeres
92,9%	96,9%
13,05 años	12,6 años

El 92,9% de los encuestados habían tenido su torarquía⁵ y el 96,9% de las encuestadas su menarquía; ellos a los 13,1 años y ellas a los 12,6 años.

Con la mejoría en las condiciones nutricionales (así no sea universal), y al parecer, de la mano de factores de tipo ambiental, ha habido una disminución paulatina en las edades de presentación de estos fenómenos que marcan el despertar de la función reproductora. Al respecto un par de reflexiones.

⁵ Primera eyaculación.

La expectativa de vida de los seres humanos apenas se empezó a prolongar en el último par de siglos; nuestra historia de vida siempre demandó que una vez conseguida la madurez reproductora empezara a ejercerse; como consecuencia, en la mayoría de las culturas, incluida la nuestra, construimos como un valor absoluto el ejercicio de la maternidad.

Dos generaciones atrás, nuestras abuelas, que tenían su menarquia más tardíamente que lo que está ocurriendo con sus nietas, apenas si se acercaban a ella y ya eran reconocidas socialmente como “en edad de merecer”. Formalizaban una unión y empezaban a ejercer su función reproductora o viceversa (ya que los sistemas de control social así lo demandaban), ese, en muchos casos, era el sentido de vida incuestionable de la mujer y su condición.

Dos generaciones después, esperamos que las adolescentes pospongan el ejercicio de su función reproductora al menos a la tercera década de sus vidas (los veintitantos años). Es este un cambio muy fuerte para darlo tan rápido. Es llamativo que muchas gestaciones de adolescentes no son fortuitas o por imprevisión sino buscadas⁶; sigue siendo difícil encontrar un sentido válido a la vida, y cuando el horizonte se torna complicado o poco prometedor, afloran razones atávicas que aportan sentido a la vida de la mujer y a la condición femenina.

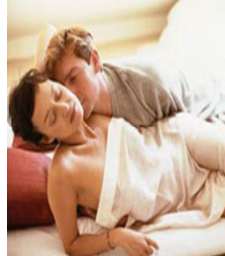
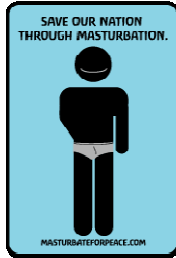
Por ello, en el marco de la conceptualización de la Política Nacional de SSR (PNSSR) pretendemos en Caldas trascender la percepción de la anticoncepción y de la misma planificación familiar para acceder a una educación que le permita a las personas captar que la función sexual es dual: erótica y reproductora, que conscientemente se puede decidir en qué momento de la vida ejercer la una o la otra y lo que ello implica (lo que en la PNSSR se esboza como “opción procreativa”).

1.6.4. EXPERIENCIAS SEXUALES

Nuestra cultura enfrenta dificultades con el ejercicio de su función sexual, entre otras cosas, porque confunde sus dos componentes, el erótico y el reproductor. Prueba de ello, es que limita el ejercicio sexual al coito vaginal; actividad esta que abre las puertas de lo reproductor pero no necesariamente de lo erótico (especialmente para la mujer).

⁶ Como lo refiere un estudio de casos que en tal sentido adelantó la Fundación FESCO en el que una de las madres adolescente entrevistadas refería: “si alguna vez en la vida lo iba a hacer simplemente me adelanté un poco”.

Primer orgasmo



Hombres	Mujeres
65,6%	42,7%
Penetración: 54,9%	Penetración: 71,6%
Masturbación: 34,5%	Masturbación: 8,1%

El 65,6% de los encuestados y el 42,7% de las encuestadas habían experimentado ya la sensación orgásmica; ellos por primera vez a los 13,7 años en promedio y ellas a los 15,2 años. Las vías más comunes para acceder a él fueron en los hombres el coito vaginal (54,9%) y la masturbación (34,5%) mientras que para las mujeres esas mismas actividades representaron el camino para el primer orgasmo en el 71,6% y 8,1% respectivamente.

Nuevamente aparecen diferencias intersexuales marcadas, en este caso para la vivencia de la sensación orgásmica.

Llama la atención que el coito vaginal aparezca como el camino mayoritario para llegar a ese primer orgasmo en las mujeres encuestadas, y además, que la masturbación tenga una significación porcentual tan baja a pesar de que el conocimiento sexológico ha establecido que los niveles de orgasmicidad⁷ son mucho más altos a través del estímulo clitorídeo (masturbación, por ejemplo) que a través de la misma penetración vaginal.

La posible explicación de esta aparente contradicción puede ser la pretensión cultural de limitar el ejercicio de la función sexual a la penetración vaginal⁸ y el censurar las actividades autoeróticas como nocivas o inadecuadas. Así las cosas, al ser el coito el camino más recorrido, porcentualmente toma mayor peso como la vía orgásmica; aunque su orgasmicidad sea pobre. Y, al considerarse inadecuada, se

⁷ Orgasmicidad: posibilidad de llegar al orgasmo a través de un estímulo dado.

⁸ Denominado coitocentrismo.

practica poco la masturbación (más adelante veremos cuánto), no se depura la técnica hasta hacerla precaria o se suprime como estímulo antes de desencadenar el orgasmo. El coitocentrismo genera situaciones reales de riesgo para el ejercicio de la función sexual; analicemos tres importantes:

En lo erótico. Al desconocer que es un estímulo dispar, excelente para el hombre y mediocre para la mujer, y limitar la expresión sexual en pareja heterosexual a él, se genera gran ansiedad entorno a conseguir una respuesta placentera simétrica a través de un encuentro coital. Con gran facilidad esa llamada “ansiedad de desempeño” puede bloquear la respuesta sexual, y, como efecto contradictorio, generar por ejemplo pérdida de control eyaculatoria o disfunción eréctil, en el hombre, o, dispareunia⁹ o anorgasmia¹⁰, en la mujer.

