

Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: un análisis comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia

Sexuality in Schooled Men Adolescents: A Comparative Analysis between Public and Private Institutions in Colombia

Sexualidade em homens adolescentes escolarizados: uma análise comparativa entre instituições públicas e privadas na Colômbia

Linda Teresa Orcasita, MSc^{1*};

Diana Palma, MSc²;

Hesam Camilo Sadeghian, Psic.²;

Alejandra Villafañe, Psic.²;

Diana Marcela Sánchez, Psic.²;

Teresita María Sevilla, PhD²;

Luz Ángela Torres-de la Roche, PhD³;

Rudy Leon De Wilde, PhD⁴

Recibido: 1 de septiembre de 2017 / **Aceptado:** 8 de junio de 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7262>

Para citar este artículo: Orcasita LT, Palma D, Sadeghian HC, Villafañe A, Sánchez DM, Sevilla TM, et al. Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: un análisis comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia. Rev Cienc Salud. 2018;16(3):408-28. DOI <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7262>

1 Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali-Colombia. Departamento de Ciencias Sociales. Grupo de investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad.

* Autora de correspondencia: ltorcasita@javerianacali.edu.co

2 Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali.

3 Carl von Ossietzky, Universität Oldenburg, Alemania.

4 Hospital Pius Oldenburg, Alemania.

Resumen

Introducción: caracterizar los conocimientos, actitudes, prácticas sexuales y procesos de comunicación familiar de hombres adolescentes de escuelas públicas y privadas, para visibilizar aspectos fundamentales en el abordaje de su salud sexual. *Materiales y métodos:* se realiza análisis descriptivo de datos correspondientes al subgrupo de hombres ($n = 778$) del estudio “Procesos de comunicación de sexualidad entre padres e hijos”, realizado durante 2012 en 23 instituciones educativas de Cali, Colombia, donde participaron 1225 adolescentes de ambos sexos. Se utilizó un cuestionario específicamente diseñado para el estudio, los datos se procesaron mediante el programa SPSS V.20 y se utilizó la prueba t-Student, el Análisis de Varianza ANOVA y la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de significación de 0.05 (5%). *Resultados:* participaron 778 jóvenes entre 11-20 años de edad (media 15.3 años, DS = 1.6), de 12 instituciones públicas ($n = 535$) y 11 privadas ($n = 123$). Los jóvenes de instituciones privadas reportaron mayor acceso ($p = 0.010$) y recepción de información en sexualidad ($p = 0.045$). No se observó diferencia en edad de inicio de coito (media 13.2 años, DS 1.9) ni en no-uso sistemático del condón ($p = 0.068$), pero ambos grupos presentan dificultades en la comunicación en sexualidad con sus padres. Los estudiantes de instituciones públicas reportaron mayor frecuencia de prácticas sexuales anales ($p = 0.002$) sin uso adecuado de protección. *Conclusión:* el nivel de conocimiento de los jóvenes no se traduce en prácticas sexuales seguras, confirmándose la necesidad de diseñar programas con perspectiva de género que trasciendan la provisión de información y de crear acompañamientos que los empoderen en el autocuidado de su salud sexual.

Palabras clave: adolescente, hombres, salud sexual y reproductiva, educación sexual.

Abstract

Introduction: To describe knowledge, attitudes, sexual behavior and family communication among male teenagers from private and public schools, aiming to highlight key aspects for understanding their behavior and providing better sexual health care. *Materials and methods:* A descriptive analysis of the retrieved data corresponding to male participants ($n = 778$) in the study “Communication processed about sexuality between parents and teenage children” was made. This study was conducted in 2012, in 23 schools in Cali and 1225 adolescents of both genders participated. A specific questionnaire was built for this research. Data was processed through the software SPSS V. 20 (Statistical Package for the Social Sciences) and statistical test such as T-Student, ANOVA and Chi-square were used with a significant lever of 0.05 (5%). *Results:* 778 male teenagers between 11- 20 years old ($M = 15.3$; $SD = 1.6$) participated in the study, from 12 from public schools ($n = 535$) and 11 private schools ($n = 123$). It was found that teenagers from private schools have more access ($p = 0.010$) and reception of information about sexuality ($p = 0.045$), but without difference in the age of sexual debut ($m = 13.2$ years; $SD = 1.9$) and systematic use of condom ($p = 0.068$). Likewise, both groups reported barriers in communication about sexuality with their parents. Those from public schools were more likely to report non-protected anal intercourse ($p = 0.002$). *Conclusion:* Sexual health knowledge does not imply safer sex behaviors in male adolescents, it was confirmed that programs must have a gender perspective that transcend knowledge provision and create strategies to empower male teenagers in their sexual health self-care.

Keywords: Adolescents, men, sexual and reproductive health, sex education.

Resumo

Introdução: caracterizar os conhecimentos, atitudes, práticas sexuais e processos de comunicação familiar de homens adolescentes de escolas públicas e privadas, para visibilizar aspectos fundamentais na abordagem de sua saúde sexual. *Materiais e métodos:* realiza-se análise descritiva de dados correspondentes ao subgrupo de homens ($n = 778$) do estudo “Processos de comunicação de sexualidade entre pais e filhos”, realizado durante o 2012 em 23 instituições educativas de Cali, Colômbia, onde participaram 1225 adolescentes de ambos os sexos. Se utilizou um questionário especificamente criado para o estudo,

os dados se processaram mediante o programa SPSS V.20 e se utilizou a prova t-Student, a Análise de Variância ANOVA e a prova Chi-quadrado, com um nível de significância de 0.05 (5%). *Resultados:* participaram 778 jovens entre 11-20 anos (idade média 15.3 anos, DS = 1.6), de 12 instituições públicas (n = 535) e 11 privadas (n = 123). Os jovens de instituições privadas reportaram maior acesso (p = 0.010) e recepção de informação em sexualidade (p = 0.045). Não se observou diferença em idade de início de coito (idade média 13.2 anos, DS 1.9) nem em não-uso sistemático do preservativo (p = 0.068), mas ambos os grupos apresentam dificuldades na comunicação em sexualidade com os seus pais. Os estudantes de instituições públicas reportaram maior frequência de práticas sexuais anais (p = 0.002) sem uso adequado de proteção. *Conclusão:* o nível de conhecimento dos jovens não se traduz em práticas sexuais seguras, confirmando-se a necessidade de desenhar programas com perspectiva de gênero que transcendam a provisão de informação e de criar acompanhamentos que os empoderem no autocuidado de sua saúde sexual. *Palavras-chave:* adolescente, homens, saúde sexual e reprodutiva, educação sexual.

