

**ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ: INICIACIÓN, CONSECUENCIAS Y  
SITUACIÓN ACTUAL EN UN GRUPO DE MUJERES DE LA  
LOCALIDAD DE CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C.,  
OCTUBRE 2007-02".**

**MYRIAM CECILIA SAMACA RODRÍGUEZ**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Bogotá D.C.**

**2007**

**ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ: INICIACIÓN, CONSECUENCIAS Y  
SITUACIÓN ACTUAL EN UN GRUPO DE MUJERES DE LA  
LOCALIDAD DE CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C.,  
OCTUBRE 2007-02".**

**MYRIAM CECILIA SAMACA RODRÍGUEZ**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ENFERMERA**

**ASESORA  
EDY SALAZAR A**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Bogotá D.C.**

**2007**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	17
1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA	18
1.3.1 Actividad sexual precoz.	18
1.3.2 Características y/o factores relacionados.	19
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	29
3.1 GENERAL	29
3.2 ESPECÍFICOS	29
4. PROPÓSITOS	30
5. METODOLOGÍA	31
5.1 TIPO DE ESTUDIO	31
5.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA	31
5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	32
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
5.5.1 Instrumento Guía (Anexo No. 1)	35
5.5.2 Recolección de la información	36
5.6 ORGANIZACIÓN SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	38
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
6. MARCO TEÓRICO	39
6.1 SEXO, SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL	40
6.2 INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	42
6.2.1 Factores de riesgo y/o protección iniciación de la actividad sexual	48
6.2.2 Comportamiento de riesgo en relación con la iniciación de la actividad sexual	53

6.3 CONSECUENCIAS DE LA INICIACIÓN SEXUAL	54
6.3.1 Embarazo	54
6.3.2 Cáncer Cervicouterino	60
6.4 ABUSO SEXUAL	60
6.5 CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	63
7. MARCO CONTEXTUAL	74
7.1 COLOMBIA	74
7.2 LOCALIDAD DE CHAPINERO	79
8. ANALISIS DE RESULTADOS	81
8.1 INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	83
8.1.1 Características y factores relacionados con el contexto en la iniciación de la actividad sexual:	84
8.1.1.1 Vivienda y distribución de la familia en el hogar	84
8.1.1.2 Formas de Crianza	84
8.1.1.3 Escolaridad de la familia	87
8.1.1.4 Cambios en el grupo familiar	92
8.1.1.5 Educación sexual de las mujeres antes de iniciar la actividad sexual	94
8.1.2 Iniciación de la Actividad Sexual "Sexarquia"	95
8.1.2.1 Edad de la "Sexarquia"	96
8.1.2.2 Parejas de iniciación	98
8.1.2.3 Uso de Sustancias y/o drogas en la iniciación	101
8.1.2.4 Lugar de iniciación	102
8.1.2.5 Circunstancias que llevaron a la iniciación	103
8.1.2.6 Percepción de la Iniciación	104
8.1.2.7 Sentimientos generados durante la iniciación	105
8.1.2.8 Sentimientos generados después de la iniciación	106
8.1.2.9 Redes de apoyo después de su iniciación "Sexarquia"	107
8.1.2.10 Otras experiencias relacionadas con la actividad sexual durante su vida	108

8.1.2.11 Trabajo durante la adolescencia	112
8.2 CONSECUENCIAS POR LA SEXARQUIA	112
8.2.1 Cambios en la Salud	113
8.2.2 Consecuencias a largo plazo "Número Parejas sexuales hasta la actualidad"	119
8.2.3 Deserción escolar	120
8.3 SITUACIÓN ACTUAL	124
8.3.1 Edad Actual	124
8.3.2 Tipo de relación actual con la persona con quien iniciaron su actividad sexual "Sexarquia"	126
8.3.3 Estado Civil Actual	128
8.3.4 Escolaridad	130
8.4 ABUSO SEXUAL	134
8.4.1 Presencia de Abuso	
8.4.2 Personas con las que se convivía en el momento del abuso	136
8.4.3 Edad del Abuso	138
8.4.4 Persona con quien se vivió el abuso	140
8.4.5 Tipo de práctica abusiva	142
8.4.6 Veces en que ocurrió el abuso	144
8.4.7 Tiempo transcurrido desde el abuso	146
8.4.8 Red de apoyo	147
8.4.9 Otras practicas sexuales	149
CONCLUSIONES	155
RECOMENDACIONES	159
BIBLIOGRAFÍA	

## LISTA DE TABLAS

- Tabla No. 1 Población Participante en el Estudio.
- Tabla No. 2 Población Participante en el Estudio.
- Tabla No. 3 Tipo de Vivienda / Residencia al Iniciar La Actividad Sexual
- Tabla No. 4 Personas con quienes compartieron su Alcoba
- Tabla No. 5 Personas con Quienes Compartieron su Cama
- Tabla No. 6 Formas de Corrección en el Hogar al Inicio de la Actividad Sexual
- Tabla No. 7 Uso de Sustancias Psicoactivas en el Hogar al Inicio de la Actividad Sexual.
- Tabla No. 9 Grado de Escolaridad de los Familiares al Momento de Iniciar la Actividad Sexual.
- Tabla No. 10 Personas Que se Fueron del Hogar en la Adolescencia
- Tabla No. 11 Educación sexual antes de iniciar su Actividad Sexual
- Tabla No. 12 Edad de la Primera Relación Sexual "Sexarquia"
- Tabla No. 13 Tipo de Relación.
- Tabla No. 14 Número de Pareja (s) Participante(s) en la iniciación
- Tabla No. 15 Sustancias Consumidas en su Primera Relación Sexual
- Tabla No. 16 Lugar En Que Ocurrió Su Primera Relación Sexual
- Tabla No. 17 Circunstancias de la Iniciación
- Tabla No. 18 Tipo de percepción de su iniciación
- Tabla No. 19 Sentimientos Generados Durante la Iniciación

- Tabla No. 20 Sentimientos Generados Después de la Iniciación
- Tabla No. 21 Personas con Quien compartió "Hablo de" su Sexarquia
- Tabla No. 22 Remuneración y Actividad Sexual ¿Con Quien?
- Tabla No. 23 Remuneración y Actividad Sexual. ¿Para obtener Que?
- Tabla No. 24 Prácticas Homosexuales
- Tabla No. 25 Trabajaba en el Momento de Iniciar La Actividad Sexual
- Tabla No. 26 Consecuencias en la salud por la Primera Relación Sexual
- Tabla No. 27 Gestaciones y partos en mujeres que nunca han abortado.
- Tabla No. 28 Gestaciones y partos en mujeres que han tenido un aborto espontáneo
- Tabla No. 29 Gestaciones y partos en mujeres que han tenido abortos espontáneos e inducidos.
- Tabla No. 30 Número de Parejas Hasta la Actualidad
- Tabla No. 31 Grados de Deserción Escolar.
- Tabla No. 32 Motivos de Deserción Escolar.
- Tabla No. 33 Otros Motivos de Deserción Escolar
- Tabla No. 34 Distribución por Edad. Mujeres.
- Tabla No. 35 Tipo de relación Actual con la Persona con quien Vivió Su Sexarquia
- Tabla No. 36 Distribución por Estado Civil
- Tabla No. 37 Nivel de Escolaridad Alcanzado.
- Tabla No. 38 Mujeres Que Estudian En La Actualidad.

Tabla No. 40 Personas A Cargo Cuando Sucedió el Abuso

Tabla No. 41 Edad en la Que Ocurrió el Abuso

Tabla No. 42 Persona con las Que se Vivió el Abuso

Tabla No. 43 Otras Personas Que Realizaron el Abuso

Tabla No. 44 Actividades Sexuales Directas y/o Indirectas Practicadas

Tabla No. 45 Otras Prácticas Percibidas por Ellas como Abuso

Tabla No. 46 Veces en que Sucedió el Abuso Sexual

Tabla No. 47 Tiempo Que Ha Transcurrido desde el Abuso

Tabla No. 48 Hablo de la Situación Vivida

Tabla No. 49 A Quien le Contaron el Abuso

Tabla No. 50 Personas con las Que Contaron

Tabla No. 51 Propuestas de Actividad Sexual por un Extranjero

Tabla No. 52 Propuestas de Actividad Sexual por un Extranjero

Tabla No. 53 Juegos Practicados en la Infancia Que se pueden Asociar  
Como manifestaciones de abuso sexual

Tabla No. 54 Juegos Practicados en la Infancia Que se pueden Asociar  
Como Manifestaciones de Abuso Sexual

Tabla No. 55 Motivos Para Contar El Abuso Sexual

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico No. 1	Población Participante en el Estudio
Gráfico No. 2	Población Participante en el Estudio
Grafico No. 3	Edad de la Primera Relación Sexual
Gráfico No. 4	Tipo de Relación con la persona que tuvo la primera relación sexual
Gráfico No. 5	Lugar donde se tuvo la primera relación sexual
Gráfico No. 6	Consecuencias de la primera relación sexual
Gráfico No. 7	Educación Técnica y universitaria
Gráfico No. 8	Motivos de deserción escolar
Grafico No. 9	Distribución por edad
Gráfico No. 10	Tipo de relación actual con la persona que vivió su sexarquia
Gráfico No. 11	Estado civil actual
Gráfico No. 12	Grado de Escolaridad básica
Gráfico No. 13	Educación técnica universitaria
Grafico No. 14	Abuso Sexual
Grafico No. 15	Veces en que sucedió el Abuso sexual

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo identifica las características de iniciación de la actividad sexual precoz, sus consecuencias y situación actual en un grupo de mujeres gestantes y lactantes inscritas al proyecto 0374 modalidad "Formación A Familias De Niños Y Niñas De La Primera Infancia" de la Secretaría Distrital De Integración Social -Subdirección Local De Gestión Social de la Localidad de Chapinero.

Para dar respuesta a los objetivos del trabajo se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con un grupo de 117 mujeres gestantes y lactantes, quienes participaron voluntariamente en el proceso de recolección de la información, mediante un instrumento autodilucidado, el cual fue aplicado en las reuniones que el proyecto realizó en el mes de octubre del presente año.

Los resultados de esta investigación permitieron identificar las características y los factores relacionados con la iniciación de la actividad sexual precoz de este grupo poblacional, el cual se describe desde antes de la sexarquia con determinados comportamientos dados por el núcleo familiar. Se identificó que la iniciación de la actividad sexual propiamente dicha se relaciona con la sexarquia en la cual se identificaron como resultados primordiales que las mujeres iniciaron su actividad sexual en mayor porcentaje entre las edades de 15 y 19 años, en circunstancias donde predominó: el amor con el novio, sin amor pero con consentimiento con amigos y mediante abuso sexual en 7 mujeres quienes fueron forzadas y coaccionadas por personas cercanas y en un

mínimo porcentaje desconocidos. Entre las consecuencias de la actividad sexual se identificó que el 49,2 % de las mujeres quedaron embarazadas, y en menor porcentaje refirieron infecciones de transmisión sexual, trauma psicológico y deserción escolar.

La situación actual de las mujeres se caracterizó por madresolterismo en mayor porcentaje y unión libre con convivencia, un promedio de 2 a 4 hijos, ocupación 100% amas de casa y 3 mujeres mujeres en la educación media y una estudiando zootecnia. Es importante resaltar que el 24,8% refirió abuso sexual a través de la vida y 8,5 % mencionaron que no fueron abusadas pero sí víctimas de prácticas abusivas (con palabras y acciones sexuales sin relación sexual directa). Este evento se describió en el trabajo como una situación especial, dada la connotación e importancia que ha tenido a través de la vida y consecuencias en el desarrollo personal de las mujeres.

Durante el estudio las mujeres refirieron que fue un espacio que propició la reflexión acerca de las experiencias vividas por las mujeres sobre el tema y como a partir de sus aportes individuales el grupo reconoció como "gran beneficio convertirse en mejores orientadoras y formadoras de sus hijos, familias y comunidad"; para que el inicio sexual ocurra cuando las personas tengan la madurez psicológica y física para tomar la decisión, junto con la capacidad económica para afrontar las consecuencias del inicio de la actividad sexual. Además, las participantes manifestaron verbalmente al final del diligenciamiento del instrumento, haber recordado buenas experiencias y otras no tan agradables, que pudieron contar y reflexionar, sintiéndose "mejor" y a su vez liberadas de situaciones que aun no han logrado olvidar; y a su vez las preguntas del instrumento las cuestionaron acerca de los

cuidados que deberán tener a futuro, en cuanto a crianza, orientación y dialogo con sus hijos; para prevenir en ellos situaciones indeseables como: abuso sexual, drogadicción, alcoholismo e inicio precoz de la actividad sexual.

Con estos aportes los responsables del Proyecto 0374 Formación a Familias de niños (as) de la primera infancia, en concurso con la estudiante responsable del trabajo, planean intervenciones conducentes a sensibilizar sobre los riesgos que para la salud de la mujer y sus familias tiene el inicio de la actividad sexual y sobre todo precoz, ya que aumenta el número de compañeros a través de la vida, el número de hijos, el riesgo de cáncer cervicouterino, las infecciones de transmisión sexual, el madresolterismo y el hecho de convertirse en mujeres adolescentes solas y en ocasiones jefes de hogar, perdiendo o limitando su desarrollo personal y/o proyecto de vida. Por lo tanto la intervención del profesional de enfermería en este y otros grupos poblacionales con la misma problemática es importante, ya que es su obligación orientar, capacitar y atender a l@s adolescentes en las consultas de promoción y prevención, con el fin de evitar un inicio precoz de la actividad sexual o un embarazo a temprana edad que muy seguramente conllevará a una deserción escolar y/o laboral; además de generar problemáticas sociofamiliares, como las ya mencionadas y las encontradas en la población de estudio: hacinamiento, deserción escolar, madresolterismo, abuso sexual, consumo de bebidas alcohólicas, alteraciones de la conducta entre otras.

También, se espera con este trabajo aporte al lector un aprendizaje, que le sirva de instrumento en el futuro mediato e inmediato para brindar mejor atención a las familias en pro del inicio de la actividad sexual en

la edad adulta, cuando la mujer tenga la madurez suficiente tanto física como psicológica; con el fin de superar las adversidades que afecten su desarrollo y crecimiento personal. Adicionalmente, esta investigación busca dar pautas para el trabajo futuro con adolescentes para los profesionales de enfermería, ya que son cada vez más los espacios de acción, generan mayor contacto con cada una de l@s pacientes que consultan a los servicios de salud, a las actividades de promoción y prevención, plan de atención básica entre otros programas y proyectos del estado, los cuales permiten una interacción e intervención individual, con la familia y la comunidad, con trabajo interdisciplinario e intersectorial.

## **1. PROBLEMA**

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según los antropólogos que estudian el tema de los llamados ritos de paso o iniciación, concluyen que la mayoría de ellos marcan los cambios estructurales o de estatus que enfrentan l@s integrantes de un grupo humano y que necesariamente, son de interés general. Por lo tanto estos ritos anuncian el hecho de que las niñ@s se convertirán en fértiles mujeres o viriles hombres, facilitando su incorporación a la vida social, prácticamente de forma automática, haciendo una transición entre la infancia y el mundo adulto; marcando una diferencia en el desempeño de roles individuales, familiares y en pareja. (1)

De manera que, estos ritos en las diversas culturas, son la preparación y la celebración del ingreso activo de un nueva(o) integrante a la comunidad, así, él agasajado o la agasajada experimentan una serie de simbolismos que rompen con su antigua vida, para luego hacer el debut en sociedad; en algunos casos estas prácticas de iniciación se acompañan de otros ritos como la circuncisión en los hombres, la tortuosa ablación del clítoris/ mutilación genital femenina (MGF) o también conocida como circuncisión femenina (CF), ó la celebración de la menarquia. Siendo de estas prácticas la más agresiva "la ablación del clítoris", que se realiza en África, Asia y por inmigrantes de estos continentes en otros países como Canadá, Estados Unidos entre otros, realizándose a niñas menores 14 años, quienes quedan mutiladas para toda su vida y con problemas de salud irreversibles; siendo una

violación a los derechos de las niñas, práctica discriminatoria que vulnera la igualdad de oportunidades y de salud para ellas. (2)

En la actualidad en nuestras sociedades modernas, aun cuando, muchas familias todavía festejan privadamente la menarquia de sus hijas; la transición hacia la adultez está delimitada por un extenso proceso social, cultural, emocional e incluso económico, dado desde la década de los años 60 y que se denominó "Adolescencia"; marcando un periodo del desarrollo biológico en el ser humano, comienza cerca de los 10 años en la mujer y de los 12 años en el varón. Por lo tanto, la adolescencia es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano caracterizada por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo; razón por la cual varias entidades entre ellas la OMS, han dividido la adolescencia en: temprana o inicial de los 10 a 13 años, adolescencia media de los 14 a 16 años y adolescencia final o tardía de los 17 a 21 años, todo en relación con los cambios que van sufriendo los adolescentes a través de los años. (3)

La primera etapa de la adolescencia es la pubertad, palabra que señala un hito en el proceso de maduración del ser humano, es el tiempo en el cual las características físicas y sexuales maduran y se presenta debido a cambios hormonales que permiten que la persona llegue a ser capaz de reproducirse, la edad exacta en la cual un niño@ ingresa a la pubertad depende de muchas cosas diferentes, como los genes, la nutrición y el género de la persona; siendo en las niñas dos a tres años antes que en los varones. En cuanto al tiempo de aparición de los caracteres sexuales de las niñas, se tiene que el primer cambio apreciable de inicio de la pubertad es el agrandamiento de los senos, la formación redonda del contorno de las caderas, la acumulación de grasa subcutánea en la

región de los muslos, nalgas, pecho, abdomen inferior que da armonía a la forma femenina, estos cambios comienzan entre los 8 y los 10 años; con respecto al agrandamiento de los senos, en forma de botón, se presenta entre los 9 y 11 años, después, aparece un crecimiento y pigmentación de los pezones entre los 12 y 13 años de edad. Se puede decir que hay una completa madurez anatomofisiológica femenina entre los 16 y los 18 años, período de regulación de la ovulación (presencia del flujo endocervical), de los ciclos menstruales (menstruación cada 28 a 32 días) y cambios en el epitelio vaginal, iniciados entre los 11 y 14 años. El vello pubiano inicia su aparición entre los 10 y 12 años, es abundante y rizado entre los 11 y 15 años; el vello axilar aparece entre los 12 y 14 años y el acné varía considerablemente entre los 12 y los 16 años. Luego de que comienza la menstruación, los ovarios empiezan a producir y liberar óvulos; es así como la fertilidad es previa a la madurez emocional y un embarazo puede ocurrir antes de que una adolescente esté preparada para la maternidad, más aún si la niña tiene una menarca temprana; así mismo las modificaciones físicas femeninas se hacen evidentes y el riesgo de un embarazo se incrementa, dado que la niña llama la atención masculina por sus atributos físicos deseables. (4), (5)

Los adolescentes desarrollan diferentes capacidades para comprender contenidos cada vez mas complejos, como matemática, filosofía, cuestionan los viejos valores sin sentimientos de temor o pérdida de identidad, establecen y mantienen relaciones personales con sus pares; pero debido a los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes, este período del desarrollo se caracteriza también por: timidez, sensibilidad y preocupación sobre los

propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros. Además tienen y demuestran la necesidad de separarse de sus padres y establecer su propia identidad, lo que puede conllevar a conflictos intrafamiliares, alejándose de su familiar y buscando refugio y/o apoyo en personas cercanas o extraños, quienes pueden atentar contra su cuerpo, ya sea sexualmente o involucrándolos en pandillas o bandas, que intentan comportarse y vestirse en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades. La amistad con personas del sexo opuesto, las citas y la experimentación, pueden permitir a los adolescentes aprender a expresar y recibir intimidad y/o insinuaciones sexuales de una manera cómoda que sea consecuente con la interiorización de valores y parámetros dados desde el hogar. (5)

Debido a todos los cambios mencionados, el riesgo de inicio de la actividad sexual precoz se incrementa por la presión del mismo contexto cultural, social y religioso, con la incorporación de las niñas a la vida adulta y/o al ser conducidas de una manera silenciosa hacia el inicio de una actividad sexual antes o después de la menarquia, como ocurre en situaciones de hacinamiento en los hogares "cuarto" y/o "cama" compartidos, falta de comodidades, que finalmente facilitan a las niñas desde edades tempranas observar a sus familiares teniendo relaciones sexuales, además de desintegración familiar, falta de valores morales, que en muchas ocasiones conlleva a abuso sexual por: padres, padrastros, hermanos, tíos, personas cercanas al hogar o extraños, otras son inducidas a la prostitución; iniciando así muchas su actividad sexual directa o indirecta, no por decisión propia, consciente, basada en

el amor o en el afecto hacia una pareja o compañero, como sería el ideal para el inicio de una "vida" sexual.

Adicionalmente, otros factores relacionados con el inicio precoz son la promoción de la libertad sexual actual, y la facilidad para compartir en espacios cerrados con sus pares, el consumo de alcohol y/o drogas alucinógenas que impiden o desvían su poder de decisión y que por lo tanto las inducen a iniciar su actividad sexual, ya sea por imitación, estar a la moda, ser aceptadas por un grupo y lo más lamentable por la influencia constante de los medios de comunicación. (6)

Teniendo en cuenta todo lo anterior y las experiencias vividas en las diferentes prácticas durante la carrera de enfermería, tanto en el área clínica, como en el área comunitaria; donde se tuvo la oportunidad de conocer e interactuar con mujeres y jóvenes adolescentes, quienes tuvieron o tenían en ese momento un embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, experiencias homo y heterosexuales y/o experiencias de abuso sexual, y algunas con algún tipo de discapacidad (retraso mental, sordera); a veces según algunas de ellas con la necesidad de explorar, compartir y/o ser aceptadas por sus compañeros y/o familiares. Todas estas circunstancias de vida relacionadas con el género femenino, incrementaron el interés por profundizar más sobre las razones que han llevado a las mujeres a iniciar su actividad sexual precoz y más aún cuando, en la práctica actual de VIII semestre en la Localidad de Chapinero (Proyecto 0374 "Desde la gestación hasta los cinco años: Tiempo oportuno para los niños y las niñas"), en el que estoy trabajando con una población de gestantes, en su mayoría adultas jóvenes, menores de 29 años, quienes a la actualidad tienen 1, 2 ó más hijos.

Así mismo, mujeres de este grupo en su mayoría comentó en el momento de realizar el proceso de inscripción al programa: "haber iniciado su actividad sexual antes de los 18 años, haber sido abusadas sexualmente, vivir solas y/o con su familia o compañero, estar estudiando y/o haber abandonado su estudio a causa del presente embarazo con aceptación o no por parte de su compañero o familia, vivir en condiciones de hacinamiento, con familias procedentes de diferentes regiones del país y con un cambio en su proyección presente y futura". Este grupo de madres gestantes y lactantes están comprometidas con el proyecto y son convocadas semanalmente, con el fin de recibir educación para la salud sobre diferentes temas relacionados con el embarazo, parto, post-parto, cuidado de los hijos, participación, empoderamiento y desarrollo de la mujer y su familia. Con esta coyuntura, se decide conocer más sobre esta problemática, con el fin de que este grupo de mujeres analice la propia situación y participe en la emisión de ideas para prevenir el inicio precoz de la actividad sexual, dado que es y sigue siendo un problema persistente que debe ser abordado desde otros enfoques y no con la mirada tradicional que hasta ahora se ha manejado.

## **1.2 PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuáles son las características y/o factores relacionados con el inicio de la actividad sexual precoz, sus consecuencias y situación actual en un grupo de mujeres de la Localidad de Chapinero; Bogotá D.C., - Colombia-, 2-2007?

## **1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA**

**1.3.1 Actividad sexual precoz.** Actividad sexual es la expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico es el más evidente y la búsqueda de placer (por una, dos o más personas) es el fin de la interacción sexual humana. La actividad sexual se clasifica en directa e indirecta. En la directa, media el contacto físico, por ejemplo: el coito (penetración), los tocamientos, el sexo oral y otros tipos de sexo. En la indirecta, se busca el placer a través de la pornografía, o se tienen vivencias ocasionales al observar sin intención estas situaciones. Actividad sexual también se define como el contacto establecido con otra(s) persona(s) de su mismo sexo o del sexo opuesto y/o el hecho de observar o ser observado teniendo relaciones sexuales directas o indirectas.

Para este trabajo, la actividad sexual precoz, es el inicio de relaciones o experiencias sexuales en la infancia o en la adolescencia de forma directa y/o indirecta, teniendo en cuenta el contacto establecido con otra persona de su mismo sexo o del sexo opuesto y la observación de estas experiencias o vivencias sexuales como uso de palabras sexuales, besos, abrazos, tocamientos y exhibicionismo entre otros. Por lo tanto, se incluye como actividad o experiencias sexuales las situaciones ocurridas al compartir vivienda y habitación con familiares y otras personas cercanas durante la infancia o adolescencia hasta la iniciación de la actividad sexual con la sexarquia (primera relación sexual directa). También se incluyen las experiencias consideradas por las mujeres como favorables y traumáticas como son el abuso sexual y la remuneración económica o en especies por gratificaciones sexuales propias y con otros.

**1.3.2 Características y/o factores relacionados.** Característica es todo atributo que permite describir a un objeto, una persona o una situación específica que se quiere determinar. Factor, es todo aquello que se considera como fundamento, origen de algo ó un elemento condicionante que contribuye a un resultado. (7) Factores relacionados son todas las situaciones o circunstancias de vida que han sido causa, razón de ser, fundamento o predisposición para que este grupo de mujeres haya iniciado su actividad sexual precoz de forma voluntaria o involuntaria. En la presente investigación se incluyeron los dos términos características y/o factores, dado que la circunstancia de la actividad sexual, se relaciona al mismo tiempo con la descripción de la situación y con el factor que indujo a que se presentará el evento; es decir son inseparables la una de la otra. Para tal fin se identificaron entre las características y/o factores relacionados con la actividad sexual lo siguiente: (8)

- Iniciación de la actividad sexual
- Consecuencias de la actividad sexual
- Abuso sexual
- Otras experiencias
- Situación actual

## 2. JUSTIFICACIÓN

El inicio de la actividad sexual precoz es un problema histórico que se ha relacionado en la mayoría de las culturas con la "menarquia", dado que este cambio enfrenta a la joven con el "hecho de ser mujer" y la condiciona para un embarazo, debido a los cambios físicos y fisiológicos de su cuerpo. Para la mujer en algunas comunidades indígenas y rurales, hay rituales, bailes y celebraciones en torno a la menarquía, evento que convierte a la joven en mujer al ser presentada como tal dentro de su grupo social y por lo tanto esta en la posibilidad de establecer una relación de pareja si ella lo desea, en consecuencia la mujer en algunos grupos sociales inicia sus relaciones sexuales durante la adolescencia.

Es de resaltar que las adolescentes y adultas jóvenes hoy en día son un grupo numeroso dentro de las diferentes poblaciones del mundo, alcanzando la mayoría de edad en un mundo completamente diferente al de sus padres y antepasados, ya que la sociedad experimenta una rápida transformación debido a la investigación y avance tecnológico en las diferentes áreas, como son: salud, educación, comunicaciones e informática, lo cual trae consigo nuevos desafíos para las jóvenes.

En cuanto a los medios de comunicación modernos, estos llegan hasta los lugares más remotos y exponen a los jóvenes a conocer diferentes conceptos relacionados con la actividad sexual, siendo en ocasiones información errónea, poco clara o que genera confusión y/o curiosidad para su vida presente y futura. Esta influencia tiene mayor connotación

en las ciudades, las cuales ofrecen un mayor acceso a diversos medios de comunicación o interacción como: radio, televisión, cine, alquiler de videos, internet, actividades culturales y sociales en las que comparten con sus familias y/o sus pares. Las cuales en la mayoría de las ocasiones no van ligadas a una educación o formación por parte de la familia o de sus educadores en aquellos que están escolarizados acerca de lo que ven y lo importante de tomar buenas decisiones para su vida y así asumirlas con responsabilidad. Estos mensajes directos o sutiles, en los que se sugiere que las relaciones prematrimoniales (específicamente las que comprometen) son comportamientos comunes, aceptados e incluso esperados por ellos y son los que conllevan en muchas ocasiones al inicio de la actividad sexual precoz. (9) (10)

Además con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de esta "educación sexual" está llegando a los adolescentes a través de sus compañeros, quienes conocen acerca de la temática, pero no la dominan; por lo tanto están mal informados o nunca han recibido información clara y precisa de una persona capacitada en el tema de los sectores de salud y/o educación por parte de sus familiares. (10)

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de la salud de las mujeres y los varones durante la mayor parte de su existencia; toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociado con el grado de bienestar sexual y satisfacción sobre la capacidad reproductiva y desempeño sexual de

cada persona; pero el momento más relevante de exposición a la sexualidad, debería iniciarse primero con el conocimiento del cuerpo y después en la edad adulta con el inicio de la vida o actividad sexual, basada en el afecto y no solo en el deseo. El conocimiento del cuerpo implica entonces la autoestima y valoración que se le da, porque así mismo, se cuida y se previenen todas las complicaciones derivadas del inicio precoz de la actividad sexual.

Es así como, la adolescencia; se encuentra marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones de la capacidad de decidir o muchas veces de no poder hacerlo, porque los influjos ambientales, estructurales y culturales lo limitan. En consecuencia, el grupo de adolescentes se ve afectado sobre todo, por los frecuentes cambios en las estructuras familiares y en la actualidad con el gran problema social de migración urbana que está incidiendo en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; facilitando que ellos contraigan responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión o oficio digno. (11)

La mayoría de los jóvenes en la actualidad inicia la actividad sexual en la adolescencia y muchos antes de los 15 años de edad; como factores relacionados con este evento, están: el aumento de la urbanización, la pobreza, la exposición a ideas conflictivas sobre los valores y comportamientos sexuales, el fracaso de la sexualidad tradicional y los canales de información sobre la reproducción, los cuales están fomentando la actividad sexual prematrimonial ó la pre estabilidad de pareja "unión libre" entre los adolescentes. Algunos estudios demuestran que

los adolescentes que empiezan la actividad sexual precozmente es más probable que tengan relaciones sexuales con un mayor número de parejas y con parejas que han estado expuestas al riesgo de contraer el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Es de anotar que el crecimiento y desarrollo de adolescentes y jóvenes está influenciado por múltiples factores, entre los cuales se encuentra el entorno, el cual abarca unos prerrequisitos que son básicos para la salud, como los menciona la Carta de Ottawa (1986): "paz, vivienda, alimentación, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad"; además de un entorno sano que proporcione apoyo y oportunidades a los adolescentes y jóvenes como elemento necesario pero no suficiente para un desarrollo sano. (12)

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, realizada en el Cairo en 1994, la comunidad internacional representada por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de mujeres y las agencias de cooperación internacional, reconoció por primera vez el derecho que tienen l@s jóvenes a la salud reproductiva, dando como resultado un Plan de Acción que recomienda a los gobiernos otorgar a l@s adolescentes: educación, orientación y servicios adecuados, para una sexualidad sana y satisfactoria. (11)

Un estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher (1998), reportó que entre el 46 y 63 % de las mujeres latinoamericanas y caribeñas han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio y el informe producido por UNICEF, ONUSIDA y la OMS, publicado en el 2002, advierte la necesidad de informar más y mejor a los jóvenes sobre las consecuencias del inicio precoz de la vida sexual, ya que más de la mitad de los nuevos

infectados por el SIDA en el mundo tienen entre 15 y 24 años, este es el primer análisis minucioso sobre los conocimientos y la conducta de los jóvenes de 15 a 24 años con respecto al VIH/SIDA también reportó que la mayoría de ellos siguen sin saber absolutamente nada sobre las enfermedades de transmisión sexual, y aunque han oído hablar del SIDA, creen que ellos no corren riesgo de "contagio". (13),(14) y (15).