En lo reproductor. Con la pretensión de la búsqueda del placer sexual se llega a una actividad coital vaginal, que sin ser la mejor vía para él, si es una puerta con doble entrada: se entreabre la opción placentera y se abre de par en par la reproductora.

En lo higiénico. Es el coito vaginal una relación sexual de riesgo para la adquisición o transmisión de una infección sexual.

Es decir, sin ser el postre más sabroso, si no se tienen hábitos higiénicos adecuados, puede producir dolores de estómago e indigestiones.

Masturbación



Hombres	Mujeres
83,3%	20,3%
12,5 años	13,2 años

⁹ Dispareunia: dolor a la penetración vaginal.

¹⁰ Anorgasmia: imposibilidad de experimentar el orgasmo.

De los encuestados, el 83,3% reportaron haberse masturbado y haberlo hecho por primera vez a los 12,5 años; al igual que el 20,3% de las encuestadas, quienes lo hicieron por primera vez en promedio a los 13,2 años.

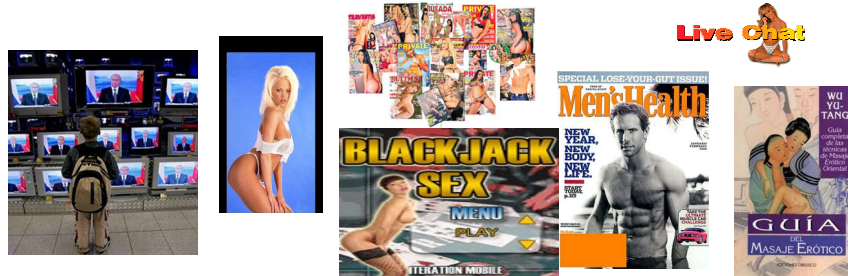
En la medida que se avanza en la escala evolutiva los comportamientos paulatinamente pierden su control instintivo y toma un papel relevante el aprendizaje. Las consecuencias de este hecho son ignoradas en el ejercicio de la función erótica en la que se parte de la suposición que el deseo, y desde finales del siglo XVIII la expresión de amor romántico, son suficientes para un ejercicio adecuado de la función sexual dejando de lado el componente de aprendizaje (por lo demás aceptado en muchos otros ámbitos). Las actividades autoeróticas en la adolescencia son ese primer paso en el aprendizaje para la vivencia de una sexualidad sana.

Los datos obtenidos en el presente estudio dan cuenta, nuevamente, de una diferencia intersexual marcada. Ya hicimos algunos comentarios de cómo ese veto social para la expresión sexual femenina se puede configurar en situaciones reales de riesgo y disminución de calidad de vida sexual para ella. Haremos ahora algunos comentarios en cuanto a las implicaciones que genera para el hombre.

La experiencia masturbatoria, dentro de los límites de normalidad sexual¹¹, no solamente reporta placer sino que es parte fundamental de un proceso de aprendizaje erótico que permitirá el ejercicio de una sexualidad sana y placentera a lo largo de la vida. A través de ella, vivida de manera adecuada, los hombres consiguen un par de logros significativos: tener un buen control eyaculatorio y perder el miedo a la erección. Cuando se experimenta con culpas, clandestinamente (a ocultas con la percepción de ser inadecuada) o de manera compulsiva, no se consiguen dichos aprendizajes y la sexualidad adulta sufre las consecuencias de tales vacíos.

¹¹ Que no cause daño físico ni psicológico para las personas implicadas o terceras personas, que no se practique de manera exclusiva o compulsiva.

Pornografía



Hombres	Mujeres
91,8%	89,4%
Primera vez:	Primera vez:
Excitación: 68,3%	Excitación: 32,4%
Indiferencia: 3,9%	Indiferencia: 18,8%
Última vez:	Última vez:
Excitación: 50,9%	Excitación: 27,9%
Indiferencia: 12,5%	Indiferencia: 25,2%

El 91,8% de los encuestados y el 89,4% de las encuestadas se han expuesto a material impreso o audiovisual sexualmente explícito. Ante la primera exposición, reaccionaron con excitación sexual el 68,3% de ellos y el 32,4% de ellas, y con indiferencia el 3,9% de ellos y el 18,8% de ellas. Ante la última exposición, reaccionaron con excitación sexual el 50,9% de ellos y el 27,9% de ellas, y con indiferencia el 12,5% de ellos y el 25,2% de ellas.

Al igual que toda lo que toma el carácter de mercancía, la pornografía está sujeta al riesgo de sufrir deformaciones y descontextualizaciones con el fin de hacerla supuestamente más apetecible (en cuanto a metas de desempeño, ideales de belleza y el esquema de relaciones intersexuales que muestra). Hace un par de décadas el gobierno norteamericano contrató una comisión llamada “de la obscenidad y la pornografía” para medir el efecto de la exposición ante tales estímulos. Después del análisis (coincidente con estudios posteriores) se concluyó que el efecto mayor ante la exposición a ella es el de habituación¹²; es decir, que la exposición repetida hace que el efecto sea cada vez menos intenso y se tienda a la indiferencia; como lo muestran los datos de nuestro estudio en ambos sexos. De manera complementaria, el estudio norteamericano y el conocimiento sexológico actual, llaman la atención sobre el daño potencial del material pornográfico que involucra a menores de edad o contenido violento.

¹² No confundir habituación con adicción.

Internet

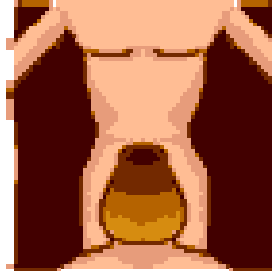


Hombres	Mujeres
29,5%	9,2%

De los encuestados, el 29,5% de ellos y el 9,2% de ellas habían tenido experiencias sexuales por la Internet.