Introducción

El panorama epidemiológico mundial muestra que la población adolescente continúa presentando problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva (SSR), en especial un alto índice de nuevos casos de VIH y embarazos no planeados. En el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó 16 millones de madres adolescentes y 640000 adolescentes conviviendo con VIH (1, 2). En Colombia, el 20% del total de embarazos corresponde a mujeres adolescentes y 10.1% de jóvenes entre 15-19 años conviven con VIH, con una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (0.3% vs. 0.2%) (3-5). Esto ocasiona deserción escolar, problemas de salud mental, violencia física, psicológica o social, disfunción familiar, recurrencia de embarazo no planeado y aumento del nivel de pobreza. En consecuencia, se ha convertido en un problema de salud de intervención prioritaria, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia acogió en su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, fomentando la implementación de programas específicos para adolescentes, con enfoque de género y de promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) (6). Asimismo, las actividades de atención y prevención en SSR se han enfocado en intervenir los múltiples riesgos que se configuran en esta etapa de inquietudes, necesidades y exploración sobre temas relacionados con la sexualidad que impactan los proyectos de vida de los adolescentes (7, 8).

Sin embargo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha identificado que, en Colombia, al igual que en otros países latinoamericanos, existen algunas limitaciones en el abordaje de la SSR. Por un lado, los estudios e intervenciones se han dirigido mayoritariamente hacia la mujer, con un esquema en el que se responsabiliza solo a esta de la vivencia saludable de la sexualidad, y, de otro lado, existe un bajo número de investigaciones que recuperan la voz masculina o los indicadores de su SSR, lo que dificulta la identificación y la atención de sus necesidades (4, 9, 10). Sumado a esto, la OMS ha encontrado que en ocasiones se desconoce la existencia de factores subyacentes de orden social y cultural, influyentes en los pensamientos

y comportamientos de los adolescentes, los cuales repercuten en la vivencia de su sexualidad; puesto que cada cultura establece y define un conjunto de ideas y valoraciones sobre lo que significa ser hombre y ser mujer (4, 11).

Con relación a los conocimientos, entendidos como la cantidad de información adquirida sobre sexualidad, que pueden ser discriminados como correctos o erróneos en un marco de la salud y la prevención, se ha encontrado en múltiples estudios que los varones tienen mayor desconocimiento con relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y su prevención (12, 13). Esta brecha en el conocimiento ha presentado diferencias por género en estudios realizados a nivel mundial y latinoamericano (14, 15). En sentido contrario, se ha reportado que la población adolescente colombiana tiene un alto nivel de conocimientos en sexualidad, pero un bajo nivel de prácticas de autocuidado (16). Esta discordancia entre el saber y el hacer ha sido mencionada en investigaciones previas, en las que los hombres adolescentes sienten los esfuerzos de educación en SSR no están orientados hacia ellos, dado que generalmente enfatizan en temas o preocupaciones de la población femenina, así como refuerzan actitudes inequitativas, discriminatorias y/o prácticas sexuales inseguras (9, 17).

Adicionalmente, estudios realizados en México, Colombia y España han demostrado una relación directa entre el nivel socioeconómico de los escolares, el sexo y el tipo de educación recibida (pública o privada) con los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes (18-20). Como ejemplo, en Colombia se encontró que los hombres con una educación pública tienen mayor probabilidad de tener más encuentros sexuales (20). De igual manera, se identificó que para los hombres adolescentes es más difícil que para las mujeres hablar sobre sexualidad, especialmente entre el grupo de instituciones públicas (8). Se concluye que conocer los indicadores de la SSR de los adolescentes escolarizados es fundamental para fortalecer programas de educación sexual y atender apropiadamente sus necesidades en este tema.

Considerando lo anterior, se ha realizado el análisis de los datos correspondientes al subgrupo de hombres del estudio “Procesos de comunicación de sexualidad entre padres e hijos” que realizó nuestro grupo de investigación entre 2011-2012, con el fin de caracterizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de hombres adolescentes pertenecientes a instituciones educativas privadas y públicas de Cali, Colombia (21).

Materiales y métodos

Diseño y selección de participantes

En el presente estudio se realiza un análisis de tipo transversal descriptivo de los datos obtenidos del subgrupo de hombres adolescentes ($n = 778$) participantes en un proyecto macro que abordó los procesos de comunicación familiar sobre sexualidad entre padres y madres e hijos adolescentes de ambos sexos, realizado entre 2011-2015 en la ciudad de Cali, Colombia. En dicho estudio, participaron 1225 adolescentes, hombres y mujeres (no se tuvieron en cuenta estas últimas), escolares de séptimo, noveno y décimo grado de educación media, siendo el estándar en Colombia un ciclo de 11 años. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico de conglomerado, a partir de la base de datos suministrada por la Secretaría de Educación Municipal de la ciudad. El muestreo se estratificó en razón del tipo de institución, pública o privada.

Instrumentos

Se construyó un cuestionario para ser autodilucidado por los participantes, que fue validado previamente por jueces expertos y estaba basado en diferentes instrumentos que evalúan la sexualidad, tales como *Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa*, que permite obtener información acerca de conductas sexuales y prácticas preventivas; *Cuestionario Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Significados Sociales*, que indaga acerca de procesos de comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos; y el *Cuestionario Cómo es su familia*, que aborda relaciones personales, características de la familia, actividades y sentimientos familiares (8, 22, 23).