Por otro lado, un documento del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP o UNFPA, por sus siglas originales en inglés), señaló que por la desinformación en la adolescencia, este grupo de edad, es más vulnerable al contagio de ETS e infecciones de transmisión sexual. Según esa organización, uno de cada 10 partos en el mundo corresponde a una adolescente, y en los países menos adelantados, uno de cada seis corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad. Al menos uno de cada 10 abortos se practica en mujeres de 15 a 19 años, y cada año, más de 4,4 millones de mujeres en ese grupo de edades se someten a abortos, 40% de los cuales se realizan en condiciones higiénicas deficientes que atentan contra la salud y la vida de estas jóvenes. (15)

Además, el Informe Mundial del FUNAP, 2005, reporta que una de cada cinco mujeres será víctima de violación o de intento de violación a lo largo de su vida y una de cada tres habrá sido golpeada y obligada a entablar relaciones sexuales bajo coacción; o maltratada de otra manera por un miembro de su familia o conocido. Así, se afirma que la violencia mata y discapacita a una cantidad de mujeres entre 15 y 44 años de edad, dato superior al número de las que son víctimas de cáncer. Por tanto, la actividad sexual precoz se relaciona directamente con mayor vulnerabilidad de la mujer a ser víctima de maltrato, violencia

intrafamiliar y social, contraer infecciones de transmisión sexual, tener un mayor número de compañeros a través de la vida y disminuir las oportunidades de desarrollo personal. (16)

También, la actividad sexual precoz, con lleva entre otros problemas a nivel mundial, como ya se ha dicho, al aumento de los embarazos en adolescentes, porque en lugar de disminuir su incidencia, por el contrario se ha incrementado a pesar de los compromisos internacionales asumidos por cada Estado. Las mujeres (fundamentalmente las niñas) son más vulnerables que los hombres a ser víctimas de violaciones, explotación sexual, toma de decisiones sobre su cuerpo (el derecho a decir "no" y a insistir en la utilización de condones) y en general del inicio de una vida "actividad" sexual riesgosa por algunas razones biológicas, socioculturales y económicas ya enunciadas. (17)

Se puede sintetizar que la actividad sexual en edades tempranas es una problemática que da como resultado principal embarazos en menores de edad (en todos los países del mundo) y como las adolescentes no son suficientemente maduras para el parto, desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana se traducen en elevados índices de mortalidad y morbilidad materna. Entre los riesgos se incluyen hemorragias, anemia, desnutrición, retraso o complicaciones en la labor de parto, peso bajo al nacer, y muerte de la madre o el niño. Aproximadamente el 10% de todos los nacimientos en el mundo corresponde a adolescentes, por lo tanto millones de mujeres jóvenes son madres y han iniciado su vida sexual a temprana edad y según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud el riesgo de muerte asociado con el embarazo es dos veces mayor entre las adolescentes de

15 a 19 años y cinco veces superior en las adolescentes entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres mayores de 20 años. (18)

Las investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local sobre el tema hacen mención sobre los factores relacionados con el inicio de la actividad sexual precoz, algunos de esos estudios también resaltan que el inicio de la actividad sexual precoz, aumenta la susceptibilidad de las adolescentes a adquirir o estar predispuestas a determinadas patologías, por lo tanto este estudio es pertinente y beneficioso, no solo para los programas a desarrollar sobre salud sexual y procreativa en esta localidad; sino para hacerlo extensivo a otras localidades y municipios de Colombia.

Por todo lo anterior es importante indagar en los adolescentes, adultas jóvenes y mayores, acerca de los factores las han predispuesto o llevado a tener una actividad sexual directa o indirecta y/o iniciar su vida sexual para tener hoy en día como resultado un embarazo en curso y/o a tener en la actualidad uno o más hijos, con una problemática social asociada y manifiesta, siendo el caso de muchas de las pertenecientes a este grupo de Chapinero, quienes en el momento de la inscripción o en la asistencia a las reuniones han comentado la falta de acompañamiento por parte del padre de sus hijos, la deserción escolar de ellas después del embarazo, el abandono de sus hogares, el rechazo de su familia y la pérdida de oportunidades educativas o laborales entre otras razones más que se espera encontrar a través de la presente investigación.

Se tomó la decisión de no limitar la muestra principalmente a adolescentes y adultas jóvenes, ya que a través del conocimiento del grupo, las mayores de 29 años en su mayoría también comenzaron su

actividad sexual siendo adolescentes; por lo tanto si la adolescencia es una etapa decisiva del desarrollo que determina la forma en que l@s adolescentes vivirán su vida como adultas, no sólo en el área de la reproducción, sino también en el ámbito social y económico tal como lo afirma Mensch y cols., 1998, se busca por lo tanto con este trabajo conocer más acerca de las motivaciones o factores asociados para el inicio de la actividad sexual precoz . La salud de los adolescentes (10–19 años de edad) y jóvenes (15–24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político del país. No obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocan morbilidad o mortalidad en la edad adulta son hábitos que se han adquirido durante la adolescencia (OPS, 1998) y sus consecuencias se hacen evidentes en la edad adulta; un ejemplo es el inicio precoz de la actividad sexual que tiene como consecuencias alarmantes el cáncer cervicouterino, riesgo de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, pobreza. Por lo tanto, un enfoque centrado en promoción y prevención es crucial para una adolescencia y vida adulta sanas. Cuando los jóvenes no consiguen llegar a la edad adulta en estado de buena salud, con una educación adecuada y sin embarazos, el costo que esto supone para los gobiernos y los individuos es considerable. (19)

Adicionalmente, se pretende aportar a la localidad de Chapinero elementos de base para la planeación de proyectos con los adultos jóvenes y sus familias, además de ser para la facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, una base científica que contribuya a profundizar en el tema y/o fomentar nuevos campos de investigación, en los cuales se analicen aspectos relacionados con las jóvenes y fomentar la atención de enfermería en los adultos jóvenes de 10 a 29

años, como lo contempla la normatividad en la actualidad (Resolución 412 del 2000) y así ser agentes centrados en la promoción y prevención con el fin de brindar una mayor calidad en la atención.

Es de resaltar que el profesional de enfermería juega un papel importante en la interacción con este grupo poblacional, la enfermera en los últimos años se ha destacado por su dedicación, cuidado, manejo asistencial y administrativo, que le permite adoptar un rol relevante dentro de la sociedad; siendo por lo tanto un agente en el mejoramiento y buen desarrollo de la salud individual y colectiva; por lo tanto cada vez se abre más espacios laborales que le permiten formular proyectos y programas dirigidos a la colectividad; por lo tanto este documento aportará a la profesión de enfermería, unos lineamientos de trabajo con los grupos familiares con el fin de evitar el inicio precoz de las relaciones sexuales, por lo tanto los embarazos a temprana edad y de toda la problemática, consecuencias y riesgos que estas prácticas que con frecuencia suelen conllevar.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Identificar las características y los factores relacionados con el inicio de la actividad sexual precoz en las mujeres del proyecto 0374 modalidad "Formación a familias de niños y niñas de la primera Infancia" de la Secretaría Distrital de Integración Social de la Subdirección Local de Gestión Social de la Localidad de Chapinero.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

Describir las características del contexto familiar como factores para el inicio de la actividad sexual, teniendo en cuenta tipo de vivienda, distribución de la familia en el hogar, formas de crianza, escolaridad de la familia, educación sexual y cambios en el grupo familiar.

Describir las características de la iniciación de la actividad sexual incluyendo: edad, tipo de pareja, número de parejas participantes, uso de sustancias psicoactivas, lugar, circunstancias, percepción, sentimientos durante y después, redes de apoyo después de la iniciación.

Identificar las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual través de la vida y la situación actual.

Describir las características del abuso sexual teniendo en cuenta: personas de convivencia, edad, abusador, tiempo transcurrido, redes de apoyo y otras prácticas sexuales.

#### 4. PROPÓSITOS

- Este estudio busca proponer alternativas para prevenir el inicio precoz de la actividad sexual y establecer pautas de manejo cercanas a la realidad de este grupo de madres.
- Brindar elementos a los profesionales de la salud para que enfoquen sus acciones a los grupos familiares, buscando la generación de redes de apoyo familiar y de la comunidad con el fin de generar ambientes favorables a las jóvenes, evitando el inicio precoz de su actividad sexual y por ende embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Proporcionar lineamientos encaminados al diseño de proyectos dirigidos a adolescentes y sus familias, que hayan iniciado su actividad sexual a temprana edad, sean gestantes o lactantes.
- Dar a conocer a la Alcaldía local de Chapinero los hallazgos encontrados en la población cautiva del proyecto.
- Generar un trabajo intersectorial e interdisciplinario con esta población para que aquellas que hoy son gestantes y además menores de edad tengan un periodo íntergenésico adecuado y favorable en cuanto a sus necesidades básicas y así evitar la multiparidad, el abandono y porque no el inicio temprano de relaciones en un futuro de los niños que hoy están en el útero de sus madres o próximos a nacer.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo, retrospectivo – prospectivo y de corte transversal. Es descriptivo porque analiza algunas características de la iniciación de la actividad sexual desde la experiencia de un grupo de mujeres, teniendo en cuenta que es una problemática persistente en el género femenino de la localidad de Chapinero. Es retrospectivo – prospectivo porque identifica las características de iniciación retomando el pasado y teniendo en cuenta la situación actual de las mujeres objeto de estudio.

De corte transversal porque se realizó en un periodo de tiempo determinado en el mes de octubre de 2007, fecha de recolección de la información que permitió en este momento conocer las características y los factores relacionados con la iniciación de la actividad sexual durante la infancia y/o adolescencia). Esta unidad de tiempo fue suficiente para identificar los objetivos del estudio relacionados con el evento y además las condiciones fueron favorables en cuanto a recursos humano, financiero, físico, de asistencia y colaboración por parte de la población estudio. (22)

### **5.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA**

La población de referencia y muestra estuvo constituida por 165 mujeres entre gestantes y lactantes, beneficiarias del proyecto 0374 modalidad "Formación a familias de niños y niñas de la primera

Infancia” de la Secretaría Distrital de Integración Social de la Subdirección Local de Gestión Social de la Localidad de Chapinero, pertenecientes a los estratos 1 y 2 de barrios de la misma localidad.

### 5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra estuvo constituido por 117 mujeres. Para calcular este tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N (Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{e^2 (N-1) + (Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{165 (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{0.50^2 (165 - 1) + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{165 (3.8416) * 0.50 * 0.50}{0.50^2 (164) + (3.8416) * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{633.864 * 0.50 * 0.50}{0.0025 (164) + 0.9604}$$

$$n = \frac{158.466}{1.3704}$$

$$n = 115.634 \approx \underline{116}$$

**n = 116** Tamaño muestral mínimo suficiente y confiable

$n$  = tamaño muestral suficiente para estimar una característica que se representa en una población.

$N$  = tamaño de la población

$e$  = máximo error tolerable, o sea de la diferencia máxima admisible entre el parámetro estimado y la estimación obtenida en la muestra.

$p$  = proporción aproximada o supuesta

$Z$  = intervalo de confianza, es la confianza a tener en los resultados.

El valor de  $p$ , suele tomarse de una información ya conocida, tal como la aportada por estudios relacionados con el tema o por encuestas piloto hechas con este propósito; en ausencia de ella, es aconsejable sustituir el valor de  $p$  por 0.50, como en este caso. (23)

En el caso de esta investigación:

✓  $p = 0.50$  y  $e = 0.50$

✓  $Z = 95\%$  de confianza = 1.96

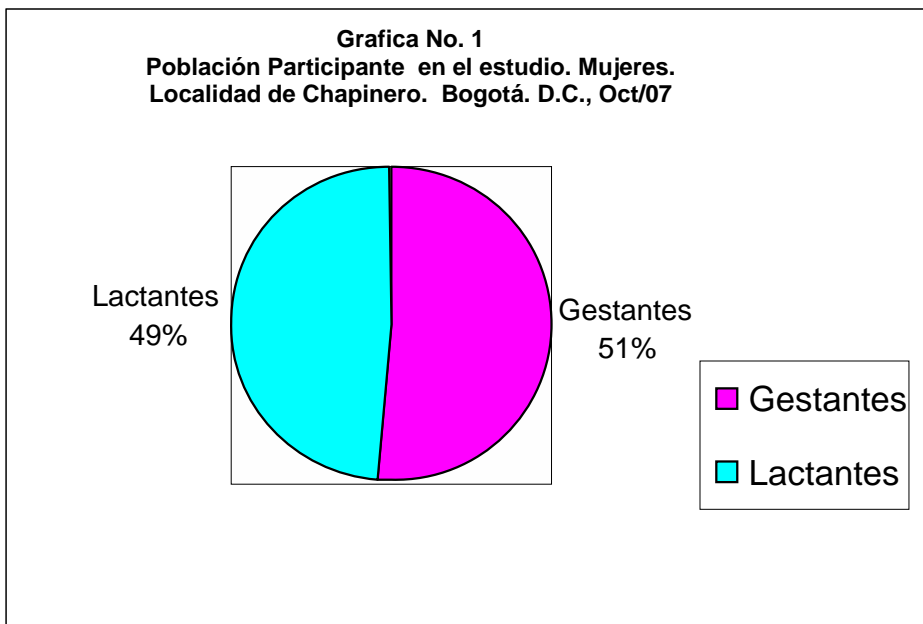
Dado que la diferencia entre el tamaño muestral con la población de referencia y muestra era mínimo (49); se pensó en determinado momento tomar el 100% de la población perteneciente al proyecto, pero la falta de asistencia de las mujeres, por diferentes motivos tales como: postparto, puerperio o citas médicas que coincidieron con los días de recolección de la información durante el mes de octubre, dificultaron esa opción.

Además, no se buscó la alternativa de citarlas otro día, ya que existen dificultades de espacio físico para reunir las en otro momento y traería como consecuencia el generar inconformidad en las usuarias del proyecto y alterar la programación del mismo.

Por lo antes mencionado la muestra estuvo conformada por 117 mujeres entre gestantes y lactantes, que asistieron durante el mes de octubre de lunes a jueves a las reuniones programadas dentro del proyecto en los diferentes sitios de reunión (Auditorio de la Alcaldía, Juan XXIII, San Luís y Pardo Rubio), solo el ultimo viernes del mes de octubre se aplico el instrumento a las nuevas gestantes que ingresaban al proyecto en el auditorio de la subdirección de la Localidad de Chapinero.

**Tabla 1. Población Participante en el estudio.  
Mujeres Localidad de Chapinero. Bogotá. Oct/07**

<b>Población</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Gestantes	60	51
Lactantes	57	49
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>



## 5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las mujeres que cumplieron con los siguientes criterios, aplicados en conjunto, fueron incluidas en el estudio:

- Mujeres pertenecientes al proyecto de formación a familias de la localidad de Chapinero.
- Embarazadas o lactantes.
- Participación voluntaria.

## 5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 5.5.1 Instrumento Guía (Anexo No. 1)

- **Diseño del instrumento.** El instrumento se diseñó a partir de la observación e interacción con las mujeres del proyecto, dos meses antes de la recolección de la información. Además, la revisión de documentos relacionados con el tema aportaron ideas para algunas de las preguntas, las cuales se modificaron, ajustándolas a las necesidades del presente trabajo. (24)
- **Prueba piloto.** Se revisó el instrumento y se aplicó a 10 mujeres de diferentes grados de escolaridad, con el fin de realizar los ajustes correspondientes antes de su aplicación a la población de estudio

### 5.5.2 Recolección de la información

- **Sensibilización.** Durante la primera semana del mes de octubre se realizó una primera reunión de sensibilización, durante 30 minutos en cada uno de los sitios de reunión, se les explico a las gestantes y lactantes del proyecto, los objetivos y propósitos de la investigación, la importancia del diligenciamiento completo del instrumento y de sus aportes en las preguntas abiertas; además de los beneficios para su vida personal y familiar; llegar a ser mejores orientadoras y formadoras de sus hijos en el futuro.
- **Aceptación para participar.** Posteriormente se realizó una segunda reunión, en la cual las mujeres mencionaron su participación favorable en el estudio, firmaron en una hoja anexa, la cual sirvió posteriormente para confrontar con el listado la participación voluntaria de las mujeres pertenecientes al proyecto.
- **Aplicación del instrumento autodiligenciado.** La información se recogió en los diferentes sitios de reunión (Auditorio de la Alcaldía, Juan XXIII, San Luís, La Paz y Auditorio de la Subdirección), durante el mes de octubre, firmando una hoja anexa, que a su vez sirvió de control de asistencia, ya que habían madres que por diferentes circunstancias personales y de salud no asistieron; este listado sirvió entonces para que en las reuniones posteriores se les entregará el instrumento a las mujeres que no lo habían diligenciado.

Mientras se diligenciaba la asistencia, se les entregó a cada uno de los asistentes mujeres pertenecientes al proyecto y acompañantes mayores de 10 años un instrumento y lapicero para su diligenciamiento, se les explicó nuevamente que iban a recibir un instrumento, que constaba de varias preguntas y su diligenciamiento era individual y de acuerdo con la realidad vivida por cada una (o); ya que las preguntas allí consignadas eran muy personales e iban a servir para que cada persona hiciera un recuerdo de lo que ha sido su vida en general y principalmente su experiencia sexual. Además se hizo énfasis que se mantendría la confidencialidad, privacidad, la información sería utilizada con el fin de proponer alternativas para prevenir el inicio precoz de la actividad sexual y sus recomendaciones a partir de las experiencias vividas eran lo más importante dentro del instrumento y que este brindaría elementos para que el trabajo intersectorial e interdisciplinario fuera más eficaz en un futuro.

El instrumento una vez diligenciado fue recibido de manera personalizada y revisado, con el fin de verificar que todas las preguntas estuvieran completamente diligenciadas y así respetar la confidencialidad, en especial de aquellas personas que recibieron algún tipo de abuso sexual. Finalmente en cada jornada se comparó el listado de inscritas en el programa y el de las personas asistentes que diligenciaron el instrumento.

La información se enriqueció con descripciones muy sentidas de algunas de las mujeres, principalmente aquellas que fueron abusadas en algún momento de su vida, quienes plasmaron en el instrumento, principalmente en las preguntas abiertas, algunas recomendaciones para la prevención del abuso y del inicio de la actividad sexual.

Al final de cada sesión se realizó un trabajo grupal con una lluvia de ideas que enriqueció el presente trabajo. De esta forma se utilizaron algunos procedimientos de la investigación cualitativa en la recolección y análisis de la información, con el fin de enriquecer la descripción, identificar de manera real la problemática y lograr hacer una descripción de la situación desde la perspectiva de esta población.

## **5.6 ORGANIZACIÓN SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los hallazgos se analizaron desde lo cuantitativo, mediante medidas de frecuencia en porcentajes (%) y lo cualitativo, enriquecido con testimonios que surgieron durante la recolección de la información; toda la información se ingresó a una base de datos de excel para su análisis.

## **5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones para este trabajo estuvieron centradas en el mantenimiento de confidencialidad, privacidad y anonimato, relacionado con todas las respuestas dentro del instrumento autodilucidado y con la participación voluntaria de todas las mujeres del proyecto.

## 6. MARCO TEÓRICO

El inicio de la actividad sexual precoz es una problemática mundial, como ya se mencionó, por lo tanto para este trabajo es importante y necesario conocer los diferentes términos y definiciones relacionados con el tema, además de los estudios realizados dentro y fuera del país. Principalmente aquellos que hacen referencia al inicio de la actividad sexual temprana y/o precoz; ya que son muchos los adolescentes que hoy en día comienzan su actividad sexual, sin tener una relación de pareja estable, haber terminado su educación básica secundaria y/o tener una estabilidad económica que les permita dar garantías suficientes a los bebés que están por nacer en un futuro mediano ó inmediato.

A continuación se inicia el marco teórico con algunos términos relacionados con el tema (sexo, sexualidad, salud sexual), posteriormente se analizarán los factores de riesgo (adolescencia, sexarquia, comportamientos de riesgo) y las consecuencias del inicio de la actividad sexual precoz (embarazo, infecciones de transmisión sexual), y finalmente los factores protectores para el inicio (educación, familia), factores predisponentes para el inicio de la actividad sexual precoz en Colombia y localidad de Chapinero. De acuerdo a como se vayan desarrollando las diferentes temáticas, se hará referencia a las investigaciones realizadas acerca del tema; es de resaltar que dentro de los estudios revisados algunos hacen referencia a una o más de las temáticas enunciadas.

## 6.1 SEXO, SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

El **sexo** hace referencia a la diferenciación establecida biológicamente entre mujeres y hombres; esta diferenciación se hace a partir de sus partes anatómicas "principalmente genitales", funciones fisiológicas y determinación genética; la genitalidad es un termino que señala la utilización de los genitales para obtener placer sexual, a partir de una relación coital "penetración" o no coital, como es la masturbación. (23)

Para este estudio y con el fin de determinar las motivaciones para tener una relación sexual precoz, se toma como punto de partida el diccionario de la lengua española la sexualidad como: "Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo" y "Conjunto de practicas y comportamientos", relacionados con la búsqueda de placer sexual y reproducción"; vale la pena destacar que esta acompaña al individuo desde que nace, a lo largo de la vida, hasta la muerte, significando que el niño, el adolescente, el adulto joven y el adulto mayor viven la sexualidad pero de maneras distintas; en la adolescencia, esta adquiere un matiz que la hace más evidente, por que existen sensaciones, crece la necesidad de conocer acerca del propio cuerpo, como reacciona, siente, quiere, existe una familiarización con él y comienza un interés en conocer al otro, como siente y reacciona al relacionarse. (23)

El término "**sexualidad**" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores,

actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, puede abarcar uno o todos estos aspectos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, esta lleva a la capacidad de autorealización y de amar. La sexualidad, es entonces un concepto amplio que involucra cualquier tipo de interacción o relación entre las personas, se expresa a través de todas las acciones y conductas. La sexualidad caracteriza al hombre y a la mujer no solo en el plano físico, sino también en el plano psicológico. Por tanto, la sexualidad en las personas promueve además de la genitalidad, el intercambio afectivo (emocional), el erotismo (la posibilidad de la búsqueda y satisfacción del propio placer y la del otro), la comunicación, la preocupación por la necesidad del otro y el crecimiento mutuo a través de la relación. (23)

La **salud sexual** es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; esta se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. Además esta tiene presente los derechos sexuales y reproductivos. (23)

## 6.2 INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

El inicio de la actividad sexual se ha relacionado con la **virginidad**, ya que existen dos definiciones frecuentemente usadas: el no haber tenido relaciones sexuales, y el tener un himen intacto; pero una mujer una mujer podría entonces participar del sexo oral o anal y seguir siendo, técnicamente, virgen; y de igual manera, el himen se puede desgastar o romper por razones diferentes a las relaciones sexuales a edades muy tempranas en la niñez o en la adolescencia, por montar a caballo o bicicleta, practicar ballet, hacer gimnasia o hasta un golpe fuerte; por lo tanto la presencia del himen no garantiza la ausencia de algún tipo de práctica y/o **actividad sexual**, esta última es entonces una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente; se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (23)

La actividad sexual puede ser entonces de dos tipos directa o indirecta, la **directa**, donde media el contacto físico (como por ejemplo, la penetración, los tocamientos y el sexo oral), o donde el contacto sea **indirecto** (como en el caso de la utilización de niñas y niños para la pornografía, ver a otras personas teniendo actividad sexual). (8) Estos tipos de actividad sexual, están muy relacionados con la **adolescencia**; ya que es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse.

Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que éste los transforma a ellos; uno de los cambios centrales que ocurre se refiere a la sexualidad, la cual, a lo largo de esa etapa, adquiere una nueva dimensión, y es parte fundamental del universo del adolescente; implica, no sólo la capacidad de reproducirse y funcionar sexualmente sino toda una serie de actitudes, deseos, sentimientos y fantasías que esto conlleva; estando el desarrollo del adolescente condicionado por las características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se ha venido desarrollando, y que esta etapa no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerarse como un fenómeno social.(24)

El desarrollo físico en la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos enormes que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física, apareciendo las características sexuales secundarias; en las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, axilar y de las piernas, comienza típicamente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años; la menarquia, ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad y puede suceder hacia los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años, Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años y el comportamiento se caracteriza por: timidez, sensibilidad y preocupación sobre los propios

cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y sus contemporáneos. (5)

Además, los adolescentes tienen y demuestran la necesidad de separarse de sus padres y establecer su propia identidad, las reacciones pueden ser mínimas o surgir conflictos significativos sobre los actos del adolescente o gestos de rebeldía; a medida que se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad, el grupo de amigos o compañeros adquiere un significado especial, ya que puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar nuevas ideas y comparar su propio crecimiento físico y psicológico; existen varios mitos en la adolescencia como son el sentirse "en escena" con la atención de otros constantemente centrada en su apariencia o en sus acciones y el otro es el de ser indestructible, "eso nunca me sucederá, sólo a los demás"; por ejemplo "el quedar embarazada, contraer una infección de transmisión sexual o tener un accidente grave.

Uno de los mayores cambios que sufren las adolescentes es la **menstruación**, evento completamente normal y fisiológico; sin embargo, este sangrado mensual "menstruación" ha sido percibido desde épocas pretéritas como un fenómeno misterioso, alrededor del cual se han tejido numerosos mitos y tabúes de los cuales los más frecuentes han sido aquellos que requieren aislamiento de la mujer menstruante, que prohíben las relaciones sexuales en este período y/o preparar alimentos, sobre todo para sus parejas, los que consideran la sangre menstrual como un líquido peligroso o venenoso y los que le confieren poderes mágicos; así como para Pitágoras, para quien: "la sangre menstrual era la espuma de la sangre, que contenía la superfluides de las enfermedades"; para Hipócrates "la menstruación

era un proceso normal y mencionaba sus trastornos como parte de las enfermedades sagradas llamadas Morbo Sacro"; para Aristóteles "la sangre menstrual era el excedente que se eliminaba de la sangre corporal y que además servía como alimento para la formación del feto que se había iniciado por acción del fluido genital masculino" y para Galeno, "la menstruación era una forma de eliminar la llamada sangre superflua". (25)

Para las culturas indígenas el fluido menstrual fue causado por primera vez por la mordedura de un animal en la región genital de la mujer, que originó los seres humanos, el más relacionado es la serpiente. Para las tribus del sur de Australia era causada por los arañazos en la vagina de un animal que se movía con los cambios de la luna, para los Monominee de Estados Unidos era el resultado de una maldición. Entre la comunidad hindú de los Manu, se creía que un hombre que tuviera relaciones con una mujer menstruante perdía su fuerza física, su energía de vivir, su sabiduría y su cordura. En la tribu hindú de los Bhinyan se construye una puerta en la casa para uso exclusivo de las mujeres menstruantes. Entre los indígenas Finno Ugric de Kenia, en el África, no era permitido que estas mujeres mirasen al cielo pues podían atraer tormentas. En algunas tribus de Angola se pinta la cara o el cuerpo de la mujer para identificar su condición en esos días. En parte del Congo no pueden cocinar esos días si los alimentos van a ser consumidos por hombres. Las tribus de Nueva Zelanda creían que la menstruación era el equivalente a un aborto de seres humanos que tenían dificultades para formarse en el vientre materno. (25)

En Colombia, para las diferentes comunidades indígenas los ritos asociados con la primera menstruación "Menarquia" o de iniciación, cobran extremada importancia; para los Kuna, la vida gira en torno a la mujer, por su capacidad de esposa y madre; para los U'Wa, de la familia Tunebo, al llegar la menarquia colocan un sombrero llamado Kókora, el cual se debe llevar por lo menos un año, sin dejarse ver su cabellera y debe protegerla de los trastornos y/o problemas de la menstruación, del embarazo y ayudarla en la vida cotidiana; para los Ticuna esta se convierte en una fiesta "ritual" el "pelazón" o "moça nova", para el cual se preparan pintando su cuerpo y su rostro; para los Tairona (Santa Marta), se celebra de manera sencilla, con un ayuno que les da la bienvenida a la fertilidad; para los Kuna-Tules (Uraba) se hacen ritos y fiestas que las inician en su vida fértil; para las etnias emberá, emberá-chamí y waunaan (Atrato) es frecuente el uso de adornos de plata, pintar su cuerpo y lucir un atuendo típico; para los Wayú (Guajira) es importante separar a las jóvenes que entran en la adolescencia luego de la menarquia. (25)

En cuanto a la menstruación según las diferentes religiones, en la religión musulmana, ellas están exentas de ayuno durante los días de la menstruación en el mes del Ramadán; en el Purdah, un ritual religioso-social de muchas comunidades musulmanas, hindúes y del medio oriente, las mujeres son literalmente aisladas del resto del público y aún dentro de su familia y a los 13 años deben usar el Burka vestido de color violáceo que indica su condición de soltera, en la católica, la Biblia hace referencia a la menstruación como "impureza" y prohíbe tener relaciones sexuales mientras la mujer este menstruando. (25)

Hay aún en la actualidad mitos y tabúes, algunos ingleses aseguran que la leche manipulada por una mujer menstruante, no puede convertirse en mantequilla; para otros ellas no deben entrar a los campos sembrados en Galela a los de tabaco y en Sumatra a los arroz. En Saigón por ejemplo no se les permite trabajar en la elaboración del opio para evitar que este se ponga amargo. En la tribu Kafir del sur del África creen que si una mujer bebe leche, la vaca puede caer muerta. En algunas regiones de Francia creen que si entran en una fábrica de azúcar pueden echar a perder este producto y en Santander – Colombia usan la menstruación en las bebidas de los hombres para volverlos locos y evitar ser abandonadas. (25)

Es así que la menstruación ha obtenido diferentes nombres en Colombia, de acuerdo a la publicación de Luis Flórez, llamada como: la colorada, estar enferma, tener la enfermedad del mes, estar a fin de mes, entre otros nombres. Además algunos investigadores se han dedicado a estudiar este fluido menstrual, demostrando la presencia de endotoxinas bacterianas en mujeres infértiles; la cuales parecen participar en algunos procesos anormales que culminan como una falla de la implantación “Aborto”, (25)

Es así que llega la menarca ó primera menstruación y la niña poco sabe acerca de su cuerpo y del mundo. Intuye vagamente que si sangre baja de algún sitio y a su alrededor se repite la frase “Ya eres una mujer”. Este es entonces un paso en el crecimiento de la mujer que significa salud, normalidad y posibilidad de dar a luz si se desea. El flujo menstrual indica un útero libre, y es la mujer quien debe disponer de esa libertad. La niña no se convierte automáticamente en mujer con su menarca: entra en la adolescencia, y, si bien puede quedar embarazada

aún no está madura ni psíquica ni emocionalmente, para pasar por este trance y convertirse en "madre". (26)

Por todo lo antes mencionado y siendo la adolescencia una etapa de muchos cambios que directa o indirectamente; pueden convertirse en un factor predisponente para el inicio de la actividad sexual precoz, algunos autores se han centrado en el estudio de esta población, resaltando la edad de inicio, actitudes, prácticas, factores de riesgo, primera pareja sexual, número de parejas sexuales, consecuencias, en otras.

**6.2.1 Factores de Riesgo y/o de protección iniciación de la actividad sexual.** El estudio de Sagua publicado en 1999, hace referencia a como los problemas de salud de la adolescencia se caracterizan por una carga psicosocial elevada y un nivel de daño relativamente bajo término de morbilidad y mortalidad, sin embargo, **la disminución de la edad promedio de la menarquia y el inicio precoz de actividad sexual coital** son factores de riesgo para el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los adolescentes. (27)

El estudio de Padilla publicado en 2001, realizado en el **Salvador** el año 2000, centrado en conocimientos, actitudes, practicas y factores de riesgo, con 1,460 adolescentes de ambos sexos, tanto estudiantes como desertores escolares, con el objetivo de conocer sus actitudes, motivaciones, creencias y patrones de conducta sexual, relacionándolos con la presencia o ausencia de factores de riesgo, encontró una edad promedio de 17,3 años, 49 % femenino y 51% masculino, el 48 % había **iniciado actividad sexual, en promedio a los 14,7 años.** Como

primera pareja sexual predominó **novi@**, quien generalmente era 3 a 4 años mayor. El **número de parejas sexuales había sido 1,8** para las mujeres y de 4 para los varones. El inicio de vida sexual fue significativamente mayor en l@s desertores de la escuela. Se encontró menor utilización de métodos anticonceptivos y mayor predominio de mitos y barreras entre las adolescentes del sexo femenino y l@s desertores escolares. Se demostró una relación significativa entre entorno familiar carente de amor, consumo de tabaco, ingesta de licor, y falta de educación sexual; con inicio precoz de actividad sexual en ambos sexos; situándolos como factores de riesgo que incrementan la probabilidad de experimentación sexual en la adolescencia de 2 a 4 veces. **La ausencia de la figura paterna demuestra ser un factor de riesgo adicional en las adolescentes del sexo femenino. La educación sexual retrasó el inicio de relaciones sexuales e incrementó el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes que iniciaron vida sexual.** (28)

El estudio de Zambrana y colaboradores, publicado en 2004 y realizado en la Paz, **Bolivia** busco identificar factores de riesgo asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria, por medio de un estudio transversal mediante 275 encuestas, en una edad promedio 17 años; **identificando como factores de riesgo**, consumo de sustancias (alcohol y tabaco), relación de pareja y asistencia a reuniones sociales y discotecas y **factores de protección** actividad deportiva y abstinencia respecto al consumo de sustancias; sin demostrar influencia: condición del establecimiento educativo, estabilidad del entorno familiar, embarazo de la madre durante su adolescencia, reuniones con familiares y la educación sexual.