A medida que la tecnología avanza se desarrollan nuevas interfases que tienden a complementar las posibilidades de interacción humana con el medio y con sus pares. A pesar que el acceso al servicio de la Internet no discrimina por sexo, es de más uso, con fines eróticos, por parte de los encuestados que de las encuestadas. Llama la atención que la variedad de esta actividad más practicada es la visita a páginas de contenido sexualmente explícito y así podríamos entender esta diferencia intersexual en la frecuencia de uso dado que el estímulo visual es mucho mejor asimilado por el hombre que por la mujer. Si vemos la contraparte, esperaríamos que las conversaciones eróticas a través de la red, que favorece más la forma de asimilación de estímulos psicosexuales femenina: la audición, fuera la más practicada por ellas, pero tampoco es así. Debemos entonces entrar a considerar los condicionantes de tipo sociocultural que hacen, que aún en la intimidad, las mujeres sientan coartadas sus posibilidades de expresión sexual (para, supuestamente, no convertirse en “malas mujeres”: evas o magdalenas), o, nuevamente las de tipo biológico que hablan de una diferencia consustancial al sexo del nivel de deseo sexual y de frecuencia de actividades sexuales con rangos menores para la condición femenina.

Bucogenitales



Hombres 21,2%	Mujeres 17%
------------------	----------------

Además de otras formas activas y pasivas de sexo oral; el 21,2% de los encuestados y el 17% de las encuestadas refirieron haber estimulado los genitales de otra persona.

Constituye la boca una zona a la que sumada su gran sensibilidad se le ha dado en nuestra cultura un manifiesto carácter erótico: “¡Un beso! Emoción divina que en la vida disfrutamos; cita que se dan dos almas para juntarse en los labios”¹³ A pesar de que su frecuencia de presentación es apenas la tercera parte de la penetrativa vaginal, el llamado sexo oral tiene ya un valor significativo en el menú erótico de nuestros adolescentes y jóvenes. Lejos de riesgos reproductores sí conlleva los de transmisión o adquisición de infecciones sexuales si no se tienen en cuenta los medios higiénicos de protección. Llama la atención la ausencia en material educativo, campañas de prevención, disponibilidad en el mercado y en el mismo conocimiento del personal de salud de la importancia del uso de láminas de látex saborizadas como medio protección en este tipo de prácticas (cunilinto¹⁴ y anilinto¹⁵). En medio del desarrollo de la PDSSR tendremos que entablar acciones claras para llenar estos vacíos en los ámbitos correspondientes.

¹³ Gregorio Gutiérrez González.

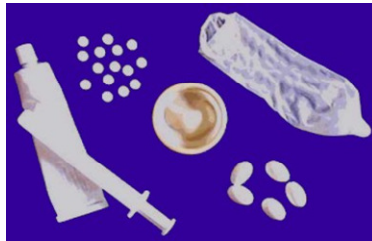
¹⁴ Cunilinto: estímulo bucal de la vulva (genitales externos femeninos).

¹⁵ Anilinto: estímulo bucal del ano y la zona perianal.

Coito vaginal

Hombres

67%
 14 años 1 mes
 Con quién:
 Amigo (a): 44%
 Novio (a): 36,6%
 Razones:
 Amor: 19%
 Deseo: 59,5%
 Embriaguez: 9,7%
 Planeado: 54,2%
 Condón: 45%
 Anticoncepción: 26,6%
 Dolor: 50,5%
 Orgasmo: 66,9%
 Actual:
 Condón: 36,1%
 Anticoncepción: 31,5%
 Escogencia: 52,4%



Mujeres

46,8%
 15 años 5 meses
 Con quién:
 Amigo (a): 12,7%
 Novio (a): 80,4%
 Razones:
 Amor: 53,6%
 Deseo: 22,9%
 Embriaguez: 5,7%
 Planeado: 66,3%
 Condón: 54,5%
 Anticoncepción: 36,4%
 Dolor: 88%
 Orgasmo: 34,6%
 Actual:
 Condón: 31,6%
 Anticoncepción: 35,5%
 Escogencia: 43,1%

Al momento del estudio, ya habían practicado el coito vaginal el 67% de los encuestados y el 46,8% de las encuestadas con una edad de inicio promedio de 14 años 1 mes para ellos y de 15 años 5 meses para ellas.

A pesar de las supuestas motivaciones eróticas, en una relación sexual en pareja heterosexual se sigue dando prelación a la penetración vaginal como la actividad sexual por antonomasia.

Nuevamente aparecen las diferencias intersexuales significativas en cuanto a la frecuencia y edad de inicio del coito vaginal; pero, como lo veremos en los párrafos siguientes, se le suman ahora otros rasgos diferenciales en torno a su ejercicio entre hombres y mujeres.

Mientras los encuestados dijeron haber tenido su primera penetración vaginal con una amiga (44%) o con la novia (36,6%), las encuestadas dijeron haberla tenido con el novio (80,4%) o con un amigo (12,7%). Mientras ellos refirieron como motivo principal para haberla tenido el deseo (59,5%) y el amor (19%), ellas expresaron como motivo principal el amor (53,6%) y el deseo (22,9%).

Es decir, que una hipotética pareja heterosexual adolescente en su primera penetración vaginal **el** llega **por deseo** y la ve a ella como **una amiga** mientras que **ella** llega **por amor** y lo ve a él como su **pareja afectiva**. Son estos patrones de comportamiento que caben dentro del llamado criterio de Permisividad Amorosa el cual establece que debe haber una

justificación en el amor romántico para darle validez al ejercicio de la función erótica. Al confundir así su función erótica con la expresión de amor romántico pueden ponerse en situaciones de vulnerabilidad: al momento del enamoramiento se está en un “estado de locura transitoria” que no permite ver los riesgos; si se ven, se corren porque se tiene una percepción de invulnerabilidad; y además, no se demanda protección porque parte de esta embriaguez se manifiesta en una confianza desmedida en la otra persona. Si ha esto le sumamos la suposición actual que le da un valor adicional al amor como un hecho espontáneo, que “se dio”, al confundir al erotismo con el enamoramiento se espera que este también sea espontáneo, “no lo tenía planeado, se dio”. A través de este último camino se restringen las posibilidades de hacer un ejercicio consciente de la sexualidad y con ello la posibilidad de prever, planear y afinar unos hábitos sexuales adecuados. A tal punto, que el principal factor sociocultural para que nuestros adolescentes se involucren en situaciones de riesgo en el ejercicio de su vida sexual es la confusión que hacen entre estos dos aspectos: erotismo y amor romántico.