Recolección de datos

Con el aval de las instituciones educativas, se convocó a padres de familia y adolescentes a reuniones informativas en las que se explicó el objetivo y alcance del estudio de investigación, luego de lo cual se obtuvo el consentimiento de los padres de familia, el asentimiento de los adolescentes para participar en el estudio y se procedió a la aplicación del cuestionario en sesiones grupales. Las reuniones fueron lideradas por un grupo de psicólogos capacitados para esta recolección, quienes además apoyaron a los participantes en el caso de requerir atención o para aclarar dudas respecto a los temas abordados en el cuestionario.

Análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS V.20. En un primer análisis univariado, se utilizaron tablas de frecuencia que reflejaron la distribución de los datos

por medio de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se resumieron a través de medidas de tendencia central y dispersión, como el mínimo, máximo, la media y la desviación estándar. En el análisis bivariado, se hizo uso de diversas pruebas estadísticas para identificar diferencias significativas en conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad en hombres adolescentes, entre algunas variables independientes como el tipo de institución. Puesto que la prueba de normalidad de Shapiro-Wills mostró suficientes evidencias para no rechazar la hipótesis de normalidad de los datos ($p > 0.05$), se utilizaron pruebas paramétricas como: la prueba t-Student para dos muestras independientes, por ejemplo, tipo de institución (pública y privada) y el Análisis de Varianza ANOVA para más de dos muestras independientes. Asimismo, se utilizó la prueba Chi-cuadrado, la cual sirvió para determinar la posible relación estadística entre algunos conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad y posibles factores. Para todas las pruebas estadísticas implementadas se utilizó un nivel de significación de 0.05 (5%).

Consideraciones éticas

La presente investigación estuvo orientada por las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud que rigen a nivel nacional bajo la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud, que regula la investigación en seres humanos (24). Los lineamientos éticos de este estudio fueron aprobados por el comité de Investigaciones y Ética de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Resultados

Los datos presentados en este estudio corresponden al subgrupo de hombres adolescentes ($n = 778$) de una investigación previa en donde se recogieron datos de 1225 estudiantes de ambos sexos.

Características generales de los estudiantes

Se recogió información de 778 estudiantes hombres de 23 colegios, 12 instituciones públicas ($n = 535$) y 11 instituciones privadas ($n = 123$) ubicados en cinco zonas de la ciudad de Cali (ladera, Norte, Centro, Suroriente y Oriente); el rango de edad osciló entre los 11 y 20 años (media = 15.3; $DS = 1.6$). Resultó una muestra un poco heterogénea en cuanto a los cursos seleccionados, con mayor presencia de estudiantes de grado séptimo (47.1 %), seguido de los estudiantes de noveno (41.2 %) y los de décimo con (11.7 %), esta distribución por curso fue distinta en los colegios públicos y privados, como se observa en la tabla 1. Hay una mayor predominancia de estudiantes de décimo en los colegios privados (31.7 %) que en los públicos (7.1 %).

Tabla 1. Distribución por curso según el tipo de colegio

	Público n = 535		Privado n = 123		Total	
	n	%	n	%	n	%
Séptimo (7°)	258	48.2	52	42.3	310	47.1
Noveno (9°)	239	44.7	32	26.0	271	41.2
Décimo (10°)	38	7.1	39	31.7	77	11.7

Con relación al acceso a conocimientos sobre sexualidad e ITS, el 77.8 % de la totalidad de los participantes reportaron haber recibido información durante el último año, especialmente los escolares de instituciones privadas (84.7 % frente a 76.5 %; $p = .045$). Esta información proviene de diferentes fuentes: familiares (41.9 %), internet (41.2 %), amigos (38.1 %), programas de televisión (37.2 %), profesionales de la salud (33.1 %), profesores (28.4 %), pareja (20.8 %), radio (12.2 %) e iglesia (8.7 %). Los estudiantes de las instituciones privadas reportaron un ligero mayor uso del internet y los programas de televisión. Aunque ambos grupos reconocen que los padres de familia y los maestros deberían ser su principal fuente de información y hablar más frecuentemente de sexualidad, se encontró una mayor probabilidad de que los estudiantes de instituciones públicas asignen la responsabilidad únicamente a los maestros (5.9 %), que los estudiantes de instituciones privadas (0.8 %). Incluso, existe una pequeña fracción de escolares en ambos grupos que consideran que no se debe dar educación sexual en las escuelas (privada 10 % frente a pública 4.7 %; $p = .020$), sino que deben ser sus padres su principal fuente (privada 58.3 % frente a pública 47.5 %; $p = .026$). Se observó que los escolares de instituciones privadas son más proactivos en la búsqueda de información sobre sexualidad (63 % frente a 50.2 %, $p = .010$). Adicionalmente, los dos grupos coinciden en que la edad más apropiada para recibir educación sexual es de 10 a 18 años ($p = .649$).

En cuanto a conocimientos básicos acerca de ITS (tabla 2), se encontró entre ambos grupos una alta frecuencia de desconocimiento alrededor de sus formas de transmisión y prevención, por ejemplo, se encontró que no existe claridad respecto a la capacidad que tiene el condón para prevenir el contagio de ITS; a la incapacidad de prevención de ITS que tiene la píldora anticonceptiva, y las formas de transmisión del VIH. Solo se encontraron diferencias en relación con la candidiasis, la cual es considerada una ITS en mayor proporción por el grupo de instituciones públicas (8.2 % frente a 23.1 %; $p = .001$).

Respecto a la comunicación en sexualidad con sus padres, se encontró que ambos grupos reportan dificultad para hablar de sexualidad e inicio de sus relaciones sexuales con la madre o el padre, siendo mayor la dificultad entre los de instituciones privadas para hablar del inicio de sus relaciones sexuales con la madre (30.4 % frente a 18.7 %; $p = .027$). Asimismo, los

estudiantes de escuelas públicas prefieren hablar ciertos temas de sexualidad con personas diferentes a sus padres (40.5% frente a 53.5%; $p = .007$), manifestando además que hablar con su padre ($p = .009$), o madre ($p = .001$) sobre sexualidad indica tener su aprobación para comenzar su vida sexual. De hecho, se encontró que las madres de los estudiantes de instituciones públicas son quienes proveen en mayor medida los métodos de planificación familiar ($p = .008$). Por otro lado, los estudiantes de escuelas privadas reportan en mayor medida que le contarían a su padre ($p = .038$) y madre ($p = .046$) si sienten atracción por una persona del mismo sexo. Hallándose en ambos grupos que el padre es más ausente en el acompañamiento del adolescente, tanto en el diálogo como en la búsqueda de atención en salud sexual (tabla 3).

