



UNIVERSIDAD DE BURGOS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**Diseño, Aplicación y Evaluación del
Programa “SOMOS” de Educación Sexual para
Educación Secundaria Obligatoria**

Doctoranda: Davinia Heras Sevilla

Director: Fernando Lara Ortega

Mayo de 2011



UNIVERSIDAD DE BURGOS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FERNANDO LARA ORTEGA, Profesor Doctor del Departamento de Ciencias de la Educación la Universidad de Burgos,

HAGO CONSTAR que el presente trabajo de investigación:

Diseño, aplicación y evaluación del programa “SOMOS” de Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria

que presenta Dña. DAVINIA HERAS SEVILLA como Tesis Doctoral, para aspirar al grado de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en este Departamento.

A efectos de su presentación ante el Tribunal correspondiente en esta Universidad, lo firmo en Burgos, a once de mayo de dos mil once.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera dar las gracias a mi director el Dr. Fernando Lara Ortega quién acogió con simpatía hace ya bastante tiempo este proyecto. A lo largo de éste periodo me ha orientado metodológicamente, enseñándome el valor de la ciencia. Me ha brindado además, su inestimable apoyo y ha sabido extraer de mi cualidades que desconocía. En estos años nuestra relación ha pasado por varias etapas distintas, todas ellas estupendas y necesarias. En un primer momento, distantes, aprendimos a conocernos desde el máximo respeto. Posteriormente nos volvimos compañeros, para convertirnos más tarde en amigos. Así hemos compartido durante este tiempo vivencias y también confidencias. En los últimos meses, más que un amigo o un compañero, he tenido un segundo padre. Una persona que se ha mostrado interesada en mi porvenir, sin la que esta tesis no hubiera sido posible. Ya sea como maestro, como compañero, como amigo e incluso como padre debo mucho a Fernando. Siempre será una persona especial en mi vida. Por todo lo académico y lo personal, muchísimas gracias.

Quisiera dar mis más sinceros agradecimientos a Pedro Peña Varó por ilustrar el programa. Por ofrecer su talento a cambio de nada. Su inestimable colaboración ha hecho que este proyecto educativo tenga un toque de creatividad y color. Debo agradecerle además, su inapreciable paciencia; capaz de atender mis demandas en las horas más extrañas. Siempre es grato contar con un buen amigo, y aún más si se trata de un genio del cómic y un maestro de la ironía. Por todo ello, mil gracias.

Merecen especial atención y gratitud todos los profesionales del Instituto de Enseñanza Obligatoria que colaboraron en este proyecto. En primer lugar, al orientador del centro, Herminio Suárez, quién confió en la investigación, dejando el centro a nuestra disposición. A los tutores de los distintos cursos y, por supuesto, a los

chicos y chicas que participaron en la estudio, por hacer posible este trabajo. A todos ellos, muchísimas gracias.

Quisiera mostrar mi gratitud al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, sección de Promoción y Protección de la Salud (unidad de atención a la mujer), de la Junta de Castilla y León, en especial a Carmen Pedraz Pingarrón por acudir al centro e informar al alumnado sobre los distintos métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, así como el servicio en el que ella trabaja. Por asesorarnos y formar parte del proyecto, muchas gracias. De igual manera, he de agradecer a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, por subvencionar las acciones formativas, al amparo del Proyecto de promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León.

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad de Burgos, por concederme una Beca Predoctoral, sin la que esta investigación no hubiera sido posible. Por la oportunidad, el acceso a los distintos recursos y el espacio en el que he trabajado, gracias.

Quisiera dar las gracias a las personas que participaron en el proceso de recogida de datos, sin ellos tampoco hubiera sido posible este trabajo. Por situarse delante de los adolescentes con gran profesionalidad y diligencia. Por su inestimable colaboración muchas gracias a Laura, Rebeca, Fernando, Ana y Rocío.

Debo agradecer a la Dra. Maria Fernández Hawrylak, profesora de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Burgos, sus consejos y el tiempo que ha dedicado a este trabajo. Por ayudar sin pedir nada a cambio. Por tender su mano, aun a riesgo de perderla. Por ello, y otros ratos nada aciagos, simplemente gracias.

Quisiera dar las gracias al Secretario del Departamento de Ciencias de la Educación, Antonio Sánchez Ibáñez, colaborador de muchos en la sombra, pieza clave en el Departamento. Por su gran eficiencia y escuchar con suma paciencia, muchísimas gracias.

Finalmente, he de recordar a los amigos y familiares que me han apoyado con cariño en todo este proceso. En primer lugar a Marisol, Chema y Raquel. Sin ellos no hubieran sido posibles los ratos más amenos de las distintas jornadas. Por comprender mis circunstancias, sólo puedo darles las gracias. Quisiera mostrar mi gratitud a Rosa y a Ana, por compartir conmigo este curioso mundo científico. De igual modo a los colaboradores en el último suspiro del trabajo, por ello Silvia, An-

tonio y Rebeca, mil gracias. Merece también mis agradecimientos, Victoria, por seguir escuchándome y comprendiéndome después de tantos años. Y finalmente a Julio por su incalculable paciencia, su confianza y su cariño. Por la horas que me ha dedicado, y las que me ha extrañado. Por entender mis circunstancias y apoyarme en los momentos más difíciles. Por hacerme reír y enseñarme el valor de las pequeñas cosas. Por todo ello, muchas gracias.

Gracias a todos, de corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
--------------------------	----------

Capítulo 1. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN	11
1.1. LA SEXUALIDAD HUMANA	11
1.1.1. Consideraciones previas	11
1.1.2. Sexualidad y salud	20
1.1.3. Las actitudes, su importancia en la sexualidad	26
1.2. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	34
1.2.1. El desarrollo puberal.....	35
1.2.2. El desarrollo psicológico en la adolescencia	38
1.3. LA SEXUALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA	45
1.3.1. Conductas sexuales en la adolescencia.	47
1.3.1.1. Conductas sexuales en solitario	48
1.3.1.2. Conductas sexuales con los otros	51
1.3.2. Sexualidad y riesgos	55
1.3.2.1. Los riesgos físicos.	55
1.3.2.2. Los riesgos emocionales	57

Capítulo 2. LA EDUCACIÓN SEXUAL

INTRODUCCIÓN	61
2.1. ¿QUÉ ES ESO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL?.....	61
2.1.1. Modelo de riesgos de Educación Sexual	67
2.1.2. Modelo moral de Educación Sexual	69
2.1.3. Modelo liberal de Educación Sexual	72
2.1.4. Modelo biográfico-profesional de Educación Sexual.....	75
2.2. EDUCACIÓN SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	81
2.3. EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MARCO DE LAS CIENCIAS SOCIALES	84

2.4. ELEMENTOS DEL CURRÍCULO EN EDUCACIÓN SEXUAL.....	88
2.4.1. Objetivos de la Educación Sexual.....	89
2.4.1.1. Objetivos Generales de la Educación Sexual en la Escolaridad Obligatoria	91
2.4.4.2. Objetivos Generales en la Educación Secundaria Obligatoria...93	
2.4.2. Contenidos de la Educación Sexual	97
2.4.3. Orientaciones metodologicas	106
2.4.4. La evaluación	109

Capítulo 3. PROGRAMA “SOMOS” DE EDUCACIÓN SEXUAL (ESO)

INTRODUCCIÓN	115
3.1. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CURRICULARES	116
3.1.1. Sobre la Educación Sexual y la Educación para la Salud	116
3.1.2. Contribución al desarrollo de Competencias Básicas	118
3.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	126
3.3. CONTENIDOS	128
3.4. METODOLOGÍA.....	137
3.4.1. Orientaciones metodológicas	137
3.4.2. Actividades y temporalización	140
SESIÓN 1	140
SESIÓN 2	140
SESIÓN 3.....	143
SESIÓN 4.....	150
SESIÓN 5.....	153
SESIÓN 6.....	155
SESIÓN 7	159
SESIÓN 8.....	162
SESIÓN 9.....	166
SESIÓN 10.....	170
SESIÓN 11.....	171
SESIÓN 12.....	175
3.5. EVALUACIÓN	176
3.5.1. Evaluación del alumnado	176
3.5.2. Evaluación del profesorado y del programa.....	178

Capítulo 4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN	181
4.1. OBJETIVOS.....	185
4.2. HIPÓTESIS	186
4.3. METODOLOGÍA	188
4.3.1. Selección y control de variables	188
4.3.2. Selección de la muestra	192
4.3.3. Instrumento.....	194
4.3.3.1. Cuestionario para la medición previa y posterior a la intervención.....	194
4.3.3.2. Cuestionario de satisfacción con el programa.....	198
4.3.4. Procedimiento y análisis de datos	198
4.3.4.1. Recogida de datos.....	199
4.3.4.2. Codificación y análisis de los datos.....	202
4.3.4.3. Intervención educativa y control del proceso.....	203

Capítulo 5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. INICIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	207
5.2. EVALUACIÓN PREVIA.....	208
5.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA	209
5.3.1. Intervención educativa en 3º ESO A	121
5.3.1.1. Clima y praxis docente	212
5.3.1.2. Seguimiento de los trabajos o tareas	212
5.3.1.3. Incidencias.....	216
5.3.2. Intervención educativa en 3º ESO C	216
5.3.2.1. Clima y praxis docente	216
5.3.2.2. Seguimiento de los trabajos o tareas	216
5.3.2.3. Incidencias.....	219
5.3.3. Intervención educativa en 3º ESO E	219
5.3.3.1. Clima y praxis docente	219
5.3.3.2. Seguimiento de los trabajos o tareas	220
5.3.3.3. Incidencias.....	222

5.4. EVALUACIÓN FINAL	223
5.4.1. Aplicación del post-test	223
5.4.2. Aplicación del cuestionario de satisfacción	225
5.5. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS	225
5.5.1. Identificación y claves	225
5.5.2. Particularidades en las respuestas	228
5.5.3. Mortalidad experimental y cuestionarios no validos.....	230
5.6. ANÁLISIS DE DATOS	231
5.6.1. Escalas y valores perdidos	232

Capítulo 6. RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN INICIAL

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	235
6.1.1. Situación familiar.....	237
6.2. FORMACIÓN PREVIA SOBRE SEXUALIDAD	239
6.2.1. Fuentes de información.....	239
6.2.2. Educación sexual previa	242
6.2.3. Experiencia sexual	244
6.2.4. Autovaloración del nivel de conocimientos sobre sexualidad.	245
6.3. BLOQUE DE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD (BCCS)	247
6.3.1. Descripción de los conocimientos y las creencias sobre sexualidad	247
6.3.1.1. Ítems de formulación directa	247
6.3.1.2. Ítems de formulación inversa	252
6.3.2. Fiabilidad y distribución del BCCS	257
6.4. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD (ATSS)	261
6.5. ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA MASTURBACIÓN (NA-MI)	265
6.6. ADHESIÓN AL DOBLE ESTÁNDAR SEXUAL (DSS)	269
6.7. MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS	271
6.8. PREGUNTA ABIERTA	274

Capítulo 7. EVALUACIÓN FINAL, COMPARACIÓN Y RESULTADOS

INTRODUCCIÓN	285
7.1. FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD	285
7.1.1. Fuentes de información	285
7.1.2. Experiencia sexual	289
7.1.3. Autovaloración del nivel de conocimientos sobre sexualidad.	291
7.2. BLOQUE DE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD.....	293
7.2.1. Descripción de los conocimientos y las creencias.	293
7.2.2. Comparación de los conocimientos y las creencias en el pre-test y el post-tets	297
7.2.2.1. Conocimientos y creencias sobre prevención y anticoncepción.	297
7.2.2.2. Mitos sobre las relaciones sexuales y el coito.....	299
7.2.2.3. Creencias sobre el orgasmo.....	301
7.2.2.4. Creencias relacionadas con el sexismo y la moral patriarcal.	302
7.2.2.5. Percepción y aceptación de la sexualidad en la vejez	304
7.2.3. Fiabilidad y distribución del BCCS.	305
7.2.4. Comparación del BCCS en el pre-test y el post-test	309
7.3. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD (ATSS)	310
7.3.1. Fiabilidad y distribución de la atss.....	310
7.3.2. Comparación de la ATSS en el pre-test y el post-test.....	314
7.4. ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA MASTURBACIÓN (NA-MI)	315
7.4.1. Fiabilidad y distribución del NA-MI	315
7.4.2. Comparación del NA-MI en el pre-test y el post-test.....	319
7.5. ADHESIÓN AL DOBLE ESTÁNDAR SEXUAL (DSS).....	320
7.5.1. Fiabilidad y distribución de la DSS.	320
7.5.2. Comparación de la DSS en el pre-test y el post-test.....	324
7.6. MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS.	325
7.7. PREGUNTA ABIERTA	333
7.8. OTROS ASPECTOS EVALUADOS EN EL ESTUDIO.....	352
7.9. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO CON EL PROGRAMA.	354
7.9.1. Descripción de la satisfacción del alumnado.....	354
7.9.2. Fiabilidad y distribución de la escala de satisfacción de la intervención en educación sexual (ESIES).....	358
7.9.3. Opiniones y valoraciones sobre el programa	360

Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN	367
8.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	367
8.1.1. Eficacia de otros programas de Educación Sexual.....	367
8.1.2. Diversos aspectos evaluados en la investigación.....	372
8.1.2.1. Actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes	372
8.1.2.2. Actitudes negativas hacia la masturbación y otros aspectos relacionados.....	373
8.1.2.3. Adhesión al estándar sexual tradicional y creencias sexistas	374
8.1.2.4. Conocimientos y creencias sobre sexualidad	376
8.1.2.5. Fuentes de información y educación sexual previa.....	378
8.1.2.6. Medidas para evitar embarazos.	380
8.1.2.7. Dudas e intereses de los adolescentes.....	380
8.2. PRINCIPALES CONCLUSIONES	382
8.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	387
8.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	389
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	395
ANEXOS	417
Anexo 1. CUESTIONARIO INVESTIGACIÓN PREVIA	419
Anexo 2. CUESTIONARIO PRE-TEST Y POST-TEST	427
Anexo 3. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA.....	435
Anexo 4. CUADERNILLO DE FICHAS DEL PROGRAMA “SOMOS”.....	439
Anexo 5. RESUMEN PROGRAMA “SOMOS”	491
Anexo 6. CD-ROM “FICHAS, TRABAJOS ALUMNADO Y RESUMEN”.....	533

INTRODUCCIÓN

Es encomiable la tarea de quiénes se dedican a la ciencia y al conocimiento del mundo. Dar explicación a los sucesos que nos rodean es el primero de los cometidos que abordan los investigadores, pero la tarea de éstos es mucho más amplia y compleja. No basta con explicaciones bien fundadas, es necesario dar soluciones. El comportamiento humano puede y debe modificarse en pro de la mejora y el desarrollo. Conseguir que la sociedad en la que vivimos progrese es un objetivo prioritario de cualquiera de las ciencias. Nosotros, los amantes de la educación, deseamos que las teorías elaboradas desde nuestro campo se pongan al servicio de la sociedad. La investigación y la escuela han de ser pioneras y promotoras de los avances de la sociedad. Así, hace ya casi cien años Margaret Mead demostró que la organización familiar tradicional no era fruto de unas cualidades innatas de hombres y mujeres, sino de la sociedad. Pudieron así florecer estudios sobre éste y otros aspectos similares. Con el tiempo los postulados de estos trabajos llegaron a las calles y se tradujeron en reivindicaciones sociales. Así en la actualidad el modelo de organización familiar se ha convertido en un ente más flexible, y ha permitido que mujeres como yo seamos más libres y podamos trabajar fuera de los hogares. Éste es un claro ejemplo de cómo la ciencia favorece necesarias transformaciones sociales. El estudio de la realidad humana y social es admirable desde una doble perspectiva, por un lado, aporta explicaciones a hechos complejos donde existen multitud de variables que inciden en los comportamientos y por otro, aborda aspectos que afectan a todos los individuos y que nacen de las propias deficiencias sociales, es decir, que son indispensables para el desarrollo de una sociedad más justa e igualitaria. Esta convicción es la que nos ha llevado a tratar dos difíciles cuestiones de la realidad actual: adolescencia y sexualidad.

La sexualidad constituye una realidad humana de innegable importancia, puesto que forma parte de nuestra naturaleza. López (2005a) afirma incluso que no tenemos sexualidad sino que somos sexuados. Lo sexual está presente en nuestro cuerpo, en nuestra mente y en la sociedad que nos rodea. Desde que nacemos hasta que morimos la sexualidad nos acompaña, ya que forma parte de nuestra propia esencia. Niños, adolescentes, adultos y ancianos tienen necesidades, expectativas y conductas sexuales que irán modificándose a lo largo de la vida. No podemos dar una explicación plena del desarrollo del ser humano sin estudiar y generar conocimientos sobre su sexualidad. Por ello, en el primer capítulo se exploran los aspectos constitutivos de la sexualidad humana, prestando especial atención a los requisitos necesarios para vivirla de forma plena, saludable y satisfactoria en los distintos momentos de la vida.

En este mismo capítulo, abordamos también el desarrollo psicosexual en la adolescencia, tratando de aportar una visión de la realidad sexual de los adolescentes. Se plantean los aspectos más característicos de esta etapa del desarrollo, en la que el individuo experimenta cambios determinantes en su existencia. Éstos son muy diversos y heterogéneos, desde una nueva forma de entender y comprender el mundo, hasta el establecimiento de importantes vínculos afectivos e intereses sexuales desconocidos hasta esta época. Recordemos que aunque esta etapa no posee una naturaleza turbulenta, sí se caracteriza por una fuerte influencia de un contexto crisis, lo que dificulta las vivencias de los adolescentes (Coleman y Hendry, 2003; López y Oroz, 1999). Asimismo, se profundiza tanto las experiencias sexuales, como en los sentimientos y afectos de los adolescentes.

El segundo capítulo plantea la Educación como respuesta indispensable para desarrollar actitudes erotofílicas y promover una sexualidad sana y satisfactoria. Debemos abordar el hecho sexual humano, para garantizar el fin último de la educación: El desarrollo global de la personalidad del individuo. De esta manera, en el capítulo se analizan los distintos enfoques y perspectivas de la Educación Sexual existentes en la actualidad. Se describen asimismo, diferentes modelos y se exponen los principios metodológicos fundamentales para tratar la sexualidad en Educación Secundaria Obligatoria. Se muestran además, los principales elementos del currículo y los criterios para abordarlos y seleccionarlos.

Las orientaciones dadas en el capítulo segundo, se concretan en el programa "SOMOS" para 3º de ESO. Éste ha sido diseñado y desarrollado por nosotros, y aparece reflejado íntegramente en el tercer capítulo de la tesis. En él

podremos encontrar los distintos elementos definidos para esta propuesta: Contribución al desarrollo de las competencias básicas, objetivos y contenidos de cada Unidad Didáctica, el sistema de evaluación planteado, y las doce sesiones que configuran el programa "SOMOS". De esta manera, son descritas variedad de actividades realizadas o coordinadas por el profesor, que se complementan con el trabajo del alumnado. Para ello, "SOMOS" cuenta con unas fichas y un resumen teórico (Anexo 1 y 2).

La tercera parte del trabajo es el estudio empírico, es decir, la evaluación la eficacia del programa "SOMOS" en una muestra de estudiantes de 3º de ESO. En los capítulos 4 y 5, se exponen el diseño y el desarrollo de la investigación, detallándose los aspectos básicos que la configuran y las dificultades encontradas a lo largo de la misma. En el capítulo sexto se describe en profundidad la muestra y la situación encontrada en la evaluación inicial. Se establecen los conocimientos y creencias previas sobre sexualidad, las actitudes hacia la misma y los intereses y dudas de los adolescentes antes de la intervención educativa. En el capítulo siguiente, se analiza la evolución, tanto del alumnado que intervino en el programa, como del que no participó en el mismo, en los distintos aspectos evaluados: Actitudes hacia la sexualidad, actitudes hacia la masturbación, conocimientos y creencias sobre sexualidad, adhesión al doble estándar sexual, y dudas e intereses sobre estas temáticas. De esta manera se determina la influencia del programa "SOMOS" en cada uno de estos aspectos. El capítulo 7, incluye además la valoración y la satisfacción del propio alumnado con el programa.

El último capítulo se discuten los resultados obtenidos en relación a las investigaciones previas sobre Educación Sexual y sexualidad adolescente. Se extraen asimismo las principales conclusiones de la investigación, proponiéndose futuras líneas de investigación con el convencimiento de que nuestro trabajo es una pequeña aportación en la inmensidad de esta materia. En cualquier caso subrayamos la importancia de educar por y para la sexualidad, a fin de alcanzar el desarrollo integral de la personalidad de los individuos.

Capítulo 1. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo trataremos de delimitar el concepto de sexualidad. Asimismo expondremos algunos de los factores que favorecen una vivencia satisfactoria y saludable de la misma. No obstante, el objeto del presente trabajo es diseñar y evaluar el programa “SOMOS” de Educación Sexual destinado a alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. Por ello, ahondaremos en el estudio de la sexualidad durante esta etapa. Exploraremos diversos aspectos como el desarrollo y la maduración sexual de los adolescentes, su repertorio conductual o los conocimientos, creencias y actitudes que sostienen en relación al hecho sexual humano.

1.1. LA SEXUALIDAD HUMANA

1.1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Comprender y delimitar el hecho sexual humano resulta extremadamente complicado, ya que se construye a partir de múltiples y complejas realidades. Como indican Fuertes y López (1997) la sexualidad no puede ser entendida desde una perspectiva única. Por ello, su estudio científico se ha realizado des-

de distintas disciplinas: antropología, biología, psicología, sociología, pedagogía, medicina, etc. Cualquier intento de aproximación resultará por tanto sesgado. No obstante, debemos proporcionar explicaciones sobre el hecho sexual humano teniendo en cuenta las aportaciones de estas ciencias, a fin de generar una perspectiva global e interdisciplinar de la sexualidad. En consecuencia, no pretendemos profundizar en la descripción de la sexualidad humana en todas sus vertientes y matices, sino reconocer su plasticidad (López y Fuertes, 1994), así como ofrecer al lector algunos aspectos fundamentales para su comprensión.

En consecuencia, mostramos en primer lugar, diversas definiciones y conceptualizaciones sobre la sexualidad humana. Éstas permiten un acercamiento a la comprensión del hecho sexual humano; además de favorecer la elaboración de nuestra propia definición.

“La sexualidad [...] entra también en la categoría del ser: yo tengo una identidad sexual que me hace ser en parte lo que yo soy y que es inseparable de mi humanidad” (Trempe, 1976:12).

“La sexualidad es una parte de nuestro comportamiento, de nuestra libertad. Ella es algo que nosotros creamos y va mucho más lejos de un descubrimiento de la cara secreta de nuestro deseo; va haciendo nuevas formas de relaciones, de amor, de creación. El sexo no es una fatalidad, es una posibilidad de la vida creadora. Es un proceso de invención, que utiliza una relación estratégica como una fuente de placer físico” (Foucault 1982, en Minello 1997:72).

“[...] la sexualidad es una fuerza primaria en la vida de cada individuo. Es una fuerza penetrante e integral que implica determinados procesos fisiológicos y psicológicos. Es un proceso activo, dinámico y orgánico con una multiplicidad de variables interrelacionadas y cambiantes... La sexualidad es el proceso de ser que nosotros expresamos a través de nuestras manifestaciones de ser macho o hembra, hombre o mujer, masculino o femenino; es la forma cómo pensamos, sentimos y expresamos acerca de nuestro género, nuestros órganos sexuales, nuestro cuerpo, nuestras auto-imágenes, y nuestras elecciones y preferencias” (L’Abate y Talmadge, 1987:24).

“La sexualidad es la función de relación con los demás caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano

desde el nacimiento hasta la muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural más que biológica” (Barragán, 1991:154).

“La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes–, y desde luego al poder. La sexualidad es a tal grado definitoria que organiza de manera diferente la vida de los sujetos sociales y de las sociedades. Es un atributo histórico de los sujetos, de la sociedad y de las culturas; de sus relaciones, sus estructuras, sus instituciones y de sus esferas de vida” (Legarde, 1993:212).

“Cuando hablamos de sexualidad, estamos refiriéndonos no sólo a una dimensión importante de nuestra personalidad, sino a una realidad que somos” (Harimaguada, 1994:3).

“[...] la sexualidad como dimensión humana que necesariamente, por la importancia que tiene en la vida del individuo en particular y de la sociedad en general, hay que educar, fomentar y desarrollar. Somos sexuales, vivimos como sexuales y nos expresamos como tales y este hecho es crucial y quicial en el desarrollo de la persona como unidad, de ser varón o mujer con conciencia de serlo” (Abenoza, 1994:15).

“La sexualidad es muchas cosas: una mercancía, un débito carnal, un objeto de estudio, una adicción, una forma de relajarse, un estimulante o una fuente de placer total; pero también puede ser otras cosas muy distintas: puede ocasionar frustraciones, inhibiciones, o transformarse en un instrumento de afecto, de amor y, además, ser utilizado para la reproducción de la especie. Depende de nuestra situación afectiva y social, de nuestra biología y modo de pensar, de sentir y actuar. En suma, la sexualidad es mucho más que salud, que amor y que placer” (Ochoa, 1995:21).