El 9,7% de los encuestados y el 5,7% de las encuestadas reportaron haber estado en estado de embriaguez al momento de su primera penetración vaginal.

Si no se logra captar la posibilidad del ejercicio sexual como fruto de un proceso consciente de opción, se abre paso a caminos alternos que dejan de lado el compromiso personal y social que implica actuar como consecuencia de un proceso personal deliberado y voluntario de decisión: la embriaguez. En este plano de acción la mayoría de las conductas protectoras se pierden y se ejerce la sexualidad en condiciones de riesgos higiénicos y reproductores.

El 54,2% de los encuestados y el 66,3% de las encuestadas dijeron haber planeado su primer coito vaginal con antelación. Así mismo, usaron condón en él, el 45% de ellos y el 54,5% de ellas, y método anticonceptivo el 26,6% de ellos y el 36,4% de ellas.

Si consideramos como las primeras derivaciones de riesgo de una actividad coital vaginal a la posibilidad de una gestación (temprana, no planeada o francamente indeseada) y la adquisición o transmisión de una infección sexual, llama la atención que las personas encuestadas manifestaran que su primera penetración vaginal fue planeada y a renglón seguido refieran un uso precario de condón y de métodos anticonceptivos, ¿qué planearon? Podríamos pensar que el disfrutar de ese encuentro sexual, sin embargo, el **50,5%** de los **encuestados** y el **88%** de las **encuestadas** expresaron que ese primer coito vaginal fue **doloroso**.

Cuando a través de cualquier actividad generamos dolor, nuestro sistema nos está informando que debemos detener ese comportamiento y posponerlo, modificarlo o prepararnos para él. Cuando en medio de cualquier actividad sexual se presenta dolor¹⁶, el cuerpo está diciendo a esa persona: “no siga adelante que no sabe cómo”, “no siga adelante que no es el momento, que no está preparada”. Nuestra gente se involucra en relaciones sexuales fuertes (en este caso penetración vaginal) sin los aprendizajes previos y por ello no solo le generan dolor y deja de disfrutarlas¹⁷, sino que al carecer de esas estrategias previas se pone en situaciones de riesgo (higiénicos y reproductores). El supuesto de trasfondo: “penetrar es lo máximo”, “es coger el cielo con las manos”, el non plus ultra, y solo se requiere para ello tener ganas o estar enamorado. Pues no, se requiere un proceso sistemático de aprendizaje previo.

Ya en el contexto de los hábitos sexuales actuales (no de la primera vez) en torno al coito vaginal, el 36,1% de los encuestados y el 31,6 de las encuestadas reportaron usar condón siempre que la practican; así mismo, el 31,5% de ellos y el 35,5% de ellas dijeron usar un método anticonceptivo siempre que la practican.

Nuevamente vemos cómo el ejercicio consciente de la función sexual a través de la construcción y práctica de unos hábitos sexuales adecuados que permitan ejercerla en condiciones seguras y placenteras está aún lejano en nuestra cultura: las personas se ponen en situaciones de riesgo y no disfrutan de ese gran logro humano (el erotismo). Con estos datos tenemos que pensar que solo la sumatoria favorable de las posibilidades reales de adquirir tal o cual infección sexual a través de esta o aquella relación sexual hacen que no estemos enfrentados a un panorama apocalíptico en salud pública. De igual manera, la probabilidad real de generar una gestación a través de relaciones sexuales de riesgo pareciera tratar con blanda mano a una comunidad que está lejos de ejercer conscientemente la función reproductora como quien acoge una invitación generosa de la cadena de vida al maravilloso ejercicio de la procreación.

De quienes usan métodos anticonceptivos, el 52,4% de ellos y el 43,1% de ellas los escogieron por recomendación un una persona amiga o pariente.

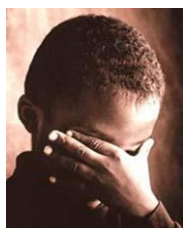
¹⁶ Así sea el primer coito vaginal, o si la persona lo decidió dentro del marco de normalidad ya planteado, anal.

¹⁷ Sólo el 66,9% de los encuestados experimentaron orgasmo en el primer coito –cuando la probabilidad es cercana al 100% en el hombre–, mientras que sólo refirieron la sensación orgásmica el 34,6% de las encuestadas –cuando la probabilidad de llegar el orgasmo por penetración vaginal en la mujer se acerca al 50%

Es esta una reflexión fuerte para el sistema de salud; esa personas que acceden a métodos anticonceptivos fuera del sistema están expuestas a un triple riesgo: el método que usa puede no ser el recomendado para ella, no está en controles periódicos, y, bajo la supuesta protección para una gestación no deseada sumada a la carencia de educación por no asistir a unos controles idóneos en el sistema de salud se puede poner en situaciones de riesgo para la adquisición o transmisión de infecciones sexuales (como suele ocurrir cuando el uso de un método anticonceptivo no va de la mano de la doble protección y una educación sexual positiva).



Forzado



Hombres 2%	Mujeres 3,1%
---------------	-----------------

El 2% de los encuestados y el 3,1% de las encuestadas manifestaron haber participado de manera forzada en actividades sexuales.