Tabla 2. Conocimientos en sexualidad de hombres adolescentes

Concepto	Públicas						Privadas						P-valor
	Sí		No sé		No		Sí		No sé		No		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
El condón evita todas las infecciones de transmisión sexual	443	56.9	103	13.2	233	29.9	389	50.0	115	14.8	274	35.2	.364
La candidiasis es una infección de transmisión sexual	180	23.1	558	71.7	40	5.2	64	8.2	657	84.4	58	7.4	.001
La pastilla anticonceptiva puede evitar contraer infecciones de transmisión sexual	58	7.4	266	34.2	454	58.4	84	10.8	317	40.8	376	48.3	.102
Para el VIH - SIDA no existe cura, solo tratamiento	534	68.7	157	20.2	86	11.1	550	70.7	158	20.3	69	8.9	.770
Uno puede contraer el virus del VIH tocando o estando cerca de una persona con VIH	82	10.5	134	17.2	562	72.3	96	12.4	90	11.6	591	76.0	.283

Tabla 3. Actitudes en la comunicación en sexualidad de hombres adolescentes

Actitudes en la comunicación en sexualidad													
Afirmaciones	Pública						Privada						p-valor
	Sí		No sé		No		Sí		No sé		No		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si deseara planificar, mi madre me apoyaría	410	52.7	317	40.7	51	6.6	326	41.9	366	47.0	86	11.1	.052
Si deseara planificar, mi padre me apoyaría	379	48.7	336	43.2	62	8.0	289	37.1	415	53.4	74	9.5	.071
He hablado con mi madre sobre que ya inicié relaciones sexuales	237	30.4	47	6.0	495	63.6	145	18.7	44	5.7	588	75.6	.027
He hablado con mi padre sobre que ya inicié relaciones sexuales	193	24.8	47	6.1	538	69.1	131	16.9	44	5.6	602	77.4	.152
Hay temas de sexualidad que es mejor que yo hable con alguien distinto a mi padre o madre	416	53.5	110	14.1	252	32.4	315	40.5	187	24.0	276	35.5	.007
Si mi madre habla conmigo sobre planificación sexual, es que me está dando permiso para tener relaciones sexuales	224	28.8	231	29.7	323	41.5	96	12.4	315	40.5	366	47.1	.001
Si mi padre habla conmigo sobre planificación sexual es que me está dando permiso para tener relaciones sexuales	195	25.1	265	34.1	317	40.8	97	12.5	331	42.5	350	45.0	.009
Si sintiera atracción por alguien del mismo sexo, se lo contaría a mi madre	233	29.9	286	36.8	258	33.2	309	39.7	205	26.4	264	33.9	.046
Si sintiera atracción por alguien del mismo sexo, se lo contaría a mi padre	180	23.1	307	39.5	290	37.3	258	33.1	232	29.8	289	37.2	.038
Mis padres creen que ya inicié mi vida sexual	337	43.3	289	37.2	152	19.5	226	29.0	377	48.4	176	22.6	.011
He ido con mi madre a hablar sobre sexualidad con un profesional de la salud	62	8.0	32	4.1	684	87.9	95	12.2	57	7.3	626	80.5	.079
He ido con mi padre a hablar sobre sexualidad con un profesional de la salud	41	5.3	40	5.2	696	89.5	71	9.1	51	6.6	656	84.3	.207
Mi madre me ha dado directamente preservativos o pastillas / inyecciones anticonceptivas	187	24.1	30	3.8	561	72.1	89	11.5	32	4.1	657	84.4	.008
Mi padre me ha dado directamente preservativos o pastillas / inyecciones anticonceptivas	160	20.6	34	4.4	584	75.0	128	16.4	32	4.1	619	79.5	0.548
Mi madre me ha ayudado para que reciba orientación sobre sexualidad de un profesional del tema por fuera del colegio	114	14.7	55	7.1	608	78.2	114	14.6	114	14.6	550	70.7	.021
Mi padre me ha ayudado para que reciba orientación sobre sexualidad de un profesional del tema por fuera del colegio	74	9.5	49	6.3	655	84.2	119	15.3	113	14.5	546	70.2	.001

Acerca de la actividad sexual penetrativa (tabla 4), 72.8% del total de participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales. La edad promedio de la primera relación sexual fue a los 13.2 años (rango = 7-19 años; $DS = 1.9$; $p = .737$), con diversidad de prácticas sexuales penetrativas tales como: pene-vagina (72.7%); pene-boca (47.9%) y pene-ano (29.9%). Esta última se encontró más prevalente en el grupo de instituciones públicas (11.1% frente a 31.8%; $p = .002$), pero menos de la mitad 45.9% de los adolescentes usó condón o su pareja lo usó, sin diferencias entre los grupos ($p = .842$). De igual manera, en el último año 65.9% de los participantes han tenido relaciones penetrativas (82.6% pene-vagina, 54.3% pene-boca, 35.2% pene-ano), con mayor prevalencia de prácticas buco-genitales en el grupo de instituciones públicas (39.6% frente a 56.3%; $p = .029$) (tabla 3), esta vez con mayor uso de condón entre ambos grupos, pero con diferencias según el tipo de práctica sexual. Así, con relación pene-vagina, lo usaron mayormente los de instituciones privadas (82.5% frente a 68.5%; $p = .068$) y con relación pene-boca los de las públicas (21.1% frente a 52.2%; $p = .009$).

Con respecto de las razones para no usar el preservativo, vale la pena señalar que no se encontraron diferencias significativas entre los participantes de colegios públicos y privados (tabla 5). Las principales razones de no uso del condón para ambos grupos fue la confianza en la pareja (64% públicas y 73% privadas) y el hecho de tener relaciones exclusivas con una sola persona (51% públicas y 60% privadas). Cerca de un tercio de los participantes de ambos grupos señalaron que no usaron preservativo porque fue difícil conseguirlo o lo atribuyeron al afán del momento.