“El hecho sexual humano es el proceso radical de llegar a ser mujer u hombre, una manera de estar en el mundo en tanto que tales. La sexualidad es una realidad multidimensional, por tanto el concepto de sexualidad necesariamente debe integrar sus diferentes dimensiones. Se contempla, por tanto, desde un punto de vista holístico, no reductible a ninguna de sus partes” (Gómez Zapiain, Ibaceta y Pinedo, 1997:9).

“La sexualidad es una parcela de la conducta humana que se manifiesta, de diversas formas, en todas las edades y periodos del ciclo vital de un individuo” (Moreno y López Navarro, 2001:13).

“Toda persona es por naturaleza un ser sexuado. Ello conduce al hombre y a la mujer a una determinada orientación de todo su ser psíquico y somático. Forman parte de la sexualidad humana los sentimientos, la ternura, los gestos, la amistad, la conversación, el compañerismo, la entrega, la donación y la procreación. Los humanos lo somos teniendo un sexo concreto que se manifiesta en nuestro modo de ser y actuar. Todas y cada una de nuestras células, desde las de la piel hasta las de sistema nervioso, tiene marcado nuestro sexo” (Medialdea, Otte y Pérez Adán, 2001:87).

“Podemos definir la sexualidad humana como las diferentes maneras en que experimentamos y nos expresamos como seres sexuales. El conocimiento de nosotros mismos como mujeres u hombres es parte de nuestra sexualidad, como lo es la capacidad que tenemos para las experiencias y respuestas eróticas [...]” (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005:2).

“El termino sexualidad hace referencia a la condición de ser sexuado, es decir, de qué modo una persona, hombre o mujer, vive los aspectos relacionados con su sexo, entendiendo éste como una simple condición orgánica que distingue al macho de la hembra, al hombre de la mujer” (Font, 2005:82).

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006).

“La sexualidad es la manera en que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos. La referencia más

clara de la sexualidad son “las vivencias” y como cada cual se siente en su intimidad y cómo va viviendo ese proceso de construcción en hombres y mujeres. Es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar, de las sexualidades en plural” (García y Suárez, 2007:48).

Gran parte de estas definiciones pueden resultar ambiguas; esto es porque como dice Castilla del Pino (1978) no hay que desvirtuar el verdadero significado de la sexualidad humana. Con todo, algunas de ellas nos pueden parecer sesgadas por limitar y/o enfatizar aspectos biológicos, conductuales o reproductivos. En cualquier caso, en la mayoría de estas definiciones, con sus peculiaridades, se refleja la complejidad del hecho sexual humano. Su análisis nos ha permitido extraer los siguientes rasgos de la sexualidad humana, que son reflejados en nuestra definición:

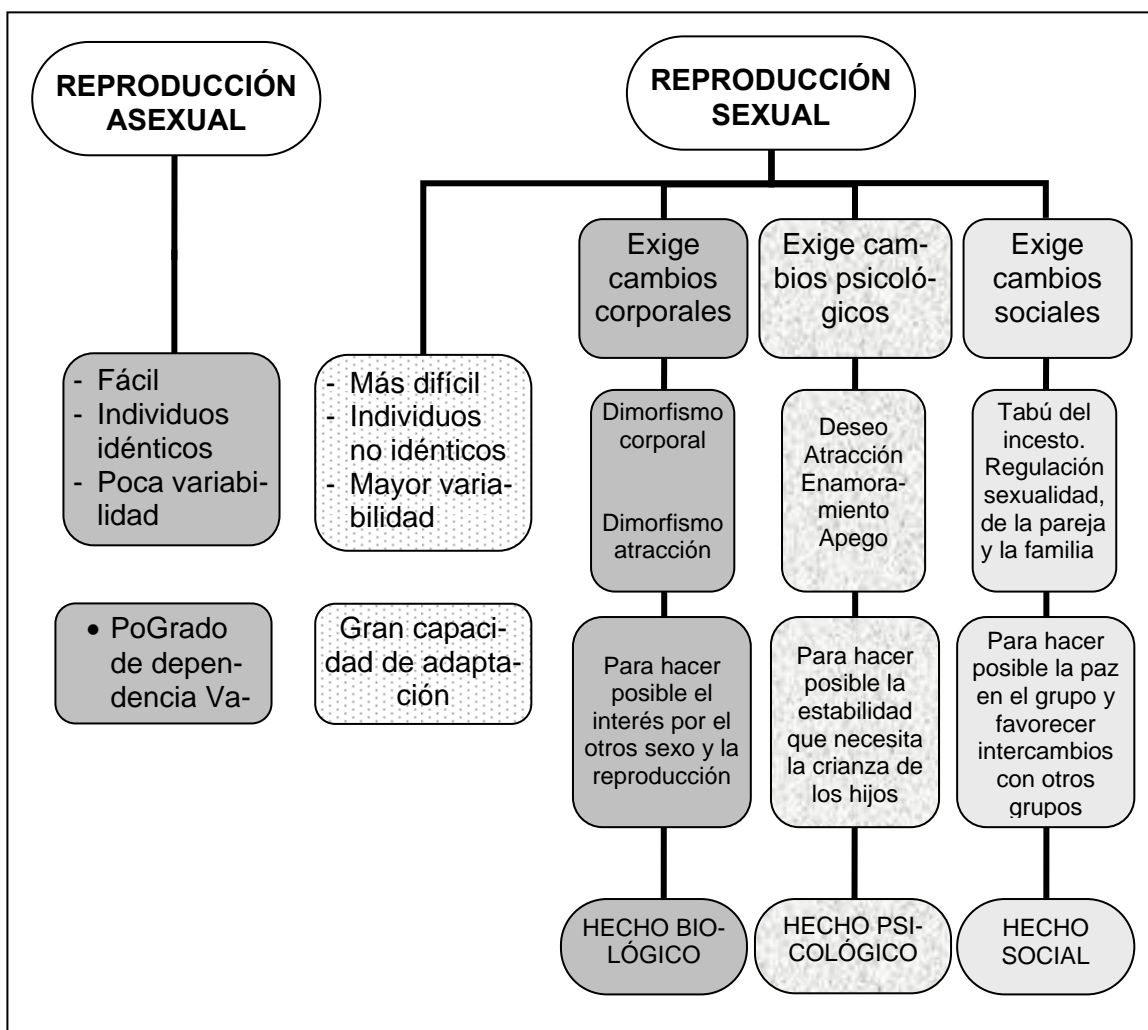
1. La sexualidad es algo inherente al ser humano.
2. La sexualidad tiene que ver con nuestra concepción y actuación en base al yo mujer o al yo hombre.
3. Nuestra sexualidad mediatiza nuestras relaciones con el entorno.
4. La sexualidad es un concepto amplio en el que se engloban multitud de aspectos.
5. La sexualidad humana es multidimensional, sólo puede ser explicada desde la interdisciplinariedad.
6. La sexualidad es cambiante, acompañándonos a lo largo de la vida.
7. La sexualidad es un *proceso personal, único e irrepetible* (Gómez Zapain, Ibaceta y Pinedo, 2000:23).
8. La sexualidad es individual pero también compartida y colectiva.

Basándonos en lo expuesto, podemos decir que la sexualidad es inherente al ser humano. Está presente en nuestra biología, en nuestra cultura, en nuestra psicología y en nuestra forma de ver, interpretar y valorar el mundo, acompañándonos a largo de nuestra vida y configurándose a través de la misma de diversos modos. El resultado de todo ello es cómo nos sentimos, nos relacionamos, nos expresamos, nos conceptualizamos como varones o mujeres, en los distintos momentos de la vida; así cómo nos comunicamos y nos mostramos ante los demás. Es decir, es individual pero también compartida, por lo que resulta única e inseparable de la propia existencia.

Como hemos anticipado en la definición dada por nosotros, de la sociedad, del cuerpo y de la psique emana la sexualidad, por ello, hemos de comprender que lo sexual es constitutivo de lo humano. Es por ello que López (2005a) afirma incluso que no tenemos sexualidad sino que *somos sexuales*. Es ésta una de las ideas centrales de nuestro trabajo, así como del programa educativo que exponemos en el capítulo 3.

Partiendo de una perspectiva evolutiva, podemos decir que en el ser humano, al igual que en otras especies, la reproducción es de tipo sexual. Esto implica una mayor variabilidad genética. Pero también la existencia de dos sexos, lo que obliga a buscar al otro. En el caso de las personas, esta búsqueda conlleva afiliaciones, afectos y modelos de agrupamientos sociales. López (1997) propone el siguiente diagrama para sintetizar los aspectos esenciales en la sexualidad humana desde este enfoque.

Cuadro 1.1. Filogénesis de la sexualidad y de los afectos



Fuente: López (1997:26).

Sin profundizar en todos los aspectos biológicos, debemos señalar que este tipo de reproducción, implica una diferenciación sexual entre varones y mujeres que nos acompaña a lo largo de nuestras vidas. En el momento de la fecundación, se configura nuestra dotación genética. Ésta es de carácter sexuado, ya que determina mediante los cromosomas XX o XY el sexo del individuo, mujer o varón. Este sexo genético conlleva la diferenciación sexual de las gónadas. Así, los varones tendrán testículos y las mujeres ovarios. Esta diferenciación en las gónadas junto con el sistema endocrino nos dota de una anatomía sexuada. Por una lado la caracteres sexuales primarios (genitales externos e internos), y por otro los caracteres sexuales secundarios como el vello o el pecho. En definitiva, todo un entramado que nos configura como varones o mujeres. Además, existen otros elementos en nuestra biología que tienen esencia sexuada. Por ejemplo, el sistema nervioso; ya que posibilita multitud de sensaciones agradables y en muchas ocasiones eróticas. En este sentido, encontramos una compleja red neurológica y endocrina que posibilita la fisiología sexual. El cerebro también es sexuado. Buen ejemplo de ello es el papel de mediador que desempeña en el ciclo de respuesta sexual humana (RSH) (Master y Johnson, 1966). Encontramos otros ejemplos, como el propio reloj biológico. Existen unos procesos de maduración y envejecimiento sexual. Podemos destacar el desarrollo puberal y los cambios biofisiológicos que aparecen en la madurez.

Como ya hemos anticipado esta forma de reproducción obliga a la búsqueda del otro, creándose vínculos afectivos, familiares y formas de agrupamiento social. Por ello, encontramos también aspectos sexuados en nuestra psicología, tanto en el plano cognitivo como en el afectivo.

En primer lugar, en el plano cognitivo, a diferencia de otras especies, los humanos tenemos la capacidad de pensar, es decir, podemos realizar representaciones mentales relacionadas con nuestra propia sexualidad o con la de los otros. Poseemos capacidades mentales e intereses vinculados claramente con el hecho sexual humano. Éstos irán cambiando con la edad, lo que favorecerá que generemos diferentes formas de afrontar y explicar las experiencias sexuales. Por un lado, nos autopercebimos como varones o mujeres, construyéndose un juicio de identidad sexual. Obramos, sentimos y pensamos desde la autoconcepción soy mujer o soy hombre. Además, tenemos una valiosa capacidad de aprendizaje que nos permite incorporar informaciones, opiniones y patrones de comportamientos relacionados con el hecho sexual humano. Nuestra capacidad de pensamiento y de imaginación favorece que existan asimismo las fantasías sexuales. Nuestra mente está impregnada de elementos eróticos. Además, las personas regulamos mentalmente nuestra sexualidad; planificando las conduc-

tas, haciendo planes, previendo las consecuencias, elaborando estrategias, analizando vivencias, etc.

Por otro lado, poseemos sentimientos, emociones y afectos. Tenemos, además, la necesidad de satisfacerlos y de expresarlos. Todo ello motiva, condiciona y regula las relaciones con nuestra propia sexualidad y con la del otro. En este sentido contamos con afectos específicamente sexuales, que motivan e inclinan nuestra conducta. Éstos son el deseo, la atracción y el enamoramiento (López y Fuertes, 1994:85). Algunos autores subrayan también la importancia del apego en la vivencia de la sexualidad (Belsky, Steinberg y Draper, 1991; Feeney y Raphael, 1992; Gómez Zapiain, 2009; Gómez Zapiain, 2005a; Ortiz Barón, Gómez Zapiain y Apodaca; 2002). Podemos mencionar además, otros afectos que no son sexuales específicamente, pero intervienen de manera relevante en las relaciones sexuales, como pueden ser la empatía o la amistad (López y Fuertes, 1994; Sanchez-Queija, Oliva y Parra, 2006).

Por otro lado, los juegos, las caricias o cualquier otra actividad sexual y afectiva, nos aportan sensaciones agradables y placenteras. En definitiva, la sexualidad es una cuestión que afecta a nuestro equilibrio y bienestar psicológico y social. La forma en que integremos, resolvamos y satisfagamos nuestras necesidades afectivas y sexuales condicionará toda nuestra existencia.