En una cultura que no ha descifrado la condición gratuita y placentera de la sexualidad humana, y que pone al ejercicio de la función erótica en contextos que no le pertenecen con implicaciones y valoraciones que trascienden la simpleza de su condición, es inevitable que surgen maneras atípicas y viciadas en su ejercicio, una de ellas es la violencia sexual en todas sus formas.

Placer



Hombres	Mujeres
43,3%	22,3%

Finalmente, el 43,4% de los encuestados y el 22,3% de las encuestadas consideran lícita la búsqueda gratuita del placer sexual, es decir, por encima de implicaciones amorosas y reproductoras.

La especie humana es la única que ha trascendido la sobrevivencia como motivación de vida y ha alcanzado la posibilidad de disfrutar de la existencia, el placer, como una nueva opción vital. Al margen de estas reflexiones y su trascendentalidad, es crucial tener claro que si bien todas las funciones vitales que velan por la sobrevivencia del individuo demandan un cumplimiento perentorio, las que abren la posibilidad placentera no. Los placeres musical, gastronómico, intelectual, espiritual, entre otros, no son indispensables para la vida, no demandan un cumplimiento perentorio, son optativos en su ejercicio y como tales caen bajo el dominio de lo consciente. Placer no significa desenfreno ni irresponsabilidad. Un punto crucial para tener una sexualidad sana es que las personas puedan captar que como función placentera el erotismo se debe ejercer conscientemente; que se puede decidir en qué momento ejercerlo, con quién, de qué manera, qué riesgos se van a correr y cómo conjurarlos; y segundo, que en su carácter gratuito sólo aporta la simple posibilidad de disfrute.

2. CONOCIMIENTOS SEXOLÓGICOS DEL PERSONAL DOCENTE Y PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

2.1. ANTECEDENTES

La Política Departamental de SSR de Caldas tiene como uno de sus rasgos distintivos y fortalezas el Enfoque Sexológico de SSR: "...Es decir, lee la problemática y las maneras de intervención desde la construcción sociocultural que se le da al hecho sexual y su ejercicio, y no desde los enfoques médico y educativo tradicionales".

En consecuencia, requerimos saber el nivel de conocimiento sexológico de los dos sectores llamados a hacer una intervención directa en la problemática desde la misma perspectiva: educación y salud.

La pretensión no es buscar culpables o hacer señalamientos, sino, por el contrario, saber las condiciones de partida para, de una parte, diseñar estrategias de intervención pertinentes, y de la otra, poder hacer mediciones posteriores que permitan cuantificar el estado de avance en la implementación de la PDSSRC.

2.2. DEL INSTRUMENTO

Tomado previa autorización de los titulares de la herramienta denominada Análisis de Conocimientos y Actitudes (ACSEX) elaborada, afinada y baremada por el equipo de trabajo en sexualidad humana de la Universidad de Caldas (Alzate, Villegas y Useche), seleccionamos 33 del total de 75 preguntas que cubren los conocimientos sexológicos básicos. El texto de las preguntas, la forma de puntuación y demás corresponden exactamente a las utilizadas por el equipo original.

2.3. EL UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo seleccionado fue el cuerpo docente del sistema educativo formal oficial de básica primaria, básica secundaria y educación media, y, los profesionales de salud que laboran en la red pública de los 26 municipios del Departamento de Caldas (para esta primera fase del estudio, por consideraciones de tipo logístico y administrativo, decidimos no incluir al Municipio de Manizales).

Según datos suministrados de manera oficial por la Secretaría Departamental de Educación de Caldas, para septiembre de 2006 ese grupo poblacional ascendía a 2.754 personas.

De otro lado, según datos internos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para septiembre de 2006 el

grupo de profesionales de la salud de la red pública de los 26 municipios del Departamento ascendía a 416 personas.

2.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para su cálculo utilizamos el programa estadístico EPI6. Con base en un Nivel de Confianza del 95%, una Prevalencia de 48% y un Peor Error Esperado del 45% obtuvimos una muestra sugerida de 768 docentes, correspondiente al 27,88% del universo, y, 299 profesionales de salud correspondiente al 71,87% del universo.

A partir de allí, distribuimos la muestra proporcionalmente al universo local en los 26 municipios de Caldas objeto del estudio.

Para ver los datos al detalle recurrir al anexo número 1, al final de esta publicación, tabla: Universo y muestra del estudio.

2.5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para garantizar las condiciones ideales de la muestra se siguieron indicaciones precisas por parte de los Profesionales de Vigilancia en Salud Pública de la Subdirección de Salud Pública, de la DTSC, quienes fueron los directamente encargados de la aplicación del instrumento(ver anexo al respecto al final del documento).

De igual manera se dejó en claro el carácter anónimo en el diligenciamiento del instrumento y de absoluta confidencialidad en el procesamiento y presentación de la información (ver anexo al respecto al final del documento).

2.6. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Como puede apreciarse en la tabla al final del documento, el nivel general de Conocimientos Sexológicos del personal docente en el Departamento fue de 27 puntos sobre 100, mientras que la del personal profesional de salud fue de 39/100.

Como lo decíamos en la introducción a este aparte, si un rasgo intencional y característico de la Política Departamental de SSR en Caldas es el Enfoque Sexológico, debemos empezar por fortalecer esta perspectiva y conceptualización desde el mismo pregrado de las facultades de ciencias para la salud y licenciaturas; de igual manera, en los programas de postgrado y educación continuada en salud y educación. Sin dejar de lado el fortalecimiento del conocimiento médico en cada una de las seis líneas que conforman la PDSSR.

3. ACTITUDES SEXUALES DEL PERSONAL DOCENTE Y PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

3.1. ANTECEDENTES

Para ser agente educador sexual positivo se requieren al menos tres ingredientes: solvencia pedagógica, un buen nivel de conocimiento sexológico, y, principalmente, una actitud sexual positiva.