El 15.6 % de ellos manifestó haber iniciado su actividad sexual, con un promedio de **inicio de 16,6 años** y en sus conclusiones, el consumo de sustancias y la preferencia por actividades sociales están fuertemente asociados al inicio de la actividad sexual durante la adolescencia. (29).

La **autoestima** o autoapreciación, es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, positiva o negativa; que se forma a través de un proceso de asimilación y reflexión, mediante el cual interioriza las opiniones de las personas socialmente significativas (padres, maestros, compañeros...) y los utiliza como criterios para su propia conducta; dada su importancia en cada individuo, el artículo publicado en 2005 por Vargas y Barrera, realizado en Bogotá, Colombia, con adolescentes escolarizados, encontró que la autoestima no es una variable clave para los programas de prevención del inicio temprano de actividad sexual, la **autoeficacia** (percepción que tiene la persona de su competencia para manejar situaciones con una pareja del otro sexo en el futuro) y el **contexto normativo** en el que se desarrollan los adolescentes, sí establecen diferencias significativas en el estatus sexual y en la edad de inicio de las relaciones sexuales, sus resultados también indicaron que las actitudes de los padres y de los amigos, como la norma social percibida, difieren significativamente entre los adolescentes activos y no activos y entre los que inician más temprano o más tarde. Para la población de ese estudio, los padres siguen siendo figuras significativas de referencia; algunos padres aprueban las relaciones sexuales en la adolescencia o fuera del contexto del matrimonio, "ya se han hecho a la idea de que los tiempos han cambiado" y, en ese sentido, algunos han adoptado una actitud que se puede categorizar como "**permisividad protegida**", que protejan su

salud, especialmente, de “un embarazo no deseado”; sin embargo otros padres no hablan del tema en familia; por lo tanto es importante considerar estrategias para fomentar la comunicación padres- hijos en torno a estos temas; tanto hombres como mujeres perciben que las relaciones sexuales en la adolescencia son aceptadas por su grupo de pares y frecuentes a su edad. (30) (31)

Las **familias con funcionalidad normal** constituyen un **factor protector** para evitar el inicio de relaciones sexuales en la adolescencia y **enfermería** debe participar activamente en la implementación y ejecución de programas de salud que fomenten una óptima relación al interior de la familia, afirma Carvacho, en su estudio publicado en 1999, realizado en Chile, sobre el inicio de las relaciones sexuales, que abarca distintos aspectos de la vida, como el **entorno social y principalmente la relación intrafamiliar influyen en las decisiones de vida que el joven va a tomar**, cuyo objetivo era conocer la proporción de adolescentes que habían iniciado relaciones sexuales en la etapa escolar y su relación con la funcionalidad familiar; dada la importancia de enfermería en Chile en los controles de salud infantil, se estudiaron las respuestas de 517 adolescentes, de enseñanza media; entre los resultados obtenidos 70 % de los jóvenes tenían familias con funcionalidad normal, 42 % de los adolescentes habían tenido relaciones sexuales y de éstos, la mayoría 51,6 % pertenecían a familias con funcionalidad alterada y con el doble de probabilidades de tener varias parejas sexuales en comparación con las familias con funcionalidad normal. (32).

Las **familias disfuncionales o coercitivas** que en la mayoría de las sociedades se presenta y las escuelas que educan basadas en el

“terrorismo sexual” y en la “pedagogía del NO”, los métodos típicos en la educación sexual tradicional han sido señalar “todos los males” y “peligros” que pueden ocurrir si se tiene relaciones sexuales coitales. La juventud es objeto muchas veces de frases intimidatorias o amenazantes: “cuidado te me embarazas”, “no la vayas a embarrar”, “cómo me traigas un embarazo te mato”, “mira lo que haces”, etc. La pedagogía del NO y el terrorismo sexual han sido el fundamento de una educación sexual centrada en la postergación y la abstinencia sexual alimentada, por supuesto, de una concepción negativa, represiva, y condenatoria de la sexualidad. Además la educación en métodos anticonceptivos históricamente ha mostrado su ineficiencia, ya que son muchas las mujeres y adolescentes que terminan embarazadas y llegan a consulta manifiestan que conocen acerca de los métodos anticonceptivos, pero que no los usaron o simplemente no funcionaron y hoy en día tienen un embarazo no deseado; a medida que ha incrementado el acceso a la educación y se han conocido más ampliamente las ventajas de postergar la procreación, ha disminuido el nivel de maternidad adolescente en algunos países.

La procreación en mujeres solteras es una tendencia creciente en la mayoría de los países, al igual que el embarazo en las adolescentes; la edad a la que se contrae matrimonio por primera vez es variable de un continente a otro; sin embargo en algunos países más del 50 % de las adolescentes se casan antes de los 18 años; existe con frecuencia una gran diferencia de edad entre los cónyuges, debido a que los hombres suelen contraer matrimonio más tardíamente que las mujeres, estando en un promedio de 5 a 10 años y dentro de más desarrollado el país los matrimonios se realizan a una edad más tardía.

**6.2.2 Comportamientos de Riesgo en relación con la iniciación de la actividad sexual.** El estudio de Méndez y colaboradores, publicado en 1998 y realizado en **Argentina**, con 952 adolescentes, escolarizados, con un cuestionario autoadministrado, mostró que la **edad promedio de inicio fue 15,7** para las mujeres, sin influencias ni por educación del padre ni por tipo de escuela, las chicas se iniciaron **mayoritariamente con sus novios** y tomaron la decisión junto con su pareja, motivadas por el deseo de tener una relación más profunda con ella; las 3/4 partes utilizaron preservativo, pero 1/5 recurrió al coitus interruptus, lo que fue más acentuado en las mujeres y en los hijos de padres con menor educación, alrededor de 30 %, sin diferencias por género, **no se protegió del SIDA ni del riesgo de embarazo en la iniciación sexual** y concluye que la proporción de adolescentes que se inician precozmente habla de la necesidad de un accionar preventivo más temprano por parte de los adultos significativos (padres, maestros y profesionales de la salud). (33).

El estudio de Blitchtein- Winicki y colaboradores, publicado en 2002, por estudio aleatorio transversal y cuestionario autoaplicado, realizado con 755 mujeres adolescentes de 16 y 17 años inscritas al servicio militar del **Perú**, mostró como resultados, edad media de las adolescentes 16,4 años, la media de **inicio de relaciones sexuales 15,4 años**, uso del condón 23,4 %; 16% refirió haber tenido dos o más parejas sexuales en el último año, 33 % haber tenido síntomas sugestivos de ITS, mientras que 88,3 % percibió no tener algún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con su vida sexual actual. Del total de adolescentes, 26 % no reconoció el condón como una forma de prevención del SIDA, concluyendo, la baja percepción de riesgo de

ITS/VIH/SIDA y la alta referencia de signos de ITS, señalan la necesidad de priorizar esta población para realizar estrategias de prevención, es importante considerar factores racionales (nivel de información, número de parejas sexuales) y no racionales (emociones y percepciones) en el desarrollo de estrategias de intervención para disminuir **comportamiento de riesgo**. (34).

En la caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes, realizada por González y colaboradores en **Chile** y publicada en 2006, en donde estudiaron 198 adolescentes entre agosto 2000 y octubre 2003 (14,2 % del centro asistencial); encontraron como resultados que la **edad promedio de inicio fue 15,6 años**, 47 % eran sexualmente activos, 30 % presentaba otra conducta de riesgo (consumo sustancias, deserción escolar, abandono hogar), y 36% **conducta sexual de riesgo** (coito no protegido), 16 % coito único y 28 % abstinencia actual. La edad promedio de inicio de coito vaginal fue significativamente menor en adolescentes que tenían parejas múltiples. Concluyendo, conocer las diversas características en sexualidad de los adolescentes permitirá aplicar modelos de intervención específicos para cada caso. (35).

### **6.3 CONSECUENCIAS DE LA INICIACIÓN SEXUAL**

**6.3.1 Embarazo.** El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica; la incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos

corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud. (36).

Los niveles de embarazos no deseados varían entre las adolescentes. Oscilan entre el 25% de todos los embarazos adolescentes en Guatemala y el 50% en Perú; entre el 15% y el 30% en Oriente Medio y África del Norte; entre el 10% y el 16% en la India, Indonesia y Pakistán, y entre el 20% y el 45% en el resto de los países asiáticos; y entre el 11% al 13% en Níger y Nigeria hasta el 50% o más en Botswana, Ghana, Kenya, Namibia y Zimbabwe. En América Latina y el Caribe un tercio de la población entre los 20 y 24 años de edad ha dado a luz antes de los 20 años, los cambios en los niveles de fecundidad adolescente han sido variables dentro de cada país; 25 - 50% de las madres jóvenes indican que su embarazo no fue planeado, del 12 - 25% de los nacimientos de adolescentes los tienen jóvenes solteras, entre el 20% y el 40% de las mujeres contrae matrimonio por primera vez antes de los 18 años, y la diferencia de edad entre la pareja oscila entre los tres y seis años; siendo mayor el hombre.

En el estudio de Brant Toro en Venezuela, publicado en 1995; se resalta la importancia de la salud familiar y las situaciones que a ella afectan como lo son las crisis existenciales "la adolescencia", proceso emocional de transición, donde se aumenta la flexibilidad de las fronteras familiares para incluir la independencia de los hijos; siendo

desde el punto de vista médico y social, el embarazo un problema; por su etiología multifactorial y para el cual el médico familiar puede ayudar a remitir este fenómeno a través de: **Educación al paciente y su grupo familiar**, identificando los adolescentes con alto riesgo, por inicio temprano de actividad sexual, darles consejería anticonceptiva e intentar la prevención del embarazo. (37)

El estudio de Villón y colaboradores, publicado y realizado en 1998 **con gestantes adolescentes**, cuyo objetivo era conocer la incidencia y características clínico epidemiológicas, encontró una incidencia del 16 %, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15 a 19 años), la mayoría provenía de zonas rurales (65 %) con estudios primarios (55 %) y unión inestable con sus parejas (100 %). El 70 % presentó su menarquía entre los 12 y 14 años y un 20 % **inició su actividad sexual antes de los 15 años**. El 15 % ya había estado embarazada previamente. El 40 % nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre (50 %). Se presentó 40 % de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio; éstas fueron trabajo de parto prolongado (50 %), desgarros perineales (25 %), ruptura prematura de membranas y parto pretérmino (12,5 %). En los recién nacidos se tuvo 10 % de peso bajo al nacer y 5 % de prematuridad; 35 % de asfixia al minuto y ningún asfixiado a los 5 minutos, dentro de sus conclusiones, un deficiente grado de instrucción general, inicio temprano de relaciones sexuales y uso escaso o nulo de metodología anticonceptiva se relaciona con una alta incidencia de embarazos en adolescentes; el trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, productos con peso bajo al nacer y prematuridad son frecuentes en adolescentes. (38).

El estudio de Salgero publicado en 2000, con el propósito de ofrecer a los gerentes de programas y prestadores de servicios, datos actualizados sobre la situación de indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, encontró que la edad media del **inicio de relaciones sexuales son los 15.5 años** y la del **primer embarazo 16.7 años**. Al momento de la encuesta 33 % de los entrevistados de ambos sexos (14 a 19 años) ya habían tenido relaciones con coito. (39)

Martínez y colaboradores en su artículo publicado en 2001, realizado en **Cuba**, afirma que el embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos, con una muestra de 150 embarazadas adolescentes que pertenecían a consultorios del policlínico docente "Manuel González Díaz", Municipio Bahía Honda, Cuba, periodo entre 1999 a 2000, estudio prospectivo longitudinal y descriptivo, que utilizó una encuesta que recogió variables tales como edad, ubicación geográfica, estado civil, edad de la menarquía y primera relación sexual, nivel de escolaridad, alteraciones en el embarazo, tipo de captación y algunas variables psicológicas. Con la información obtenida y la bibliografía revisada, se concluyó que el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión en esta edad de la vida, que el organismo no está preparado para asumirlo. El grupo de edad estaba entre 16-17 años, con un nivel secundario y la mayoría **inició su actividad sexual entre los 14 y 15 años**, predominando pacientes **solteras** y como las alteraciones más frecuentes, sepsis urinaria y anemia. (40).

Ávila y colaboradores en su publicación de 2002, luego de un estudio explicativo-observacional, de casos y controles, en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, provenientes del Policlínico Docente

"Wilfredo Pérez Pérez", **Cuba**, año 2000, compartidos en 2 grupos: con 53 casos que se embarazaron, y 106 adolescentes que no lo hicieron grupo control; compararon diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y sociodemográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, las embarazadas estaban en la adolescencia tardía, con inestabilidad en la pareja, mejor nivel de instrucción de los padres, mayor porcentaje que no estudiaba ni trabajaba, con padres divorciados, criadas solamente por la madre, de familias disfuncionales, con inicio precoz de la actividad sexual sin anticonceptivos, **con problemas psicológicos que se enmarcaban en el hogar y la familia.** (41).

El estudio de Suárez y colaboradores, publicado en 2004, muestra un estudio descriptivo de 870 preguntas de adolescentes, sobre sexualidad y reproducción recibidas en el suplemento dominical Vida Afectiva y Sexual, del Diario la Cuarta de Santiago de Chile. El 57,8 % mujeres y 42,2 % varones, sin diferencias por edad, los temas más consultados: Relaciones Sexuales, Anatomía relacionada al sexo, Homosexualidad e ITS, Embarazo en Adolescentes y Masturbación. L@s adolescentes preguntan más sobre Masturbación, Desarrollo Puberal y Anticoncepción. Los varones preguntaron más sobre Masturbación, Anatomía relacionada al Sexo y Homosexualidad e ITS y las mujeres por relaciones sexuales, Embarazo y Relaciones Afectivas y Familiares. No hubo diferencias por Regiones, a mayor edad la inquietud fue acerca de Dispareunia y Anorgasmia. . Concluyendo este estudio que la educación debe ser impartida por igual a hombres y mujeres, considerando algunos temas en complejidad creciente en relación a la edad y que es urgente desarrollar programas de educación sexual, capacitar a los

docentes, padres y apoderados para satisfacer las necesidades de l@s adolescentes. (42)

Con respecto a los nacimientos en el mundo en adolescentes, este corresponde al 10%, por lo tanto millones de mujeres jóvenes son madres; según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud el riesgo de muerte asociado al embarazo es dos veces mayor entre las adolescentes de 15 a 19 años y cinco veces superior en las adolescentes entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres mayores de 20 años.

El trabajo de Michea, publicado en 2001, afirma como en **Chile**, la tendencia del embarazo en adolescentes se mantiene estable a pesar de los esfuerzos realizados por los sectores de salud y educación para disminuirla; estudió un grupo de 82 madres adolescentes controladas en el Policlínico de Adolescencia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios, con el objetivo de definir sus características biopsicosociales, a través de entrevistas semiestructuradas, que permitieron concluir que se trata de un grupo muy vulnerable, por diferentes **factores de riesgo**, debido a su edad temprana, su inicio precoz de relaciones sexuales, su soltería, su escolaridad incompleta, la falta de apoyo económico y afectivo de la pareja y sus familias de origen disgregadas y disfuncionales, no se encontraron factores de riesgo biológicos asociados al embarazo y concluye que, en ese campo, el énfasis debe estar dirigido a la prevención del embarazo y a brindar un adecuado apoyo psicosocial a este grupo de adolescentes una vez que el embarazo se ha producido. (43)

**6.3.2 Cáncer Cervicoutérino.** La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que anualmente se producen más de 37.600 muertes por cáncer cervical en **América Latina y el Caribe**. La mayoría de estos casos están ligados a la infección genital por el virus del papiloma humano (VPH), cuya mayor tasa de incidencia ocurre en general en mujeres entre los 16 y los 20 años; este cáncer tiene un devastador impacto en la salud de miles de mujeres en todo el mundo, por lo tanto fue el tema central de la celebración del Día Internacional de la Mujer 2007 que, bajo el eslogan "Que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible". (44)

**6.4 Abuso sexual.** El abuso sexual es cualquier acto que se da entre las personas, en el cual una ve forzada o persuadida a realizar actividades sexuales, implicando una satisfacción para la otra persona involucrada; existen diferentes clases de abuso sexual: lenguaje sexualizado, exposición de órganos genitales, voyerismo, con acto sexual, sexo urogenital y actividad sexual interfemoral, pornografía; así mismo unas razones posibles son: liberación de sentimientos sexuales, expresión de sentimientos hostiles, necesidad de expresar y recibir afecto y oportunidad para ejercer el poder.

Los factores asociados con el abuso sexual son: culturales, ambientales, culturales y familiares, asociados a atracción y sentimientos sexuales por otra persona, en especial por los niños, siendo los principales factores de riesgo: la motivación clara para el abuso sexual, incapacidad de defensa del abusado. Es una problemática de transmisión intergeneracional, ya que existe la probabilidad de repetir patrones de comportamiento que han sido observados o vividos. (Milner 2000, Ramirez 2002), estos ocurren con mayor frecuencia en el propio hogar,

y el agresor es generalmente el padre, el padrastro, el hermano o cualquier persona cercana que tiene fácil acceso a la víctima, puede darse en todas las clases socioeconómicas, pero tiene el mismo tipo de factores de riesgo que el maltrato, incluyendo pobreza, familias con violencia sociofamiliar y el consumo excesivo de alcohol y drogas psicoactivas. Los abusadores con frecuencia tienen antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en ellos mismos. (45)

Entre el 40% y el 47% de las víctimas de violación sexual son adolescentes y mujeres de 15 años y menores y anualmente, aproximadamente dos millones de niñas entre 5 y 15 años entran en el mercado del comercio del sexo en todo el mundo; un estudio en Uganda señaló que el 49% de las niñas que admitieron ser activas sexualmente, habían sido forzadas a practicar el sexo y en Zimbabwe, un estudio mostró que alrededor de la mitad de los casos de violación involucraban a adolescentes y niñas menores de 15 años.

En Estados Unidos el 40 % de las mujeres que mantuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, declara que fueron en contra de su voluntad y un estudio realizado en Perú concluyó que del 90% de las madres adolescentes entre 12 y 16 años eran víctimas de violación, a menudo por parte de un miembro de su familia y otro estudio en Costa Rica encontró que la mayoría de las madres adolescentes eran víctimas de incesto.

El estudio de González y colaboradores, publicado en 2001, cuyo objetivo fue investigar la sexualidad y las relaciones de parejas que establecen mujeres que sufrieron violación en su niñez y adolescencia, se realizó con una cohorte de 225 mujeres adolescentes cuyos embarazos fueron productos de violación y que fueron atendidas en CEMERA - Centro Universitario Especializado en Adolescente durante los años 1984 a 1994, a todas ellas se les aplicó una encuesta en la primera consulta y los resultados correspondieron a 124 mujeres que fueron localizadas y entrevistadas lo que representa el 55 % de la población en estudio. Características personales y familiares: 50 % estaban entre 16 y 19 años, 40 % entre 20 y 30 años, 80 % solteras, 55 % dedicadas al hogar, sólo un 42 % alcanzó E. Media, un 61 % vive y depende de su familia de origen. Situación de pareja: Un 41 % no había establecido ningún tipo de relación afectiva con el sexo opuesto, 17 % se casó y 14 % convivían. Aspecto de sexualidad: 52 % inicio actividad sexual voluntaria posterior, la mitad de ellas inició actividad sexual antes del año, el 63 % había tenido una sola pareja sexual mientras que el 25 % había tenido 2 parejas sexuales y un 12 % 3 y más parejas. Un 33 % de sus parejas tienen entre 30 y 57 años. El 64 % de las entrevistadas indicó que su pareja supo de la violación, un 72 % de los supieron reaccionaron bien y la apoyaron pero un 28 % la abandonó. Es importante notar que estas mujeres encontraron parejas que satisficieron sus necesidades materiales más que las necesidades emocionales. En general ellas no tuvieron éxito en tener una relación de pareja completa, feliz en lo sexual y emocional. (46)

## 6.5 CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA INICIACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Varios estudios realizados en Colombia con adolescentes resaltaron sobre el tema lo siguiente:

El estudio de **Giraldo y Colaboradores, publicado en 1985**, se encontró que la prematurez en las relaciones sexuales es un factor de riesgo para las adolescentes en su embarazo y además presentó un perfil de las adolescentes embarazadas que asistieron al Instituto Materno Infantil de **Bogotá**, para obtener datos sobre: características generales, socioeconómicas, psicológicas y sobre riesgo perinatal. Encontrando que el 85% era de procedencia urbana, 54% solteras, 38% vivían en unión libre; el 6% tenía bachillerato completo, el 80% como ocupación hogar y solo el 13% está trabajando, el 89% era económicamente dependiente, el 43% no tenía vivienda propia y en el 42% de los casos la vivienda tenía una sola habitación, y 37 % una sola cama. Respecto a las características psicológicas el 19% sintió agrado al saber que estaba embarazada, el 63% estaba completamente de acuerdo con el embarazo actual, y el 19% considero la posibilidad de abortar. La emoción predominante respecto al embarazo fue el temor 60%; las 2/3 partes se sintieron apoyadas. (47), (48)

El estudio de **Giraldo y Colaboradores, publicado en 1985**, se encontró que la prematurez en las relaciones sexuales es un factor de riesgo para las adolescentes en su embarazo y además presentó un perfil de las adolescentes embarazadas que asistieron al Instituto

Materno Infantil de **Bogotá**, para obtener datos sobre: características generales, socioeconómicas, psicológicas y sobre riesgo perinatal. Encontrando que el 85% era de procedencia urbana, 54% solteras, 38% vivían en unión libre; el 6% tenía bachillerato completo, el 80% como ocupación hogar y solo el 13% está trabajando, el 89% era económicamente dependiente, el 43% no tenía vivienda propia y en el 42% de los casos la vivienda tenía una sola habitación, y 37 % una sola cama. Respecto a las características psicológicas el 19% sintió agrado al saber que estaba embarazada, el 63% estaba completamente de acuerdo con el embarazo actual, y el 19% considero la posibilidad de abortar. La emoción predominante respecto al embarazo fue el temor 60%; las 2/3 partes se sintieron apoyadas. (47), (48)

El estudio realizado por Gómez Patricia en el centro de Salud del Garcés Navas, **Bogotá**, 1987, arrojó como resultados relevantes que de las 82 mujeres entre los 14 y 20 años, el 59.7% tuvo su **primera relación entre los 13 y los 17 años** y el 40% entre los 18 y los 20. El 78% asociaron el hecho con estar solas en la casa. El 61 % tuvo relaciones ocasionales, y el 32% con frecuencia. El 72% eran solteras y el 28% casadas o en unión libre. (49).

En el estudio de Moreno Alberto, publicado en 1989, al realizar la revisión de 596 historias clínicas de pacientes adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital General de **Neiva** y que constituyeron el 24.5% de la población de maternas, en el periodo de un año, comprendido entre el 1 de julio de 1987 y el 31 de mayo de 1988. encontraron que los factores sociológicos y sociales son los más importantes en la generación de los problemas que afectan a las adolescentes en estado gestacional. (50).

El estudio de Camargo Fabiola, publicado en 1990 y realizado en la **Mesa Cundinamarca** 1989, analizó los factores familiares y socioeconómicos determinantes del comportamiento de las madres adolescentes (12-19 años); arrojando como resultados que el bajo nivel educacional fue factor constante como las condiciones de hacinamiento, falta de afecto familiar y la inestabilidad económica de los padres entre otros. Como consecuencias del embarazo se observaron dependencia económica, riesgos de enfermedad del recién nacido, probabilidad de no vinculo madre-hijo e inestabilidad económica. (51).

Monterrosa y Bello en 1996, reportan acerca de la atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años, realizada en el Hospital Rafael Calvo, **Cartagena, Colombia**, en 1994 que de 12.416 partos, 3.161 el 25.4 % fueron de menores de 20 años: estando en adolescencia temprana 57 (1.8 %) y en adolescente tardía 3.104 (98.2 %). La edad promedio de las adolescentes fue 13.9 años de edad. En ellas se presentó mayor frecuencia de: parto pretérmino y parto post-término, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia post-parto, contractilidad uterina alterada y retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer. (52).

Tal como lo afirma Pulido y Col, en su artículo publicado en 1998, en cuanto al análisis de los problemas a los que está sometida la población adolescente de **Colombia**, desde los generales de su edad hasta los específicos de la época que le ha tocado vivir, donde debe enfrentar una sociedad en crisis sociales, económicas y culturales, y con rupturas comunicacionales, que le exige una compleja capacidad de adaptación. Si los adolescentes no logran esta adaptación presentan conflictos consigo mismo, la familia, la escuela, y la comunidad, cuyas

consecuencias se reflejan en problemas sociales como la violencia, y la maternidad-paternidad no deseada. En esta última, predominan **uniones libres inestables**, lo que lleva para intervenir en dicho grupo poblacional, para que la decisión de tener un hijo sea un proceso inscrito en su proyecto de vida que contribuya a su bienestar y autocuidado, que sean favorables para la vida y su salud reproductiva. (53).

Silva, 2001 afirma que en Colombia la tasa de embarazo entre adolescentes se ha incrementado desde 1985; presentándose el incremento más grande en **Bogotá** debido al desplazamiento interno de adolescentes que tienen una alta tasa de fecundidad en el país. Dos de tres adolescentes de 19 años desplazadas son madres, mientras que la cobertura nacional es uno de tres. La iniciación en la actividad sexual está ocurriendo a edad muy temprana; decreciendo en 1.2 años de 1995 al año 2000. La iniciación ocurre 3 años antes en mujeres con bajo nivel de educación comparado con mujeres con alto nivel de educación: Según sus estudios desarrollados en Ciudad Bolívar, las adolescentes desplazadas tienen altas tasas de fecundidad a diferencia de otras adolescentes del país, 90/100 de las adolescentes ha tenido actividad sexual; el 67/100 de las mujeres ha tenido sexo por amor y 24/100 por curiosidad, mientras que el 31/100 de los hombres comienza su actividad sexual por curiosidad, 24/100 por deseo y 23/100 por amor. En el nivel socioeconómico más bajo la "presión" representa el 16/100 siendo más alto que en otros niveles. El 53/100 de los adolescentes cree que el condón es útil para prevenir embarazos no deseados y el 54/100 cree que reduce la transmisión de enfermedades venéreas. Afirmando que los adolescentes no tienen un diálogo previo acerca de la anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual antes de que la

relación sexual tenga lugar; 12/100 de los adolescentes ha utilizado un método de anticoncepción, el más común es el condón con un 8.8/100, seguido de anticonceptivos orales con 3.8/100, entre los adolescentes utilizando condones el 30/100 siempre lo usa, el 30/100 algunas veces, el 18/100 dependiendo de la pareja y el 22/100 justo a tiempo. Para la primera relación sexual el 4/100 entre 12-14 años y el 11/100 entre 15-17 años ha utilizado un método (47), (54), (55), (65).

El estudio de Mosquera y Col, publicado en 2003 y realizado en la ciudad de **Palmira**, da como conclusiones que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los Métodos de Planificación Familiar - **MPF** y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con l@s jóvenes y sus padres. (56)

Galvis y Col, su estudio publicado y realizado en Colombia- 2003, en una institución de Tercer nivel, encontraron como hallazgos que del grupo de jóvenes entre los 14 y 19 años que consultaron al servicio de ginecoobstetricia llegaban con abortos incompletos y terminaban algunas de ellas con complicaciones; por lo tanto concluyen con este estudio que la temprana edad en que las mujeres adolescentes han cursado con un aborto incompleto se relaciona con el inicio de sus relaciones sexuales, además es necesario proporcionar educación sexual adecuada que tenga un mayor impacto en el manejo de las mismas. (57)

El estudio de Ortiz y Col, publicado en 2003 y realizado en la ciudad de **Cali** con un grupo de adolescentes y adultos jóvenes estudiantes universitarios (569), menores de 24 años, por medio de una encuesta,

reportaron inició de actividad sexual a los 14,2 años y haber quedado o dejado a alguien en embarazo sin desearlo 88 estudiantes y el 15,5 % interrumpieron dicho embarazo. Dentro de sus conclusiones es importante resaltar que la educación sexual referida como de buena calidad tiene un efecto protector al disminuir el riesgo de embarazo no deseado y la probabilidad de resolverlo con una interrupción. Es evidente la importancia de incrementar los esfuerzos para mejorar la calidad de la educación sexual que se ofrece al interior de la familia y en las instituciones educativas de enseñanza básica en nuestro país. (58)

En el estudio de Gomez y Col, publicado en 2004 y realizado en **Antioquia**, detecto que de 101 instituciones de salud que ofrecían programas de control prenatal para adolescentes, solo una cumplía parcialmente con los estándares internacionales para la atención de este grupo poblacional, situación preocupante, ya que en Colombia son muchas las adolescentes que consultan por este motivo. (59).

El estudio de Carmen Elisa Florez, publicado en 2005 y llevado a cabo en **Cali y Santa Fe de Bogotá**, en donde compara estratos alto y bajo; con el objetivo de contribuir a un mejor entendimiento de la problemática del embarazo en las adolescentes y de sus factores determinantes, próximos y socioeconómico; arrojando como resultados que las jóvenes pertenecientes a **estratos bajos inician más temprano su vida sexual** y el principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el **conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar (ambiente y supervisión) y el clima educativo**; concluyendo además que es escaso el impacto de la educación sexual de las escuelas. (60)

Otro estudio es el de Vasquez y col, publicado en 2005 y realizado en la ciudad de **Cali**, con el fin de contribuir a generar estrategias de solución a la problemática de salud sexual y reproductiva de l@s adolescentes jóvenes, el cual busco evaluar el impacto de una **intervención educativa** encaminada a dar poder a l@s adolescentes en sus derechos y deberes sexuales y reproductivos; arrojando como resultados que después de la intervención, aumentó significativamente el porcentaje de adolescentes con actividad sexual genital, sobre todo entre las mujeres; asimismo aumentó el uso de prácticas anticonceptivas de doble protección. Sin embargo, una alta proporción de adolescentes continuó absteniéndose de la actividad sexual genital. No se presentaron casos de embarazo ni ITS después de la intervención. Los problemas relacionados con la sexualidad y el abuso físico también disminuyeron después de la intervención. Concluyendo que es importante investigar las vivencias de l@s adolescentes durante la intervención para descubrir lo que les llevó a la actividad sexual genital. La automedicación de anovulatorios y la falta de seguimiento de las instituciones de salud durante el uso de los mismos fue un hallazgo importante que sugiere mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar para las adolescentes. (61), (62).