Tabla 4. Descripción de las prácticas sexuales de hombres adolescentes

Tipo de prácticas sexuales penetrativas realizadas						
Tipo de institución	Del pene a la vagina		Del pene a la boca		Del pene al ano	
	N total	%	N total	%	N total	%
Pública	543	71.5	520	48.5	512	31.8
Privada	64	85.2	54	42.6	54	11.1
Total	607	72.7	574	47.9	566	29.9
Uso del preservativo en primera relación sexual						
Tipo de institución	SÍ		NO		p-valor	
	N total	%	N total	%		
Pública	185	44.4	230	55.0	.841*	
Privada	30	58.8	21	41.2		
Total	215	45.9	251	53.5		

(continúa)

Uso del preservativo en última relación sexual según el tipo de práctica									
Tipo de institución	Del pene a la vagina			Del pene a la boca			Del pene al ano		
	N total	%	p-valor	N total	%	p-valor	N total	%	p-valor
Pública	224	68.5	0.068	142	52.2	0.009	120	60.0	.865
Privada	33	82.5		4	21.1		13	61.9	

Tabla 5. Razones para no usar condón

Razones	Tipo Colegio					p*
	Público		Privado			
	n	%	n	%		
Porque a usted o a la persona con quien tuvo la relación le disgusta usarlo	SÍ	54	33.1	4	26.7	.831
	NO	108	66.3	11	73.3	
Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo	SÍ	27	17.0	3	20.0	.767
	NO	132	83.0	12	80.0	
Porque le resultó difícil hablar del uso de condón	SÍ	28	17.6	0	0.0	.076
	NO	131	82.4	15	100.0	
Porque confía en la persona con quien tuvo la relación	SÍ	99	64.3	11	73.3	.483
	NO	55	35.7	4	26.7	
Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona	SÍ	80	51.0	9	60.0	.503
	NO	77	49.0	6	40.0	
Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas	SÍ	25	16.1	1	6.7	.331
	NO	130	83.9	14	93.3	
Porque era difícil conseguirlo en ese momento	SÍ	47	29.6	4	26.7	.814
	NO	112	70.4	11	73.3	
Por el afán del momento	SÍ	58	37.4	3	20.0	.179
	NO	97	62.6	12	80.0	
Porque no sabe usar el condón	SÍ	25	16.0	3	20.0	.691
	NO	131	84.0	12	80.0	

Discusión

Los adolescentes hombres constituyen una proporción significativa de la población mundial, por lo cual la promoción y preservación de su SSR representa un reto central en el desarrollo de políticas públicas desde su reconocimiento como sujetos de derechos. Por tanto, el estudio de sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales contribuye al diseño de programas acordes a sus expectativas, necesidades y ciclo vital, además de promover en ellos un papel participativo en su salud sexual y la de su pareja (17, 25, 26). Específicamente, debido a que en esta etapa frecuentemente se da el comienzo de las primeras relaciones sexuales y se instauran actitudes y hábitos de conductas tanto de riesgo como saludables (27-29). En dicha construcción, las voces de agentes como la familia, los pares y la escuela cumplen un papel fundamental, dado que la sexualidad es un aspecto multidimensional de la vida humana que se retroalimenta y se construye en relación con otros (7, 30). Por tanto, las prácticas sexuales adoptadas serán producto de un entramado de múltiples factores como el conocimiento, las actitudes y el contexto social en el que suceden (12, 31).

En el presente análisis se encontró que tanto adolescentes escolarizados de instituciones privadas como de públicas cuentan con fácil acceso a múltiples fuentes de información, siendo los de las privadas quienes reciben más información y se muestran más activos en su búsqueda. Sin embargo, tal como fue descrito por Buela, tener acceso a información en SSR no necesariamente se tradujo en mayor conocimiento o prácticas sexuales más saludables en los grupos estudiados, pues mostraron bajas frecuencias de conocimiento correcto en seguridad y eficacia del uso del condón, métodos anticonceptivos, formas de transmisión y prevención de ITS (20). Lo que podría estar en relación con el contenido, lenguaje y enfoque de género usado por los diferentes canales de comunicación. De hecho, Ochoa y colegas evidenciaron que los hombres adolescentes colombianos sienten que ellos no son el objetivo de algunos esfuerzos de educación en SSR, dado que generalmente se enfatiza en temas o preocupaciones de la población femenina, así como se refuerzan actitudes inequitativas, discriminatorias y/o prácticas sexuales inseguras (9). En cambio, países como Holanda y Dinamarca han demostrado ampliamente la efectividad de una política de educación sexual abierta en casa y la escuela (32).

Es de resaltar que los participantes reconocieron a sus padres y maestros como una fuente de información necesaria y piensan que son quienes deberían formarlos en SSR, aunque indican la existencia de barreras en la comunicación con sus padres cuando se trata de abordar temas relacionados con la sexualidad. En especial, los participantes de las instituciones privadas hablan menos con la madre sobre el inicio de sus relaciones sexuales, a lo que se sumó una menor participación del padre en el diálogo y acompañamiento del adolescente, lo que evidencia que persisten diferencias por género en las conversaciones

entre padres e hijos. Estas barreras en la comunicación con los padres y docentes (en cuanto a fuentes más confiables de información que los pares), especialmente para el grupo de estudiantes de colegio privados, podría contribuir a que se perpetúen los falsos conocimientos en cuanto a la forma de transmisión y prevención de ITS/VIH, así como estaría influyendo en sus actitudes sexuales.