Decidimos medir, a través de una escala cualitativa, el índice de Liberalidad Sexual del cuerpo docente y personal de salud del departamento de Caldas.

3.2. DEL INSTRUMENTO

Con base en el conocimiento vigente y experiencias previas diseñamos y afinamos un instrumento que indaga la actitud sexual de personas adultas en cuatro aspectos: cómo se sienten con su propia sexualidad (autoerotismo), qué tanto generan o padecen violencia de género (machismo-victimismo), qué criterio de ética sexual profesan (doble patrón, permisividad amorosa, hedonismo irresponsable, hedonismo responsable) y, finalmente, qué tanto generan o padecen violencia por intolerancia a la diversidad sexual (homofobia, heterosexismo).

El índice establece un continuo de liberalidad sexual que va de grado uno a grado cinco. Las puntuaciones que se acercan a grado uno corresponden a un índice de liberalidad bajo: polo conservador. Las puntuaciones que se acercan a cinco corresponden a un índice de liberalidad alto: polo liberal. En términos generales se espera que personal docente y prestador de servicios de salud se acerque al polo liberal; así, puntajes entre 4,5 y 5 serían ideales, los que van entre 4 y 4,5 aceptables. Los puntajes inferiores a 4 representan un nivel actitudinal tal que puede generar sesgos de intervención y crear obstáculos para la prestación de un servicio adecuado.

3.3. EL UNIVERSO DE ESTUDIO

Ver ítem 2.3.

3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Ver ítem 2.4.

3.5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ver ítem 2.5.

3.6. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Para ver los resultados al detalle puede dirigirse a la tabla que en tal sentido está al final del presente documento.

AUTOEROTISMO

Indaga esta categoría en qué medida se ha integrado la sexualidad como una dimensión gratuita y placentera a la estructura general de la persona.

El promedio del cuerpo docente en este aspecto fue de 3,69 puntos mientras que el de profesionales de la salud de 4,00 puntos.

Así las cosas, es importante favorecer en los procesos de formación de recurso humano no solo el componente de conocimientos sexológicos, sino, facilitar la construcción de procesos de reflexión personal en torno al significado y papel de la sexualidad en la conformación personal y su impacto en la calidad de vida.

GÉNERO

Se dirige esta categoría a indagar acerca de qué tanto la persona en cuestión genera o padece violencia de género: ser mujer es mantener una actitud pasiva ante la vida, siempre requiere de una sombra masculina que le dé abrigo y un lugar social, la maternidad no como una opción sino como sentido único de vida; ser hombre es tener más (no solo bienes sino también beber más, conducir temerariamente, más actividad y parejas sexuales), inexpresividad afectiva con explosiones de violencia física y verbal, entre otros.

En este ítem el cuerpo docente puntuó con 3,97 mientras que el personal profesional de salud lo hizo con 4,17. Cercano el primero a un nivel aceptable y el segundo ya en él vale la pena seguir trabajando en tal sentido.

ÉTICA SEXUAL

Busca medir qué criterio de ética sexual se profesa. El puntaje promedio del cuerpo docente fue de 3,30 puntos mientras que el de salud fue de 3,61. Ambos se ubican dentro de los criterios tradicionales, el primero hacia el denominado doble patrón y el segundo entre éste y el llamado permisividad amorosa¹⁸.

DIVERSIDAD SEXUAL

Esta última categoría indaga qué tanto la persona genera o padece violencia por intolerancia a la diversidad sexual. De manera llamativa, es este ítem en el que más bajo puntúan los dos grupos analizados. El personal docente apenas llega a 3,28 puntos mientras que los profesionales de salud sólo llegan a 3,50 puntos. Si partimos del hecho que el 15% de las personas adultas no son heterosexuales, ese tipo de actitudes

¹⁸ Como lo habíamos señalado en la introducción, quien a título individual o institucional quiera profundizar en los fundamentos teóricos del Enfoque Sexológico, en este caso en lo referente a la Ética Sexual, puede comunicarse con nosotros al correo cubasex@hotmail.com y a vuelta de correo le enviaremos un ejemplar completo del Curso Básico de Sexualidad Humana.

homofóbicas y heterosexistas generan obstáculos reales para que un gran número de personas encuentren obstáculos para integrarse a la sociedad y desplegar todo su potencial humano; es decir, les disminuyen calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alzate, Helí. Sexualidad Humana, 2ª edición. Editorial Temis, Bogotá, 1987.
- Allgeir, E. Allgeir, R. Sexual Interactions. D.C. Heath and Company, Lexington. 1991.
- Cardona, M., García, E. El lenguaje de la sexualidad en tu adolescencia. Editorial Alas libres, Medellín, 1994.
- Díaz, F., Ospina, S., Orozco, B., Estrada, S. Enfermedades de Transmisión Sexual. CIB, Medellín, 1995.
- Fernández de Quero, J. Guía Práctica de La Sexualidad Masculina. Temas de Hoy, Madrid, 1996.
- Gómez, J. La Fase Relacional. Revista SEX-POL, Madrid, 2000.
- Gómez, J. Criterios para la Vivencia Gratificante de La Sexualidad a lo Largo de la Vida. Revista SEX-POL, Madrid, 2001.
- Gómez, J. Homo Eroticus: la criatura que aprendió a disfrutar del sexo. Gráficas Tizan, Manizales, 2004.
- Katchadourian, H.A., Lunde, D.T. Fundamentals of Human Sexuality, 2nd ed. Holt, Rinehartand Winston, New York, 1975.
- López, F. Educación Sexual de Jóvenes y Adolescentes. Siglo XXI, Madrid, 1995.
- Rougemont, D. El Amor y Occidente. Kairós, Barcelona, 1997.
- Tordjman, G. El Placer Femenino. P&J, Barcelona, 1994.
- Useche, B. 5 Estudios de Sexología. ARS ediciones, Manizales, 1999.
- Zwang, G. Enciclopedia de la Función Sexual Humana. A.T.E., Barcelona, 1981.