En el 2006 Barrios y Col, reportan que durante su estudio por 4 años con las adolescentes admitidas en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo C., y en el Instituto de Seguros Sociales de **Cartagena**; encontraron que el inicio de la vida marital fue de 14 años en promedio, lo que demostró una iniciación sexual precoz. La vida obstétrica fue en promedio de 16 años. El 91% fueron primigestantes. Hubo complicaciones en el 27 % de las embarazadas, siendo las entidades patológicas más frecuentes: Enfermedad hipertensiva del embarazo,

Ruptura prematura de membranas, Hipodinamias, Partos prematuros, Desproporción cefalo-pélvica. La mayoría tuvo parto vaginal normal, y el resto tuvo parto por cesárea o parto complicado. El peso de los recién nacidos estuvo entre 2.500 y 3.500 gramos, aunque fue menor en el 10 por ciento de los casos. Dentro de las causas que indujeron a las adolescentes a embarazarse fueron: pobreza, bajo nivel educativo, maltrato de los padres o padrastos, engaño, promiscuidad, malas compañías, desconocimiento de métodos de anticoncepción y de la biología de la reproducción y como consecuencias del embarazo en la adolescencia fueron: aborto provocado, mayor morbilidad de los hijos, vivienda inadecuada, y en hacinamientos, bajo ingreso, empleo de bajo estatus, rechazo de los padres o familiares y abandono del marido. (63).

En la reunión del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2007, se resalto como mientras que en 1990 el 12 % de las mujeres entre 15 y 19 años estaba embarazada o ya era madre, hoy la cifra asciende al 21%; es decir que una de cada cinco niñas entre estas edades ha tenido o va a tener un parto. Pero el problema es aún mayor en la población desplazada, donde el 63% de las mujeres jóvenes son madres; fenómeno que aumenta la pobreza, afecta el plan de vida de estas mujeres; ya que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de conseguir empleo y sus niveles de formación se ven afectados. Además, hay mayor probabilidad de que sus hijos no vayan al colegio, según Diego Palacios, Ministro de Protección Social y representante en Colombia del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). (64)

En esta reunión también se presentaron estudios sobre el tema, llevados a cabo por Profamilia, algunos apoyados por la agencia de la ONU; en una de las investigaciones presentadas se concluyó que las madres adolescentes tienen entre 4 y 5 años de educación menos que las mujeres que no tienen hijos entre los 15 y 19 años. Así mismo, tienen un 11% menos de probabilidad de conseguir trabajo y, en las relaciones de pareja, es más probable que no estén unidas cuando nazca su primer hijo y que establezcan relaciones más de una vez. Pero el problema no es solo para la madre. Los niños de estas mujeres tienen un 8 % menos de probabilidad de tener un carné de vacunación, así como de no asistir al colegio. La investigación concluye que cada año de educación reduce la probabilidad en 2 % de tener un hijo antes de los 20 años y 5 años de educación menos tienen las mujeres que han tenido su hijo entre los 15 y los 19 años, en comparación con las que no. Gabriel Ojeda, gerente de investigación de Profamilia, advirtió que no todos estos embarazos son indeseados. En algunas mujeres existe la motivación para tener un hijo, debido a que quieren salirse de su hogar, donde la violencia es constante.

El estudio recomienda redefinir el Plan Nacional de Educación Sexual, eliminar el fraccionamiento de los servicios ofrecidos por el Sistema General de Seguridad en Salud y que la Superintendencia de Salud vigile de manera más eficaz a las EPS y ARS en lo que tiene que ver con la prestación de los servicios de planificación familiar y otra investigación presentada por Profamilia determinó un incremento en Colombia del uso de los métodos de planificación. Mientras que en 1969 menos del 19 % de las mujeres los utilizaba, hoy la cifra puede llegar a más del 78 %.(65)

Adicionalmente según Profamilia a pesar de los altos índices de embarazo adolescente en Brasil y Colombia, estos dos países son los que lideran el tema por encima de México, Perú, Argentina, Chile y Ecuador; pero la poca eficacia de los métodos anticonceptivos tiene que ver con el mal uso que comúnmente se les da; según Ojeda, la píldora anticonceptiva, que tiene un mínimo margen de fallo, en Colombia puede llegar al 6,5 por ciento de error. Pero no es porque el producto no sea eficaz, sino porque no es bien utilizado por las usuarias. Esto lo demuestra que dentro del 12 por ciento de las mujeres que usan las píldoras, casi la mitad interrumpe su consumo antes del primer año de haber comenzado; otro indicador es el desconocimiento de los riesgos que existen, la mitad de las mujeres no conocen cuáles son las enfermedades de transmisión sexual diferentes al sida. (65)

Según datos de Profamilia 63% de las mujeres desplazadas entre 15 y 19 años están embarazadas o van a tener un hijo; en general, el 21% de las niñas en esas edades viven la misma situación y en 1990 la cifra llegaba al 12 %. (65)

Para ese encuentro del Fondo de Población de las Naciones Unidas 2007, el Programa Presidencial Colombia Joven, preparo el siguiente informe, acerca de: ¿En dónde estamos en Colombia?, reportando que la fecundidad de los adolescentes, ha aumentado significativamente en la última década, acompañada de un rejuvenecimiento del patrón de fecundidad; 12.8 % de jóvenes colombianas entre 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas en 1990 y esta proporción aumenta a 20.5 % en 2005; la contribución de la fecundidad adolescente a la fecundidad total aumenta de 7 % en 1990 al 19 % en 2005 y la proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes

de los 15 años aumenta de 1.3 % en 1995 a 1.7 % en el 2005. Siendo la edad de inicio de relaciones sexuales y uniones cada vez menor e incrementándose el periodo en que las adolescentes están sometidas al riesgo de embarazo, ITS y VIH/ SIDA. (66)

La inserción laboral femenina, ha influido positivamente en la reducción de la fecundidad, sin embargo está sigue en desventaja con respecto al género masculino y la migración es también selectiva de mujeres: las mujeres y los niños representan el 49 % de la población desplazada; este patrón migratorio tradicional indica que persisten las barreras en las áreas rurales y atrasadas del país para el acceso de las mujeres al sistema educativo y productivo y, en cambio el estímulo para ellas acceden tempranamente al mercado laboral urbano de baja calificación como estrategia de sobrevivencia de sus hogares y a medida que la población es más joven la incidencia de la pobreza tiende a ser mayor; además estos no han sido beneficiados suficientemente con los avances socioeconómicos y enfrentan hoy en el país los mayores niveles de pobreza y desempleo, escaso acceso a educación superior, bajo nivel de cobertura en salud.(66)

Además este informe afirma que todos los indicadores en salud sexual y reproductiva muestran grandes inequidades regionales, por nivel educativo, por nivel de riqueza, por grupos étnicos, en las poblaciones desplazadas y según el régimen de seguridad social; existe inequidad, en particular por: falta de información, falta de conserjería o falta de suministro de los métodos anticonceptivos. (66)

## **7. MARCO CONTEXTUAL**

El marco contextual se realizó partiendo de lo general a lo particular, realizando un descripción de la situación reportada durante los últimos años principalmente de las mujeres y de los adolescentes en Colombia y en la localidad de Chapinero, sitio de residencia de las mujeres del presente estudio.

### **7.1 COLOMBIA**

#### **Género “Femenino”**

**Según información DANE 2005, centrada en el género femenino:**

- ✓ Del total de la población colombiana el 51,2% son mujeres y el 48,8% son hombres, ellas representan mayor proporción de la población en todos los grupos poblacionales excepto en el grupo de 0 a 14 años donde el 51% son hombres y el 49% mujeres
- ✓ Del total de los Colombianos, el 3,4% de la población se reconoció como indígena, 0,001% como Romo gitanos, 10,6% como afrocolombianos, predominando en cada uno de estos el género femenino.
- ✓ De los mayores de 10 años, el 46,7% de los hombres se reportaron como solteros frente al 41,3% de las mujeres, el 22,0% son casadas, el 20,2% llevan más de dos años de convivencia con su pareja y el 1,9% llevan menos de dos años de convivencia, el 6,2% son separadas o divorciadas, y el 6,3% son viudas.

- ✓ A nivel nacional, el 9,8% de las mujeres y el 10,4% de los hombres, de 3 años y más, no tienen ningún nivel educativo. El 13,4% de las mujeres y el 13,5% de los hombres tiene primaria completa. El 4,8% de las mujeres y el 4,3% de hombres tiene secundaria completa y el 7,0% de las mujeres y el 6,7% de los hombres tiene nivel profesional.
- ✓ Del total de jefes de hogar el 29,9% son mujeres y el 70,1% son hombres. (67).

### **Adolescentes**

**Dentro de las cifras que reflejan las condiciones de salud de los adolescentes en Colombia, están los del Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005:**

- En 2004, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 17.912 reconocimientos médico legales de delitos sexuales, directos (17.113) e indirectos (799), observándose un incremento con respecto al año anterior de 3.673 (25,6%), 84% mujeres y 21% hombres. La población de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representa 55 % de los casos analizados, siendo el grupo más vulnerable el de los adolescentes de 10 a 14 años con 5.907 casos (34,5%); de los 1.817 suicidios presentados, 79% son en hombres y 21% en mujeres para una razón hombre: mujer de 4:1. El 38% de los casos se presentó en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años de edad, siendo la población con más casos la de jóvenes entre 18 y 24 años con 26% del total de suicidios analizados y de los homicidios en y en la población de 10 a 24 años se presentaron 31,9% de los homicidios analizados en el país por el Instituto.

- El 19,9% (636) de las 3.200 muertes accidentales ocurridas en 2004 corresponden a adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años de edad.
- Aproximadamente 35.000 menores de 18 años son explotados sexualmente; 7.000 se encuentran vinculados con el conflicto armado y 8.000 privados de la libertad
- Se estima que el 12% de los colombianos y colombianas, aproximadamente 5.000.000, presentan algún tipo de limitación especial de carácter cognitivo, sensorial o motor. De éstas, 50% son personas menores de 18 años de edad
- Se observa una tendencia al incremento de nacidos vivos en la población de 10 a 14 años en los últimos cinco años.
- Según la encuesta nacional de demografía y salud de 2005, la fecundidad en adolescentes, de 15 a 19 años, aumentó en la década de 1986 a 1995 de 70 a 89 por mil; en 2005 la tasa es de 90 por mil. La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 19 a 21% en los cinco últimos años y la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas se ha incrementado de 12,8% en 1990 a 21% en 2005.
- El 17,4 % de las muertes maternas reportadas por el DANE en 2001 ocurrieron en adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad

En relación con el VIH/SIDA, la información para 2003 da cuenta de 3.050 casos, de los cuales 19,11% (583 casos) se ubican en el rango de edad de 5 a 24 años y 38,75% (1.182 casos) corresponden al grupo de edad entre 25 y 34 años. Se estima que por cada caso registrado en el sistema de vigilancia epidemiológica hay siete casos no registrados.

Cerca del 93% de los jóvenes entre 14 y 24 años ha probado el alcohol alguna vez en su vida y cerca del 60% lo ha hecho con el cigarrillo. En promedio, los jóvenes consumen alcohol desde los 12.5 años de edad. El promedio de edad de inicio en el cigarrillo es a los 13.6 años

**La ANDI - Agencia de Noticias por los Derechos de la infancia, en 2007; hace referencia a las cifras de juventud en Colombia y resalta las siguientes cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005:**

**Educación:** Solo un 6.4% de los jóvenes de 21 a 24 años de las áreas rurales estudian. El 88% de los estudiantes de los estratos más pobres desertan en el último año de secundaria.

**Niveles de pobreza:** Entre los menores de 15 años, 4.3% de menores son huérfanos y 7.8% han sido criados por otras personas diferentes a sus padres.

**Embarazo adolescente:** La proporción del grupo de adolescentes madres pobres es tres veces mayor en relación con el grupo de las más ricas.

**Anticoncepción:** Cerca del 59% de las adolescentes no deseaba su último embarazo: un 44% lo deseaba más tarde y un 15% no lo deseaba totalmente.

**VIH/SIDA:** Entre abril de 2003 y noviembre de 2005 ONUSIDA realizó 351.196 pruebas ELISA. De las 710 gestantes diagnosticadas, el 17% eran menores de 20 años.

**Violencia de Género:** El Instituto de Medicina Legal reportó que de los 17.712 dictámenes realizados en el 2005, el 84,3% eran menores de edad.

**Otros derechos como los de Salud Sexual y Reproductiva (SSR):**

La mayoría de mujeres que usan métodos no permanentes de planificación familiar tienen que comprarlos en tiendas y droguerías. Esto constituye una gran barrera de acceso sobre todo para los y las adolescentes, quienes por sus altos niveles de pobreza y desocupación, no cuentan con recursos para pagar directamente los métodos de planificación.

Aproximadamente 35.000 menores de 18 años son explotados sexualmente en el país; 7.000 se encuentran vinculados con el conflicto armado y 8.000 privados de la libertad. (68)

En Colombia más del 30 % de la población está representada por adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años de edad (SIJU. Indicadores de tendencias poblacionales. Con base en información del Censo. DANE; 2003. Política nacional de juventud), que necesitan de unas condiciones adecuadas para desarrollar su potencial físico, intelectual, emocional, espiritual, social y artístico; condiciones que se deben ofrecer desde la esfera biológica, psicológica, socioeconómica y cultural, dentro de una perspectiva de género y equidad; **la edad para el comienzo de la actividad sexual está situada por debajo de los 16 años** y la pobreza empeora las repercusiones psicosociales del mismo. (60)

## **7. 2 LOCALIDAD DE CHAPINERO**

En la localidad, la mayor proporción de solteros se presenta en los grupos de edad joven hasta los 39 años. En el grupo de 40 a 44 años los solteros representan el 31,8%, el 31,6% de los hombres y el 32,0% de las mujeres.

La localidad de Chapinero es la segunda de las veinte localidades que conforman Bogotá, tiene una extensión de 3.899 hectáreas, 50 barrios, y una población de 122.991 habitantes. Chapinero limita al norte, con la calle 100 y la vía a la Calera; al sur, limita con la localidad de Santa Fé, Barrios Unidos y Teusaquillo; al occidente, (Autopista Norte y la Avenida Caracas); en el oriente, las estribaciones del Páramo de la Cruz Verde, la piedra de la Ballena, el Pan de Azúcar y el cerro de la Moya, crean el límite entre la localidad y los municipios de Cota y la Calera.

En los últimos años, la localidad se ha convertido en un área comercial y financiera importante del norte de la ciudad; además en cuanto a salud se refiere cuenta con: el Hospital de Chapinero, Cami de Chapinero, UPAs Juan XXII, Rionegro y San Fernando; como dato importante tiene el primer Centro Comunitario en Colombia de atención a personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas); allí los funcionarios de este centro prestan asesoría jurídica, médica y psicológica a aquellas personas que buscan consultas relacionadas con la aceptación de la orientación sexual y ayuda para manejar las relaciones con la familia y las personas que los rodean.

Adicionalmente de acuerdo con los cálculos realizados por la Secretaría de Educación, a partir de las proyecciones del Departamento Administrativo de Planeación Distrital, en 2005 la Localidad de Chapinero concentraba el 1,3% (20.442 niños y jóvenes) de la población en edad escolar -PEE- del Distrito Capital<sup>2</sup>, la cual ascendía a 1.632.816.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida 2003 para Bogotá y localidades urbanas realizada por el DANE y el DAPD, en la localidad de Chapinero se calculó una tasa de analfabetismo para personas de 15 años y más del 1,1%, siendo menor a la tasa de Bogotá en su conjunto del 2,2%.

## 8. ANALISIS DE RESULTADOS

**El análisis de resultados se realizó teniendo en cuenta la descripción de las características y de los factores relacionados con:**

- Iniciación de la actividad sexual
- Consecuencias
- Abuso sexual
- Otras experiencias
- Situación actual

El abuso sexual se describe separado, dada la importancia y relevancia dentro del grupo y de la oportunidad de obtener datos importantes para la creación de estrategias que eviten que se presente en un futuro mediato o inmediato el mismo evento con ellas o en algún miembro de su familia o de la comunidad en general.

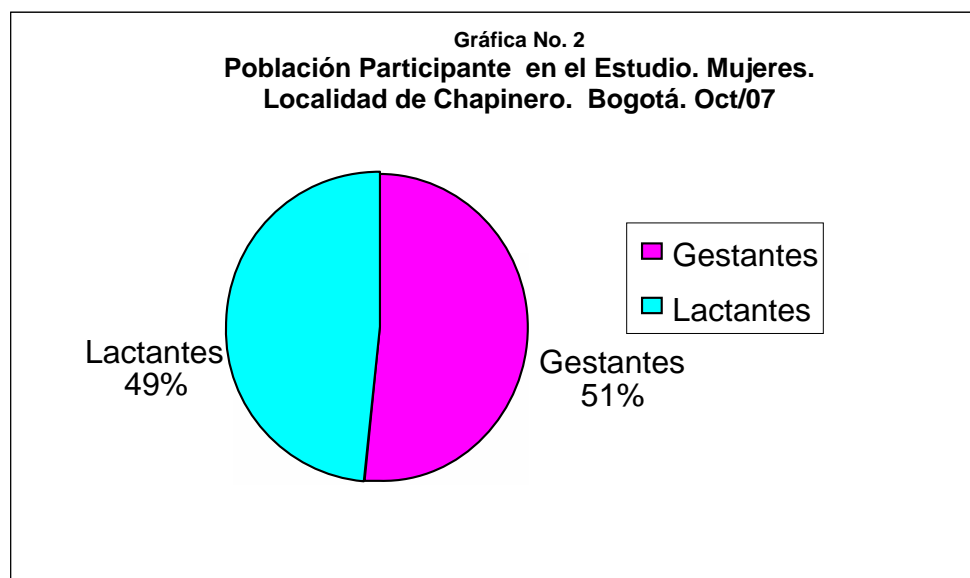
Entre gestantes y lactantes se diligenciaron un total de 117 (100%) instrumentos, 51.3% gestantes, 48.7% lactantes. El análisis de resultados de todas las preguntas se centrará en las 117 mujeres, quienes son el motivo principal de este trabajo (Tabla No. 2. Grafico No. 2.)

En la documentación revisada se encontró que para la Resolución 412 de 2000 en Colombia, los jóvenes van de los 10 a los 29 años e incluye: adolescencia temprana (10 – 13 años), media (14-16 años), tardía (10-21 años) y adulto joven (22-29 años); dentro de los grupos

etáreos de edad más utilizados están: menores de 1 año, 1 a 4 años, de 5 – 14 años, 15 – 44 años, 45 – 59 años y mayores de 60 años; la población de mujeres en edad fértil esta entre los 10 a 54 años y otro tipo de agrupación utilizado es el de grupo quinquenales; por lo tanto para el análisis de resultados, siendo esta una población tan heterogénea, con predominio de adolescentes y adultos jóvenes, se decide distribuir la población por grupos quinquenales hasta los 29 años y agrupar el resto de las participantes del estudio en un grupo de 30 años o más. Es importante resaltar que el 100% de ellas inicio su actividad sexual antes de los 21 años, en su adolescencia temprana, media y/o tardía.

**Tabla No. 2**  
**Población Participante en el Estudio. Mujeres.**  
**Localidad de Chapinero. Bogotá. Oct/07**

Población	No.	%
<b>Gestantes</b>	<b>60</b>	<b>51</b>
<b>Lactantes</b>	<b>57</b>	<b>49</b>
Total	117	100



## **8.1 Iniciación de la actividad sexual**

Dentro del inicio de la actividad sexual se tuvo en cuenta primero, toda situación relacionada con las vivencias sobre el tema con la familia y su entorno, tales como: vivienda y distribución de la familia en el hogar, formas de crianza, escolaridad de la familia, cambios en el grupo familiar, educación sexual, ya que de acuerdo con la documentación revisada y los hallazgos encontrados, el contexto de convivencia desde la infancia está directamente relacionado con el inicio precoz de la actividad sexual. Por tal motivo, es importante resaltar que la familia es la principal formadora de los niños y jóvenes, ya que ellos permanecen el mayor tiempo con ellos y sirven de modelo, para la vida presente y futura. Muchas de las palabras o acciones de las personas son aprendidas en el hogar por los familiares o cuidadores y moldeadas al estar en contacto con otras personas fuera del núcleo familiar o por el ingreso a la educación escolar, por lo tanto la forma de distribución de la familia dentro del hogar, su conformación, el uso de sustancias psicoactivas y las problemáticas asociadas son relevantes para hacer que el inicio de la actividad sexual sea más pronto o lejano.

Existen varios elementos relacionados con el inicio de la actividad sexual, principalmente los que conciernen a cada individuo, como son: edad, tipo de relación, número de parejas participantes, el uso de sustancias psicoactivas, el lugar, circunstancias, percepción, sentimientos durante y después, redes de apoyo después de la iniciación) y otras experiencias relacionadas con la actividad sexual a través de su vida.

### 8.1.1 Características y factores relacionados con el contexto en la iniciación de la actividad sexual:

- Vivienda y distribución de la familia en el hogar
- Formas de crianza
- Escolaridad de la familia
- Cambios en el grupo familiar
- Educación sexual

#### 8.1.1.1 Vivienda y distribución de la familia en el hogar

Se analizaron las siguientes características y/o factores

- Tipo de vivienda
- Distribución

**Tabla No. 3**

**Tipo de Vivienda / Residencia al Iniciar La Actividad Sexual  
Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Tipo de vivienda	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Casa ó apartamento (Propio)	72	61,5	1	29	27	8	7	72
Casa ó apartamento (Arriendo)	35	29,9	1	23	5	3	3	35
Cuarto (s) (Arriendo)	6	5,1	0	1	2	0	3	6
Otro (Finca, casa de familiares "tios")	3	2,6	0	0	0	0	3	3
ICBF	1	0,9	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 61.5% vivía en casa ó apartamento propio, 29.9% casa o apartamento en arriendo, 5.1% cuarto (s) en arriendo, 2.6 % casa de tíos ó finca. (Tabla No. 3)

Para este estudio el tipo de vivienda no es relevante; toma importancia en la distribución de la familia dentro del hogar, compartir cuartos o camas que favorezcan el hacinamiento y puede por ende favorecer el inicio de la actividad sexual precoz, ya que se encontró que 9 de las 29 mujeres que sufrieron algún tipo de práctica abusiva debían compartir su habitación y/o cama con quienes fueron sus abusadores. Por lo tanto para esta investigación el hecho de compartir la habitación o la cama con otras personas favorece el inicio precoz de la actividad sexual, dado por el contacto físico directo o la simple observación y/o imitación de otros.

**Tabla No. 4**  
**Personas con quienes compartieron su Alcoba**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Personas con quien compartía la alcoba	No	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Padre	5	4,3	2	1	2	0	0	5
Madre	17	14,5	0	7	5	1	4	17
Hermanos (as)	39	33,3	0	19	9	4	7	39
Otros familiares	2	1,7	0	1	0	1	0	2
Madre y hermanos	3	2,6	0	2	0	1	0	3
Madre y otro	1	0,9	0	0	0	1	0	1
Padre y madre	5	4,3	0	0	4	0	1	5
Padre, madre y hermanos	5	4,3	0	4	0	0	1	5
No la Compartía	40	34,2	0	19	15	3	3	40
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

**Tabla No. 5**  
**Personas con Quienes Compartieron su Cama**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct. /07**

Compartía la cama con:	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Papá	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Mamá	11	9,4	0	7	2	1	1	11
Hermanos (as)	30	25,6	0	11	10	1	8	30
Otros familiares	5	4,3	0	1	1	3	0	5
Papá y abuela	1	0,9	0	0	1	0	0	1
Papá y mamá	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Papá, mamá y hermanos	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Mamá y hermanos	2	1,7	1	1	0	0	0	2
No la compartía	65	55,6	1	30	19	8	7	65
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

Del grupo de mujeres el 33.3 % debió compartir su alcoba con sus hermanos, el 14,5 % con la madre, 4.3%, con el padre, padre y madre, padre, madre y hermanos, 1.7% con otros familiares. Compartir la cama en un 25.6 % con sus hermanos, 9.4 % con la madre, 4.3 % con otros familiares y con otros en un número menor de casos. (Tablas No.4 y 5)

Con los hallazgos encontrados se puede afirmar que el hacinamiento favorece el inicio precoz de la actividad sexual y el "Abuso Sexual", ya que de las 29 mujeres con abuso sexual, independientemente de la práctica sexual directa o indirecta, 9 tuvieron que compartir su alcoba con familiares y otras personas y la cama 14 de ellas con familiares y

otros. De las mujeres que tuvieron que compartir en su infancia y adolescencia el cuarto y la cama; una de ellas refirió abuso sexual por parte del hermano y como práctica: "abrazo y/o beso de forma sexual"; otra mujer afirmó abuso por parte de la mamá, presentó como práctica "El ser obligada a usar palabras sexuales"; otra mujer afirmó abuso por parte de mamá, papá y pareja y como prácticas "el tener que escuchar palabras para excitarla sexualmente" y "abrazo y/o beso de forma sexual". (Tablas N° 4 y 5).

#### **8.1.1.2 Formas de Crianza**

**Se analizaron las siguientes características y/o factores**

- Formas de corrección
- Uso de sustancias psicoactivas
- Alteraciones de conducta

Las formas de crianza y modelos de orientación durante la niñez y la adolescencia marcan en el adolescente y/o adulto, su forma de comportamiento individual, con la familia y la comunidad. Es de recordar que muchas de las acciones aprendidas en la infancia son por imitación; por lo tanto el buen ejemplo y orientación, permitirá una mejor formación integral del individuo y por lo tanto evitará problemáticas personales y/o familiares.

**Tabla No. 6**  
**Formas de Corrección en el Hogar al Inicio de la Actividad Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Como Formas de corrección	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Apoyo con Dialogo	76	65,0	2	38	21	8	7	76
Represión verbal Regaño	49	41,9	0	17	16	7	9	49
Prohibición Sanción	16	13,7	0	5	4	2	5	16
Castigo físico	22	18,8	0	8	6	2	6	22

Del 100% de la población, el 65 % manifestó que en su casa se usaba el dialogo, principalmente con la mamá como mayor confidente y orientadora, el 41.9 % el regaño, el 13.7% la sanción y en el 18,8% el castigo físico, algunas mujeres marcaron una o más opciones. (Tabla No. 6).

El regaño, la sanción y el castigo físico se presentó en varios de los hogares de estas mujeres durante la adolescencia, lo cual pudo favorecer que ellas buscaran refugio en sus ami@s o pareja, conduciéndolas de forma indirecta al inicio de la actividad sexual; ya que varios estudios han concluido que las familias con funcionalidad normal son un factor protector para el inicio de la actividad sexual (Carvacho,1999, Chile).

**Tabla No. 7**  
**Uso de Sustancias Psicoactivas en el Hogar al Inicio**  
**de la Actividad Sexual. Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>El uso de sustancias psicoactivas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Bebidas alcohólicas	16	13,7	1	6	7	0	2	16
Cigarrillo	25	21,4	0	13	8	1	3	25
Café	46	39,3	1	17	15	6	7	46
Otras	2	1,7	0	1	1	0	0	2

Del 100% de la población, el 13.7 % manifestó consumo de bebidas alcohólicas, 21.4 % hábito del cigarrillo, 39.3% consumo de café, 1.7 % consumo de otras sustancias pero no especificaron cual. (Tabla No. 7). Es importante mencionar que las bebidas alcohólicas pueden inducir a la agresión verbal, física y/o sexual, hacia cualquiera de los miembros del hogar u otras personas.

**Tabla No. 8**  
**Alteraciones de la Conducta y muertes violentas en el Hogar**  
**al Inicio de la Actividad Sexual. Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Tipo de Alteración</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Depresión	35	29,9	0	13	10	5	7	35
Tendencias suicidas	9	7,7	0	3	4	1	1	9
Muertes violentas en el grupo familiar	6	5,1	1	1	2	1	1	6

Del 100% de las mujeres refirieron en sus hogares y familias las siguientes problemáticas de conducta: el 29.9 % depresión, el 7.7% tendencias suicidas y el 5.1 % tuvieron muertes violentas en su grupo familiar. (Tabla No. 8). En este estudio se encontró que la depresión dentro de la familia está directamente relacionada con otras problemáticas intrafamiliares que pueden indirectamente inducir a las adolescentes al inicio precoz de su vida sexual. De los 35 casos de las familias de las mujeres con depresión, 5 presentaron consumo de bebidas alcohólicas, 22 regaño, 8 sanción y 10 castigo físico.

De las 9 familias que presentaron tendencias suicidas, en 2 de ellas existió en común: depresión, consumo de bebidas alcohólicas y sanción verbal; en una de ellas adicionalmente consumo de sustancias psicoactivas (SPA), pero no refirieron el tipo de sustancia, pero sí consumo de cigarrillo, además de sanción y castigo físico. Por lo tanto es importante resaltar como el consumo de alcohol y de otras sustancias puede favorecer la violencia intrafamiliar y el riesgo de una muerte violenta; en las otras 5 las problemáticas asociadas fueron regaño, sanción y/o castigo físico y solo 2 no refirieron ninguna problemática asociada.

Por lo tanto para este estudio, los conflictos intrafamiliares y del entorno familiar, pueden llevar a las adolescentes a buscar una vía de escape en las relaciones sexuales, tal como lo afirma Padilla, 2001, en el Salvador y/o tener que llegar a asumir responsabilidades que no son propias de su edad, infancia o adolescencia, como es el tener que trabajar para conseguir recursos para ellas o sus familias; como se puede ver a continuación en cuanto a la vinculación al medio laboral en edades tempranas.

### 8.1.1.3 Escolaridad de la familia

**Tabla No. 9**  
**Grado de Escolaridad de los Familiares al Momento de**  
**Iniciar la Actividad Sexual. Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Parentesco	No.	ESCOLARIDAD								Total
		Ninguna	Primaria	Primaria	Secundaria	Secundaria completa	Técnico	Superior	No responden	
			Incompleta	Completa	Incompleta					
<b>Papá</b>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62</b>
<b>Padrastra</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>Mamá</b>	<b>94</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>94</b>
<b>Madrastra</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Hermanos (as)</b>	<b>58</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>58</b>
<b>Tíos (as)</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>Primos (as)</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Pareja</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Otro</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

Del 100 % población (117 mujeres), el 77% de sus mamás logró algún grado de escolaridad y el 50.8% de los papás; las mamás en general tuvieron la oportunidad de obtener un mayor grado de escolaridad, con respecto a sus parejas; esto es relevante en el presente trabajo, ya que para la mayoría de ellas su principal confidente y orientadora era la mamá. (Tabla No.9)

Los papás y mamás de las mujeres de este grupo en su mayoría alcanzaron como máxima escolaridad en su mayoría primaria incompleta 61 personas, seguido de secundaria incompleta 43 personas, 15 primaria completa, 8 secundaria completa. En la educación superior, ningún papá realizó curso técnico o universitario; de las mamás una obtuvo formación técnica y otra universitaria. De los demás familiares y otras personas que convivían con estas mujeres al momento del inicio de su actividad sexual, refirieron algún grado de escolaridad.

El grado de escolaridad de este grupo de mujeres es mucho más alto que el de sus padres, lo cual también fue encontrado por Ávila & Col en Cuba donde el grado de instrucción de las adolescentes embarazadas era mayor al de sus padres, pero tenían familias disfuncionales. Por lo tanto para el presente estudio la escolaridad en los adolescentes está asociada con el inicio de la actividad sexual precoz, cuando existe adicionalmente problemática familiar, falta de comunicación y/o confianza de los adolescentes con las personas que los rodean.

Adicionalmente no se puede desconocer que los adolescentes sufren una serie de cambios físicos, hormonales y psicológicos que con un entorno favorable los puede llevar indirectamente al inicio de su actividad sexual, ya sea de una forma responsable o irresponsable.

#### 8.1.1.4 Cambios en el grupo familiar

Tabla No. 10

**Personas Que se Fueron del Hogar en la Adolescencia**

**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Persona que se fue	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Papá	15	12,8	0	2	7	2	4	15
Mamá	10	8,5	1	5	2	1	1	10
Otro Familiar	13	11,1	0	8	3	0	2	13
Papá y Mamá	2	1,7	0	0	2	0	0	2
Papá y Otro	2	1,7	1	1	0	0	0	2
No aplica	75	64,1	0	37	21	8	9	75
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

La persona que con más frecuencia se fue del hogar en la adolescencia de este grupo de mujeres fue el padre en un 12.8%, seguido de otros familiares cercanos con el 11.1%, tales como herman@s, abuela y ti@s. (Tabla No.10)

Para este estudio la ausencia paterna en algunos hogares pudo ser un factor predisponente para el inicio de la actividad sexual precoz, ya que las mamás deberían de ejercer diversos roles: amas de casa, jefes de hogar y encargadas de sostener económicamente a la familia, este es un factor que ha sido referido en otros estudios. (Padilla, 2001, Salvador).