Estos hallazgos están en concordancia con resultados de otras investigaciones en las que la principal fuente de información sobre sexualidad es la familia, aunque se encontró que tanto el padre como la madre sienten vergüenza o no saben cómo abordar el tema; mientras que los adolescentes, además de sentir vergüenza, no sienten la suficiente confianza para hablar de su propia sexualidad, o para expresar sus necesidades en SSR con el padre del otro sexo (7, 16 17, 21, 33, 34). Por tanto, se resalta la importancia de crear estrategias de educación que vinculen a padres y maestros, entregándoles recursos para superar esas dificultades en la comunicación. En este punto, cumplirían un papel esencial, dado que los participantes señalaron que la edad apropiada para recibir educación sexual es a partir de los 10 años, edad en la que, desde la perspectiva del desarrollo, están más orientados a tener en cuenta la opinión de los adultos a la hora de tomar decisiones. Asimismo, conforme avanza la adolescencia, la opinión del grupo de amigos, o del que tengan como referencia, es más influyente en la toma de decisiones, y es solo hacia el final de la adolescencia que los jóvenes comienzan a decidir con base en su propio criterio (10).

En relación con las actitudes frente a la sexualidad, se conoce que surgen en conexión profunda con las creencias y conocimientos frente a la sexualidad y son aprendidas mediante la interacción del adolescente con la sociedad, lo que lleva al sujeto a “responder de manera consistentemente favorable o desfavorable respecto a un objeto, persona, grupo o situación”, tal como lo expone Ovejero (7, 35). En el presente estudio se encontró en ambos grupos una actitud desfavorable para entablar comunicación con sus padres acerca de sus preferencias sexuales. Se evidenció que los participantes de ambos grupos afirman que no le contarían al padre si sienten atracción por alguien del mismo sexo, en su lugar, preferirían revelarlo a la madre. Esta preferencia se vincula con la figura del padre como socializador de los roles de género asociados con la masculinidad desde concepciones y prácticas heteronormativas, así como a estereotipos culturales de lo que debe ser la sexualidad masculina, reflejando roles tradicionales en el abordaje de la SSR (11). Estos resultados refuerzan la importancia de crear intervenciones y programas que sean sensibles a la manera como se entretajan las orientaciones sexuales, el género y las prácticas sexuales, de manera que se pueda responder efectivamente a las necesidades y diversidad sexual de los hombres adolescentes.

Acerca de las prácticas sexuales, resulta llamativa la temprana edad de inicio de actividad sexual penetrativa sin protección por cerca de la mitad de participantes de ambos grupos (promedio 13.2 años), al igual que lo encontrado en estudios realizados con

población mixta, en los que además los hombres reportan un mayor número de parejas que las mujeres (3, 8, 27, 19, 33, 36-38). A lo anterior, se suma que los participantes del actual estudio reportan distintas formas de prácticas sexuales penetrativas no protegidas, pene-vagina, pene-boca, pene-ano, demostrando que, si bien estos adolescentes han iniciado sus experiencias sexuales, son pocos los que dan cuenta de cómo vivir una sexualidad más segura, tal como se ha evidenciado entre adolescentes de países con distintos grados de desarrollo social (3, 33, 38). Con respecto a las razones de no uso del condón, no se encontraron diferencias significativas entre colegios públicos y privados y las primeras dos razones reportadas para el no uso de condón fueron la confianza en la pareja y mantener relaciones sexuales con una pareja exclusiva. Esto contrasta con otras investigaciones, en las que la actitud desfavorable frente al uso del preservativo se relaciona principalmente con la creencia de que “reduce el placer” (39). En todo caso, las razones reportadas atienden a un carácter relacional que trascienden el mero conocimiento sobre los métodos de prevención y los riesgos, pero que deben ser abordadas en intervenciones educativas en SSR.

En consecuencia, estas valoraciones deberían ser priorizadas en futuras intervenciones basadas en la escuela, considerando que este es un espacio práctico y eficiente de formación en SSR para el establecimiento de hábitos saludables en esta área (40, 41). Al mismo tiempo que pueden ser usados para la provisión de servicios de orientación y asesoría que fortalezcan habilidades para la negociación del uso del condón (42).

En referencia particular a la práctica pene-ano, la frecuencia reportada por los participantes, en especial de instituciones públicas y hombres, es en casi similar a lo reportado en otras investigaciones (38, 43). Sin embargo, no se discriminó si estas prácticas surgen como un método alternativo para la prevención del embarazo, o si se dan en el marco de relaciones homoeróticas; por otro lado, este tipo de prácticas sin el uso adecuado del condón tiene mayor riesgo de la transmisión de ITS. Sumado a esto, los participantes de ambos grupos afirman que no les contarían a sus padres si sienten atracción por alguien del mismo sexo, en su lugar, preferirían revelarlo a su madre.

La mayor fortaleza de este estudio fue la posibilidad de caracterizar, en una muestra de gran tamaño, un fenómeno que no ha sido abordado ampliamente en la literatura nacional (9). Asimismo, permitió identificar que es necesario mejorar las metodologías aprobadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social para la educación sexual en instituciones privadas y públicas de Colombia.

Sin embargo, encontramos que el presente estudio se encuentra limitado en su alcance por haber sido realizado en una sola ciudad, lo que no permitió recoger los conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes de otras regiones del país, que tradicionalmente muestran comportamientos culturales diferentes. Además, no se incluyeron todas las posibles preguntas en relación con las necesidades y prácticas particulares de los escolares,

diferenciadas por sus condiciones sociodemográficas, económicas, de género o por sus momentos de transición escolar.

El simple conocimiento en sexualidad de los hombres adolescentes, independientemente de pertenecer a escuelas privadas o públicas, no se traduce en prácticas sexuales seguras. Por tanto, y acorde a lo expresado por los participantes, consideramos que es necesario que los padres de familia y las escuelas ofrezcan acompañamiento de la sexualidad de los hombres, por medio del diálogo abierto y programas educativos con perspectiva de género desde la infancia temprana, que trasciendan la provisión de información y que tengan en cuenta las distintas dimensiones de la sexualidad —erótica, comunicativa y relacional—, aspectos fundamentales para el fortalecimiento de las habilidades y prácticas de autocuidado en SSR de los hombres adolescentes.

Agradecimientos

La presente investigación fue financiada por la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali-Colombia.