TABLA: UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO
NIVEL DE CONFIANZA 95%
PREVALENCIA 48%
PEOR ERROR ESPERADO 45%

MUNICIPIO	ESTUDIANTES	MUESTRA	DOCENTES	MUESTRA	PRESTADORES	MUESTRA
AGUADAS	452	45	162	45	18	13
ANSERMA	764	76	173	48	20	14
ARANZAZU	243	24	80	22	9	6
BELALCAZAR	120	12	44	12	6	4
CHINCHINA	1054	105	294	82	56	40
FILADELFIA	158	16	37	10	8	6
LA DORADA	1409	141	463	129	59	42
LA MERCED	117	12	27	8	6	4
MANZANARES	266	27	83	23	11	8
MARMATO	83	8	29	8	6	4
MARQUETALIA	291	29	64	18	7	5
MARULANDA	30	3	18	5	3	2
NEIRA	359	36	108	30	10	7
NORCASIA	112	11	39	11	6	4
PACORA	302	30	68	19	14	10
PALESTINA	154	15	45	13	11	8
PENSILVANIA	313	31	87	24	19	14
RIOSUCIO	714	71	183	51	40	29
RISARALDA	134	13	39	11	6	4
SALAMINA	377	38	116	32	24	17
SAMANA	157	16	47	13	14	10
SAN JOSE	123	12	24	7	8	6
SUPIA	416	42	128	36	17	12
VICTORIA	156	16	44	12	10	7
VILLAMARIA	944	94	251	70	19	14
VITERBO	336	34	101	28	9	6
TOTAL	9584	958	2754	768	416	299

ENCUESTA SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES

Casi todos los conocimientos que tenemos sobre la conducta sexual humana resultan de estudios efectuados en otros países, pues solo unos pocos han sido realizados en Colombia. Por lo tanto, es muy importante continuar investigando el comportamiento sexual real de adolescentes en nuestro país. Esta es la razón para solicitarle su valiosa colaboración en la presente encuesta, con la cual se pretende obtener información cierta sobre la conducta sexual.

1. Esta es una encuesta estrictamente anónima. Es decir, **NO TIENE QUE ESCRIBIR SU NOMBRE EN ELLA**. Además, para respetar la confidencialidad se hará lo siguiente:
 - a. Inmediatamente se hayan recogido todos los formularios, el sobre de recolección se cerrará en presencia del grupo y será llevado por el personal de la Dirección Territorial de Salud a Manizales para su tabulación y análisis.
 - b. Los formularios resueltos **NO** serán vistos por docentes, directivos docentes o cualquier otra persona en su municipio, solo serán procesados por nuestro equipo de trabajo en Manizales y después se archivarán en lugar seguro.
 - c. No habrá reportes personales o de casos particulares, solo informaremos el consolidado por municipio y el global del departamento.Todo esto para que usted esté seguro (a) que puede responder tranquilamente y que nadie se enterará de sus respuestas particulares.
2. Si no desea contestar algunas o todas las preguntas, introduzca el formulario, incompleto o en blanco en el sobre de recolección. Pero, por favor, no dé respuestas falsas.
3. En la mayoría de las preguntas sólo se puede seleccionar una respuesta. En algunas preguntas existe la opción de señalar una o varias respuestas, cuando así sea se lo indicaremos en el texto mismo de la pregunta.
4. Existen algunas preguntas que van correlacionadas. En estos casos, si la respuesta a la primera pregunta de la serie es negativa, no tendrá que contestar las siguientes que se relacionan con ella.
5. Para registrar su respuesta, simplemente **tache con una equis** la letra que encabeza la opción escogida o escriba la información solicitada en el espacio disponible para ello.
6. El silencio es clave para que puedan diligenciar de manera correcta el formulario, le solicitamos su colaboración para conseguirlo.
7. Como lo comprenderá, esta es una información privada y por ello el formulario debe ser diligenciado de manera **estrictamente personal**. Si tiene alguna dificultad o duda, levante la mano y pregunte en privado a las personas que están aplicando la encuesta.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TABLA RESUMEN DE LOS HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS

	ACTIVIDAD	HOMBRES (H)	MUJERES (M)
1	Población	645 (48%)	710 (52%)
2	Edad	16 años 11 meses	16 años 7 meses
3	Solitarias en la infancia	63,3% 10,5 años	20,9% 9,2 años
4	Grupales en la infancia	40% 10,1 años Con: Niños (as): 87,2% Adolescentes: 11,6% Adultos (as): 0,4% Adult. Mayores: 0,4%	14,1% 8,7 años Con: Niños (as): 81% Adolescentes: 10% Adultos (as): 7% Adult. Mayores: 1%
5	Deseos sexuales	97,8% 12,1 años	83,9% 13,6 años
6	Madurez reproductora	92,9% 13,05 años	96,9% 12,6 años
7	Primer orgasmo	65,6% Penetración: 54,9% Masturbación: 34,5%	42,7% Penetración: 71,6% Masturbación: 8,1%
8	Masturbación	83,3% 12,5 años	20,3% 13,2 años
9	Pornografía	91,8% Primera vez: Excitación: 68,3% Indiferencia: 3,9% Ultima vez: Excitación: 50,9% Indiferencia: 12,5%	89,4% Primera vez: Excitación: 32,4% Indiferencia: 18,8% Ultima vez: Excitación: 27,9% Indiferencia: 25,2%
10	Internet	29,5%	9,2%
11	Bucogenitales	21,2%	17%
12	Coito vaginal	67% 14 años 1 mes Con quién: Amigo (a): 44% Novio (a): 36,6% Razones: Amor: 19% Deseo: 59,5% Embriaguez: 9,7% Planeado: 54,2% Condón: 45% Anticoncepción: 26,6% Dolor: 50,5% Orgasmo: 66,9% Actual:	46,8% 15 años 5 meses Con quién: Amigo (a): 12,7% Novio (a): 80,4% Razones: Amor: 53,6% Deseo: 22,9% Embriaguez: 5,7% Planeado: 66,3% Condón: 54,5% Anticoncepción: 36,4% Dolor: 88% Orgasmo: 34,6% Actual:

		Condón: 36,1% Anticoncepción: 31,5%	Condón: 31,6% Anticoncepción: 35,5%
		Escogencia: 52,4%	Escogencia: 43,1%
13	Grupales en la adolescencia	16,6%	1% (7)
14	Forzado (a)	2%	3,1%
15	zoofilia	3,1% (20)	0,3% (2)
16	Placer per se	43,3%	22,3%

RESULTADOS CONOCIMIENTOS SEXOLÓGICOS PERSONAL DOCENTE Y
PRESTADOR DE SERVICIOS DE SSR DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

MUNICIPIO	DOCENTES	SALUD	PROMEDIO
AGUADAS	29	36	33
ANSERMA	28	44	36
ARANZAZU	26	56	41
BELALCAZAR	35	36	35
CHINCHINA	25	42	34
FILADELFIA	31	49	40
LA DORADA	23	39	31
LA MERCED	28	44	36
MANZANARES	25	51	38
MARMATO	16	29	23
MARQUETALIA	29	30	30
MARULANDA	29	18	24
NEIRA	26	40	33
NORCASIA	28	27	28
PACORA	26	39	32
PALESTINA	23	39	31
PENSILVANIA	30	32	31
RIOSUCIO	29	39	34
RISARALDA	38	42	40
SALAMINA	21	45	33
SAMANA	26	39	32
SAN JOSE	39	24	32
SUPIA	19	38	29
VICTORIA	27	52	39
VILLAMARIA	28	32	30
VITERBO	28	41	35
TOTAL	27	39	33

RESULTADOS ACTITUDES SEXUALES PERSONAL DOCENTE Y PRESTADOR DE SERVICIOS DE SSR DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

MUNICIPIO	AUTOEROTISMO		GÉNERO		ÉTICA SEXUAL		DIVERSIDAD		INDICE DE LIBERALIDAD SEXUAL		
	DOCENTES	SALUD	DOCENTES	SALUD	DOCENTES	SALUD	DOCENTES	SALUD	DOCENTES	SALUD	PROMEDIO
AGUADAS	3,62	3,74	3,94	3,86	3,41	3,48	3,26	3,39	3,56	3,62	3,59
ANSERMA	3,85	4,20	3,98	4,43	3,19	4,04	3,49	3,83	3,63	4,12	3,88
ARANZASU	3,45	4,46	4,15	4,44	3,28	3,89	3,19	4,01	3,52	4,20	3,86
BELALCAZAR	3,25	3,50	4,10	4,30	2,97	3,45	3,21	3,70	3,38	3,74	3,56
CHINCHINA	3,75	4,11	3,91	4,23	3,31	3,64	3,25	3,60	3,56	3,89	3,73
FILADELFIA	3,89	4,24	4,15	4,20	3,40	3,60	3,58	3,31	3,75	3,84	3,80
LA DORADA	3,63	3,85	3,91	4,04	3,13	3,46	3,02	3,39	3,42	3,68	3,55
LA MERCED	3,80	3,75	4,07	3,85	4,08	4,15	3,75	2,95	3,92	3,68	3,80
MANZANARES	3,74	4,06	3,93	4,57	3,23	3,81	3,17	3,34	3,52	3,95	3,73
MARMATO	3,67	3,44	3,79	4,32	2,94	3,52	3,00	2,72	3,35	3,50	3,42
MARQUETALIA	3,74	4,23	4,04	4,18	3,48	3,03	3,37	3,74	3,66	3,80	3,73
MARULANDA	4,16	3,53	3,72	4,07	3,76	3,63	3,32	3,33	3,74	3,64	3,69
NEIRA	3,47	3,73	3,90	4,02	3,15	3,45	3,08	3,05	3,40	3,56	3,48
NORCASIA	3,71	3,32	4,03	3,68	3,24	3,24	3,23	2,72	3,55	3,24	3,40
PACORA	3,56	4,33	4,08	4,35	3,21	3,65	3,31	3,64	3,54	3,99	3,77
PALESTINA	3,31	3,82	3,89	3,81	3,25	3,34	3,39	3,51	3,46	3,62	3,54
PENSILVANIA	3,89	4,04	4,02	4,23	3,52	3,16	3,48	3,50	3,73	3,73	3,73
RIOSUCIO	3,48		3,95		3,35		3,19		3,49		3,49
RISARALDA	3,62	4,56	4,23	4,52	3,32	4,32	3,28	4,16	3,61	4,39	4,00
SALAMINA	3,42	4,19	3,93	4,35	3,39	3,74	3,17	3,73	3,48	4,00	3,74
SAMANA	4,10	3,76	4,00	3,96	3,09	3,80	3,11	3,22	3,57	3,69	3,63
SAN JOSE	3,88	4,21	3,78	4,11	3,31	3,55	3,45	3,73	3,60	3,90	3,75
SUPIA	3,68	4,02	3,95	4,08	3,22	3,54	3,14	3,48	3,50	3,78	3,64
VICTORIA	3,78	4,51	3,82	4,46	3,17	3,82	3,37	3,71	3,53	4,13	3,83
VILLAMARIA	3,67	4,19	3,93	3,99	3,22	3,36	3,16	3,53	3,49	3,76	3,63
VITERBO	3,73	4,17	4,02	4,27	3,27	3,65	3,43	4,09	3,61	4,04	3,83
TOTAL	3,69	4,00	3,97	4,17	3,30	3,61	3,28	3,50	3,56	3,82	3,68