No podemos olvidar tampoco, los aspectos sociales, culturales y antropológicos. Como hemos indicado, desde que nacemos manejamos informaciones, aprendemos conductas y valores, configuramos opiniones ligados al hecho sexual humano, ya que convivimos en una sociedad no ajena a la sexualidad. En cada contexto existen unas normas, unas costumbres y unos valores que regulan y especifican las conductas sexuales. La sociedad interpreta, regula e incluso prescribe su modelo de sexualidad. De esta manera, cada pensamiento, cada deseo o cada actividad sexual es un comportamiento cultural, como prueban, por ejemplo, los estudios antropológicos (Legarde, 1993; Minello 1997; Nieto, 2003, Nieto 1997). Hablamos, por tanto, de “*culturas del sexo*” (Fuertes y López, 1997).

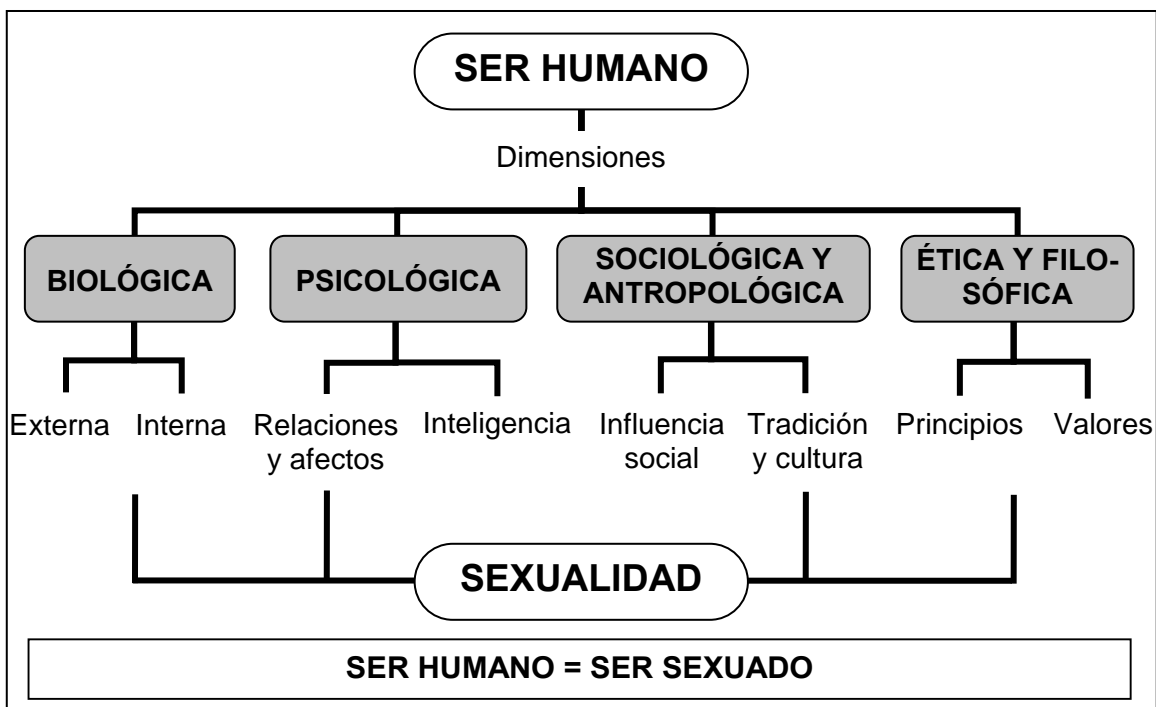
La influencia que ejerce la sociedad en la sexualidad de sus miembros es tan relevante que existen unos guiones que determinan de forma precisa lo que es sexualmente adecuado. Esos guiones, conocidos como “*scripts sexuales*”, aportan instrucciones acerca de lo que se puede y se debe hacer, así como los roles que han de desempeñar las personas implicadas (Fuertes y López, 1997). Podemos decir, que la sociedad dictamina unas normas que regulan la sexuali-

dad de sus miembros y determinan las conductas que son inapropiadas, las conductas apropiadas y esperadas por la sociedad, como el matrimonio u otras que no son necesarias, pero son aceptadas por la sociedad y catalogadas como apropiadas. Algunos autores llegan hablar de mecanismos de control social, mediante regulación represiva de la sexualidad, basada en tres pilares fundamentales, la iglesia, la ciencia oficial y el estado (Foucault, 1976; González Duro, 1976). Más allá de este tipo de reflexiones, podemos afirmar que la sociedad es también sexuada.

Otro aspecto reseñable de la sexualidad humana, ligado a todo lo expuesto en este apartado, es que existen elementos volitivos. Los seres humanos no estamos sujetos a las ataduras biológicas, puesto que no dependemos del cielo. Tenemos la capacidad de elegir y de llegar a acuerdos; es decir, decidimos cuándo y cómo van a tener lugar los encuentros sexuales. Somos libres y eso es, precisamente, lo que humaniza la sexualidad. Por lo tanto, la libertad es el rasgo más definitorio del sexo entre las personas. Nos referimos a una libertad ética donde primen el respeto y la dignidad. En este sentido, y siguiendo a López (2005b) reseñaríamos cuatro principios éticos fundamentales: ética del consenso, ética del placer compartido, ética de la salud sexual y reproductora y ética de la igualdad.

En definitiva, la sexualidad, como elemento propio e inherente al ser humano, es un fenómeno complejo de carácter multidimensional. En general gran parte de los autores reconocen tres dimensiones esenciales en la sexualidad humana: la dimensión biológica, la dimensión psicológica y la dimensión sociocultural (Diéguez, Sueiro y López, 2003; Gómez Zapiain, Del Campo, Inza y Ibaceta, 2004; Harimaguada, 1991; Legarde, 1993, Labrador *et al*, 1995; Legarde, 1997; Rathus *et al.*, 2005). Sin embargo, en la literatura científica encontramos otras clasificaciones, por ejemplo García Blanco (1994) habla de cuatro dimensiones de la sexualidad: biológica, psicológica, experiencial y social. Otros autores (López y Fuertes, 1994; Olazabal *et al*, 1990) plantean, por el contrario, un modelo bidimensional en el que el ser humano es un ser sexuado porque biológicamente y psicosocialmente así está configurado. Por su parte López (2005b) introduce como hemos expuesto aspectos éticos vinculados a la sexualidad humana, lo que el propio autor denomina "*libertad ética*". Basándonos en la línea argumental expuesta y siendo conscientes de que el hecho sexual humano es múltiple y diverso, por lo que cualquier categorización es imprecisa, planteamos un modelo tetra-dimensional en el quedan reflejados los aspectos biológicos, psicológicos, socio-antropológicos, y éticos del hecho sexual humano (Ver

Cuadro 1.2. Dimensiones de la sexualidad



Cuadro 1.2). Este planteamiento constituye un eje indispensable del trabajo que presentamos, así como del programa “SOMOS” de Educación Sexual.

1.1.2. SEXUALIDAD Y SALUD

No podemos tratar la sexualidad humana sin mencionar la vivencia saludable de la misma, es decir, la salud sexual. Éste es el objetivo último de cualquier propuesta educativa y/o terapéutica en el ámbito de la sexología. En primer lugar, debemos delimitar y conceptualizar el término salud. En sus orígenes la salud estaba vinculada a la ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta concepción era reduccionista y olvidaba, además, otros aspectos como el bienestar psicológico, económico o social. Por ello, en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una nueva definición mucho más amplia:

“La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946).

Esta conceptualización supuso un hito en el campo de la salud. Ya no sólo se hablaba de aspectos médicos, sino que comenzaron a valorarse otros aspectos como el bienestar mental y social. No obstante, esta definición poseía aún dos grandes limitaciones. En primer lugar, su carácter utópico, puesto que es imposible alcanzar un estado de completo bienestar. En segundo lugar, su gran imprecisión, que daba margen a distintas interpretaciones. Entre ellas que la salud es un ente estático, en donde ni el sujeto, ni la sociedad pueden intervenir. Por ello, fue necesario redefinir este concepto. Así en 1985 la Oficina Regional para Europea de la OMS elabora la siguiente definición:

“La salud es la capacidad para realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente” (OMS: Oficina Europea, 1985).

Esta nueva definición es dinámica, otorgando un papel activo al sujeto en su propia salud, además de promover la mejora y la autorrealización. Por otro lado, se concede importancia a la capacidad adaptativa de las personas ya que el sujeto debe adecuarse a los retos y cambios que se vayan produciendo. De forma implícita hace alusión a la responsabilidad que implican todos estos aspectos. En definitiva, la salud se convierte en un propósito, en un reto siempre cambiante que debe asumir el propio sujeto; y que además también involucra al resto de la sociedad. En conclusión, la salud implica bienestar, tenacidad, satisfacción, seguridad, ausencia de enfermedad, adaptabilidad, actitudes positivas, libertad y responsabilidad.

Para conceptualizar la salud sexual debemos tomar como punto de partida este enfoque de salud. Se trata, por lo tanto, de trascender nociones reduccionistas vinculadas a la ausencia de enfermedades y/o disfunciones sexuales. No obstante, la evolución del término salud sexual y reproductiva ha sido paralela a la evolución del concepto general de salud. Así, en las últimas décadas diversos comités de expertos de la OMS han tratado de definirlo y delimitarlo. Nosotros destacamos las siguientes definiciones:

“Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1975).

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural racionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y res-

ponsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armónico personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen” (OMS, 2000:6-8).

“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (OMS, 2002).

Al igual que en la conceptualización de la salud, encontramos que la salud sexual depende de la responsabilidad y la libertad del propio individuo, así como de la sociedad de la que éste es miembro (Flores Colombino, 2002; Jiménez Ríos, 2003). Cada persona encamina su vida sexual hacia la salud y la satisfacción, es decir, decide vivir su sexualidad de forma adecuada y solucionar las distintas problemáticas que puedan conducirlo a la infelicidad. Por ello, se considera una persona con salud sexual a aquella:

1. Capaz de disfrutar y regular su comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo a su código ético.
2. Sin miedos, culpabilidad, vergüenza, mitos o falsas creencias, u otros factores psicológicos que pueden inhibir su respuesta sexual, así como deteriorar las relaciones con los otros.
3. Que no presente enfermedades ni deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexuales y reproductivas.
4. Respetuosa a las distintas biografías sexuales y a los derechos sexuales, que serán citados posteriormente.

A continuación presentamos un listado de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano. Éste ha sido elaborado por el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS).

Cuadro 1.3. Lista de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano

Lista de SIECUS sobre Comportamientos de Vida del Adulto sexualmente sano. Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000:12).

Entendemos que una persona sexualmente sana respeta las distintas formas de vida sexual, es decir, las distintas biografías sexuales. Elige su estilo de relación sexual y afectiva de acuerdo a sus principios y sentimientos, respetando los derechos de los demás. Además, como indica la OPS la salud es reconocida universalmente como un derecho fundamental del ser humano. Por tanto, la salud sexual y reproductiva, como componente integral de la salud en general, es también un derecho humano. Ésta incluye a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación, a los servicios de atención y promoción socio-sanitaria, etc. Por ello, en 1997 las personas que participaron en el XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos suscribieron la declaración derechos sexuales, siendo ésta dos años después revisada y aprobada en Hong Kong en el XIV Congreso Mundial de Sexología, tal y como mostramos a continuación:

Cuadro 1.4. Los Derecho Sexuales de los seres humanos

DECLARACIÓN DEL XIII CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGÍA, 1997, VALENCIA, ESPAÑA REVISADA Y APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE SEXOLOGÍA, WAS, EL 26 DE AGOSTO DE 1999, EN EL XIV CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGÍA, HONG KONG. REPUBLICA POPULAR CHINA.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

(Continúa)

2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

**LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS
FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000:37).

1.1.3. LAS ACTITUDES, SU IMPORTANCIA EN LA SEXUALIDAD

A lo largo de estos epígrafes hemos enmarcado y delimitado tanto la sexualidad humana, como los requisitos que son necesarios para poder disfrutarla y considerarla saludable. No obstante, hemos de tratar también algunos elementos que son necesarios para que sean posibles los comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano. Desde la psicología científica se ha trabajado en este sentido, apareciendo las actitudes como aspecto fundamental en la vivencia saludable y satisfactoria de la sexualidad (Bryan, Aiken y West, 1997; Crosby, Yarber y Meyerson, 1999; Diéguez, Diz, Sueiro y Chas, 2003; Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988; Fuertes, Martínez, De la Orden y Carpintero, 2002; Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández, 2003; Zubeidat, Ortega, Villar y Sierra, 2003).

La actitud es definida como una predisposición hacia el comportamiento. Como indican Insko y Schopler (1980) son disposiciones para valorar favorable o desfavorablemente los objetos, o sea, disposiciones para evaluar las cosas. Desde que nacemos y a lo largo de nuestra vida, como resultado del proceso de socialización, vamos aprendiendo y desarrollando estas predisposiciones. Sin embargo, no todos los sucesos u objetos son susceptibles de provocar este tipo de disposiciones. La sexualidad, por el contrario, es un hecho controvertido y polémico que además, conlleva una fuerte implicación personal. Está sujeta, por tanto, a este tipo de predisposiciones, es decir, a las actitudes (López y Fuertes, 1994).