Referencias

1. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. 2012 World AIDS Day Report [internet]. 2012 [citado 2016 abr 01]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [internet]. 2009 [citado 2016 abr 01]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es>
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH [internet]. 2011 [citado 2016 abr 10]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina 15 años después de El Cairo - 1994 [internet]. 2011 [citado 2016 mar 23]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/43185/lcl3314-P.pdf>
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS [internet]. 2010 [citado 2016 mar 23]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=7

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [internet]. 2013 [citado 2016 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/plan%20decenal%20-%20documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%c3%b3n.pdf0>
7. De Meyer S, Jaruseviciene L, Zaborskis A, Vega B, Cordova K, Temmerman M, et al. A cross-sectional study on attitudes toward gender equality, sexual behavior, positive sexual experiences, and communication about sex among sexually active and non-sexually active adolescents in Bolivia and Ecuador. *Glob Health Action*. 2004;(7). doi: [10.3402/gha.v7.24089](https://doi.org/10.3402/gha.v7.24089)
8. Sevilla T, Orcasita L. “Hablando de sexualidad”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali. *Av. Enferm*. 2014;32(2):191-205. doi: [10.15446/av.enferm.v32n2.46097](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46097)
9. Ochoa S, Vásquez-Salazar E. Salud sexual y reproductiva en hombres. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1):15-27. doi: [10.15446/rsap](https://doi.org/10.15446/rsap)
10. Vargas E. El embarazo en la adolescencia: una aproximación desde la perspectiva de los hombres. Ponencia presentada en: I Foro internacional de prevención de embarazo en la adolescencia. UNFPA. 2013; Bogotá.
11. Díaz R, Rocha T. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*. 2005;21(1):142-49.
12. Cardona JF, Hernández JC, Suárez GR, Zapata W. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en estudiantes de educación media de Medellín. *Archivos de Medicina*. 2015;11(4:10):1-10. doi: [10.3823/1272](https://doi.org/10.3823/1272).
13. Fuentes L, Libreros L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *RSPYN*. 2008;9(4):10-21.
14. Díaz CE, Cantillo L, García K, Martínez L, Vega J. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena - Colombia. *Hacia Promoc. Salud*. 2014;19(2):38-52.
15. Rajapaksa-Hewageegana N, Piercy H, Salway S, Samarage S. Sexual and reproductive knowledge, attitudes and behaviours in a school going population of Sri Lanakan adolescents. *Sex Reprod Healthc* 2015;6(1), 3-8. doi: [10.1016/j.srhc.2014.08.001](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.001)
16. Rengifo H, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública*. 2012;14(4):558-69. doi: [10.15446/rsap](https://doi.org/10.15446/rsap)
17. Jones D. Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(32):171-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100014>
18. Caballero R, Villaseñor A. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Rev Saude Pública*. 2001;35(6):531-8. doi: [10.1590/S0034-89102001000600006](https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000600006)
19. Bermúdez MP, Ramiro-Sánchez T, Ramiro MT. Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2014;5(9):55-70.

20. Teva I, Buena-Casal G, Bermúdez MP. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:309-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083213>
21. Sevilla T, Sanabria JP, Orcasita LT, Palma DM. Consistencies and Discrepancies in Communication about Sexuality between Parents and Children Teenagers. *Paideia (Ribeirão Preto)*. 2016;26(64):189-47. DOI: [10.1590/1982-43272664201601](https://doi.org/10.1590/1982-43272664201601)
22. Ministerio de Salud de Colombia. CCVSA. Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1997.
23. Organización Panamericana de la Salud, W. K. Foundation. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud. Manual de Aplicación de Instrumentos [internet]. 1996 [citado 2016 abr 22]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Familia%20y%20adolescencia.%20Indicadores%20de%20salud.pdf>
24. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No. 0084390, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct 04) [internet]. 1993 [citado 2016 abr 22]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
25. Kirby DB, Rolleri L, Wilson M. Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programs. Washington, DC: Healthy Teen Network; 2007.
26. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: UNESCO; 2009.
27. Dishion T, Ha T, Véronneau M. An Ecological analysis of the effects of deviant peer clustering on sexual promiscuity, problem behavior, and childbearing from early adolescence to adulthood: an enhancement of the life history framework. *Dev Psychol* 2012;48(3):703-17. DOI: [10.1037/a0027304](https://doi.org/10.1037/a0027304)
28. Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, González M. Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *C Med Psicosom*. 2004;71:67-75.
29. Bahamón M, Vianchá M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*. 2014;31(2):327-53. DOI: [10.14482/psdc.31.2.3070](https://doi.org/10.14482/psdc.31.2.3070)
30. Weeks J. *The Language of Sexuality*. Londres: Routledge; 2011.
31. Collier K, Bos H, Sandfort. Intergroup contact, attitudes toward homosexuality, and the role of acceptance of gender non-conformity in young adolescents. *J Adolesc*. 2012; 35(4):899-907. DOI: [10.1016/j.adolescence.2011.12.010](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.12.010)
32. Singh S, Darroch J, Frost J. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: The case of five developed countries. *Fam Plann Perspect*. 2001;33(6):251-89.
33. Castrillón J, Castro C, García G, García M, Morales L, Rivera B, et al. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Salud Uninorte*. 2014;30(3):392-404. DOI: [10.14482/sun.30.3.5768](https://doi.org/10.14482/sun.30.3.5768)

34. Salazar-Granara A, Santa Maria-Álvarez A, Solano-Romero I, Lázaro-Vivas K, Arrollo-Solís S, Araujo-Tocas V, et al. Conocimientos de Sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de Instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima Perú. *Horiz Méd.* 2007;7(2):79-85.
35. Ovejero A. *Psicología Social: algunas claves para entender la conducta humana*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2010.
36. Rodríguez J, Traverso C. Conductas sexuales en adolescentes entre los 12 y 17 años de Andalucía. *Gac Sanit.* 2012;26(6):519-24. doi: [10.1016/j.gaceta.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.005)
37. Ospina J, Manrique F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Av Enferm.* 2007;25(2):101-11.
38. Barceló R, Navarro E. Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. *Salud Uninorte*, 2013;29(2):298-314.
39. Castro D, Patiño SY, Gómez N, Jalloh Ch, Wylie J, Rojas C. Grupos focales de discusión: estrategia para la investigación sobre salud sexual con adolescentes con experiencia de vida en calle en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2016;34(3):285-96. doi: [10.17533/udea.rfnsp.v34n3a03](https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a03).
40. Centers for Disease Control and Prevention. Results from the School Health Policies and Practices Study 2012 [internet]. 2013 [citado 2015 may 23]. Disponible en: http://www.d.gov/healthyyouth/shpps/2012/pdf/shpps-results_2012.pdf
41. Kirby DB. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *J Sex Research.* 2002;39(1):51-7. doi: [10.1080/00224490209552120](https://doi.org/10.1080/00224490209552120)
42. Cianelli R, Ferrer L, Norr KF, Miner S, Irarrazabal L, Bernales M, et al. Mano a Mano-Mujer: an effective HIV prevention intervention for Chilean women. *Health Care Women Int.* 2012;33(4):321-41. doi: [1080/07399332.2012.655388](https://doi.org/1080/07399332.2012.655388)
43. Valencia CP, Canaval GE. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2012;14(5):810-21. doi: [10.15446/rsap](https://doi.org/10.15446/rsap)