Además en el momento de inscripción al programa, son muchas las aspirantes que refirieron tener una pareja de mayor edad que ellas; por lo tanto puede ser que las jóvenes busquen en sus parejas afecto, protección y porque no una figura paterna.

### 8.1.1.5 Educación sexual de las mujeres antes de iniciar la actividad sexual

Tabla No.11

#### Educación sexual antes de iniciar su Actividad Sexual

Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07

Donde se recibió la información	No	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Casa /hogar	16	13,7	0	10	3	1	2	16
Institución de salud	20	17,1	0	18	2	0	0	20
Centro educativo	34	29,1	0	3	17	7	7	34
Casa/hogar y institución de salud	2	1,7	0	0	1	1		2
Casa/hogar y centro educativo	29	24,8	1	18	7	2	1	29
Institución de salud y centro educativo	2	1,7	0	2	0	0	0	2
Institución de salud, centro educativo y otra	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Otro	2	1,7	0	0	1	0	1	2
Todas las anteriores	3	2,6	1	0	1	0	1	3
Ninguna parte	6	5,1	0	1	1	0	4	6
No responde	2	1,7	0	0	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

En este grupo la información sobre sexualidad fue recibida principalmente en los centros educativos 29.1 % ó en los centros educativos y otros espacios como el hogar o instituciones de salud (Tabla No. 11); sin embargo es importante resaltar que la información puede ser suficiente y clara, pero si existen barreras en la comunicación

intrafamiliar y/o en pareja; además de falta de accesibilidad a los métodos anticonceptivos, porque los adolescentes se sienten invadidos en su privacidad o juzgados por acceder a estos servicios de orientación en sexualidad, terminaran en el inicio de actividad sexual precoz y el uso de la planificación familiar se basa en las experiencias de sus pares y no de acuerdo a las condiciones y necesidades de cada una de ellas. Por lo tanto para este estudio es importante la formación en salud sexual y reproductiva a toda la comunidad, para así evitar el inicio temprano de la actividad sexual y sus consecuencias. Información acorde con otros estudios que han encontrado que la educación sexual retrasó el inicio de relaciones sexuales e incrementó el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes que iniciaron vida sexual. (Padilla, 2001, Salvador, Hombres y mujeres adolescentes).

### **8.1.2 Iniciación de la Actividad Sexual “Sexarquia”**

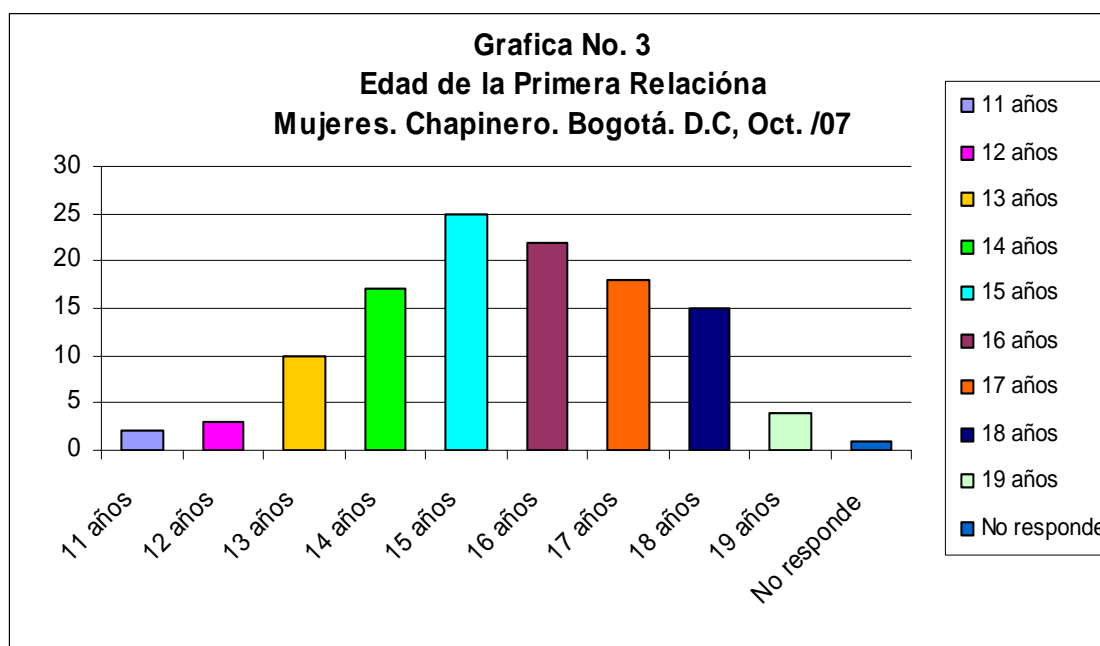
Se analizaron las siguientes características y/o factores:

- Edad
- Pareja
- Uso de sustancias psicoactivas
- Lugar
- Circunstancias
- Percepción
- Sentimientos durante
- Sentimientos después
- Redes de apoyo
- Otras experiencias

### 8.1.2.1 Edad de la "Sexarquia"

**Tabla No. 12**  
**Edad de la Primera Relación Sexual "Sexarquia"**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Edad	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
11	2	1,7	0	1	0	0	1	2
12	3	2,6	0	2	0	0	1	3
13	10	8,5	0	3	6	0	1	10
14	17	14,5	2	6	4	0	5	17
<b>15</b>	<b>25</b>	<b>21,4</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>25</b>
16	22	18,8	0	13	4	3	2	22
17	18	15,4	0	7	6	4	1	18
18	15	12,8	0	4	8	2	1	15
19	4	3,4	0	0	2	1	1	4
No responde	1	0,9	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>



La edad predominante en este grupo poblacional de inicio de la actividad sexual fue a los 15 años en un 21.4 %, a los 16 años en un 18.8 %, a los 17 años en un 15.4 %. Como edad mínima de inicio de la actividad sexual a los 11 años y como edad máxima a los 19 años. (Tabla No. 12 y Gráfico N° 3)

La edad de inicio de las relaciones sexuales, que se presentó con mayor frecuencia en este grupo fue a los 15 años, al compararla con estudios realizados en otros países con adolescentes, esta edad de inicio es similar, mayor o menor uno ó dos años: 15.7 años (Méndez & Col, 1998, Argentina), 15.5 años (Salgero, 2000), 14.7 años (Padilla, 2001, Salvador), entre los 14 y 15 años (2001, Cuba), 16.6 años (Zambrana, 2004, Bolivia) , 15.4 años (Blitchtein- Winicki, 2004, Perú), 15.6 años (González, 2006, Chile) y con respecto a estudios en Colombia, entre los 14 y 17 años 59.7 % y entre los 18 y 20 años el 40% (Gómez Patricia, 1987, Bogotá), 14.2 años (Ortiz y Col, 2003, Cali), 13.9 años (Monterrosa y Bello, 1996, Cartagena), 14 años (Barrios & Col, 2006).

De acuerdo con los resultados de este estudio y a los artículos relacionados con el tema, se puede afirmar al igual que Silva en el 2001, que la iniciación en la actividad sexual está ocurriendo a edades muy tempranas principalmente entre los 14 y 16 años (adolescencia media), momento en que la adolescente ya ha presentado su menarca, ha sufrido cambios físicos que llaman la atención de sus pares del sexo opuesto. La mujer con estos cambios se convierte en condición de riesgo para el inicio de su actividad sexual precoz; dado que la adolescente se hace más llamativa y busca también a las personas del sexo opuesto o de su mismo sexo para compartir experiencias, buscando un

distanciamiento de los padres y la socialización con sus pares. Para otras mujeres los 17 años (adolescencia tardía) significan poder gozar de su independencia, además de buscar consolidar relaciones y de preferencia las relaciones sociales individuales a las grupales, lo cual también se convierte en un factor de riesgo; porque comparte más a solas con su pareja del momento.

### 8.1.2.2 Parejas de iniciación

Se analizaron las siguientes características y/o factores:

- Tipo de Relación
- Numero de parejas participantes

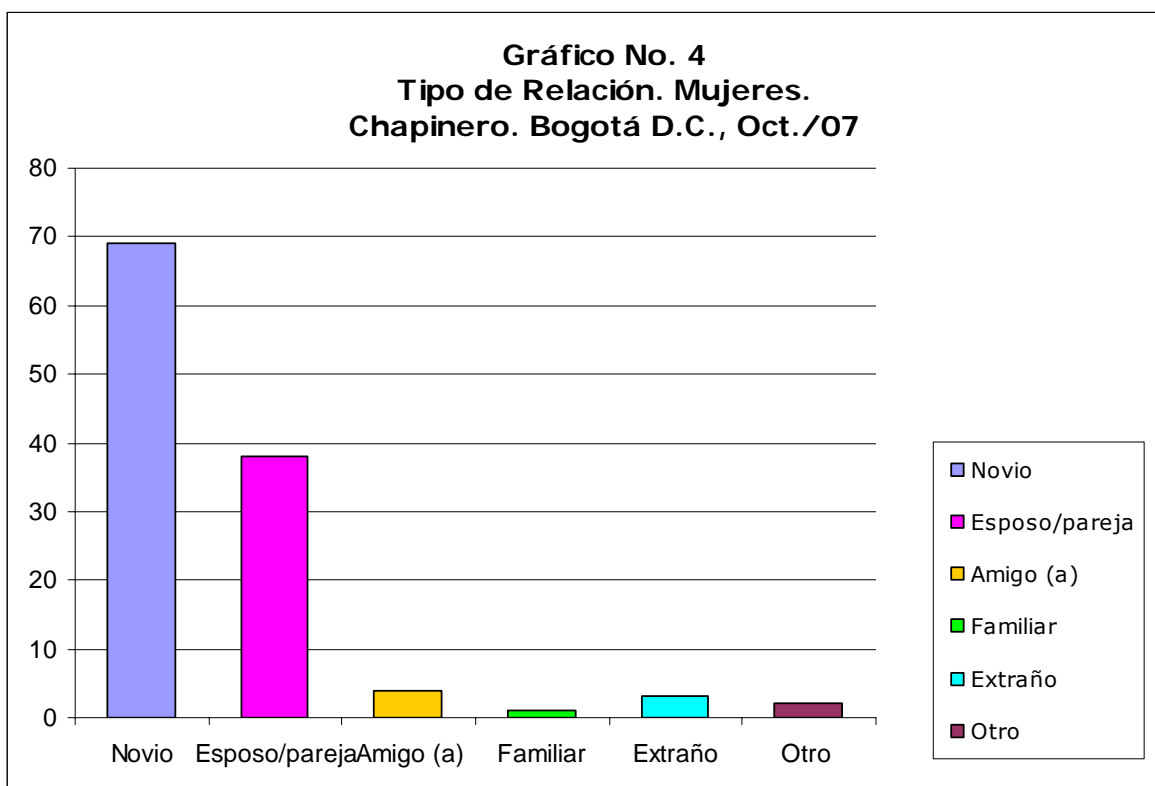
#### Tipo de Relación

Tabla No. 13

Tipo de Relación. Mujeres.

Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07

Persona con Quien Estuvo	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Novio	69	59,0	2	34	19	6	8	69
Esposo/pareja	38	32,5	0	16	11	5	6	38
Amigo (a)	4	3,4	0	1	2	0	1	4
Familiar	1	0,9	0	0	1	0	0	1
Extraño	3	2,6	0	1	1	0	1	3
Otro	2	1,7	0	1	1	0	0	2
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>



Con respecto a la persona con quien tuvieron la primera relación sexual en su mayoría con el novio en un 59.0 %, seguido del 32.5% con el esposo o pareja, 3.4 % amigo, 2.6 % extraño, 1.7 % otro y 0.9 % con un familiar. (Tabla No.13. Grafica No. 4)

Este estudio, al igual que los de Méndez & Col, 1998, en Argentina, Padilla, 2001, en Salvador; coinciden como principal protagonista para la primera relación sexual el novio. Sin embargo ninguno hace referencia al tiempo transcurrido entre el noviazgo y esa primera relación, lo cual sería interesante de investigar al igual si este fue el primer novio.

## Numero de parejas participantes

Tabla No. 14

### Número de Pareja(s) Participante(s)

Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07

No. Parejas Sexarquia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Una persona	115	98,3	2	52	34	11	16	115
Más de una persona	1	0,9	0	1	0	0	0	1
No lo recuerda	1	0,9	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

Con respecto al número de personas con quienes tuvieron la primera relación se encontró que el 98.3% estuvo solo con una persona, el 0.9% (n=1) tuvo relaciones bajo efectos del alcohol ingerido voluntariamente en una relación bajo consentimiento y con el novio; el 0.9 % no lo recuerda, porque su relación fue bajo efectos de alcohol ingerido voluntariamente con el novio. (Tabla No. 14)

Por lo tanto para este estudio más de una pareja participante en la primera relación sexual y en las posteriores está directamente relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente las bebidas alcohólicas; las cuales además pueden favorecer el abuso sexual. Es entonces ideal dentro de la formación familiar y escolar, hacer énfasis en los niños y adolescentes de los riesgos que pueden llegar a correr por el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias, con otras personas que en determinado momento pueden aprovechar la situación, realizar prácticas abusivas, las cuales pueden terminar en embarazos o infecciones de transmisión sexual.

### 8.1.2.3 Uso de Sustancias y/o drogas en la iniciación

Tabla No. 15

#### Sustancias Consumidas en su Primera Relación Sexual

Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07

Sustancia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Ninguna sustancia	94	80,3	2	41	29	8	14	94
Alcohol ingerido voluntariamente	18	15,4	0	11	4	2	1	18
Alcohol ingerido de manera forzada	1	0,9	0	0	1	0	0	1
Sustancias psicoactivas usadas de manera forzada	2	1,7	0	0	1	0	1	2
Alcohol ingerido voluntariamente y medicamentos	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Alcohol y SPA ingeridas forzadamente	1	0,9	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

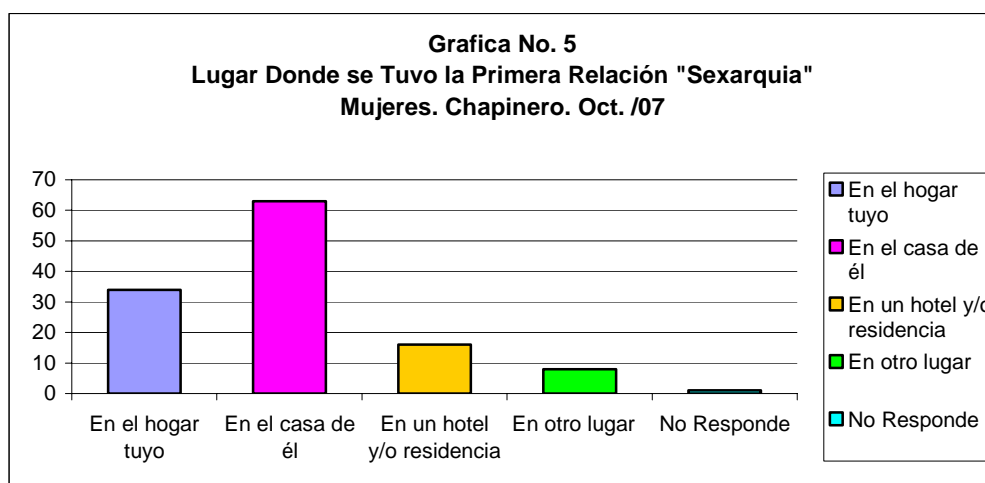
La primera relación sexual fue realizada en el 15.4% de las mujeres de este grupo bajo los efectos de alcohol ingerido voluntariamente, el 1.7 % bajo sustancias psicoactivas usadas de manera forzada, en un 2.7 % con alcohol ingerido de manera forzada, con medicamentos y/o con sustancias psicoactivas. Un 80.3 % (n=94) tuvo su primera relación sexual sin estar bajo los efectos de ninguna sustancia y ninguna optó por la opción de sustancias psicoactivas usadas voluntariamente. (Tabla No. 15)

Para este estudio un factor de riesgo es el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y/o medicamentos, para ser abordado de forma voluntaria o forzada sexualmente, ya que como se mencionó anteriormente una de ellas tuvo actividad sexual con más de una persona, y otra no recuerda con cuantas personas estuvo, por estar bajo los efectos de bebidas alcohólicas; adicionalmente esta información ha sido encontrada en otros estudios (Zambrana, 2004, Bolivia, (Gonzalez & Col, 2006, Chile).

### 8.1.2.4 Lugar de iniciación

**Tabla No. 16**  
**Lugar En Que Ocurrió Su Primera Relación Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Lugar de la Sexarquia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Casa de la mujer	33	28,2	0	14	12	1	6	33
Casa de la pareja	60	51,3	2	33	13	7	5	60
En un hotel y/o residencia	15	12,8	0	4	7	1	3	15
En otro lugar	8	6,8	0	2	2	2	2	8
No Responde	1	0,9	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>



El lugar predominante para la primera relación fue la casa de él en el 51.3% de las mujeres, en la casa de ellas en el 28.2 %, el 12.8% en hotel residencia y el 6.8 % en otro lugar: finca, trabajo, casa de amigos o familiares. (Tabla No. 16 y Grafico No 5)

En este estudio se plantea la posibilidad de que el hogar de la pareja sea el escogido para tener esa primera relación sexual, debido a las actividades laborales de uno o ambos padres y/o otros familiares; que generan espacios de soledad en los hogares y/o ante cualquier oportunidad de estar juntos como pareja. Además a la mayoría de los jóvenes les da pena entrar a un hotel, motel y/o residencia, porque sienten que su privacidad se ve invadida y en muchas de estas se les restringe su ingreso por ser menores de edad. Por lo tanto se plantea que en estudios posteriores se profundice en las razones que motivan a las adolescentes a preferir como sitio de encuentro los hogares de sus parejas.

#### 8.1.2.5 Circunstancias que llevaron a la iniciación

**Tabla No. 17**  
**Circunstancias de la Iniciación**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Circunstancias de la Iniciación</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Por amor	62	53,0	1	35	16	4	6	62
Atracción Sin Amor	47	40,2	1	17	15	7	7	47
Forzada	8	6,8	0	1	4	0	3	8
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

Del grupo 53% manifiestan que esta relación fue por amor, 40.2 % por atracción sin amor y 6.8 % forzada. De las 8 mujeres que marcaron la opción forzada, 7 (siete) seleccionaron la opción de abuso sexual en su primera relación sexual y 1 (una) fue forzada por su pareja, pero a la pregunta de abuso sexual su respuesta fue negativa y en preguntas posteriores escribió abuso por parte de su pareja actual y un amigo, además de sentir que su pareja no la valora. (Tabla No. 17). Para este estudio el predominio del amor como circunstancia relacionada en la primera relación sexual está directamente relacionada con el hecho de que la mayoría de estas mujeres tuvieron su primera relación con el novio.

#### 8.1.2.6 Percepción de la Iniciación

**Tabla No. 18**  
**Tipo de percepción de su iniciación**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>La relación fue:</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Agradable	79	67,5	2	40	23	5	9	79
Desagradable	26	22,2	0	9	10	2	5	26
Agradable y desagradable	7	6,0	0	3	2	0	2	7
Ninguna	5	4,3	0	1	0	4	0	5
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

Para el 67.5% la percepción fue agradable y esta incluyo: que la relación fue bonita, era lo que había imaginado y la repetiría, el 22.2% la percibió como desagradable y refirió: "fue terrible y deseo olvidarla", el 6.0% refirió esta relación como agradable / desagradable, con

sentimientos encontrados de los antes mencionados y un 4.3 % no refirió ningún tipo de percepción. (Tabla No. 18)

Para este estudio la percepción de las mujeres dependió del tipo de pareja, relación, lugar y principalmente si esta fue o no voluntaria, en su mayoría, para el 67.5% la experiencia fue positiva ya que la compartieron con su pareja "novio".

### 8.1.2.7 Sentimientos generados durante la iniciación

**Tabla No. 19**  
**Sentimientos Generados Durante la Iniciación**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Sentimientos Generados Durante</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Positivos	10	8,5	1	3	2	1	3	10
Negativos	83	70,9	0	38	28	5	12	83
Positivos y Negativos	2	1,7	0	1	1	0	0	2
Otros	8	6,8	1	6	0	1	0	8
No responde	14	12,0	0	5	4	4	1	14
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 8.5 % tuvo sentimientos durante la relación sexual positivos (felicidad), el 70.9 % negativos (tristeza, rabia), el 1.7% positivos y negativos, los antes mencionados, 6.8 % otros sentimientos (preocupación, pena, decepción), los cuales fueron referidos con mayor frecuencia en las mujeres que fueron abusadas sexualmente y el 12.0 % no respondió. (Tabla No. 19)

De las 7 que manifestaron abuso en esa primera relación sexual, sintieron durante la misma: rabia (3), decepción (1), tristeza y rabia (1), tristeza rabia y decepción (1), una de ellas resalta "Era muy inocente y no fue por amor".

Por lo tanto para este estudio los sentimientos generados durante la iniciación están directamente relacionados con la persona con quien compartieron esa primera relación y el tipo de relación afectivo con la misma y el hecho de ser esta con o sin consentimiento.

### 8.1.2.8 Sentimientos generados después de la iniciación

**Tabla No. 20**  
**Sentimientos Generados Después de la Iniciación**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Sentimientos Generados Después	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Positivos	68	58,1	2	31	17	6	12	68
Negativos	25	21,4	0	8	12	3	2	25
Positivo y negativo	1	0,9	0	1	0	0	0	1
Otro	6	5,1	0	4	0	1	1	6
No responde	17	14,5	0	9	6	1	1	17
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 58.1 % tuvo sentimientos después de la relación sexual positivos (felicidad), el 21.4 % negativos (tristeza, rabia), el 0.9 % positivos y negativos, los antes mencionados, 5.1% otros sentimientos (preocupación, pena, decepción) y el 14.5 % no respondió. (Tabla No. 20)

De las 7 que manifestaron abuso en esa primera relación sexual, sintieron durante esta: rabia (1), decepción (1), tristeza (1), tristeza y rabia (1), tristeza rabia y decepción (2) y no responde (1).

Para este estudio los sentimientos después de la iniciación están muy relacionados con el hecho de haber sido una relación consentida o no; es decir en aquellas cuya primera relación estuvo marcada por el abuso sexual, sus sentimientos luego de la relación son negativos, tales como: rabia, decepción y tristeza.

#### 8.1.2.9 Redes de apoyo después de su iniciación "Sexarquia"

**Tabla No. 21**  
**Personas con Quien compartió "Hablo de" su Sexarquia**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Con Quien Compartió	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Mamá</b>	<b>15</b>	<b>12,8</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
<b>Papá</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Hermanas (os)</b>	<b>11</b>	<b>9,4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>11</b>
<b>Amigas (os).</b>	<b>42</b>	<b>35,9</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>42</b>
<b>Mamá y otros</b>	<b>17</b>	<b>14,5</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
<b>Papá y otros</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Amiga y otro</b>	<b>5</b>	<b>4,3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Religioso</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Salud</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Salud, amigo y/o mamá</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>2</b>
<b>Otro</b>	<b>4</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Nadie</b>	<b>10</b>	<b>8,5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>No Responde</b>	<b>7</b>	<b>6,0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

La (s) persona (s) con quien manifiestan haber compartido esta primera experiencia sexual fue principalmente con las amigas 35.9% y la mamá 12.8 %, el 8.5% no compartió esta experiencia con nadie y el 42.7 % compartió esta primera experiencia con otras personas, entre las que se encuentran otros familiares diferentes a la mamá, personal de salud. Educativo y religioso. (Tabla No. 21).

Por lo tanto para este estudio es evidente que l@s amig@s "sus pares", juegan un papel importante en las adolescentes, ya son ellas sus principales confidentes, ya que según la manifestación de muchas de ellas son l@s amig@s las personas a las que más confianza les tienen; seguido de las mamás quienes son las mayores confidentes dentro del núcleo familiar. (Tabla No. 21).

#### **8.1.2.10 Otras experiencias relacionadas con la actividad sexual durante su vida**

Estas experiencias se incluyeron son independientemente si fueron antes, durante o después de la iniciación de la actividad sexual (sexarquía).

- Remuneradas
  - ¿Con Quien?
  - ¿Para obtener Que?
- Lesbianismo

## Remuneradas

**Tabla No. 22**  
**Remuneración y Actividad Sexual ¿Con Quien?**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Personas de las que se recibió remuneración por algún tipo de actividad sexual.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
<b>Papá</b>	<b>4</b>	<b>3,4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Mamá</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Otro Familiar</b>	<b>5</b>	<b>4,3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Papá y mamá</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Extraño</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>No aplica</b>	<b>95</b>	<b>81,2</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>95</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 6.8% de las mujeres recibió algún tipo de remuneración económica o en especie de extraños, el 3.4 % del padre, el 2.6 % de la madre, el 1.7 % de ambos padres y el 81.2% nunca ha tenido este tipo de práctica sexual. (Tabla No. 22).

Para este estudio las prácticas sexuales remuneradas son relevantes, ya que se presentaron en el 18.8 % de ellas, siendo los principales actores mamá, papá y otros familiares; por lo tanto sería a futuro interesante profundizar si estas personas que dan algún tipo de remuneración por actividades sexuales, en su vida también han sido víctimas de remuneración por estas prácticas y/o han sido abusadas en algún momento de su vida.

**Tabla No. 23**  
**Remuneración y Actividad Sexual. ¿Para obtener Que?**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

La remuneración era	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Autosatisfacerse</b>	<b>12</b>	<b>10,3</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Satisfacer a otro</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Remuneración</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Coacción</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Otra.</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>No aplica</b>	<b>99</b>	<b>84,6</b>	<b>2</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>99</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 10.3 % de ellas por autosatisfacerse, 1.7 % bajo coacción ó remuneración, 1.7 % (n=1) por remuneración (una de ellas por dulces), 0.9 % (n=1), escribió "No sabia era una niña". (Tabla No.23).

Para este estudio la exploración de si mismas y la búsqueda de satisfacción sexual, son las principales motivaciones para realizar prácticas sexuales remuneradas.

## Prácticas sexuales con su mismo sexo “Mujer – Lesbianismo”

**Tabla No. 24**  
**Prácticas Homosexuales**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Actividad sexual con Mujeres	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Besos</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Caricias</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Relación sexual directa</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Besos, caricias y actividad sexual directa</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>No</b>	<b>111</b>	<b>94,9</b>	<b>2</b>	<b>52</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>111</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

Con personas de su mismo sexo se han besado el 1.7 % (n=2), han tenido actividad sexual el 0.9 % (n=1) y se han besado, acariciado y tenido actividad sexual el 2.6 % (n=3); mientras el 94.9% no ha tenido ningún tipo de actividad sexual con su mismo sexo. (Tabla No. 24)

En este estudio las mujeres que manifestaron algún tipo de práctica con personas de su mismo sexo lo hicieron a través de su vida y no como práctica de iniciación. En la actualidad tienen pareja sexual del sexo opuesto y están embarazadas o lactando.

### 8.1.2.11 Trabajo durante la adolescencia

**Tabla No. 25**  
**Trabajaba en el Momento de Iniciar La Actividad Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Trabajaba	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Si</b>	<b>38</b>	<b>32,5</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>38</b>
<b>No</b>	<b>79</b>	<b>67,5</b>	<b>2</b>	<b>45</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>79</b>
Total	117	100,0	2	53	35	11	16	117

Llama la atención en este estudio, que más de la tercera parte de la población al momento de iniciar su actividad sexual trabajaba, 34.4%, en su mayoría en el área comercial como vendedoras (18 mujeres), en casa de familia (8 mujeres), otros trabajos (8 mujeres) y no responden el tipo de trabajo (8 mujeres). (Tabla No. 25)

Como hallazgos de las que trabajaban en el momento de iniciar su actividad sexual estaban entre los 11 y 23 años; por lo tanto a futuro sería interesante investigar si el sitio de trabajo es un factor de riesgo para el inicio precoz de la actividad sexual, por mayores oportunidades de conocer a la pareja en estos espacios y tener actividad sexual de forma voluntaria o forzada.

### 8.2 Consecuencias por la sexarquia

Las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz referidas por las mujeres fueron las relacionadas con cambios en la salud, número de parejas y deserción escolar.

### 8.2.1 Cambios en la Salud

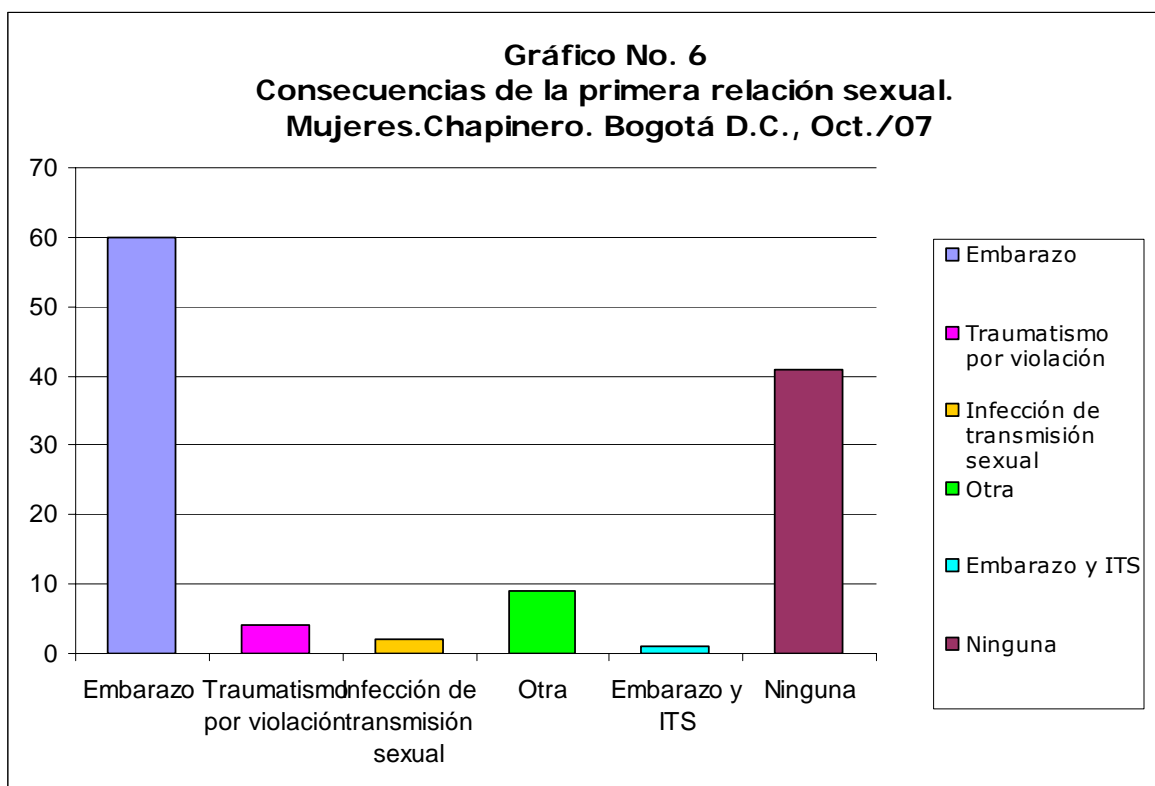
Se analizaron varias consecuencias las cuales se agruparon en dos grupos:

- Embarazo, Infecciones de transmisión sexual y Trauma emocional
- Gestaciones partos y abortos

### Embarazo, Infecciones de transmisión sexual y Trauma emocional

**Tabla No. 26**  
**Consecuencias en la salud por la Primera Relación Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Consecuencia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Embarazo</b>	<b>60</b>	<b>51,3</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>60</b>
<b>Traumatismo por violación</b>	<b>4</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Infección de transmisión sexual</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Otro.</b>	<b>9</b>	<b>7,7</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
<b>Embarazo y ITS</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Ninguna</b>	<b>41</b>	<b>35,0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>41</b>
Total	117	100,0	2	53	35	11	16	117



La consecuencia predominante de esta primera relación sexual fue el embarazo en un 51.3 %, (n = 60), en 3 de ellas coincide con la edad de inicio de relaciones sexuales por abuso y como consecuencia embarazo, el 3.4 % (n = 4) refirió trauma por abuso sexual, el 1.7 % (n=2), infección de transmisión sexual, y una de ellas escribió que había sido contagiada con el virus del papiloma humano VPH. (Tabla No. 26 y Grafica No.6)

El embarazo es una gran problemática en las adolescentes y mujeres de diferentes edades; ya que en muchas ocasiones quedan embarazadas por uso escaso o nulo de un método anticonceptivo o el que utilizan les falla por un mal uso o mala administración, haciendo que este disminuya su eficacia. Adicionalmente la falta de educación en métodos

de planificación, claridad en los conceptos y la creencia en algunos mitos y prácticas folklóricas hacen que muchas de las relaciones sexuales y principalmente la primera termine en un embarazo, como en este grupo donde el 51.3% quedo embarazada.