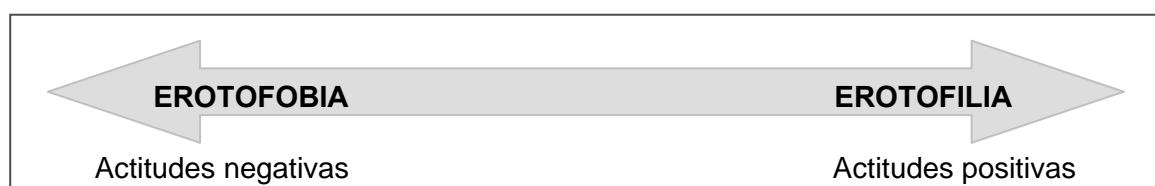
Pueden distinguirse tres componentes en las actitudes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual (Morales, Reboloso y Moya, 1994). El primero, denominado por López y Fuertes (1994) como *opiniones*, consta de las percepciones, las creencias, las ideas y las informaciones que la persona dispone y sostiene sobre el objeto de la actitud. Este componente depende por lo tanto del procesamiento de la información, que tiene lugar en un contexto socio-cultural determinado al que no se es ajeno, si no por el que se ve influido y determinado (Gómez Zapain *et al.*, 2000). El segundo, el componente afectivo-emocional, lo constituyen los sentimientos y emociones que dicho objeto despierta. López y Fuertes (1994) lo denominan *sentimientos*. Estos son reacciones psicofisiológicas que se manifiestan en cambios biológicos tanto internos como externos, e interpretaciones subjetivas y sociales de dichos cambios. Por último, el tercer componente incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. López y Fuertes (1994) se refieren a este componente como *disposición a comportarse* de una determinada forma. Incluiría, por lo tanto, la tendencia a comportarse de una manera como la propia conducta.

Los tres componentes de las actitudes comparten el carácter evaluativo del objeto de la actitud, en palabras de Ajzen (1989:245) se trata de una *disposición evaluativa frente al objeto*. En consecuencia, y siguiendo la denominación de López y Fuertes (1994) las *opiniones* pueden ser favorables o desfavorables, los *sentimientos* positivos o negativos y las conductas o disposiciones de comportamiento pueden ser de apoyo u hostiles.

En cualquier caso, estos tres componentes se hayan íntimamente ligados, formando una estructura de conjunto. Cada uno de ellos refuerza y es retroalimentado por los otros. Sin embargo, en ocasiones nos encontramos con alguna contradicción o escisión entre ellos. En el ámbito que nos ocupa, la sexualidad humana, son comunes este tipo de escisiones. Por ejemplo cuando la pulsión sexual lleva al sujeto a realizar conductas (componente conativo-conductual) que son evaluadas negativamente en su sistema de creencias, (componente cognitivo), dando lugar a sentimientos de culpa o ansiedad, que evitan una vivencia saludable de la sexualidad.

En definitiva, las actitudes son un aspecto fundamental y determinante en el hecho sexual humano (Fuertes y López, 1997; Gómez Zapian *et al.*, 2004). De forma específica diferenciamos entre actitudes positivas hacia la sexualidad o erotofílicas, y actitudes negativas hacia la sexualidad o erotofóbicas (Cuadro 1.5). Ambas son extremos de un continuo, de un rasgo de personalidad (Byrne, 1983; Carpintero y Fuertes, 1994; Diéguez, López Castedo, Sueiro y López, 2005; Fisher *et al*, 1988). Tales actitudes definen y determinan la sexualidad de las personas, ya que implican un sistema de creencias y valores, una gama de sentimientos y emociones, y una forma concreta de expresarlos, lo que es lo mismo, una serie de comportamientos. El binomio erotofobia-erotofilia es una disposición a responder a cuestiones sexuales a lo largo de una dimensión positivo-negativa. Podemos, por tanto, distinguir entre personas con actitudes erotofílicas o personas con actitudes erotofóbicas. Las primeras reaccionarán de forma más positiva ante los estímulos sexuales. En contraposición, los sujetos predominantemente erotofóbicos reaccionarán de forma más negativa ante los estímulos sexuales.

Cuadro 1.5. Actitudes hacia la sexualidad



Como hemos indicado, las actitudes hacia la sexualidad condicionan la forma de vivirla. En general, las personas que poseen actitudes más erotofílicas experimentan una mayor satisfacción sexual (Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios y Reina, 2003; Smith, Becker, Byrney y Pryzbyla, 1993; Trudel, 2002; Zubeidat, Ortega y Sierra, 2004). Se muestran más abiertas a la actividad sexual y a las distintas conductas sexuales, como la masturbación (Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005; Perla, Sierra, Vallejo y Gutiérrez, 2009; Sierra, Perla y Gutiérrez, 2010; Sueiro, Diéguez, Chas y Diz, 2004).

Este tipo de actitudes también se asocia a conductas sexuales que implican menor riesgo, como el uso del preservativo, ya que existe una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos o habilidades más eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual (Johnson, Rozmus y Edmisson, 1999, Lameiras *et al.*, 2007; McKelvey *et al.*, 1999; Minichiello, Marino y Browne, 2001; Oliva, Serra y Vallejo, 1997; Páez, Ubillos y León, 1996; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003; Smith *et al.*, 1993; Sueiro *et al.*, 2004; Ubillos, 2001). Cabe señalar, además, que estas actitudes se relacionan con actitudes positivas y favorables a distintas conductas sexuales y a otros aspectos específicos de la sexualidad humana (Fisher, 1986; Fisher *et al.*, 1988; Perla *et al.*, 2009; Perla, 2007; Sierra *et al.*, 2010; Zubeidat, Ortega, Villar y Sierra, 2003; Zubeidat, Ortega y Sierra, 2004).

Las personas que cuentan con actitudes erotofílicas suelen disponer de mejores y más correctos conocimientos sobre distintos temas de sexualidad (anticoncepción, riesgos, aspectos generales, etc.) Diversos estudios han constatado la relación existente entre estas variables, de tal manera que aquellas personas que puntúan alto en distintas pruebas de conocimientos y/o creencias sobre sexualidad, poseen actitudes más positivas y/o liberales (Johnson *et al.*, 1999; Lewis y Bor, 1994; Sueiro *et al.*, 2004). El hecho de que las personas erotofílicas posean mejores conocimientos, unido a que se muestran más abiertas a las distintas conductas sexuales, hace que éstas sean personas informadas y con anhelo por seguir aprendiendo. En general, tienen una visión más ajustada de la respuesta sexual humana tanto masculina, como femenina (López y Fuertes, 1994). Acostumbran asimismo, a hablar con mayor naturalidad sobre sus demandas e intereses sexuales (Fuertes y López, 1994; Sueiro *et al.*, 2004). Incluso, se ha observado que en sus relaciones de pareja suele establecerse un tipo de apego más seguro, en el que existe una orientación clara al amor, al disfrute de la experiencia erótica y a la comunicación y expresión de emociones positivas (Tracy, Shaver, Albino y Cooper, 2003; O'Beirne, 1999).

Hemos visto hasta ahora, los aspectos positivos que implica disponer de actitudes erotofílicas. No debemos olvidar sin embargo, que la erotofilia-erotofobia son dos extremos de un rasgo de personalidad; por lo que existen también personas que se hayan en el extremo negativo: erotofobia. Los sujetos predominantemente erotofóbicos, se muestran más reacios a la actividad sexual y a las diversas conductas sexuales. En general, aceptan peor la sexualidad en todas sus manifestaciones y experimentan miedo, ansiedad o culpabilidad. Investigaciones al respecto (Perla, 2007; Ortega *et al.*, 2005; Serra, Perla y Santos-Iglesias, 2011), han constado que las personas erotofóbicas suelen experimentar mayor culpabilidad sexual, entendiendo por culpa sexual como aquella expectativa generalizada de castigo, mediatizada por uno mismo, respecto a la violación o transgresión, o violación anticipada de los estándares culturales de la propia conducta sexual (Mosher y Cross, 1971). Además, suelen ser personas con peor salud sexual; ya que es más probable que padezcan disfunciones sexuales, aceptan peor la anticoncepción y poseen peores conocimientos acerca de los riesgos (Fuertes y López, 1994; Johnson *et al.*, 1999, Lameiras *et al.*, 2007; McKelvey *et al.*, 1999; Perla, 2007).

Podemos concluir de todo lo expuesto en este apartado, que las actitudes positivas hacia la sexualidad son una prerrequisito para la salud sexual. Las personas que poseen este tipo de actitudes es probable que disfruten más de su sexualidad, que expresen mejor sus emociones y deseos, que acepten en mayor grado su sexualidad, que eviten riesgos innecesarios, que intenten mantenerse informados y, que respeten y acepten en mayor medida las distintas biografías sexuales. Es innegable por lo tanto, la importancia de las actitudes y las creencias sobre la sexualidad. Éstas condicionan además, otros aspectos relacionados con el hecho sexual humano y la salud sexual como pueden ser el sexismo, la violencia de género, el heterosexismo o la homofobia. A continuación describimos cada uno de ellos.

▪ **ACTITUDES SEXISTAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO**

Otras actitudes relacionadas con la sexualidad que deben tenerse en cuenta son las actitudes sexistas o sexismo, ya que implican disposición hacia el trato diferencial a varones y mujeres. Este hecho determina la forma de relacionarse e interactuar de unos y otros, y legítima en muchos casos el quebrantamiento de los principios éticos señalados por López (2005b), en tanto que desaparece la ética de la igualdad o se atenta contra la ética de la salud sexual y reproductiva, en aquellos casos en los que aparece la violencia. En cualquier caso el sexismo es un término complejo, que ha sido conceptualizado y definido por diversos autores, en cuya base se encuentran las actitudes que tienen las perso-

nas acerca de lo que se entiende como adecuado y propio de ser hombre o de ser mujer. Moya (2004:216), por ejemplo, considera que “*se trata del conjunto de actitudes sobre los roles y responsabilidades considerados apropiados para hombres y mujeres, así como las creencias acerca de las relaciones que los miembros de ambas categorías deben mantener entre sí*”. Subirats (1994:61), por su parte, define sexismo como “*aquellas actitudes que introducen la desigualdad y la jerarquización en el trato que reciben los individuos, sobre la base de la diferenciación de sexo*”. Aunque en la práctica las actitudes sexistas introducen esta desigualdad, no siempre lo hacen desde la aversión o el rechazo. De esta manera, en la actualidad, podemos distinguir tanto una discriminación y oposición a las mujeres, como ciertos sentimientos paternalistas e indulgentes hacia ellas. En ambos casos se están generando y legitimando actitudes de infravaloración y perjuicio por razón de sexo. Es por ello que podemos hablar de sexismo ambivalente (Expósito, Moya y Glick, 1998; Glick y Fiske, 2001; Glick y Fiske, 1996; Moya, Expósito y Padilla, 2006).

El sexismo ambivalente está caracterizado por dos componentes muy diferenciados cuyas consecuencias, como ya hemos indicado, son semejantes: Sexismo Hostil (SH) y Sexismo Benevolente (SB). El primero, sexismo hostil, es la forma de sexismo más clásica y es también conocido por viejo sexismo. Se trata de una actitud de “*prejuicio o conducta discriminatoria basada en la supuesta inferioridad o diferencia de las mujeres como grupo*” (Cameron, 1977:340). Siguiendo la propuesta de Glick y Fiske (1996) los componentes básicos del sexismo hostil son:

- a) Paternalismo dominador: Desde esta perspectiva las mujeres son débiles e inferiores a los hombres. No son consideradas personas adultas competentes, por lo que necesitan la figura dominante masculina.
- b) Diferenciación de género competitiva: Sostiene que las mujeres son diferentes y que carecen de las cualidades necesarias para gobernar las instituciones sociales; por lo que su ámbito de actuación es el hogar y la familia.
- c) Hostilidad heterosexual: Mantiene que las mujeres son peligrosas, dañinas, manipuladoras, etc. debido a su “poder sexual”.