ANEXOS

Tabla 6. Distribución de la muestra por tipo de institución

Tipo de institución	De 0 a 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 18 años	Después de los 18 años	P-valor
Pública	2.7%	10.1%	84.3%	2.9%	.649*
Privada	0.8%	9.9%	86.8%	2.5%	
Total	2.4%	10.1%	84.7%	2.8%	

Tabla 7. Actores que deben hablar de sexualidad.

Tipo de institución	Padres	Maestros	Padres y maestros	Otros	P-valor
Pública	40.2%	5.9%	47.5%	6.4%	.026*
Privada	37.5%	0.8%	58.3%	3.3%	
Total	39.7%	5.1%	49.3%	5.9%	

Tabla 8. Porcentajes de acuerdo sobre conocimientos en sexualidad en función de tipo de institución

Frase	Pública			Privada			P-valor*
	Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	
El condón evita todas las infecciones de transmisión sexual	56.9%	13.2%	29.9%	50.0%	14.8%	35.2%	.364
La candidiasis es una infección de transmisión sexual	23.1%	71.7%	5.2%	8.2%	84.4%	7.4%	.001
La pastilla anticonceptiva puede evitar contraer Infecciones de Transmisión sexual	7.4%	34.2%	58.4%	10.8%	40.8%	48.3%	.102
Para el VIH - SIDA no existe cura, sólo tratamiento	68.7%	20.2%	11.1%	70.7%	20.3%	8.9%	.770
El Dispositivo Intrauterino (La T), es un método que previene el embarazo	37.8%	59.4%	2.8%	44.3%	53.3%	2.5%	.401
Uno puede contraer el virus del VIH tocando o estando cerca de una persona con VIH	10.5%	17.2%	72.3%	12.4%	11.6%	76.0%	.283
Lavarse los genitales después de tener relaciones sexuales evita quedar en embarazo	5.6%	31.7%	62.7%	3.3%	33.6%	63.1%	.551

Tabla 9. Comunicación acerca de sexualidad entre padres e hijos adolescentes hombres

Frase	Pública			Privada			P-valor*
	Sí	No sé	No	Sí	No sé	No	
Si deseara planificar, mi madre me apoyaría	52.7%	40.7%	6.6%	41.9%	47.0%	11.1%	.052
Si deseara planificar, mi padre me apoyaría	48.7%	43.2%	8.0%	37.1%	53.4%	9.5%	.071
Creo que la masturbación es algo privado y placentero	60.8%	22.6%	16.6%	67.2%	21.3%	11.5%	.289
Hay ciertos programas de televisión con contenido sexual que creo que no debo ver	33.4%	16.3%	50.3%	36.6%	26.0%	37.4%	.009
He hablado con mi madre sobre que ya inicié relaciones sexuales	30.4%	6.0%	63.6%	18.7%	5.7%	75.6%	.027
He hablado con mi padre sobre que ya inicié relaciones sexuales	24.8%	6.1%	69.1%	16.9%	5.6%	77.4%	.152
Hay temas de sexualidad que es mejor que yo hable con alguien distinto a mi padre o madre	53.5%	14.1%	32.4%	40.5%	24.0%	35.5%	.007
Si mi madre habla conmigo sobre planificación sexual, es que me está dando permiso para tener relaciones sexuales	28.8%	29.7%	41.5%	12.4%	40.5%	47.1%	.001
Si mi padre habla conmigo sobre planificación sexual, es que me está dando permiso para tener relaciones sexuales	25.1%	34.1%	40.8%	12.5%	42.5%	45.0%	.009
Si sintiera atracción por alguien del mismo sexo se lo contaría a mi Madre	29.9%	36.8%	33.2%	39.7%	26.4%	33.9%	.046
Si sintiera atracción por alguien del mismo sexo se lo contaría a mi Padre”	23.1%	39.5%	37.3%	33.1%	29.8%	37.2%	.038
Mis padres creen que ya inicié mi vida sexual	43.3%	37.2%	19.5%	29.0%	48.4%	22.6%	0.011
He ido con mi madre a hablar sobre sexualidad con un profesional de la salud	8.0%	4.1%	87.9%	12.2%	7.3%	80.5%	.079
He ido con mi padre a hablar sobre sexualidad con un profesional de la salud	5.3%	5.2%	89.5%	9.1%	6.6%	84.3%	.207

(continúa)

Mi madre me ha dado directamente preservativos o pastillas / inyecciones anticonceptivas	24.1 %	3.8 %	72.1 %	11.5 %	4.1 %	84.4 %	.008
Mi padre me ha dado directamente preservativos o pastillas / inyecciones anticonceptivas	20.6 %	4.4 %	75.0 %	16.4 %	4.1 %	79.5 %	.548
“Mi madre me ha ayudado para que reciba orientación sobre sexualidad de un profesional del tema por fuera del colegio”	14.7 %	7.1 %	78.2 %	14.6 %	14.6 %	70.7 %	.021
Mi padre me ha ayudado para que reciba orientación sobre sexualidad de un profesional del tema por fuera del colegio”	9.5 %	6.3 %	84.2 %	15.3 %	14.5 %	70.2 %	.001