Algunos estudios hacen referencia a la ausencia o mal uso de los métodos de planificación familiar y a los mitos y barreras entre las adolescentes (Padilla, 2001, Salvador, Hombres y mujeres adolescentes; Blitchtein- Winicki, 2002, Perú; Villón & Col, 1998; Ojeda, 2007, Profamilia).

Es además importante tener en cuenta que la mayoría de la población que solicita la vinculación al proyecto y que se prioriza, están en los niveles 1 y 2 del SISBEN, población de bajos recursos, que tiene mayor riesgo de embarazo, debido al entorno, hacinamiento, falta de oportunidades; por lo tanto esto puede estar en concordancia con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, que expone como el embarazo en las adolescentes de estratos más pobres es mayor en relación con las que tienen mayor capacidad económica.

Otra de las consecuencias del embarazo en adolescentes es la dependencia y/o inestabilidad económica, la cual se ve reflejada en el momento de la vinculación al proyecto, ya que la mayoría de ellas vive con sus familias y dependen económicamente de ellos. Es importante también resaltar que los programas de control prenatal, están dirigidos para todo tipo de población y edades, lo cual puede permitir el no trabajar en circunstancias específicas de las adolescentes; principalmente problemática familiar y de pareja, que finalmente va a afectar tanto a la materna como al bebé, esto de la falta de programas

de control prenatal, es una problemática a nivel nacional tal como lo refleja el estudio de Gómez y Col, 2004, en Antioquia.

Es de resaltar que según la OPS, 2007, en América Latina y el Caribe, la Mayor tasa de incidencia por VPH, ocurre en general en mujeres entre los 16 y 20 años y otros estudios realizados con adolescentes, han encontrado que las participantes reportan haber tenido síntomas sugestivos de ITS y/o no tener ningún riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. (Blitchtein- Winicki,202, Perú Adolescentes inscritas a servicio militar)

### **Gestaciones, Partos y Abortos**

La iniciación precoz de la actividad sexual favorece como consecuencia más frecuente, un embarazo que puede ser o no llevado a feliz término, de acuerdo a las condiciones que rodean a la adolescente o mujer adulta. Siendo el aborto en ocasiones espontáneo, por diferentes causas ya sean propias de la salud o por factores externos como el stress, accidentes, movimientos inapropiados y/o provocados por una decisión individual, en pareja y/o familia.

**Estas consecuencias “Gestaciones, partos y abortos” se analizaron agrupando las mujeres, como:**

- No abortadoras
- Abortadoras espontáneas
- Abortadoras espontáneas y por inducción “Provocado”

**Tabla No. 27**  
**Gestaciones y partos en mujeres que nunca han abortado.**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Gestaciones, Partos y Abortos	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
G1P0A0	40	41,2	2	28	6	2	2	40
G1P1A0	29	29,9	0	21	8	0	0	29
G2P0A0	3	3,1	0	1	1	1	0	3
G2P1A0	4	4,1	0	1	2	1	0	4
G2P2A0	5	5,2	0	1	2	1	1	5
G3P0A0	3	3,1	0	0	2	1	0	3
G3P2A0	3	3,1	0	0	1	2	0	3
G3P3A0	8	8,2	0	0	1	1	6	8
G4P4A0	1	1,0	0	0	0	0	1	1
G5P5A0	1	1,0	0	0	0	0	1	1
Total	97	100,0	2	52	23	9	11	97

**Tabla No. 28**  
**Gestaciones y partos en mujeres que han tenido un aborto espontáneo**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Gestaciones, Partos y Abortos	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
G2P0A1 ( 1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	1	0	0	1
G2P1A1 ( 1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	1	0	0	1
G2P2A1 ( 1 Espontáneo)	2	15,4	0	0	2	0	0	2
G3P1A1 ( 1 Espontáneo)	2	15,4	0	0	2	0	0	2
G3P2A1( 1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	0	1	0	1
G4P2A1 ( 1 Espontáneo)	3	23,1	0	0	2	0	1	3
G4P3A1 (1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	0	0	1	1
G4P4A1 (1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	0	0	1	1
G5P5A1(1 Espontáneo)	1	7,7	0	0	0	0	1	1
Total	13	100,0	0	0	8	1	4	13

**Tabla No. 29**  
**Gestaciones y partos en mujeres que han tenido**  
**abortos espontáneos e inducidos.**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Gestaciones, Partos y Abortos	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
G1P0A2 ( 1 Espontáneo y 1 inducido)	1	14,3	0	1	0	0	0	1
G1P1A2 (1 Espontáneo y 1 inducido)	1	14,3	0	0	1	0	0	1
G2P1A2 y (1 Espontáneo y 1 inducido)	1	14,3	0	0	1	0	0	1
G3P0A2 y (1 Espontáneo y 1 inducido)	1	14,3	0	0	1	0	0	1
G4P0A2 (1 Espontáneo y 1 inducido)	1	14,3	0	0	0	1	0	1
G4P0A3 (1 Espontáneo y 2 inducidos)	1	14,3	0	0	0	0	1	1
G4P0A3 ( Tres inducidos)	1	14,3	0	0	1	0	0	1
Total	7	100,0	0	1	4	1	1	7

Del 100% de la población, el 82.9 % de las mujeres nunca han tenido un aborto, el 11.1% han tenido un aborto espontáneo y el 6% han presentado un aborto espontáneo y/o uno o más abortos inducidos. El grupo de 20 a 25 años fue el que presentó mayor número de abortos. Se resaltan dos casos, por el número de abortos inducidos; el primero, el caso de una de las mamás que está entre los 20 a 24 años, este es su cuarto embarazo y los tres anteriores terminaron en un aborto provocado y el segundo una señora que está en su cuarto embarazo y los tres anteriores han terminado en abortos provocados. En total fueron 15 abortos espontáneos y 10 inducidos "provocados". (Tablas No.27, 28 y 29)

Para esta investigación es enriquecedor conocer, como el aborto tanto inducido como provocado es una constante dentro de este grupo de

población; por lo tanto sería interesante profundizar en esta problemática para conocer las motivaciones, causas y/o factores que produjeron estas pérdidas y así mismo generar espacios para que esto no se siga presentando, ya que la mujer puede estar en riesgo por esta práctica que finalmente la puede llevar a la muerte o a una incapacidad para ser madre a futuro.

### 8.2.2 Consecuencias a largo plazo “Número Parejas sexuales hasta la actualidad”

**Tabla No. 30**  
**Número de Parejas Hasta la Actualidad**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

No. Parejas	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>1</b>	<b>58</b>	<b>49,6</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>58</b>
<b>2</b>	<b>22</b>	<b>18,8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>20</b>	<b>17,1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>10</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>No responde</b>	<b>4</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

El 49.6 % refiere una sola pareja hasta la actualidad, seguido de 18.8 % con dos parejas, 17.1 % con tres parejas y el 14.5 % cuatro parejas o más, incluyendo aquellas que no responden, se desconoce el motivo por que el 3.4% no responde. (Tabla No. 30)

El número de parejas sexuales fue de una (1), en el 49.6 % de la población del estudio hasta la actualidad, es importante tener en cuenta que la mayoría son adultas jóvenes, en la actualidad continúan con la misma persona con la cual tuvieron su primera relación sexual; con una relación de novios, amigos, convivencia o matrimonio. En otros estudios, el número de parejas sexuales encontrado fue de 1,8 (Padilla, 2001, Salvador, Hombres y mujeres adolescentes), dos o más parejas sexuales en el último año (Blitchtein- Winicki,2002, Perú Adolescentes inscritas a servicio militar).

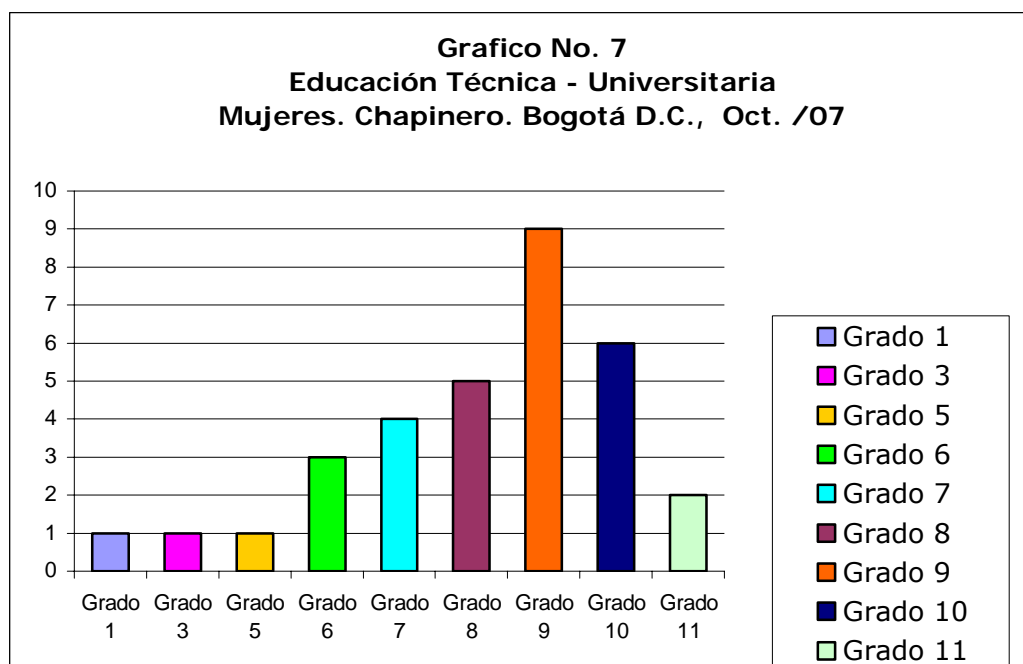
### 8.2.3 Deserción escolar

Se analizaron las siguientes características:

- Grados de deserción escolar
- Motivos

**Tabla No. 31**  
**Grados de Deserción Escolar.**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá. Octubre/07**

Grado de escolaridad de retiro	No.	%
<b>Grado 1</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Grado 3</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Grado 5</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Grado 6</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>
<b>Grado 7</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>
<b>Grado 8</b>	<b>5</b>	<b>8,6</b>
<b>Grado 9</b>	<b>9</b>	<b>15,5</b>
<b>Grado 10</b>	<b>6</b>	<b>10,3</b>
<b>Grado 11</b>	<b>2</b>	<b>3,4</b>
<b>No responden</b>	<b>26</b>	<b>44,8</b>
Total	58	100,0

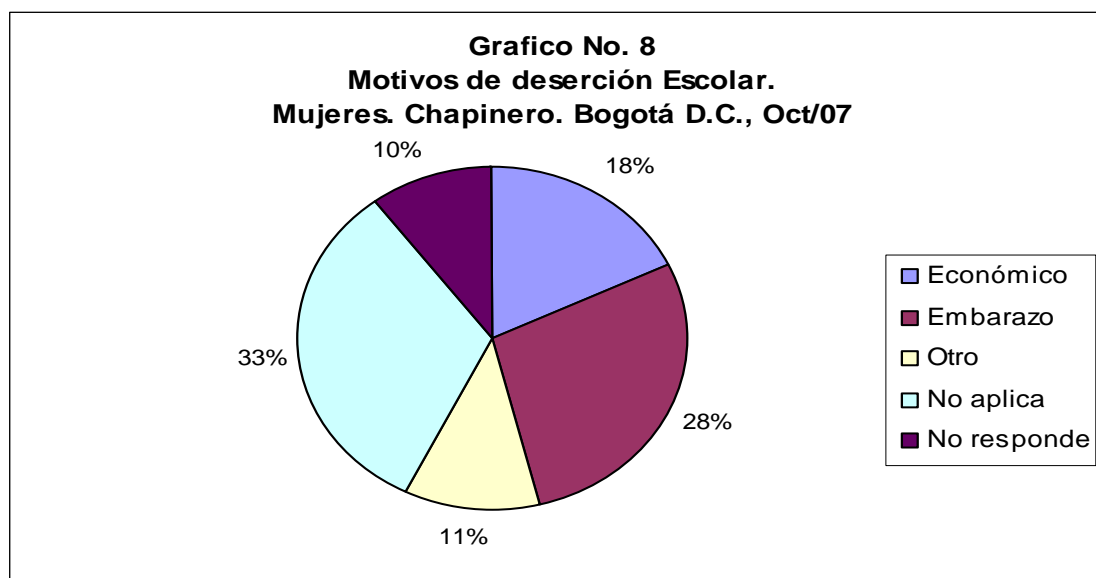


El curso en el cual se presenta un mayor número de deserciones es en el grado noveno con un 15.5 % de ellas, seguido de grado décimo con un 10.3 % y grado octavo con un 8.6 %; es decir entre los 14 y 18 años aproximadamente. (Tabla No. 31 y Gráfico No. 7).

Para este estudio el retiro en grado noveno y el inicio en la mayoría de ellas a la edad de 15 años, es coincidente con la edad aproximada que deben tener las adolescentes en este grado de escolaridad, ya que en la actualidad el ingreso a la educación básica primaria en Colombia se da aproximadamente a los 6 años. Además en este momento las jóvenes se encuentran dentro de la adolescencia media (14 a 16 años), ya han presentado la menarca y han sufrido una serie de cambios físicos y hormonales que las hace atractivas para sus pares y les llama además la atención personas del sexo opuesto.

**Tabla No. 32**  
**Motivos de Deserción Escolar. Mujeres.**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Oct/07**

Motivo del Retiro	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Económico</b>	<b>21</b>	<b>17,9</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
<b>Embarazo</b>	<b>33</b>	<b>28,2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>33</b>
<b>Otro</b>	<b>13</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>13</b>
<b>No aplica</b>	<b>38</b>	<b>32,5</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>38</b>
<b>No responde</b>	<b>12</b>	<b>10,3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>Falta de Cupo</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Total	117	100,0	2	53	35	11	16	117



La mayor deserción escolar se presentó por embarazo en el 33% de ellas, seguida por el factor económico en un 25%; sin embargo es de resaltar que un 9.8% de ellas se abstuvo de contestar, pero independientemente del motivo de la deserción / retiro escolar este es considerado una conducta de riesgo (González & Col, 2006, Chile). (Tabla No. 32 Grafica No. 8)

**Tabla No. 33**  
**Otros Motivos de Deserción Escolar**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Motivos del retiro	No.	%
<b>Falta de papeles</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
<b>Horarios del trabajo</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
<b>Muerte de la mamá</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
<b>No me dieron estudio</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
<b>No quería seguir estudiando</b>	<b>7</b>	<b>53,8</b>
<b>Problemas con mi familia</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
<b>Traslado de barrio</b>	<b>1</b>	<b>7,7</b>
Total	<b>13</b>	<b>100,0</b>

De todas las participantes 13 (10.6% de toda la muestra), manifestaron otras motivaciones de retiro escolar, el hecho de no querer seguir estudiando ocupa un 53.8 %; situación que sería interesante investigar más a fondo acerca de las razones por las cuales no quieren estudiar. (Tabla No. 33)

Por lo anterior se puede afirmar que el inicio de vida sexual, se puede asociar con: el grado de escolaridad, la deserción escolar, el bajo nivel de educación, así como lo encontrado en otros estudios (Padilla, 2001, Salvador, Hombres y mujeres adolescentes), (Silva, 2001, Colombia).

Otro de los hallazgos de este estudio es el menor nivel de escolaridad en las adolescentes que tienen hijos, porque el embarazo es uno de los motivos principales de retiro; para otros estudios, por ejemplo: las madres adolescentes tienen entre 4 y 5 años de educación menos que las mujeres que no tienen hijos entre los 15 y 19 años (Profamilia 2007).

### 8.3 SITUACIÓN ACTUAL

Conocer la situación actual de vida de estas mujeres, nos permite conocer como este inicio de su actividad sexual, a producido cambios en su vida personal y consecuencias que posiblemente serán difíciles o imposibles de cambiar con el tiempo.

**Se analizaron las siguientes características y/o factores**

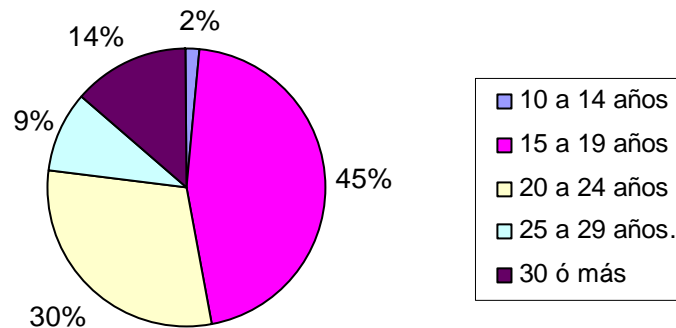
- Edad actual
- Estado civil
- Nivel de escolaridad

#### 8.3.1 Edad Actual

**Tabla No. 34**  
**Distribución por Edad. Mujeres.**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Octubre/07**

Grupos de edad	No.	%
<b>10 a 14 años</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>
<b>15 a 19 años</b>	<b>53</b>	<b>45,3</b>
<b>20 a 24 años</b>	<b>35</b>	<b>29,9</b>
<b>25 a 29 años.</b>	<b>11</b>	<b>9,4</b>
<b>30 ó más</b>	<b>16</b>	<b>13,7</b>
Total	117	100,0

**Grafico No. 9**  
**Distribución por Edad.**  
**Mujeres.Chapinero. Bogotá D.C., Oct/07 2007**



La mayor representatividad dentro de este grupo fue de 45.3 % mujeres entre los 15 a 19 años, situación que se puede asociar con la bibliografía revisada y otros hallazgos dentro de este trabajo: a los 15 años la adolescente, ya ha presentado su menarquia y los cambios físicos y hormonales son notorios, le llama la atención el sexo opuesto y se hace atractiva; además en nuestra sociedad colombiana, es presentada en sociedad, ya sea en una reunión familiar o con amigos, situación que se puede relacionar con el hallazgo de este trabajo con la edad de mayor inicio de la actividad sexual, los 15 años. (Tabla No. 34) y Grafico No. 9)

Para este estudio el mayor número de mujeres se encontró dentro del grupo de edad entre los 15 y 19 años (adolescencia media y tardía); pero como se tuvieron en cuenta todas las mujeres que asistieron durante el mes de octubre independientemente de su edad, el promedio

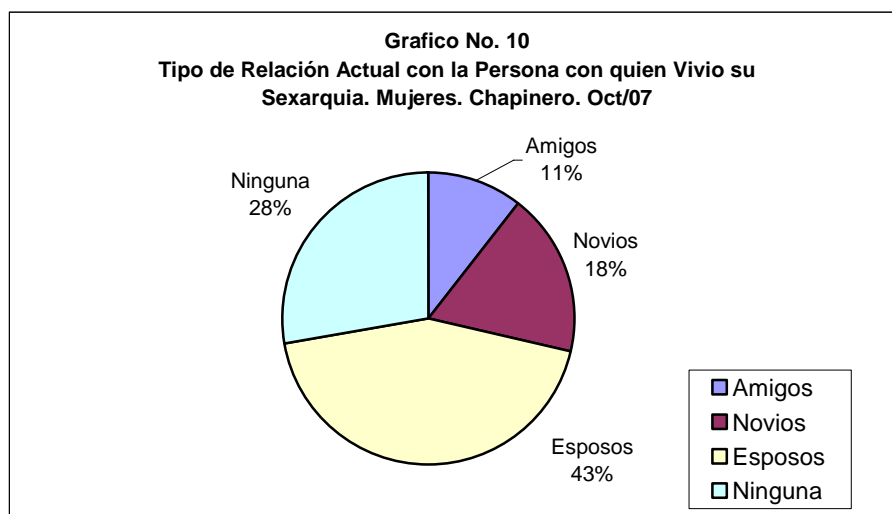
de edad actual del grupo fue de 22 años, ya que el 55 % de la población estudio tenia 20 años o más; el limite superior encontrado de edad es el de una señora de 41 años, siendo este su quinto embarazo y el limite inferior esta dado por dos adolescentes de 14 años; para quienes este es su primer embarazo. (Tabla No. 34. Grafico No.9)

Se revisaron otros estudios realizados principalmente con mujeres adolescentes y que tienen dentro de su temática el inicio de actividad sexual temprana y se encontró que estos tuvieron un promedio de edad diferente: 13.9 años (Monterrosa y Bello, 1996, Cartagena), 17.3 años (Padilla, 2001, Salvador, Hombres y mujeres adolescentes), 16,4 años. (Blitchtein- Winicki, 2002, Perú Adolescentes inscritas a servicio militar), 17 años (Zambrana, 2004, Bolivia, en mujeres escolarizadas).

### 8.3.2 Tipo de relación actual con la persona con quien iniciaron su actividad sexual "Sexarquia"

**Tabla No. 35**  
**Tipo de relación Actual con la Persona con quien Vivió Su Sexarquia**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Tipo Relación Actua	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Amigos</b>	<b>13</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>Novios</b>	<b>22</b>	<b>18,8</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>22</b>
<b>Esposos</b>	<b>50</b>	<b>42,7</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>Ninguna</b>	<b>32</b>	<b>27,4</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>32</b>
Total	117	100,0	2	53	35	11	16	117



En la actualidad el tipo de relación predominante con respecto a la persona con quien vivieron su sexarquia es de esposos en el 42.7% de ellas, ya sea por que están casadas o porque tienen una relación de convivencia permanente con su pareja, 18.8% de novios, 11.1% amigos y ninguna relación en el 27.7 %. (Tabla No.35 y Grafico No. 10).

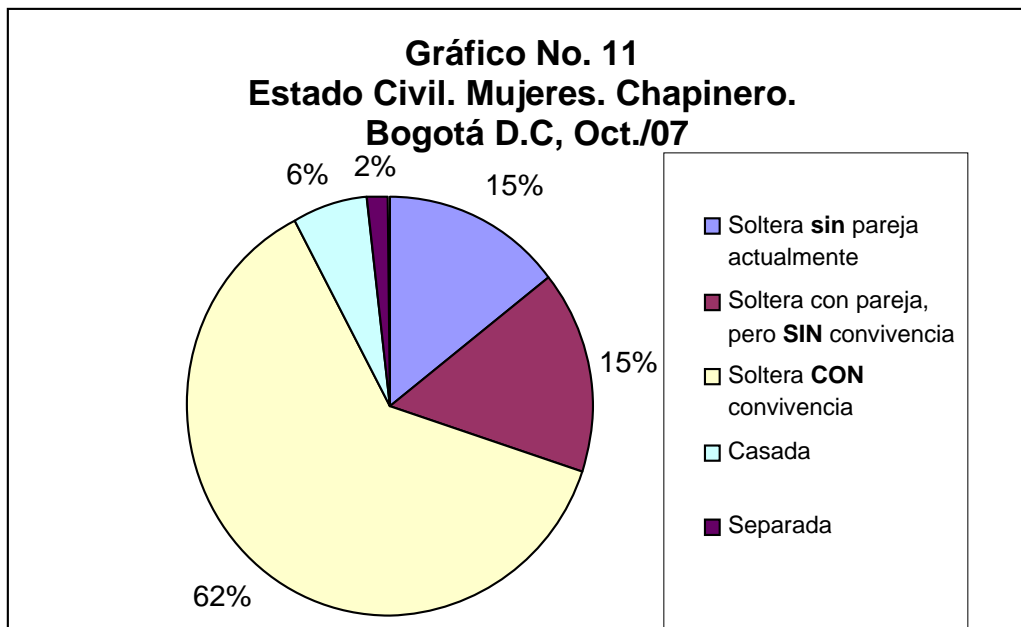
Para este estudio es relevante, que la gran mayoría tenga una relación actual estable con la primera persona que iniciaron su actividad sexual, esto se puede también relacionar con la principal consecuencia de la sexarquia como lo es el embarazo; se propone entonces que en estudios posteriores se evalúe a profundidad, las motivaciones para iniciar una vida de pareja juntos

Al comparar los resultados del tipo de relación actual con la persona que tuvieron su sexarquia y el estado civil actual, se observó que 32 de ellas no continuaron con esa persona.

### 8.3.3 Estado Civil Actual

**Tabla No. 36**  
**Distribución por Estado Civil**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá. D. C. Octubre/07**

Estado Civil	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
Soltera sin pareja actual	17	15	0	8	7	2	0	17
Soltera con pareja, pero sin convivencia	18	15	2	15	1	0	0	18
Soltera con convivencia	73	62	0	26	27	5	15	73
Casada	7	6	0	4	0	2	1	7
Separada	2	2	0	0	0	2	0	2
Total	117	100	2	53	35	11	16	117



La mayor representatividad en el estado civil, está dada por la convivencia 62%, seguido de ningún tipo de relación no formal, como es el hecho de ser soltera sin convivencia pero con una pareja estable en el 15% de ellas, el 15% es soltera pero sin ningún tipo de relación de pareja en la actualidad, 6% están casadas y 2% son separadas. Ninguna de ellas opto por la opción de viudez que estaba en el instrumento. (Tabla No. 36 y Grafico No. 11)

Al realizar una revisión por grupo de edad y de acuerdo a la representatividad en número de participantes se observa que la convivencia es una constante en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 10 a 14 años, quienes en la actualidad tienen una relación de noviazgo "soltera sin convivencia" con los padres de sus bebés. (Tabla No. 36).

Por lo tanto para este estudio el madresolterismo es una constante que debe ser estudiada más a fondo, con el fin de determinar si esta decisión es concertada o es una opción de vida que deben asumir las mujeres ante su embarazo, ya que son muy pocas las que tienen una relación de casada o son separadas; estas ultimas ubicadas dentro del grupo de adultas jóvenes entre los 25 a 29 años; es de resaltar que la mayor parte de la población de estudio es adolescente o adulta joven y por lo tanto coincide con otros estudios que han mostrado que el madresolterismo, predomina en las adolescentes, Martínez & Col, 2001, Cuba; Gómez Patricia, 1987, Bogotá.

### 8.3.4 Escolaridad

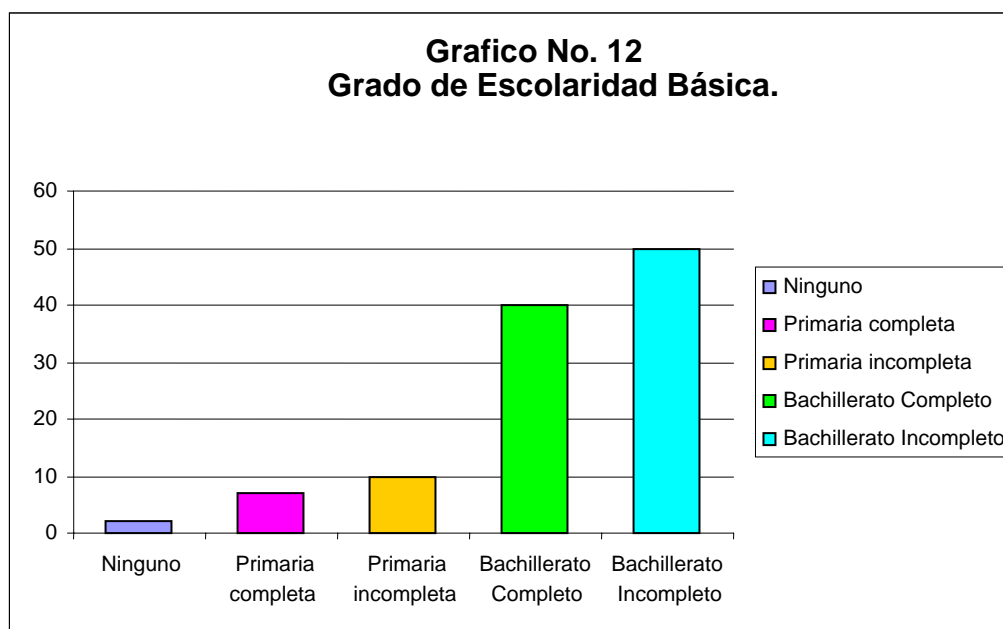
**Tabla No. 37**

**Nivel de Escolaridad Alcanzado.**

**Mujeres. Chapinero. Bogotá. D.C., Octubre/07**

Nivel de escolaridad alcanzado	No.	%
<b>Ninguno</b>	2	1,7
<b>Primaria completa</b>	6	5,1
<b>Primaria incompleta</b>	10	8,5
<b>Bachillerato Completo</b>	39	33,3
<b>Bachillerato Incompleto</b>	48	41,0
<b>Técnico completo</b>	3	2,6
<b>Técnico incompleto</b>	3	2,6
<b>Universitario completo</b>	1	0,9
<b>Universitario incompleto</b>	4	3,4
<b>Técnico Completo y Universitario Incompleto</b>	1	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

**Grafico No. 12**  
**Grado de Escolaridad Básica.**

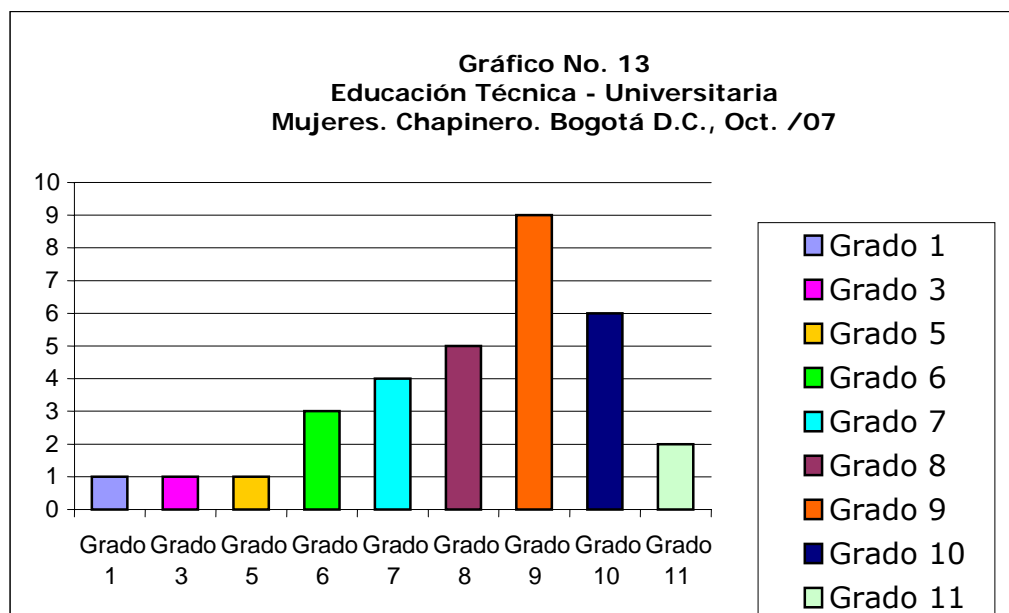


El 1.7 % (n=2), una de ellas (18 años) no recibió ningún tipo de formación educativa por incapacidad económica y la otra (31 años), porque no le dieron estudio. (Tabla No.37 y Gráfico No. 12)

En el grado de escolaridad básica primaria y secundaria, alcanzado por este grupo de mujeres, tenemos que el 5.1% (n=6) termino primaria, el 8.5% (n=10)realizo primaria incompleta, el 33.3% (n=39)termino su bachillerato completo y el 41% (n=48) no termino su bachillerato. . (Tabla No.37 y Gráfico No. 12)

El inicio de la actividad sexual y el grado de escolaridad a sido relacionado en diferentes estudios comparativos entre escolarizados y no escolarizados, dando como resultado que la escolaridad esta muy relacionada con el inicio o no de la actividad sexual, de acuerdo a los resultados de este estudio, el 98.3 % logro algún grado de escolaridad, pero de ellas el 54.6 % no alcanzo a obtener su grado de bachiller, la mayoría de ellas tuvo como motivo de retiro del bachillerato, el embarazo y noveno grado el de mayor retiro.