El sexismo benevolente, por su parte, consiste en un conjunto de actitudes hacia las mujeres que también son sexistas, ya que las considera limitadas a ciertos roles. En general, el sexismo benevolente tiene un tono afectivo positivo y tiende a suscitar conductas consideradas como prosociales o de búsqueda de intimidad. Glick y Fiske (1996) afirman que el sexismo benevolente es sexismo,

a pesar de los sentimientos positivos que pueda tener el preceptor. Descansa en él la dominación tradicional del varón, además las mujeres deben limitarse a ciertos roles y espacios y son más débiles. Señalan tres componentes básicos de este tipo de sexismo, paralelos a los tres componentes del sexismo hostil anteriormente mencionados:

- a) Paternalismo protector: Mantiene que la mujer es débil y vulnerable, por lo que debe ser cuidada y protegida.
- b) Diferenciación de género complementaria: Sostiene que las mujeres poseen cualidades y características diferentes a los varones. Estas características son necesarias, positivas y complementarias a las cualidades de los varones.
- c) Intimidación heterosexual: Desde esta perspectiva los varones son la fuente de felicidad, intimidad y cercanía que necesitan las mujeres.

No es objeto de este trabajo analizar en profundidad el sexismo y sus implicaciones. No obstante, estas actitudes condicionan en las personas su concepción del yo mujer o el yo varón, y por tanto, la forma de relacionarse. En este sentido, en el ámbito de la sexualidad existen también los denominados “*scripts sexuales*”. Éstos aportan instrucciones acerca de lo que se puede y se debe hacer, así como los roles que han de desempeñar las personas implicadas (Fuentes y López, 1997). Muchos de ellos por tanto, tienen su origen en actitudes y creencias sexistas. Véase por ejemplo el Cuadro 1.6 que aparece en la página siguiente y que refleja los roles sexuales tradicionales de varones y mujeres. Podemos observar una clara diferenciación por razón de sexo.

Otro aspecto ligado a estas actitudes es la violencia hacia las mujeres o violencia de género; entendida como “*todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada*” (Res. A.G. 48/104, ONU, 1994). No podemos decir que este tipo de violencia sea el resultado únicamente de estas actitudes, pero sí que existe relación entre el sexismo y la violencia de género. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre el sexismo y la legitimación de la violencia, el uso de la agresión verbal, la coerción sexual, la tolerancia a los abusos sexuales o la tendencia a la violación (Allen, Swan y Raghavan, 2009; Durán, Moya, Megías y Viki, 2010; Forbes, Jobe, White, Bloesch y Adams-Curtis, 2005; Herrera, Expósito y Moya, 2009; Pérez, Páez y Navarro-Pertusa, 2002). Además, algunos de los principales modelos explicativos sobre la cadena que origina la violencia hacia las mujeres con

Cuadro 1.6. Roles sexuales del pasado

CHICOS ♂	CHICAS ♀
<ul style="list-style-type: none"> • Más activos en el inicio • Más activos en la conducta (regular la secuencia y la conducta) • Acceso más temprano • Menos precondiciones para aceptar la conducta sexual • Menos afecto • Más asertivos • Más parejas • Derecho al placer • Rol: pedir e insistir • Muy necesitados sexualmente • Poco poder de control • Mejoran su consideración si conquistan • Dispuestos a tener casi siempre relaciones • Fantasías sexuales explícitas • Gusto por la pornografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Más pasivas en el inicio • Más pasivas • Acceso más tardío • Más precondiciones • Más romanticismo • Más condescendientes: dificultades para decir no • Menos parejas • Al servicio del varón • Rol: decir no, al menos varias veces • No necesitadas sexualmente • Mucho poder de control • Empeoran si conquistan o son fáciles • Casi nunca dispuestas a tener relaciones • Fantasías románticas • Gusto por lo afectivo

Fuente: López y Oroz (1999:107)

ceden importancia a las actitudes y creencias sexistas (Corsi, 1995; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Heise, 1998; Stith y Rosen, 1992; Walker, 1989). Bosch y Ferrer (2002) afirman incluso que la raíz de este problema son las creencias y actitudes que sustentan el sistema patriarcal que impera en nuestra sociedad y que se reflejan en la familia y la relación de pareja tradicional.

Como hemos argumentado a lo largo de este apartado las actitudes son un elemento relevante a la hora de vivir y alcanzar una sexualidad saludable. Las actitudes sexistas limitan el desarrollo de la misma. Si recordamos la “*Lista de SIECUS sobre Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano*” (2000), podemos observar que el sexismo impide que se cumplan varios de los comportamientos aconsejados (Cuadro 1.3.). Las actitudes sexistas entorpecen la interacción respetuosa y adecuada entre los sexos, favoreciendo las denominadas relaciones de poder. Las personas que sostienen estas actitudes limitan o niegan algunos derechos del otro, puesto que le atribuyen cualidades distintas e incluso inferiores. Sus comportamientos conllevan prejuicio e intolerancia. Y en

algunos casos violencia. Por ello, son actitudes muy relevantes en el ámbito de la sexualidad humana.

▪ HETEROSEXISMO Y HOMOFOBIA

El heterosexismo es similar al sexismo, en tanto que implica una disposición hacia el trato diferencial en base a la creencia de la existencia de una jerarquía entre las sexualidades. Este tipo de actitudes y creencias consideran la heterosexualidad en un nivel superior. La homosexualidad aparece, en el mejor de los casos, como incompleta, accidental, perversa y, en el peor, como patológica, criminal, inmoral y destructora de la civilización (Borrillo, 2001).

El heterosexismo legitima en muchos casos el quebrantamiento de los principios éticos señalados por López (2005b). Además, se haya íntimamente ligado a la homofobia. Ésta según Borrillo (2001) tiene que ver con dos aspectos diferentes de una misma realidad. En primer lugar, una dimensión personal de carácter afectivo que se manifiesta en un rechazo a homosexuales. Esto se correspondería con el concepto clínico de fobia. Y en segundo lugar, una dimensión cultural, de naturaleza cognitiva, desde la cual no es el individuo homosexual el objeto del rechazo, sino la homosexualidad como fenómeno psicológico y social.

Al igual que sucediera con el sexismo ambivalente, en la homofobia podemos diferenciar entre homofobia manifiesta y homofobia sutil (Quiles *et al.*, 2003; Pettigrew y Meertens; 1995). La primera, homofobia manifiesta, se trata de rechazo tradicional; caracterizados por actitudes y conductas hostiles. La segunda, por el contrario, es un prejuicio moderno, caracterizado por actitudes más positivas pero menospreciantes. Por ello, se manifiesta de forma tenue y encubierta.

Este tipo de actitudes provocan un claro perjuicio en las personas homosexuales. Además de impedirles, en muchos casos, disfrutar libremente de su sexualidad. Por otro lado, el heterosexismo y la homofobia atentan contra la Declaración de los Derechos Sexuales revisada y aprobada en Hong Kong en 1999 (Cuadro 1.4), limitando la salud de estas personas.

1.2. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se ha entendido que la adolescencia es el periodo en el que el sujeto deja de ser un niño para convertirse en un adulto. Comenzaría por lo tanto con la pubertad y finalizaría en la adultez. En la actualidad sabemos que la adolescencia aunque eminentemente transicional supone una etapa del desarrollo en sí misma, siendo de capital importancia. A lo largo de este apartado desterraremos viejos mitos acerca de esta época y situaremos a los adolescentes en la realidad social que hoy acontece.

Como hemos indicado, el inicio de la adolescencia está determinado por la aparición de la pubertad; sin embargo, no conocemos con exactitud el final de esta etapa del desarrollo. La mayoría de los autores sitúan la adultez en edades comprendidas entre los 18 y los 25 años. (Aguirre, 1994; Coleman, 1987; Coleman y Hendry; 2003; Fernandes, 1991; García Blanco, 1994; López y Fuertes, 1994; Moreno, 2001; Ubillos y Navarro, 2004). Sin embargo, consideramos al igual que Zarraga (1989; citado por Moreno, 1997) que en la actualidad la adolescencia se dilata, puesto que los jóvenes tienen serias dificultades en el acceso a una vivienda o a un puesto de empleo duradero. Este autor defiende la existencia de una "*adolescencia social*" que prolonga esta etapa hasta los 30 años. López y Oroz (1999) sostienen que es difícil establecer con exactitud donde se sitúa la barrera entre la adolescencia y la adultez. Según estos autores algunos individuos serán adultos a los 18, otros a los 22 y habrá quienes no alcancen la adultez hasta los 30 o 35 años. Más allá de debates, resulta obvio que la sociedad actual supone, en demasiadas ocasiones, un obstáculo en el desarrollo. No obstante, podemos afirmar que la adolescencia comienza entre los 11 y 13 años y finaliza a edades superiores a los 18 años.

A lo largo de esta época, por lo tanto, el ser humano atraviesa una serie de cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales que culminan en la vida adulta. Su carácter transicional ha hecho muy difícil la definición de este largo periodo. Uno de los grandes retos de la Psicología Evolutiva ha sido delimitar no sólo la duración de este periodo, sino los subestadios que lo conforman. La adolescencia es pues una etapa del desarrollo amplia y compleja. Aún hoy están sin determinar claramente los estadios que la componen o los cambios que universalmente sobrevienen a los sujetos. Sin embargo, nosotros estamos seguros de que la sociedad ejerce un influjo determinante en la adolescencia. Por ello creemos que no se puede tratar la adolescencia de forma aislada sino contextualizada en un ambiente y en un momento determinado. A lo largo de este trabajo nos aproximaremos a la realidad de los adolescentes de nuestro entorno.

No obstante, y como ya hemos indicado, la pubertad marca, en ésta y en otras sociedades, el comienzo de esta etapa del desarrollo; por ello nos detendremos en su explicación.

1.2.1. EL DESARROLLO PUBERAL

La palabra pubertad etimológicamente proviene del término latino “*pubertas*” que significa pubertad, vello, barba. Cronológicamente comprende un periodo de cambios morfológicos y fisiológicos específicos que se dan entre los 11 y 14 años aproximadamente. Dichos cambios acontecen en chicos y chicas a medida que sus gónadas¹ adquieren el estado adulto. Este proceso culmina con aparición de la madurez reproductora. Sin embargo, no podemos reducirlo a la menarquia² en las chicas y a la primera eyaculación en los chicos; ya que como indican Kolodony, Masters, Johnson y Biggs (1982) la pubertad es un periodo de transición en que tienen lugar cambios drásticos en el sujeto. En este sentido, Moreno (2001) apunta cinco grandes manifestaciones puberales en los sujetos:

1. El denominado “estirón” caracterizado por un crecimiento entrecortado de la mayor parte de las dimensiones del esqueleto y de muchos órganos internos.
2. El desarrollo de los caracteres sexuales primarios, es decir, aquellos implicados directamente en la reproducción. Destacan el crecimiento de los órganos sexuales, la menarquia y la primera eyaculación.
3. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Son aquellos rasgos que, aunque no intervienen directamente en la reproducción, diferencian morfológicamente a varones y mujeres. En los chicos destacan, por ejemplo, los cambios de voz o la aparición del vello en la cara. En las chicas es notable el aumento del tamaño de los pechos.
4. Otros cambios corporales en relación a la composición, a la cantidad y a la distribución de la grasa en el organismo; como por ejemplo el ensanchamiento de las caderas en las mujeres.

¹ *Las gónadas* son los órganos que producen los gametos y las hormonas sexuales. En los hombres son los testículos y en las mujeres son los ovarios. Los gametos masculinos son los espermatozoides y en las mujeres los óvulos.

² *La menarquia* es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

5. El desarrollo del sistema circulatorio y del sistema respiratorio. Este desarrollo, caracterizado por el aumento de hematíes y la elevación de la tensión sistólica, es más acusado en varones lo que se asocia a una mayor capacidad de éstos para realizar esfuerzos físicos (Coleman, 1987).

La pubertad ha de ser entendida, por lo tanto, como un proceso continuo que acontece físicamente en el cuerpo. Se compone de una serie de cambios físicos en el organismo, como hemos visto, y culmina con la maduración sexual y la plena capacidad reproductora. Marca el inicio de la adolescencia pero no puede ser ni comparada ni confundida con ella. La adolescencia supone una etapa del desarrollo humano en la que tienen lugar no sólo cambios físicos sino que se producen cambios psicológicos que conducen al estado adulto (Carretero, 2000; Fernandes, 1991; López y Fuertes, 1994).

En cada individuo el comienzo de la pubertad tienen lugar a una determinada edad. Sin embargo, sabemos que la media se sitúa en torno a los 10'5 años en las chicas y a los 11'5 años en los chicos, y que la duración media de este período es de 3 o 4 años (López y Fuertes, 1994). Las variaciones corporales, morfológicas y fisiológicas suceden de distinta manera y a distinto ritmo en varones y mujeres. Las niñas, como hemos indicado, comienzan los cambios puberales alrededor de un año y medio antes que sus coetáneos varones. Además, alcanzan con menor edad la madurez biológica. Por otro lado, sabemos que las diferencias en el desarrollo puberal no sólo se dan entre chicos y chicas, puesto que se han encontrado importantes evidencias de diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados. Así, la edad media de la menarquia en las niñas occidentales es de 12,5 años (López y Oroz, 1999), y en las niñas de naciones menos desarrolladas se sitúa por encima de los 16 años. La mejora de las condiciones de vida: alimentación, higiene, etc. ha hecho que en países como el nuestro se haya experimentado, y se siga experimentando, una tendencia secular, es decir, un adelanto de la madurez sexual. Por todo ello, hoy nadie duda que la pubertad sea un acontecimiento vital en el cuerpo del individuo, que no está sujeto a una cronología determinada debido a la gran variabilidad existente entre unos individuos y otros.