Partiendo que en general los niñ@s en Colombia ingresan a la básica primaria a los 6 años de edad, se espera que en grado noveno tengan 14 años, más o menos uno o dos años, de acuerdo a sus logros. Lo cual lo podemos relacionar con la edad de inicio de actividad sexual predominante encontrada en este grupo a los 15 años.



Dentro de los estudios técnicos y profesionales referidos por 7 de ellas están: administración del recurso humano y zootecnia, auxiliar de enfermería, auxiliar técnico de archivo, contaduría, fonoaudiología, ingeniería de sistemas y psicología; otras 7 refieren estudios técnicos/universitarios, pero no refieren cual. (Gráfico No. 13)

Por lo tanto para este estudio es importante indagar en los grupos pertenecientes al proyecto a futuro que tipo de formación técnica o educativa tienen; con el fin de integrarlas como personal de apoyo de acuerdo a sus conocimientos.

**Tabla No. 38**  
**Mujeres Que Estudian En La Actualidad.**  
**Chapinero. Bogotá D.C., Oct/07**

Estudian en la actualidad	No.	%
<b>7</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
<b>9</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
<b>11</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>
<b>Zootecnia</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
Total	5	100,0

En la actualidad solo 5 del grupo están estudiando, lo que equivale al 4% de la población de la muestra, tres de ellas en secundaria y una zootecnia; sin embargo es preocupante que por su embarazo decidan abandonar sus estudios en cualquier momento. (Tabla No. 38)

Por todo lo anterior para el presente estudio es importante dentro del proyecto de formación a familias a futuro, realizar un seguimiento a aquellas que están estudiando y motivarlas para que no abandonen sus estudios; y a las que abandonaron sus estudios antes de terminar el bachillerato y/o sus carreras por diferentes circunstancias, motivarlas para que generen espacios dentro de su vida cotidiana para retomar la actividad académica una vez nacidos sus hijos, sin poner en riesgo la salud e integridad de los mismos. Como mínimo se les debe motivar el obtener su grado de bachiller, requisito mínimo para ingresar a la actividad laboral exigido por la mayoría de las empresas.

## **8.4 ABUSO SEXUAL**

El abuso sexual es una problemática mundial y nuestro país no es ajeno a esta situación, en los hogares no orientan a los niños o adolescentes para evitarlo, ya que en muchos de ellos los principales abusadores son los mismos padres y es una problemática de la cual las personas prefieren no hablar antes, durante o después que ocurre; por lo tanto para este estudio es importante conocer si el inicio de la actividad sexual se relaciona con prácticas abusivas y si estas mujeres a lo largo de su vida han estado expuestas a alguna práctica de ABUSO SEXUAL, por algún familiar, amigo, extraño y/o pareja; ya que este se refiere a todas aquellas situaciones en las que cualquier persona conocida o desconocida, toca o tocó alguna parte del cuerpo de otra persona sin su consentimiento o obliga o obligó a hacer o a ver algo sexual que llegó a hacer sentir mal a otra persona.

En este estudio se toman como datos relevantes las 29 mujeres que manifiestan haber sido abusadas y las respuestas de 10 mujeres más, que marcaron alguna práctica abusiva, tales como: beso o abrazo de una forma sexual en 9 de ellas y fue obligada a mirar o escuchar a otras personas teniendo relaciones sexuales en una del grupo de la muestra.

**Se analizaron las siguientes características y/o factores con respecto al abuso:**

- Presencia o ausencia
- Personas con las que se convivía
- Edad
- Relación con el abusador
- Tipo de práctica abusiva

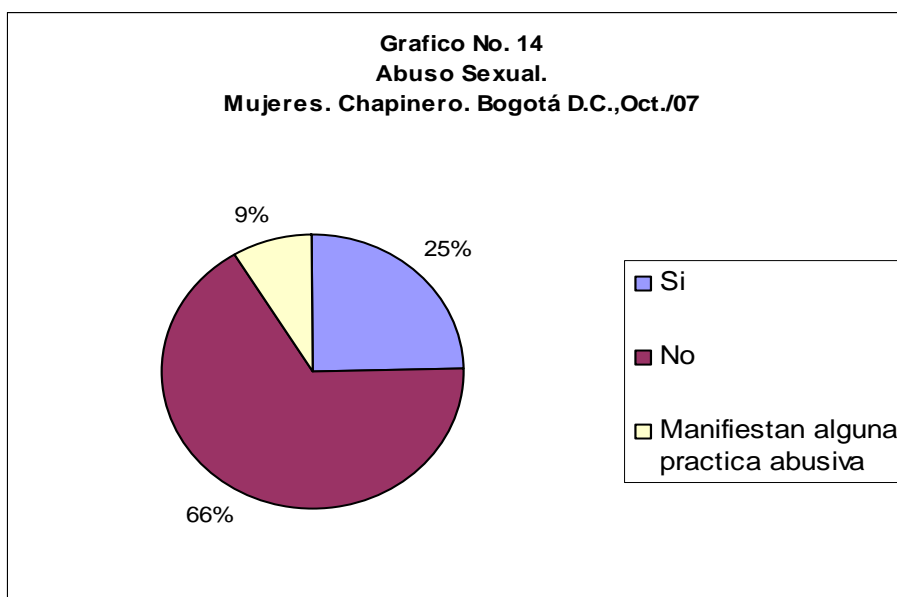
- Numero de veces que ocurrió
- Tiempo transcurrido a la fecha
- Red de apoyo
- Otras practicas sexuales

### 8.4.1 Presencia de Abuso

**Tabla No. 39**  
**Abuso Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Abuso Sexual	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Si</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>
<b>No</b>	<b>78</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>78</b>
<b>Manifiestan alguna practica abusiva</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>117</b>

**Grafico No. 14**  
**Abuso Sexual.**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**



Del 100 % de la muestra, se obtuvo que el 25 % manifiesta haber sido abusada sexualmente, mientras el 66% dice que no y el 9% manifiesta que NO, pero refieren prácticas abusivas. (Tabla No. 40 y Grafico No.14).

Para este estudio son relevantes los hallazgos en cuanto a el reconocimiento de prácticas abusivas por parte de la mayoría de las usuarias del proyecto; lo cual ratifica la importancia de seguir retomando este tipo de temáticas con ellas, para así evitar que las que estén siendo víctimas de un abuso o las que estén en riesgo de tenerlo; tomen las medidas que correspondan.

#### 8.4.2 Personas con las que se convivía en el momento del abuso

**Tabla No. 40**  
**Personas A Cargo Cuando Sucedió el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Personas a Cargo	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Familiares</b>	<b>20</b>	<b>69,0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Amigos o conocidos</b>	<b>2</b>	<b>6,9</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Extraños</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Familiares, amigos y extraños</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>No responde</b>	<b>5</b>	<b>17,2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

De las que mujeres que su respuesta fue positiva, el 69 % manifestó haber estado al cuidado de los familiares, el 6.9% estar bajo el cuidado de amigos o conocidos, el 17.2 % no responde y el porcentaje restante 6.8 % estaba al cuidado de familiares, amigos y/o extraños. (Tabla No. 40)

Para este estudio, es un factor de riesgo de abuso el hecho de que las menores no vivan con sus padres; ya que esto puede favorecer que se presente esta problemática, así como se presentó en algunos casos, como en el de una niña que a causa de los acosos de su padrastro termino viviendo en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, salió de allí, ingreso a la vida laboral y fue abusada y acosada sexualmente. Además la falta de comunicación, dialogo y confianza puede hacer que la niña o adolescente busque afecto en otras personas o simplemente calle cualquier tipo de actividad sexual directa o indirecta.

### 8.4.3 Edad del Abuso

**Tabla No. 41**  
**Edad en la Que Ocurrió el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Que edad tenías?	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
5	1	3,4	1	0	0	0	0	1
8	1	3,4	0	0	1	0	0	1
10	2	6,9	0	2	0	0	0	2
11	1	3,4	0	0	0	0	1	1
12	4	13,8	0	0	2	2	0	4
13	2	6,9	0	0	0	1	1	2
14	2	6,9	0	1	1	0	0	2
15	2	6,9	0	0	2	0	0	2
16	3	10,3	0	3	0	0	0	3
17	3	10,3	0	1	2	0	0	3
18	1	3,4	0	1	0	0	0	1
21	2	6,9	0	0	1	1	0	2
No responde	5	17,2	0	4	0	0	1	5
Total	29	100,0	1	12	9	4	3	29

A la pregunta de edad del abuso sexual se encontró que 5 de ellas NO respondieron lo que equivale al 17.2 %, las demás respondieron la edad del abuso entre los 5 y los 21 años; ocupando el primer lugar como edad del abuso los 12 años con 4 casos, que equivalente al 13.8 %, los 16 y 17 años con el 10.3 %, los 10, 13,14, 15 y 21 años con 6.9 % con 2 casos cada edad y los 5, 8, 11 y 18 en un 3.4% con un caso para cada edad. (Tabla No. 41)

La edad actual de la niña que fue abusada a los 5 años, es 14 años, al momento del abuso ella vivía con su familia, el abusador fue el hermano de la tía, el tipo de abuso fue beso o abrazo de forma sexual, realizado en varias oportunidades y ella se lo comento a su mamá hasta hace poco.

La niña que fue abusada a los 8 años, en la actualidad tiene 21 años, en el momento del abuso vivía con sus familiares, el abusador fue el padrastro en varias oportunidades, ella se lo comento a la mamá, tuvo apoyo legal y el tipo de abuso fue beso o abrazo de forma sexual.

Una de las mujeres que fue abusada a los 21 años, en la actualidad tiene 28 años; este fue realizado por su pareja y un amigo, no responde cual fue la práctica sexual y otras preguntas.

Como se pudo observar a cualquier edad de la adolescencia o infancia, se puede presentar el abuso; siendo este mucho mayor en el momento en que la adolescente, ya ha tenido su menarca y tiene cambios físicos que la vuelven atractiva para el sexo opuesto. Además si es una persona que no ha tenido la oportunidad de tener una relación de confianza con sus padres o cuidadores será alguien susceptible a caer en el engaño y la mentira a cambio de afecto o dulces como lo mencionaba una de las participantes.

#### 8.4.4 Persona con quien se vivió el abuso

**Tabla No. 42**  
**Persona con las Que se Vivió el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Persona Abusadora	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Mi mamá</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Mi papá</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Mi (s) hermanos (as)</b>	<b>2</b>	<b>6,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Mi pareja</b>	<b>5</b>	<b>17,2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Otra persona.</b>	<b>11</b>	<b>37,9</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
<b>Una persona que no conozco</b>	<b>6</b>	<b>20,7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Mamá, papá y mi pareja</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Mi pareja y otro</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Mi(s) hermano (s) y otro</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>No responde</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

**Tabla No. 43**  
**Otras Personas Que Realizaron el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Amigo de la víctima</b>	<b>2</b>
<b>Amigo de un conocido (De la hermana, De un amigo)</b>	<b>2</b>
<b>Primo de mi tía</b>	<b>1</b>
<b>Padrastro</b>	<b>1</b>
<b>Conocido</b>	<b>1</b>
<b>Familiares (Primo de la tía, hermano de la tía, primo materno, tío materno)</b>	<b>2</b>
<b>Cuñado</b>	<b>1</b>
<b>Pareja y extraño</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>

Es de resaltar que dentro de las otras personas con las cuales se vivió esta situación están familiares diferentes al núcleo familiar como: padrastro, primos y tíos y otros como: amigos directos de la víctima o de algún familiar o amigo, cuñados y hasta la misma pareja para un 37.9 %, por personas desconocidas el 20.7%, pareja 17.2%, hermanos 6.9 %, mamá 3.4% y no responde quien el 3.4%. (Tabla No. 42 y 43)

Una de las mujeres que refirió abuso sexual, sin especificar cual práctica por parte del esposo y un amigo del esposo, es una persona que tiene tres hijos con su pareja pero siente que "No es Valorada por su pareja"; expresión que muestra el daño psicológico, afectivo y la necesidad de ayuda a esta persona.

Para este estudio los daños psicológicos que deja el abuso son para toda la vida y mucho más, si la persona abusada debe seguir conviviendo o viendo a su abusador; como ocurre en la mayoría de las ocasiones por ser los familiares y cercanos los mayores perpetradores.

## 8.4.5 Tipo de práctica abusiva

**Tabla No. 44**  
**Actividades Sexuales Directas y/o Indirectas Practicadas**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

No.	Actividad	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
1	Te obligo a usar palabras sexuales	1	3,4	0	1	0	0	0	1
2	Uso palabras para excitarte sexualmente	1	3,4	0	1	0	0	0	1
3	Te obligo a escuchar o mirar a otras personas teniendo relaciones sexuales	0	0,0	0	0	0	0	0	0
4	A posar para fotografías desnudo o con un componente sexual	0	0,0	0	0	0	0	0	0
5	A prostituirte	0	0,0	0	0	0	0	0	0
6	Te beso o abrazo de una forma sexual	8	27,6	1	4	2	0	1	8
7	Te obligo a tener relaciones sexuales	3	10,3	0	0	2	0	1	3
8	Te forzó a realizar sexo oral (de boca a pene o de boca a vagina)	0	0,0	0	0	0	0	0	0
9	Te indujo a tocar las partes sexuales de un niño	1	3,4	0	1	0	0	0	1
10	Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto	1	3,4	0	0	0	1	0	1
11	Otra práctica o actividad que consideres que fue sexual.	0	0,0	0	0	0	0	0	0
7, 1 y 6	Te obligo a tener relaciones sexuales, usar palabras sexuales y beso o abrazo de forma sexual	1	3,4	0	1	0	0	0	1
7, 2 y 6	Te obligo a tener relaciones sexuales, abrazo y beso de forma sexual y uso palabras para excitarte sexualmente	1	3,4	0	0	1	0	0	1
7, 6 y 10	Te obligo a tener relaciones sexuales y te abrazo o beso de una forma sexual, Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto	1	3,4	0	0	1	0	0	1
7 y 10	Te obligo a tener relaciones sexuales y Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto	1	3,4	0	1	0	0	0	1
7,8,9 y 10	Te obligo a tener relaciones sexuales, Te forzó a realizar sexo oral, Te indujo a tocar las partes sexuales de un niño y Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto	1	3,4	0	0	1	0	0	1
2 y 6	Uso palabras para excitarte sexualmente y te abrazo o beso de una forma sexual	2	6,9	0	1	0	0	1	2
6,8 y 10	Te abrazo o de beso de una forma sexual, te forzó a realizar sexo oral y Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto	1	3,4	0	0	0	1	0	1
	No responde que tipo de practica	6	20,7	0	2	2	2	0	6
	Total	29	100,0	1	12	9	4	3	29

Dentro de las respuestas se encontró que 8 de ellas manifestaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, sola o con otra(s) práctica(s); adicionalmente 6 marcaron la opción de abuso sexual y respondieron todas las preguntas asociadas, pero no especifican el tipo de abuso; asumimos dentro de la investigación y por las respuestas en otras preguntas relacionadas con el tema, que fueron forzadas a tener relaciones sexuales. (Tabla No. 44)

Para este estudio son muchas las prácticas de abuso a las que están expuestas las niñas y adolescentes todos los días, ya que hay personas que sienten satisfacción sexual al hablar, mirar o tocar a otra (s) personas, tal como se puede observar en el cuadro anterior estas prácticas pueden ser únicas o varias al tiempo, pero que finalmente van a ocasionar un daño físico o psicológico no solo en la persona abusada sino también en el mismo abusador. La principal problemática asociada es que las personas no denuncian o prefieren no comentar esto con nadie; tal como se encontró a lo largo del instrumento por algunas de las mujeres, lo cual favorece que esta situación se siga presentado con ellas o con otras personas cercanas o desconocidas, pero que llegan a tener algún tipo de contacto o relación con estos o estas abusadores.

Es además relevante como a veces estos niños y adolescentes, se ven involucrados en prácticas con otras personas de su misma edad o menores que ellos, por la orientación de la persona abusadora, quien por lo general es un adulto, que solo busca su satisfacción personal; pero que está agrediendo no solo física sino psicológicamente a estos menores. Por lo tanto para este estudio la mejor prevención de toda práctica abusiva es el diálogo y la confianza dentro del grupo familiar.

**Tabla No. 45**  
**Otras Prácticas Percibidas por Ellas como Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Se desnudaba para que yo lo viera</b>	<b>1</b>
<b>Me miraba cuando me bañaba y el se masturbaba</b>	<b>1</b>
<b>Me dio algo de beber y estuvo conmigo</b>	<b>1</b>
<b>Un señor paso y me mostró su pene</b>	<b>1</b>
<b>No manifiestan otra práctica adicional</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>

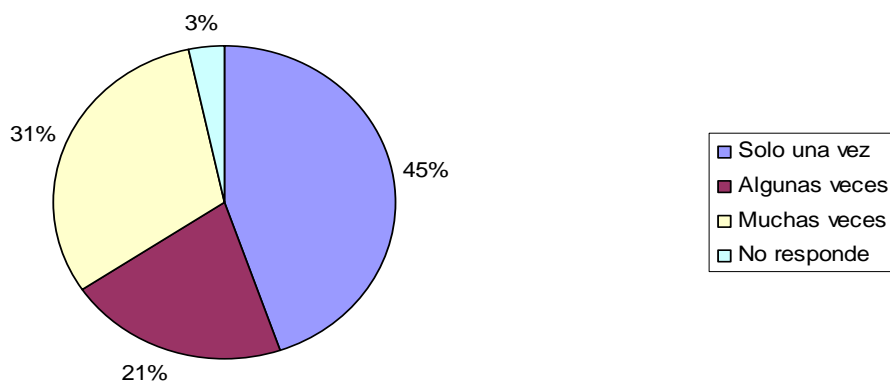
Tres de las 29 mujeres que refirieron abuso, manifestaron como otras prácticas unas que se pueden catalogar como exhibicionismo y la otra bajo el uso de sustancias. (Tabla No. 45)

#### 8.4.6 Veces en que ocurrió el abuso

**Tabla No. 46**  
**Veces en que Sucedió el Abuso Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

<b>Veces</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>10 a 14 años</b>	<b>15 a 19 años</b>	<b>20 a 24 años</b>	<b>25 a 29 años.</b>	<b>30 ó más</b>	<b>Total</b>
Solo una vez	13	45	0	8	3	1	1	13
Algunas veces	6	21	1	2	2	0	1	6
Muchas veces	9	31	0	2	4	2	1	9
No responde	1	3	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

**Gráfico No. 15.**  
**Veces En Que Se Presentó el Abuso.**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct/07**



En el 45 % de ellas esta situación se presentó solo en una ocasión, seguido de muchas veces en el 31%, en el 21 % algunas veces y el 3% no responde. De las que vivieron esta situación una sola vez, 3 fueron abusadas por su pareja, 4 por una persona que no conocen, 4 por amigos ó conocidos, una por su mamá y otra no responde, De las que manifestaron que muchas veces 5 de ellas eran abusadas por: la pareja, padrastro ó familiares (papa, mamá, primo ó tío), las otras no respondieron quien las abusaba. De las que fueron abusadas algunas veces los abusadores fueron: la pareja, hermanos, cuñado, tío, primo y amigos. (Tabla No. 46 y Gráfico 15).

Para este estudio la frecuencia se relaciona más con el tiempo que permanece la niña o adolescente en la casa sola o en otros lugares que los padres asumen como seguros; sin embargo no se puede dejar de lado la responsabilidad de la familia y de la comunidad; porque como ya se había mencionado los principales abusadores son los familiares.

#### 8.4.7 Tiempo transcurrido desde el abuso

**Tabla No. 47**  
**Tiempo Que Ha Transcurrido desde el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Tiempo Transcurrido	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Un mes</b>	<b>3</b>	<b>10,3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Un año</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Mas de un año</b>	<b>22</b>	<b>75,9</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>22</b>
<b>No responde</b>	<b>3</b>	<b>10,3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Total	29	100,0	1	12	9	4	3	29

La mayoría de estas mujeres abusadas manifiestan que esta situación se presentó hace más de un año en el 75.9 % de ellas, 9 de ellas fueron abusadas solo una vez, 5 algunas veces, 7 muchas veces, y una no responde, pero fue abusada por su pareja y un amigo; el 10.3% fue abusada hace un mes, por una sola vez por alguna de las siguientes personas: la mamá, pareja y un desconocido, un año en el 3.4 %, una de ellas, algunas veces y por su pareja y no responde el 10.3 %, dos de ellas fueron abusadas muchas veces por la pareja, mamá y/o papá y una solo una vez, pero no responde quien fue el abusador y hace cuanto tiempo. (Tabla No. 47). Es una constante dentro de los hallazgos de este y otros estudios que el mayor número de abusos se realizan en edades tempranas, sin embargo llama la atención el abuso experimentado por tres de ellas durante su embarazo; razón por la cual este estudio concluye que a cualquier edad y en cualquier estado de salud o enfermedad, se está expuesto a ser abusado.

### 8.4.8 Red de apoyo

**Tabla No. 48**  
**Hablo de la Situación Vivida**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Comento la Situación Vivida	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Si</b>	<b>19</b>	<b>65,5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
<b>No, nunca hable de ello</b>	<b>9</b>	<b>31,0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>No responde</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Total	29	100,0	1	12	9	4	3	29

**Tabla No. 49**  
**A Quien le Contaron el Abuso**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

A Quien le Contaron	No.	%
<b>Mamá</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>
<b>Al papá de mi(s) hijo(s)</b>	<b>2</b>	<b>6,5</b>
<b>Amigo</b>	<b>2</b>	<b>6,5</b>
<b>Amiga</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Amiga y hermana</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Amiga y pareja</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Amigas y psicologo</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Amigos profesores</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Hermana</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Papá</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>No responden a quien</b>	<b>3</b>	<b>9,7</b>
Total	19	61,3

De las mujeres abusadas solo el 65.5 % manifiesta que cuando vivió esta situación, comento esta situación con alguien, el 33 % nunca hablo de ello y el 3.4 % no responde; de las 19 que hablaron con alguien, 5 se lo contaron a su mamá, 2 al padre de sus hijos, 2 de ellas a amigos y las 10 restantes a su: padre, hermanas, amigas, profesores, pareja o psicólogo. (Tabla No. 49)

**Tabla No. 50**  
**Personas con las Que Contaron**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Con Quien Contaron	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Amigo (a)</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Profesor</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Un (a) lider religiosos (a)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Con un orientador de salud</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Con un orientador de tipo legal</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Otra persona.</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Nadie</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Amigo y orientador de salud</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>No responde</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

La persona con la que contaron para esta situación fue principalmente los amigos en un 28%, con otras personas entre las que están papá, herman@s un 17%, orientador de salud 10 %, orientador legal 3 %, 7% manifiestan no haber contado con nadie y no responden el 28%. (Tabla No. 50.)

Para este estudio los amigos y los pares juegan un papel muy importante en las personas de todas las edades, como los principales consejeros y confidentes; pero a veces no son los más indicados porque no tienen la información y/o capacidad de resolución de problemáticas.

Para conocer acerca de las actividades sexuales directas o indirectas vividas por este grupo de mujeres se les plantearon varias alternativas de las cuales podían marcar más de una opción.

#### 8.4.9 Otras practicas sexuales

Como otras prácticas sexuales se analizaron las siguientes:

- Actividad sexual con extranjeros
- Juegos practicados en la infancia que se pueden asociar con abuso sexual

#### Actividad sexual con extranjeros

**Tabla No. 51**  
**Propuestas de Actividad Sexual por un Extranjero**  
**Mujeres Abusadas. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Propuestas de Actividad Sexual por un extranjero	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Si</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>No</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

**Tabla No. 52**  
**Propuestas de Actividad Sexual por un Extranjero**  
**Mujeres No Abusadas. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Propuestas de Actividad Sexual por un extranjero	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>No</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>90</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>93</b>

A la pregunta si alguna persona extranjera les había propuesto tener actividad sexual, el 100 % de las 31 que refirieron abuso respondió que NO, de las que no sufrieron abuso 3 mujeres entre los 15 a 24 años, refirieron propuestas de actividad sexual por un extranjero. (Tabla No. 51 y 52).

Para este estudio, la mayoría de estas mujeres no ha tenido ningún tipo de contacto con personas extranjeras, de las que tuvieron propuestas de actividad sexual por parte de un extranjero se desconoce las condiciones que rodearon estos encuentros; por lo tanto es importante en estudios posteriores investigar a profundidad bajo que situaciones se dan estas propuestas.

**Tabla No. 53**  
**Juegos Practicados en la Infancia Que se pueden Asociar Como**  
**Manifestaciones de Abuso Sexual**  
**Mujeres Abusadas. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Juegos Durante la Infancia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Con las muñecas como si estuvieran teniendo relaciones sexuales</b>	<b>4</b>	<b>13,8</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Con los amigos (as) a tocarse o besarse</b>	<b>4</b>	<b>13,8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Muñecas y amigos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ninguna de las anteriores</b>	<b>21</b>	<b>72,4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

**Tabla No. 54**  
**Juegos Practicados en la Infancia Que se pueden Asociar Como**  
**Manifestaciones de Abuso Sexual**  
**Mujeres NO Abusadas. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

Juegos Durante la Infancia	No.	%	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años.	30 ó más	Total
<b>Con las muñecas como si estuvieran teniendo relaciones sexuales</b>	<b>5</b>	<b>5,38</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Con los amigos (as) a tocarse o besarse</b>	<b>3</b>	<b>3,23</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Ninguna de las anteriores</b>	<b>80</b>	<b>86</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>80</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>93</b>

De las 29 mujeres que afirmaron el abuso, dentro de los juegos practicados durante la infancia y adolescencia, estuvieron el jugar con muñecas como si estuvieran teniendo relaciones sexuales el 13.8 %, con los amigos a tocarse o besarse el 13.8 % y ambas prácticas el 0 % y el 72.4 % de ellas manifestó no haber realizado ninguna de estas prácticas. De las 93 que no refirieron abuso sexual 5.38% refirieron como juegos de la infancia, jugar con muñecas como si estuvieran teniendo relaciones sexuales y con los amigos (as) a tocarse o besarse el 3.23 %. (Tabla 53 y 54). Para este estudio las otras prácticas, como: jugar con muñecas, tocarse con los compañeros, no fueron una práctica constante dentro del grupo; como para relacionarlo como una manifestación directa del hecho de haber tenido una práctica sexual directa o indirecta.

Finalmente dentro de la información recolectada se dejó un espacio para preguntas abiertas, dada la importancia de las respuestas; estas se agruparon de acuerdo a sus características comunes:

**Tabla No. 55**  
**Motivos Para Contar El Abuso Sexual**  
**Mujeres. Chapinero. Bogotá D.C., Oct./07**

No.	Motivos por los cuales Contaron su primera experiencia Sexual	No.
1	"Abuso Sexual" Le conté lo que me sucedió porque abusaron de mi (Mamá)	1
2	"Abuso Sexual" Me toco hablar porque estaba metiendo drogas (Personal de salud)	1
3	"Abuso sexual" Por que ellas me iban a aconsejar (Mamá y las amigas)	1
4	"Abuso Sexual" Porque fue una experiencia difícil y necesitaba ayuda (Mamá y las amigas)	1
5	"Abuso Sexual" Porque necesitaba decírselo a alguien (Amigas)	1
6	"Abuso Sexual" Le conté que fue con su tío (Amiga)	1
7	"Abuso Sexual" Le conté todo y no me creyó (Mamá)	1
8	"Abuso Sexual" Porque vivía en el ICBF (Otra persona)	1
9	"Abuso Sexual" Experiencias (Amigas) Planificación y conocimiento en salud (Personal de salud)	1
10	"Abuso Sexual" Era la persona más cercana y de confianza (Religioso)	1
11	"Abuso Sexual" Por escuchar otras experiencias (Amigas)	1
12	"Abuso Sexual" Porque les tengo confianza (Mamá y Amigas)	1
13	"Abuso sexual" Porque les tengo confianza (Amiga)	2
14	"Abuso Sexual" Porque le tengo confianza (Esposos)	1
15	"Abuso Sexual" Porque les tengo confianza (Hermanos)	1
16	"Abuso Sexual" Porque tuve relaciones (Amigas)	1
17	"Abuso Sexual" No hacen ningún comentario	12
	Total	29

## **Que comentaron y a Quien**

### **Al personal de salud le comentaron su primera experiencia sexual, porque:**

- ✓ Porque no confiaba en nadie
- ✓ Por conocimientos en salud
- ✓ Necesitaban de ellos
- ✓ Por aprender a planificar
- ✓ Por Evitar un embarazo en la primera relación
- ✓ Porque estaba embarazada
- ✓ Por la situación económica

### **A las amigas le comentaron su primera experiencia sexual, por:**

- ✓ Por que les tengo confianza
- ✓ Consejo y apoyo
- ✓ Por lo que había hecho
- ✓ Porque es mi mejor amiga
- ✓ Por compartir experiencias
- ✓ Por la felicidad de entregarme a la persona que quería
- ✓ Por que mis papas fallecieron
- ✓ Por que no tenía confianza con mamá
- ✓ Porque me daba miedo contarle a mis padres
- ✓ Porque son mis amigas
- ✓ Porque podía contarles mi secreto

**A herman@s le comentaron su primera experiencia sexual, por:**

- ✓ Ser mis herman@s
- ✓ La experiencia vivida

**A la mamá le comentaron su primera experiencia sexual, porque:**

- ✓ Le tenía confianza
- ✓ Necesitaba consejo
- ✓ Era mucho mayor que yo
- ✓ Le pude decir lo que sentía
- ✓ Había tenido relaciones
- ✓ Fue bonito
- ✓ Mi pareja quería que abortara y mi mamá dijo que no.

## CONCLUSIONES

El contexto familiar como factor determinante en el inicio de la actividad sexual se caracterizó por la distribución de la familia dentro de la vivienda, ya que las mujeres que manifestaron algún tipo de práctica abusiva en su infancia o adolescencia por parte de familiares, compartían su habitación y/o cama con estas personas. Por lo tanto el hacinamiento es un factor relevante no solo para el inicio precoz de la actividad sexual sino también para el abuso sexual y este para el abandono del hogar. Además, el castigo físico y las medidas correctivas verbales fueron influyentes, dado que algunas mujeres por tales motivos abandonaron su casa. El comportamiento familiar fue un factor predisponente o protector del inicio de la actividad sexual, de conflictos, violencia intrafamiliar o problemáticas de conducta tales como depresión ó tendencias suicidas, que en su gran mayoría se relacionaron con el consumo de bebidas alcohólicas.

Las madres manifestaron también que sus mayores confidentes o consejeras fueron sus madres y la mayor información sobre educación en salud sexual y reproductiva fue impartida en las instituciones educativas y/o por sus familias. Los cambios en el grupo familiar también fueron identificados como influyentes, entre ellos se resalta la presencia de madastra o padrastro, quienes en algunos casos realizaron prácticas abusivas con las personas de su nuevo hogar.

La edad de inicio de la actividad sexual "Sexarquia", fue a los 15 años, principalmente con el novio, con una sola persona y/o pareja, sin el uso de sustancias psicoactivas. De las mujeres que tuvieron esta primera relación bajo el efecto de alguna sustancia, la más usada fue el uso de bebidas alcohólicas ingeridas de forma voluntaria o involuntaria, las cuales en algunas de ellas las indujo a tener más de una pareja sexual durante su primera relación sexual.

El lugar de esta situación fue principalmente el hogar de la pareja, es decir la casa de ellos. Entre de las circunstancias y sentimientos antes y después de esta primera experiencia sexual, predominó el amor y la felicidad. Por lo tanto, el momento de iniciación de la actividad sexual se da después de la menarca, cuando la adolescente ha sufrido cambios físicos que llaman la atención de sus pares del sexo opuesto, bajo una relación de amor, afecto y confianza, que da permisividad para visitar el hogar de sus parejas y con mayor frecuencia ser el lugar de la primera relación sexual.