Presentamos a continuación una tabla en la que se explicitan de forma sintética los principales cambios que experimentan los niños y las niñas durante la pubertad (Cuadro 1.7). Como hemos indicado la gran variabilidad existente entre los sujetos hace imposible determinar las edades correspondientes a cada estadio.

Cuadro 1.7. Los estadios puberales

ESTADIOS PUBERALES EN NIÑAS ♀	ESTADIOS PUBERALES EN NIÑOS ♂
ESTADIO I - Prepuberal. No existe desarrollo mamario.	ESTADIO I - Prepuberal. Tamaño testicular (2'5 cm.).
ESTADIO II - Se inicia el desarrollo del tejido mamario subareolar (botón mamario), se ensancha la areola y ya puede haber aparición de vello axilar y/o pubiano.	ESTADIO II - Aumento del tamaño testicular (2'5-3'2 cm.). - Se inicia la pigmentación escrotal. - Se inicia el crecimiento del vello pubiano (escaso y largo).
ESTADIO III - Aumenta el desarrollo del tejido mamario y el de la areola. - Aumenta el vello axilar y pubiano. - Hay desarrollo de labios mayores y menores y cambios en la mucosa vaginal. - Comienza el olor característico corporal.	ESTADIO III - Continúa el aumento del tamaño testicular (3'3- 4 cm.). - Se inicia el crecimiento longitudinal del pene. - Aumenta el vello pubiano y se inicia el vello axilar.
ESTADIO IV - Aumenta el desarrollo del tejido mamario y la areola sobresale. - Vello pubiano de adulta y distribución horizontal - Acné. - Aumenta el tamaño del cuello uterino. - Puede ocurrir la menarquia.	ESTADIO IV - Tamaño testicular (4'1-4'5 cm.). - Continúa el crecimiento en longitud y diámetro del pene. - Vello pubiano en cantidad normal, pero sin prolongación. - Aumenta el vello axilar y del resto del cuerpo. - Aparece la barba y olor característico corporal. - Voz grave, acné y eyaculaciones.
ESTADIO V - Mamas y areolas de adulta. - Menarquia.	ESTADIO V - Tamaño testicular (4'5 cm.). - Genitales externos de adulto. - Vello pubiano y axilar de adulto. - Espermatogénesis completa.

Fuente: Rodríguez y Moreno (1985:41), en López y Fuertes (1994:67)

Dadas las implicaciones de diversa índole que tienen tanto la pubertad precoz como la pubertad tardía, se hace necesario tenerlas en cuenta en el estudio del desarrollo puberal. Entendemos por pubertad precoz, un desarrollo sexual que tiene lugar: en las niñas antes de los 8 años, y en los niños antes de los 10 años. Generalmente los niños y niñas que prematuramente se desarrollan poseen una estatura mayor a la de sus compañeros. Es frecuente que padres y profesores les atribuyan por su apariencia unas capacidades cognoscitivas que aún no poseen, y les otorguen, en consecuencia, mayores responsabilidades.

Distintos autores consideran que es necesaria una Educación Sexual que ayude, guíe y enseñe a los chicos y chicas antes de que acontezcan la primera eyaculación o la menarquia para comprender la situación que les acontece (Fajardo *et al.*, 2008; Sueiro, Perdiz y Diéguez, 2005; Taylor-Seehafer y Rew, 2000), incluso en aquellos que este desarrollo se produce precozmente (Kolodony *et al.*, 1982).

La pubertad atrasada o tardía se da en sujetos que tienen un ritmo de desarrollo más lento. De forma global entendemos que, aquellos chicos que no han experimentado crecimiento testicular a los 14 años y aquellas chicas que con 15 años aún no han sufrido modificaciones importantes en su esqueleto, experimentan una pubertad atrasada. Las diferencias con los compañeros y compañeras son amplias, los chicos por ejemplo poseen menor estatura y masa muscular. Su imagen corporal es “anormal” en comparación al resto de los chicos y chicas de su edad, por lo que, éstos sujetos pueden tener problemas de autoestima y de autoconcepto. En general, es más probable que los efectos de una madurez precoz o tardía sean negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros, bien sea por estar más o menos desarrollados, cuando no vean los cambios como una ventaja (Simmons, Blyth y McKinney, 1983, citado por Ubillos y Navarro, 2004).

En ocasiones resulta compleja la comprensión de la pubertad no sólo para quienes tienen que atravesarla sino también para los adultos que los rodean (Coleman y Hendry, 2003). La normalidad y la naturalidad deben imperar en las familias y en las escuelas. La sociedad tiene que brindar los apoyos necesarios para que niños y niñas experimenten de forma ajustada su desarrollo puberal. Por ello, la pubertad ha de constituir un contenido del currículo de la Educación Obligatoria. Los alumnos y alumnas deben estar preparados y científicamente informados antes de que sobrevengan los cambios que hemos tratado en este apartado.

1.2.2. EI DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se suceden las transformaciones psicológicas de capital importancia para el individuo. Las modificaciones en la cognición, en las relaciones sociales y afectivas, en la comprensión ética y moral del entorno, y en la necesidad y expresión de la propia sexualidad hacen de esta etapa una de las más complejas en la evolución del

ser humano. La tarea de convertirse en adulto entraña grandes cambios en los sujetos; sin embargo, no supone ni una crisis evolutiva ni un profundo problema de identidad como tradicionalmente se ha sostenido.

Los adolescentes en esta época comienzan a adquirir una nueva forma de pensamiento: el pensamiento formal. Siguiendo a Piaget, esta nueva forma de adquirir el conocimiento se caracteriza por:

- a) La capacidad de incluir lo real dentro de lo posible. Esto último deja de ser una prolongación de lo primero, y se convierte en el mundo en el que se encuentra lo real y sus objetos.
- b) El razonamiento hipotético-deductivo por el que el sujeto es capaz de formular hipótesis o posibles soluciones y mediante deducción extraer las consecuencias que serán contrastadas en la realidad. Este razonamiento se deriva de la capacidad descrita anteriormente, dado que el individuo puede operar en el ámbito de lo posible.
- c) Carácter proposicional. El adolescente en sus razonamientos ya no tiene como punto de partida los objetos, sino enunciados verbales denominados proposiciones, es decir, afirmaciones, negaciones, disyunciones o conjunciones.
- d) Utilización de la combinatoria, o lo que es lo mismo, ser capaz de combinar mentalmente todas las variables que influyen en un determinado problema y revisar todas las posibles soluciones.

Este tipo de pensamiento está basado, por lo tanto, en el razonamiento de la ciencia, es decir, en el razonamiento hipotético-deductivo (Flavell, 1981; Piaget, 1986). Entre los 11 y los 15 años los adolescentes experimentan un cambio trascendental tanto en la forma de conocer el medio como en la manera de resolver problemas (Carretero, 2000; Lara, 1994). Sin embargo, el propio Piaget reconoció que en los años posteriores, entre los 15 y los 20 años, tenían lugar otros cambios de interés, ya que esta forma de pensamiento no aparece en la mayoría de sujetos de 15 años. En la actualidad sabemos que ni todos los adolescentes, ni todos los adultos, presentan este tipo de pensamiento. En algunas ocasiones el pensamiento formal se alcanza en determinadas áreas y no en otras. Además, intervienen otro tipo de factores como la escolarización, el nivel sociocultural o el Cociente Intelectual (Carretero, 2000; Lara, 1994). Si bien podemos decir que existe una gran variabilidad en el desarrollo cognitivo de los sujetos, también podemos afirmar que la adolescencia es la etapa en la que se da un salto cualitativo en la forma de comprender el mundo.

A partir del logro del pensamiento formal, chicos y chicas podrán reflexionar acerca de ellos mismos y de su entorno. Podrán además, valorar de forma crítica las creencias, las leyes y las concepciones que rigen su vida y la de la sociedad en la que se encuentran (Carretero, 2000). Desde nuestra perspectiva, la cognición que pueden alcanzar los adolescentes supone un soporte privilegiado e indispensable para trabajar no sólo cuestiones claramente académicas, sino también, otras de índole emocional y afectiva. No debemos olvidar, sin embargo, que no todos los adolescentes alcanzarán este tipo de pensamiento y que existirán, además, grandes diferencias entre unos chicos y otros.

La comprensión ética y moral del mundo que poseen los adolescentes es semejante a la de los adultos y muy diferente a la de los niños. Kohlberg (1981) elaboró una teoría con tres niveles de desarrollo moral del ser humano. La mayoría de los adolescentes, para este autor, poseen una moralidad convencional, pudiendo estar en alguno de los dos estadios que lo componen. En el primero de ellos la moral se caracteriza por la conformidad y el deseo de agradar a los demás. Los adolescentes que se hallan en este estadio serán leales y sinceros. En el segundo estadio del nivel convencional primará el respeto al orden establecido y a las leyes que imperan en la sociedad. El adolescente será, por tanto, capaz de identificarse con su entorno. Kohlberg sostenía que durante la juventud algunas personas, la minoría, podían alcanzar un nivel moral superior al que denominó posconvencional. Este nivel dotaría al individuo de la capacidad de tener su propio juicio moral, es decir, una moralidad basada en valores y unos principios que nacen de si mismo y no de la autoridad exterior. Aunque esta teoría no contemple aspectos tan valiosos en el desarrollo de la moralidad como la empatía o la culpabilidad (Lutte, 1991), sitúa a los adolescentes en un nivel moral semejante al de los adultos. Al igual que ocurría con la forma de pensamiento, adultos y adolescentes comparten el sentido moral de la realidad.

Uno de los hechos que más caracterizan a los adolescentes es el establecimiento de importantes vínculos con sus iguales. La adolescencia es la etapa del desarrollo en la que chicos y chicas dejan de tener como principal referencia a los padres y forman importantes afiliaciones con los otros (Burhnnester, 1996; Oliva y Parra; 2004). En este sentido destacamos los estadios descritos por Dunphy (1963). Este autor estudió los grupos de pares y estableció cinco etapas a lo largo de la adolescencia. La primera de ellas se caracteriza por la formación de pandillas unisexuadas y tiene lugar durante los primeros años de la adolescencia. La segunda de las etapas se da entre los 13-14 años. Aún se mantienen las pandillas unisexuadas pero comienzan esporádicamente los encuentros con pandillas del otro sexo. Más adelante se intensifican los encuentros entre pandi-

llas de distinto sexo, dando lugar a la tercera de las etapas. La pandilla mixta consolidada configura la cuarta etapa y sucede entre los 14 y los 15 años aproximadamente. A partir de los 16 años, ya en la última de las etapas, el grupo mixto empieza a desintegrarse. Aparecen nuevos vínculos afectivos asociados al noviazgo y se constituye una agrupación de parejas. Consideramos que la transición de un modelo de pandilla unisexual a otro mixto, sigue siendo una realidad en los adolescentes de hoy. Sin embargo, creemos que estas afiliaciones pueden tener lugar a edades más tempranas a las descritas por Dunphy. No obstante, en una primera etapa de la adolescencia, la amistad y los celos entorno a ella son aspectos relevantes a tener en cuenta en la educación. Por otro lado, para la mayoría de los adolescentes son vitales las primeras aproximaciones con el otro sexo, así como los primeros enamoramientos.

La adolescencia es una etapa del desarrollo que guarda más similitudes con la adultez que con la infancia. Sin embargo, por miedo o por desconocimiento, tradicionalmente se ha entendido que los sujetos de estas edades eran extraños o muy complicados. Es frecuente oír que los adolescentes son rebeldes, sufren constantes crisis o son víctimas de sus hormonas. Hemos visto que razonan de manera similar a la nuestra, que su ética y moralidad no dista de la sociedad y que en sus relaciones interpersonales aparecen vínculos afectivos propios de los adultos. Considerar la adolescencia como un periodo problemático y dramático no parece adecuado. Coleman (1987), y posteriormente Coleman y Hendry (2003), efectúan una revisión de diversas investigaciones sobre distintos aspectos de la adolescencia y extraen tres grandes conclusiones que nos parecen fundamentales:

- a) No hay evidencia empírica de la existencia del “*Sturm und Drang*”, en castellano “tempestad y tensión”. Los estudios acerca de las perturbaciones durante la adolescencia muestran que no hay grandes diferencias en el estado mental de adolescentes, niños o adultos. Además, gran parte de los chicos y chicas que presentan este tipo de alteraciones poseen un historial previo.
- b) Entre adolescentes y adultos no existen conflictos generacionales. Las investigaciones elaboradas en este sentido (Bandura, 1964 en Coleman, 1987; Douvan y Adelson, 1966 en Coleman, 1987; Offer y Offer, 1975 en Coleman, 1987), evidencian que la mayoría de los adolescentes comparten opiniones respecto a religión, política, ética y costumbres con sus padres. Las posibles fricciones entre padres e hijos giran en torno a temas superficiales como la hora de llegada o la vestimenta.