Las principales consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual en orden de importancias fueron: el embarazo, la deserción escolar principalmente en el grado noveno y la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

El mayor porcentaje de madres iniciaron la actividad sexual a los 15 años de edad. El 49.6% de ellas con una sola pareja hasta la fecha y 51.4% con parejas a la fecha del estudio entre 2 y 10 personas; el número de parejas entonces cobra importancia para este estudio, ya que se puede afirmar que el inicio precoz de la actividad sexual

predispone a un mayor número de parejas a lo largo de la vida asociado además con el tipo de relaciones y sentimientos que rodeen a estas relaciones.

Las gestaciones tempranas en las adolescentes están asociadas al inicio de su actividad sexual precoz, ya que muchas de ellas quedaron embarazadas con la primera relación sexual o en posteriores relaciones y antes de ingresar a la edad adulta; lo cual conllevó a embarazos a término y/o ha abortos espontáneos o inducidos hasta la actualidad.

El abuso sexual y las prácticas abusivas son reconocidas por las mujeres que las han vivido; lo cual les permite a ellas dar recomendaciones sobre protección a los niños y adolescentes por parte de los padres y cuidadores; independientemente de la práctica sexual realizada directa o indirecta, estas se pueden relacionar con el hacinamiento, ya que el 31 % de las mujeres que manifestaron prácticas abusivas, vivían en hacinamiento en sus hogares. El abuso sexual fue realizado por extraños, conocidos y familiares, además algunas de las participantes del estudio manifestaron abuso por parte de sus propias parejas en la actualidad.

La cercanía con el abusador es un factor determinante para que esta situación se presente en más de una ocasión y las edades tempranas son las más favorables para que este se ocurra, debido a la falta de información y comunicación de los menores y adolescentes. Por lo tanto para este estudio la comunicación es un factor protector ante las prácticas abusivas y si estas se llegan a presentar la red de apoyo que

busca la persona abusada principalmente se centra en sus amigos "pares" y familiares.

En la actualidad las mujeres son jóvenes, en su mayoría menores de 29 años, de estado civil predominante "madresolterismo", con escolaridad incompleta, falta de apoyo económico y afectivo de su pareja y/o familia, además de familias con diferentes problemáticas familiares.

## RECOMENDACIONES

- El inicio de la actividad precoz y sus consecuencias, se puede prevenir con una correcta educación en salud reproductiva, un amplio y adecuado programa de educación sexual, que involucre a los adolescentes, padres, cuidadores y docentes.
- Una adecuada consejería en sexualidad permitirá a los adolescentes comprender que ejercen control sobre su conducta, a anticipar consecuencias y desarrollar capacidad para planificar a largo plazo.
- El ideal es procurar que la población independientemente de su edad alcance una vida sexual satisfactoria, libre de violencia, del riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados; del derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte y del derecho a decidir libremente sobre su cuerpo; es decir tener o no relaciones sean estas homosexuales o heterosexuales, pero basadas en una decisión conciente, amor, afecto y respeto.
- Pero además es necesario tener en cuenta otros factores como: familia, colegio, pares, medios de comunicación y el crecimiento y desarrollo como persona para ganar competencias cognitivas, sociales y profesionales que potencien los factores protectores y minimicen los comportamientos de riesgo en los adolescentes; ya que algunas características de la adolescencia, como su desarrollo biológico y psicológico, son semejantes en todos, pero otras características dependen del medio social o entorno en que se desarrollan, demarcando vulnerabilidades y factores de riesgo

intrínsecos y extrínsecos que colocan a esta población hoy como una prioridad en la atención en salud, reconociendo que el comportamiento formado en estas edades tiene consecuencias para la salud futura individual y colectiva; por lo tanto las acciones desde enfermería y desde otras profesiones y áreas, es cada vez más amplia; por lo tanto se deben generar espacios de trabajo interdisciplinario, interprofesional, intersectorial e intrafamiliar, para que la edad de inicio de la actividad sexual sea mucho más tardía.

## BIBLIOGRAFÍA

"Automáticamente adult@". Consultado en Agosto 11/07. Disponible en:

<http://www.mujierschile.cl/conocedoras/pagConocedoras.php?articulo=1460&botActivo=2&Id=2&varDonde=Articulos&area=2>. (1)

**ÁVILA GÁLVEZ, Elena; CID SANTANA, Maylén; GARCÍA IMIA, Ileana; GONZÁLEZ, Antonio Lorenzo; RODRÍGUEZ, Pablo.** Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000 / Psychosocial aspects of pregnancy in adolescence, year 2000. Fuente: "Revista" Rev. cuba. pediatr;74(4), Oct.-Dic. 2002. (41)

**BARRIOS, Jaime; RAMOS, Alvaro.** Adolescencia y embarazo: aspectos perinatales y socioeconómicos. Hospital de Maternidad Rafael Calvo C. Cartagena Colombia. Fuente: Rev. colomb. obstet. Ginecol; 44(2):101-6, abr.-jun. 1993. (63)

**BLITCHTEIN-WINICKI, Dora; PAREDES, Luís; CALERO, Jorge; MAGALLANES, Marlene; NÚÑEZ, Eloisa; PESSAH, Silvia; ESCURRA, Miguel; KENEDY Alva; SWEING, Enrique; GONZÁLES, Maribel.** :Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001 / STD/HIV risk perception and behaviour in adolescent women inscribed to obtain military identification card at Lima and Callao 2001. Fuente: "Revista" An. Fac. Med. (Perú);63(4):257-268, oct. 2002. (34)

Boletín N° 1 Mayo 2007 Salud del Niño y del Adolescente/Área Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/Boletin%201.htm>. (44)

**BRANDT TORO, César.** El concepto de la medicina familiar en la prevención del embarazo en adolescentes / The concept of family medicine in the prevention of the pregnancy in adolescents Fuente: "Revista" Med. fam. (Caracas);4(1):15-18, ene.-mar. 1995. (37)

***Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre 1986.*** (12)

Consultado en Agosto 11/07. Disponible en:

<http://argentina.indymedia.org/news/2006/05/410728.php> (16)

Consultado en Agosto 16/07. Disponible en:

Consultado en: Agosto 11/07. Disponible en: [http://www.reproductiverights.org/esp\\_pub\\_fac\\_adolesc.html](http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_adolesc.html). Consulta Agosto 16/07. (16)

**Consultado** en: Agosto 15/07. ALARCON-NIVIA, Miguel Ángel. Some anthropological and religious considerations concerning menstruation. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [online]. jan./mar. 2005, vol.56, no.1 [citado 16 Agosto 2007], p.35-45. Disponible na World Wide Web: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100005&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0034-7434. (25)

Consultado en: Agosto 16/07. Disponible en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=300>. (15)

Diccionario de la lengua Española. Consultado en: Agosto 11/07. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/factor>. (7)

Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/> (67)

**¿En dónde estamos en Colombia?** Fecundidad adolescente. Disponible en: [www.colombiajoven.gov.co/documentos/incidencia/BONO%20DEMOGRÁFICO%20\(UNFPA\).pps](http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/incidencia/BONO%20DEMOGRÁFICO%20(UNFPA).pps). Consultado: Octubre 30 de 2007 (66)

**FLÓREZ, Carmen Elisa.** Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia / Socioeconomic and contextual determinants of reproductive activity among adolescent women in Colombia. Fuente:Rev. panam. salud pública ;18(6):388-402, dic. 2005. (61)

**FORSELLEDO, Gustavo.** Instituto Interamericano del Niño, la niña y el adolescente. Consultado en: Agosto 4/07. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/>. Instituto Interamericano del niño, la niña y el adolescente. "El trabajo infantil y la explotación sexual. (68)

**FUENTES ZAMBRANA, Mireya; MEJIA SALAS, Hector.** Factores de riesgo asociados a muerte en niños de un mes a cinco años en el Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria" La Paz-Bolivia / Risk factors associated to death in children of one month to smaller than five years in the Hospital de Niños Dr. Ovisio Aliaga Uria La Paz-Bolivia Fuente: "Revista" Rev. Soc. Boliv. Pediatr;43(1):11-14, 2004. (29)

**GALVIS ROMERO, Nohemí; OCHOA ESTEPA, Angela; ROJAS GAITAN, Andrea.** Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la sección de gineco-obstetricia de un hospital de tercer nivel en una ciudad de Colombia en el periodo de marzo y junio del año 2003/ Incomplete abortion frequency: associated factors and complications in adolescents between 14 and 19 years old who go to gynecology and obstetrics unit in a hospital of third level in a Colombian city. Fuente: Rev. ECM ;8(2):45-53, dic. 2003. (57)

**GIRALDO ARIAS, Gloria Emma; OSORIO GÓMEZ, Luz Estella y GONZALEZ ESCOBAR, Rocío.** Características de la gestante adolescente: Instituto Materno Infantil Bogota, 1985 / Characteristics of pregnant adolescents: Instituto Materno Infantil, Bogota 1985. Fuente: s.l.; Colombia. Universidad Nacional. Facultad de Enfermería; 1985. P. 136. (51)

**GIRALDO ARIAS, Gloria Emma; OSORIO GOMEZ, Luz Estella; GONZALEZ ESCOBAR, Rocio.** Características de la gestante adolescente: Instituto Materno Infantil Bogota, 1985 / Characteristics of pregnant adolescents: Instituto Materno Infantil, Bogota 1985. Fuente: s.l.; Colombia. Universidad Nacional. Facultad de Enfermeria; 1985. P. 136. (48)

**GÓMEZ DÁVILA, Joaquín G; GONZÁLEZ MORALES, Andrea; MARTÍNEZ ORTIZ, María I; ORTIZ MESA, Margarita M; SALAZAR, Carlos Adolfo.** Título: Evaluación de los programas de control prenatal para adolescentes en el valle de Aburrá 2003 / Evaluation of Prenatal Control Programs offered to teenagers in Valle de Aburrá, Colombia, 2003 Fuente: "Revista" Iatreia;17(3):216-223, sept. 2004. (59)

**GOMEZ DUQUE, Patricia.** Características personales y educación sexual recibida, de adolescentes antes de la primera relación sexual /

Personal characteristics and sexual education received by adolescents before the first sexual intercourse. Fuente: s.l; s.n.; feb. 1988. 80 p. tab. Tesis: Presentada en Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería para obtención del grado de Enfermer. (48)

**GONZALES SALGUERO, Fernando.** Título: Resultados de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva con adolescentes / Result of a study of base line in sexual and reproductive health in adolescents. Fuente: "Revista" J & G rev. epidemiol. comunitaria;11:32-46, ene.-jun. 2000. (39)

**GONZÁLEZ ARAYA, Electra; BARROS OLMEDO, Luís; GÁLVEZ, I; Nuyens, D; PONCE, C; RAMÍREZ, S; Suárez, L; VILLADORES, L.** Sexualidad y relaciones de pareja en la vida de mujeres que sufrieron violación en su niñez o adolescencia / Sexuality and partner relationships in women who suffered rape during their childhood or adolescence. Fuente: Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc;8(1):9-18, 2001. (46)

**GONZÁLEZ T., M. Isabel; AGUIRRE C., M. Luisa; Tapia C., Jaime.** Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes / Profile of sexuality counseling assistants in an adolescent center Fuente: Rev. chil. Pediatr;76(6):573-579, nov.-dic. 2005. (35)

<http://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima> (31)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001950.htm> Consulta (4)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002003.htm> (5)

<http://www.psicopedagogia.com/definicion/autoestima>, (31)

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&nrm=iso) (36)

[http://www.unicef.org/spanish/protection/index\\_genitalmutilation.html](http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.html). (31)

**JIMÉNEZ CARVACHO, Angela Paz; ESTURILLO VIVAR, María Carolina.** Relación entre funcionalidad familiar y algunas conductas sexuales en estudiantes de enseñanza media / Relationship between family conditions and some sexual behaviour in secondary school students. Fuente: Santiago de Chile; s.n; 1999. 80 p. tab, graf. Tesis: Presentada en Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería para obtención del grado de Profesional. (32)

**LERER María.** Sexualidad Femenina Mitos y Realidades. Editorial Paidós. 1995. Pág. 94 (26)

**Liga Colombiana de lucha Contra el Sida** "La educación sexual en Colombia fracasó, afirma estudio de Profamilia" *Tomado de El Tiempo* 2007-02-01 Disponible en: <http://ligasida.org/es/noticia.php?uid=0&todo=0&det=238&leng=es>  
Consultado: Oct. 30/07 (64)

**Liga Colombiana de lucha Contra el Sida** "La educación sexual en Colombia fracasó, afirma estudio de Profamilia" *Tomado de El Tiempo* 2007-02-01 Disponible en: <http://ligasida.org/es/noticia.php?uid=0&todo=0&det=238&leng=es>  
Consultado: Oct. 30/07 (65)

<http://www.hazteoir.org/foro/viewtopic.php?printertopic=1&t=2397&postdays=0&postorder=asc&&start=390&sid=e47a07d68b7e658fae4485173bfcff44>. (9)

**LONDOÑO F. Juan L.** Metodología de la Investigación. Editorial Universidad de Antioquia. Pág. 217- 220. (21)

**LOZANO. P. Diana.** Principios de Epidemiología. Centro Editorial Javeriano CEJA. 2001 Pág. 54,81(20)

Medline Plus. Consultado: Agosto 4/07. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>  
(10)

**MÉNDEZ Ribas, M, José; NECCHI, Silvia; SCHUFER, Marta.** Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires / Sexual behaviours in adolescent pupils in Buenos Aires. Fuente:"Revista" Arch. argent. pediatr;94(5):314-22, jul.-ago. 1998.

(33)

**MICHEA A., Loreto; MILLAN KLUSSE, Teresa; ABUJATUM, Silvia.** Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas: maternidad Hospital San Juan de Dios 1999 / Epidemiological outline of pregnant adolescents: San Juan de Dios maternity hospital 1999. Fuente: "Revista" Bol. Hosp. San Juan de Dios; 48(5):267-272, sept.-oct. 2001.

(43)

**Ministerio de Protección Social.** "Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años". Pág. 57 - 118. Consultado Agosto 11/07. Disponible en: [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co). (3)

**MIRABAL MARTÍNEZ, Grisell; MODESTA MARTÍNEZ, María; PÉREZ DOMÍNGUEZ, Damaris.** Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia / Biological, psychical and social repercussion of pregnancy in adolescent. Fuente: Rev. cuba. enferm;18(3):175-83, sept.-dic. 2002. (40)

**MONTERROSA, Alvaro; BELLO, Ana María.** Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Fuente: Rev. colomb. obstet. Ginecol; 47(1):15-21, ene.-mar. 1996. (52)

**MORENO ROJAS, Alberto.** Adolescentes y embarazo / Adolescents and pregnancy Fuente: Rev. colomb. obstet. Ginecol; 40(3):227-32, jul.-sept. 1989. (50)

**MOSQUERA, Janeth; MATEUS, Julio César.** Título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes / Knowledge, attitudes and practices on family planning methods: HIV/AIDS and the use of mass media to youth. Fuente: "Revista" Colomb. med; 34(4):206-212, 2003. (56)

**OPS/ OMS.** "Recomendaciones para la acción". Conceptos Básicos. [www.psiquiatria.fmed.edu.uy/OPS-OMS-S%20Conceptos%202002.doc](http://www.psiquiatria.fmed.edu.uy/OPS-OMS-S%20Conceptos%202002.doc).

(23)

**Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos 886.** Informe de un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre programación para la salud de los adolescentes. Ginebra, 1999.). (13)

**Organización Mundial de la Salud.** Consultado en: Agosto 11/07. Disponible en: <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch14text.html>. (17)

**ORTIZ, Carlos; VIAFARA, Gloria; CABA, Fresia; MOLINA, Temístocles; GÓMEZ, Milton; MOLINA, Ramiro; QUINTERO, Mónica.** Prevalencia de embarazo no deseado y modo de resolución en estudiantes universitarios: adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida / Prevalence of pregnancy unwanted and resolution way in university students: adolescents and young adult in Cali, Colombia with relation to perception of the quality of sexual education Fuente: Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc;10(1):13-18, 2003. (58)

**PADILLA DE GIL, Marina.** Salud sexual en la adolescencia en El Salvador / Sexual health in the adolescence in El Salvador Fuente:"Revista" Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc;8(3):85-94, 2001. (28)

**PARRA VISOSO, Amalia.** Sexualidad en la adolescencia / Sexuality in the adolescence Fuente: en: México. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Curso de orientación sexual y salud reproductiva. México D.F, México. Secretaría de Salud, 24 feb. 1992. p.59-65. (24)

**Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes y Jóvenes de América latina y el Caribe.** Revisión bibliográfica 1988-1998. Serie OPS/ FUNAP, Noviembre 2000. Pág 5. (11)

**PROFAMILIA, ICBF, USAID, Ministerio de la Protección Social, UNFPA.** Encuesta nacional de demografía y salud. 2005. (6)

**PULIDO DE LALINDE, Socorro; ESCOBAR SALDARRIAGA, Isabel; ESCOBAR VELÉZ, María Eugenia.** Proyecto educativo: maternidad-paternidad como proyecto de vida de los adolescentes / Education projet: the relationship maternity-paternity as a life project of

adolescents. Fuente: "Revista" Invest. educ. Enferm;16(2):89-107, sept. 1998. (53)

**RAMÍREZ Clemencia.** "Intervención en agresores: maltrato físico y abuso sexual, una perspectiva cognoscitiva. (45)

**SAGUA, Hernán; CHIANG, Vanessa; VARELA, Héctor; NEIRA, Iván; BUGUEÑO, María; CONTRERAS, Carolina; MEDINA, Claudia; MUÑOZ, María; PIZARRO, Solange.** Título: Trichomonosis en adolescentes embarazadas de Antofagasta, Chile / Trichomonosis in pregnant adolescent from Antofagasta, Chile. Fuente:"Revista" Parasitol. día; 23(1/2):9-14, ene.-jun. 1999. (27)

**SCHUTT-Aine, J & Maddaleno, M (2003).** *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.* OPS, Washington, DC. (19)

**Sexo con Seso. Gobernación de Cundinamarca.2000 (22)**

**SILVA, Juan Carlos.** Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolivar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolivar in Bogota. Fuente: Bogotá, D.C; PAHO; 2001. P. 4. (54)

**SILVA, Juan Carlos.** Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolivar in Bogota / Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolivar en Bogotá. Fuente: Bogotá, D.C; PAHO; 2001. Pág. 4. (47)

**SILVA, Juan Carlos.** Prevención de embarazos no deseados en adolescentes en Bogotá, Colombia / Prevention of unintended pregnancies in adolescents in Bogota, Co56. Id: 422755. Autor: Mosquera, Janeth; Mateus, Julio César. Título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes / Knowledge, attitudes and practices on family planning methods: HIV/AIDS and the use of mass media to youth. Fuente: "Revista" Colomb. med; 34(4):206-212, 2003. (55)

**SUÁREZ, Claudio; NAVARRETE, Diego; RIFFO, Paola; REYES, Diego; GUTIÉRREZ, Catalina; HERRERA, Carolina; MOLINA,**

**Temistocles; MOLINA, Ramiro.** Temas de sexualidad que preguntan adolescentes a través de la prensa / Subjects of sexuality that adolescents through the press ask Fuente: "Revista" Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc;11(3):84-90, 2004. (42)

**UNICEF.** "Mutilación / excisión genital femenina" Consultado en: Agosto 11/07. Disponible en:<http://www.unicef.org/spanish/sowc07/report/report.php>. (2)

**VARGAS TRUJILLO, Elvia y BARRERA, Fernando.** ¿ES LA AUTOESTIMA UNA VARIABLE RELEVANTE PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL INICIO TEMPRANO DE ACTIVIDAD SEXUAL?. *Act.Colom.Psicol.*, mar. 2005, vol.8, no.1, p.133-162. ISSN 0123-9155. (30)

**VASQUEZ, Martha Lucía; Argote, Luz icngela; CASTILLO, Edelmira; MEJIA, María Elena; VILLAQUIRAN, María Eugenia.** La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes / The education and the sexual behavior with responsibility in adolescents. Fuente: "Revista" Colomb. Med ;36(3,supl.2):33-42, jul. 2005. (62)

**VILLÓN, Juan; LOYOLA, Edy; ROSAS, Edith; VERA, Giulano; TEJADA, Roxana.** Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998 / Pregnancy in adolescents. Study in Acobamba, Huancavelica, 1998. Fuente: "Revista" Ginecol. & obstet;45(2):116-9, abr. 1999. (38)

[www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública 2007, Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Pág. 57 – 118) (60)

**Anexo No. 1**  
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA - 2007**

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**La información solicitada en la presente encuesta servirá para desarrollar la tesis "Actividad sexual precoz de un grupo mujeres de la Localidad de Chapinero, Bogotá D.C., Septiembre – Octubre de 2007".**

Dentro de los propósitos principales de este trabajo están: proponer alternativas para prevenir el inicio precoz de la actividad sexual y brindar elementos para que el trabajo intersectorial e interdisciplinario sea más eficaz con el fin de evitar la actividad sexual en los jóvenes a futuro y que si está se presenta, ellos tengan un mayor grado de conciencia de los riesgos que corren en cuanto a su salud presente y futura; además de los inconvenientes personales, familiares y/o económicos que conlleva.

Conteste las siguientes preguntas y recuerde:

**No necesita firmar, su privacidad, anonimato y confidencialidad se respetara; y los resultados estarán a su disposición, esto le puede servir para el reconocimiento de si misma, para su formación personal, de sus hijos y su familia.**

**AGRADEZCO SU AMABLE COLABORACIÓN.**

Respetada señora a continuación encontrará una serie de preguntas que debe responder marcando con una "X" en el cajón vacío al lado de cada opción y/o completando la información solicitada.

**Ejemplo:** Usted esta entre los:

10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años.		30 ó más	<b>X</b>
--------------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	----------	----------

**PREGUNTAS SOBRE TI Y TU VIDA**

**FACTORES PERSONALES:**

1. Usted esta entre los:

10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años.		30 ó más	
--------------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	----------	--

2. Actualmente, eres:

Soltera	
Tienes novio	

Convives con alguien	
----------------------	--

Casada	
Separada	
Viuda	

3. ¿Que estudios has realizado?

Ninguno	
Primaria completa	
Primaria incompleta	
Bachillerato Completo	
Bachillerato Incompleto	

Técnico incompleto	
Técnico completo	
Universitario completo	
Universitario incompleto	
Otros	

¿Qué Grado? \_\_\_\_\_

¿Cuál curso técnico? \_\_\_\_\_

¿Cuál Profesión? \_\_\_\_\_ -

4. Si te retiraste de estudiar. ¿Cual fue el principal motivo del retiro?

Económico		Falta de cupo		Embarazo		Otro		¿Cual?
-----------	--	---------------	--	----------	--	------	--	--------

5. ¿A que edad fue tu primera relación sexual? \_\_\_\_\_

6. ¿Con quien tuviste esa relación?

Tu novio		
Esposo/pareja		
Amigo (a)		
Familiar		
Extraño		
Otro		Cual?

7. Esa relación fue:

Con tu consentimiento	
Forzada	
Por amor	
Por temor-amenaza	
Por dinero	
Por desengaño.	
¿Porque te lastimaron?	

8. Esa relación fue con:

Una persona		
Más de una persona		
No lo recuerdas		¿Porque?

9. Esta relación fue bajo efectos de:

	Si	No	
Alcohol ingerido voluntariamente			
Alcohol ingerido de manera forzada			
Sustancias psicoactivas usadas voluntariamente			
Sustancias psicoactivas usadas de manera forzada			
Medicamentos			¿Cual?
Otros sustancias			¿Cual?

10. ¿En qué lugar fue la relación?

En el hogar tuyo		
En el casa de él		
En un hotel y/o residencia		
En la calle		
En otro lugar		Cual?

11. ¿Podrías decir que esa primera relación?

	Si	No	
Fue bonita			
Era lo que habías imaginado			
La repetirías			
Fue terrible y deseas olvidarla			Por que?

12. ¿Con una persona de tu mismo sexo:

	Si	No
Te has besado		
Te has acariciado		
Has tenido actividad sexual		

13. ¿Tendrías algo que compartir o comentar sobre las preguntas anteriores?

--

14. ¿Tendrías algo que agregar?

--

15. ¿Que le aconsejarías a una joven (menor de 18 años), si te dice que va a iniciar su actividad sexual?

--

16. ¿Que sentimientos se generaron durante y después de esta relación?

	Durante	Después	
Tristeza			
Rabia			
Felicidad			
Decepción			
Otro.			Cual?

17. ¿Que consecuencias o efectos físicos y emocionales ocasionó esta relación?

Embarazo		
Traumatismo por violación		
Infección de transmisión sexual		
Otro.		¿Cual?

18. ¿Continuaste con algún tipo de comunicación o relación con esta persona, después de lo sucedido?

Si	
No	

19. En la actualidad que tipo de relación tienen:

Amigos		
Novios		
Esposos		
Ninguna		Porque?

20. Contando esa relación y hasta la actualidad. ¿Cuántos novios y/o parejas has tenido? (El número)

Con Relaciones sexuales	
Sin relaciones sexuales	

21. ¿Con quién o quienes compartiste la experiencia de esta primera relación?

		¿Qué compartiste y por qué?
Mamá		
Papá		
Hermanas (os)		
Amigas (os).		
Personal educador		
Personal de salud		
Personal religioso		
Otro (a) Quien?		

22. Tienes alguna discapacidad o Enfermedad importante. Si\_\_ No\_\_  
¿Como se llama? \_\_\_\_\_

23. Tomas algún medicamento de forma permanente. Si\_\_ No\_\_  
¿Como se llama? \_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta que el **ABUSO SEXUAL**, se refiere a todas aquellas situaciones en las que cualquier persona conocida o desconocida, te toca o te tocó alguna parte de tu cuerpo en la que no quieres; o te obliga o te obligó a hacer o a ver algo sexual que te hizo sentir mal porque tu no querías y/o no debías hacer, conteste las siguientes preguntas:

24. ¿Has sentido alguna vez que han abusado sexualmente de ti?

Si	
No ( <b>pasa a la pregunta 31</b> )	

25. Estabas bajo el cuidado de:

Familiares	
Amigos o conocidos	
Extraños	

26. Ocurrió o ha ocurrido en diferentes ocasiones

Solo una vez	
Algunas veces	
Muchas veces	

27. ¿Hace cuánto has vivido o viviste esta situación?

Un mes	
Un año	
Mas de un año	
Que edad Tenías?	

28. ¿Quién es la persona con quien viviste esta situación? (Puedes seleccionar una o varias respuestas)

Mi mamá	
Mi papá	
Mi (s) hermanos (as)	
Mi pareja	
Una persona que no conozco	
Otra persona.	¿Cual parentesco o relación?

29. ¿Cuando viviste esa situación, alguna vez comentaste o has comentado el problema con alguien?

Si		¿A quien?
No, nunca hable de ello		

30. ¿Con quién contaste para ello?

Amigo (a)	
Profesor	
Un (a) lider religiosos (a)	
Con un orientador de salud	
Con un orientador de tipo legal	
Otra persona.	¿Cual?

**31. Alguna persona cercana o desconocida cuando eras niña o en tú adolescencia:**

	Si	No
Te obligo a usar palabras sexuales		
Uso palabras para excitarte sexualmente		
Te obligo a escuchar o mirar a otras personas teniendo relaciones sexuales		
A posar para fotografías desnudo o con un componente sexual		
A prostituirte		
Te beso o abrazo de una forma sexual		
Te obligo a tener relaciones sexuales		
Te forzó a realizar sexo oral (de boca a pene o de boca a vagina)		
Te indujo a tocar las partes sexuales de un niño		
Te guio a pedirle a un niño que tocará las partes sexuales de un adulto		
Otra práctica o actividad que consideres que fue sexual. ¿Cual?		

32. ¿Alguna persona extranjera te propuso tener actividad sexual?  
Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

33. Cuando eras una niña alguna vez jugaste con:

Tus muñecas como si estuvieran teniendo relaciones sexuales	
Con tus amigos (as) a tocarse o besarse	

**FACTORES FAMILIARES:**

34. ¿En tú casa en la época en que iniciaste tu actividad sexual existía o ocurrió?

		Si	No
Como Formas de corrección	Dialogo		
	Regaño		
	Sanción		
	Castigo físico		
El uso de sustancias psicoactivas	Bebidas alcohólicas		
	Cigarrillo		
	Café		
	Otras		
Alteraciones de la conducta	Depresión		
	Tendencias Suicidas		
Muertes violentas en el grupo familiar			

35. ¿Con quien vivías cuando iniciaste tu actividad sexual y que escolaridad tenían?

Parentesco	ESCOLARIDAD					
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria incompleta	Superior
Papá						
Padrastra						
Mamá						
Madrastra						
Hermanos (as)						
Tíos (as)						
Primos (as)						
Pareja						
Otro						

36. ¿Luego de cumplir tus 10 años de edad e iniciar su adolescencia, alguno de tus padres y/o otro familiar importante para su vida se fue del hogar?

	Si	No	
Papá			
Mamá			
Otro Familiar			Cual?

#### FACTORES AMBIENTALES:

37. ¿Has recibido alguna remuneración económica y/o en especie (ropa, comida, etc.), por tener algún tipo de actividad sexual? **(tocamientos, masturbación, sexo oral, anal o vaginal)**

	Si	No	
Papá			
Mamá			
Otro Familiar			¿Cuál?
Extraño			¿Como lo conociste?

38. Si tú respuesta fue positiva, esto lo practicaste?

Una vez	
Dos veces	
Más de dos veces	

39. Si su respuesta fue positiva, usted lo hizo por:

Satisfacerse a si misma		
Por satisfacer a la otra persona		
Por recibir algo a cambio		
Por que la obligaban		
Otra.		Cual?

40. ¿Con quién dormías o compartías en tu niñez y adolescencia?

	Alcoba	Cama
Papá		
Mamá		
Pareja		
Hermanos (as)		
Otros familiares		
Extraños		

### FACTORES ESTRUCTURALES, CULTURALES Y RELIGIOSOS

41. ¿En que lugares habías recibido alguna información sobre sexualidad, antes de iniciar tu actividad sexual?

Casa /hogar		
Institución de salud		
Centro educativo		
Otro.		Cual?

42. ¿En que tipo de Vivienda residía tú núcleo familiar, cuando iniciaste tu actividad sexual?

	Propia	Arriendo
Casa		
Apartamento		
Cuarto (s)		
Inquilinato		
Otro.		Cual?

43. ¿En el momento de iniciar tu actividad sexual trabajabas?

Si		¿En Que trabajabas?
No		

44. ¿Si no trabajabas, de quien dependías económicamente?

Papá	
Mamá	
Hermanos (as)	
Pareja	
Otro.	¿Cuál?

45. ¿A que religión pertenecía en el momento de iniciar tú actividad sexual?

Católica	
Evangélica	
Cristiana	
Otra. Cual? _____	

46. ¿Existía o existe en tu religión algún rito ante la primera menstruación o por el hecho de entrar a la adolescencia?

Si		Cual? Lo realizaron contigo?
No		

47. ¿Existe en su familia alguna tradición familiar cuando las jóvenes tienen su primera menstruación o entran a la adolescencia al cumplir los 10 años?

1	
---	--

48. ¿Su grupo familiar que procedencia tiene?

Departamento	
Municipio	
Desde que Año	

**TU OPINIÓN Y VIVENCIAS SON MUY IMPORTANTES PARA EL TRABAJO PRESENTE Y A FUTURO CON LOS JÓVENES, FAMILIAS, DOCENTES Y COMUNIDAD:**

49. ¿Quisieras añadir algo a la información, que escribiste?

50. ¿Que opina de las preguntas que acaba de contestar?

51. Sus **RECOMENDACIONES** para prevenir el abuso sexual y el inicio de la actividad sexual a edades muy tempranas es importante. Por favor nos da algunas recomendaciones o escribe algunas frases que sirvan para esto.

**GRACIAS POR SU AMABLE COLABORACIÓN**