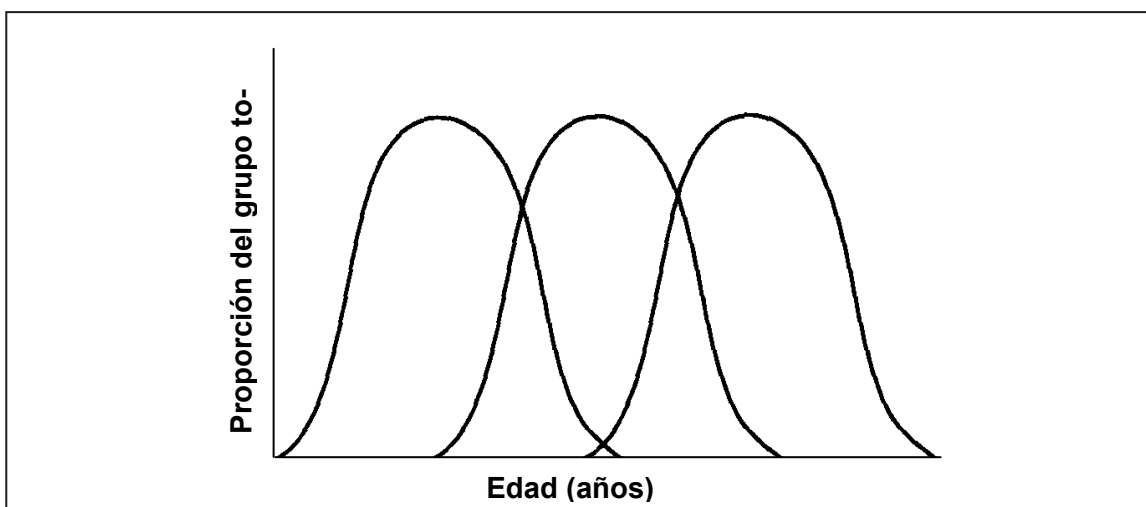
- c) La adolescencia no es una época de crisis. No se ha podido demostrar que los adolescentes atraviesen crisis de identidad con mayor frecuencia que los adultos o los niños. Si bien es cierto que durante esta época algunos sujetos pueden tener problemas en relación a su imagen corporal, no supone una crisis en su identidad.

Coleman elaboró en función a datos empíricos una teoría para explicar el desarrollo adolescente: la “teoría focal” (Cuadro 1.8). Este autor sostiene que la adolescencia es una etapa muy compleja pero no turbulenta. Durante esta época los sujetos harán frente a gran variedad de problemas o conflictos sin que esto suponga una crisis personal. Los adolescentes se enfrentarán secuencialmente a los problemas, es decir, intentando resolver primero una cuestión y luego la siguiente, dado que el proceso de adaptación es largo. De esta manera irán superando todos aquellos aspectos necesarios para alcanzar la adultez.

En la revisión de esta teoría, Coleman y Hendry (2003) incluyen el contextualismo evolutivo. Sostienen que el desarrollo humano está mediado por el entorno, que el sujeto influye en su entorno, es decir, en su familia, y que los individuos son generadores de su propio desarrollo. Concluyen que la teoría focal y el contextualismo evolutivo proporcionan una visión más ajustada y realista de la adolescencia, alejada de agitaciones o turbulencias. Nosotros creemos que la adolescencia sólo puede ser interpretada en el contexto en el que tiene lugar. Consideramos además, que dentro de nuestro contexto habrá grandes disparidades entre los adolescentes, debidas a sus orígenes culturales, a su nivel socioeconómico o a sus características familiares. Por ello, aunque sabemos que.

Cuadro 1.8. Teoría focal.

Cada curva representa una cuestión o una relación diferente.



Fuente: Coleman (1974 en Coleman 1987:231).

la adolescencia es la época de formalización del pensamiento, de establecimiento de nuevos vínculos y de reflexión sobre el entorno, debemos hablar de los adolescentes más que de adolescencia, al igual que nos referimos a los adultos en vez de a la adultez. La variabilidad entre los sujetos alcanza su esplendor en esta época.

Si bien es cierto que la adolescencia no supone una etapa crítica y turbulenta; también lo es que durante este periodo existen dificultades que no deben ser olvidadas. Éstas se dan principalmente en tres áreas: conflictos con los padres, inestabilidad emocional y las conductas de riesgo (Oliva *et al.*, 2010; Oliva y Parra, 2004). No debemos olvidar tampoco aquellas complicaciones que se derivan de la dilatación de este largo periodo, la adolescencia. En el caso del empleo, por ejemplo, los adolescentes son potenciales trabajadores pero en la sociedad actual acceden tardíamente al mercado laboral convirtiéndose en parados (Fierro, 2000; López y Oroz, 1999; Lutte, 1991). De la misma manera, son biológicamente maduros para mantener relaciones sexuales pero la sociedad les niega esta actividad (García Blanco, 1994; Fierro, 2000; López y Oroz, 1999). Además en nuestro país, se suman las dificultades para emanciparse; lo que incrementa la posible complejidad de esta etapa. En definitiva, podemos afirmar que la sociedad a veces entorpece el tránsito a la adultez. En este sentido, López y Oroz (1999) realizan un exhaustivo examen sobre la adolescencia en el que contraponen “*crisis evolutiva*” frente a “*crisis cultural*”. Dado que la adolescencia no es un periodo de turbulencias, concluyen que nuestra cultura o sociedad no ofrece las condiciones adecuadas para favorecer y facilitar el desarrollo de los adolescentes. Para estos autores, la pérdida del rol de los padres y de los profesores, la permisividad, la falta de perspectivas de futuro o el consumismo pueden estar contribuyendo a una crisis cultural de amplia magnitud. Nosotros consideramos que la sexualidad es una de las parcelas del desarrollo adolescente donde más se aprecia la insuficiencia de soportes sociales. Los adolescentes no reciben ni el apoyo, ni el asesoramiento necesario para tener una sexualidad gratificante y saludable. Por ello, en demasiadas ocasiones los adolescentes viven con temor, culpabilidad o ansiedad su sexualidad, es decir, de forma problemática. Durante la adolescencia, chicos y chicas necesitarán, por lo tanto, ser considerados como individuos con personalidad propia (Coleman, 1987), capaces de adquirir obligaciones y responsabilidades.

El carácter transicional de la adolescencia y la amplitud de este periodo hacen imposible la consideración de esta etapa como un único estadio. Como hemos visto, las relaciones sociales se modifican con el transcurso de los años. El pensamiento formal va consolidándose a medida que avanza la edad. De

forma similar, la manera de entender la ética y los valores que se desprenden de ésta van cambiando hasta la primera juventud. Los adolescentes de 13 o 14 años distan sustancialmente de los adolescentes de 19 o 20 años. Por ello resulta funcional dividir esta etapa del desarrollo en varios estadios. La OMS distingue entre *Primera Adolescencia* (de los 10 a los 14 años) y *Segunda Adolescencia* (de los 15 a los 19 años). Diversos autores (Douvan y Adelson, 1966 en Fierro, 2000) han optado por dividir la adolescencia en tres estadios: *Adolescencia temprana* (entre los 11 y los 13 años), *adolescencia media* (entre los 14 y 16 años) y *adolescencia avanzada o primera juventud* (de los 17 años en adelante). Aunque cualquier cronología es discutible, y no existe un acuerdo sobre la delimitación y edades que se aplican a cada estadio (Coleman y Hendry; 2003), creemos que esta división puede ser útil a la hora de conceptualizar a los adolescentes. A lo largo de este trabajo adoptaremos esta clasificación dado que diferencia entre los adolescentes que están atravesando la pubertad (*adolescencia temprana*), los adolescentes que se encuentran en el cenit de su adolescencia (*adolescencia media*), y los adolescentes que tienen relaciones de pareja y otras responsabilidades típicas de los adultos, es decir, los que más se aproximan a la adultez (*adolescencia avanzada*).

La adolescencia es un estadio largo y complejo en la que se suceden distintos cambios de carácter vital para el ser humano. El tránsito de la infancia a la adultez exige multitud de adaptaciones sucesivas que son vividas con cierta naturalidad por los adolescentes. Chicos y chicas se enfrentan, hoy más que nunca, a una cultura contradictoria que les define como inmaduros pero les obliga a tomar importantes decisiones. No obstante, la mayoría de ellos culmina con éxito el proceso. La adolescencia no debe definirse enfatizando la rebeldía, los cambios de humor o las crisis de identidad. En la actualidad existen demasiadas evidencias empíricas que muestran al adolescente como un sujeto relativamente estable que busca su hueco en la sociedad. Es, por tanto, labor de padres, educadores e incluso legisladores, facilitar un espacio social, académico y laboral a las nuevas generaciones para que puedan adaptarse sin grandes dilemas ni conflictos a su nueva realidad: la adultez.

1.3. LA SEXUALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA

La sexualidad, como parte de nuestra naturaleza, tiene lugar a lo largo del ciclo vital, es decir, existe desde el mismo momento que somos engendrados y termina con la muerte. Niños, adolescentes, adultos y ancianos tienen necesidades sexuales de diversa índole que manifiestan mediante distinto tipo de conductas. El ser humano se desarrolla y evoluciona durante toda la vida; como ser sexuado que es, también van cambiando con el transcurso de los años sus expectativas, sus necesidades y sus experiencias sexuales. Por ello podemos hablar de un desarrollo psicosexual del individuo.

Con la pubertad el ser humano da un salto cualitativo en su sexualidad. Los cambios puberales que ya hemos visto traen consigo una especificación del deseo sexual (Fernandes, 1991; López y Fuertes, 1994). Éste posibilita que afloren, también, la búsqueda del otro y de la satisfacción, elementos constitutivos de la sexualidad adulta. Aparecen, además, formas más desarrolladas de afectividad indispensables para el amor, como la ternura o la emoción (Fernandes, 1991). A modo de resumen, utilizado como referencia la obra de López y Fuertes (1994), podemos indicar cinco grandes cambios que confieren este nuevo carácter a la sexualidad adolescente:

1. El desarrollo de genitales adultos, la menarquia en las chicas y la primera eyaculación en los chicos.

Biológicamente se explicita la sexualidad. Los órganos genitales adquieren un tamaño adulto, haciéndose evidentes y visibles. Los adolescentes deberán aceptar su propio cuerpo y comenzarán a sentir atracción por el del otro. La primera menstruación en las chicas supone un tránsito que deberá ser asumido. Los chicos, por su parte, se encontrarán también ante una nueva realidad, aunque tendrán menos dificultades para aceptarla (Barberá y Navarro, 2000; López y Fuertes, 1994).

2. El desarrollo del sistema endocrino y nervioso implica una mayor pulsión sexual y una especificación del deseo sexual.

Empiezan, por ejemplo, a repetirse las erecciones espontáneas y las poluciones nocturnas³ en los varones o el humedecimiento de la vagina y la erección de los pezones en las mujeres. Las respuestas específi-

³ Las *poluciones nocturnas* son eyaculaciones involuntarias que tienen lugar durante las fases REM del sueño, provocando una pequeña salida de semen a través de la uretra sin presencia de orgasmo.

camente sexuales y las sensaciones se intensifican. De esta manera, chicos y chicas comienzan a aprender a experimentar un placer de índole sexual. Pueden aflorar sentimientos muy variados desde la culpabilidad o la vergüenza hasta la gratificación y la alegría.

3. Configuración de nuevos significados y connotaciones a los estímulos externos.

La sociedad dota a determinados estímulos significados sexuales y eróticos. Durante la infancia este tipo de connotaciones no son apreciadas. Además, el deseo sexual aparece asociado a estímulos táctiles y no surge por evocación. En la adolescencia, por el contrario, empiezan a aparecer sensaciones exclusivamente sexuales, y algunos objetos o estímulos ejercen una importante atracción sexual. Comienzan a generalizarse también, las fantasías sexuales, principalmente en los varones (Ballester y Gil, 2006; Lutte, 1991; Ortega *et al*, 2005; Zubeidat *et al.*, 2003). Emergen, por lo tanto, nuevas formas y nuevos significados, lo sexual se hace psicológica y socialmente más evidente.

4. Especificación de la orientación sexual

Los prepúberes no tienen definida su orientación sexual, no se sienten atraídos especialmente por personas de un sexo u otro. Durante la adolescencia se especifica y consolida la orientación sexual (Oliva, Serra y Vallejo, 1993; López y Fuertes, 1994). Los adolescentes advertirán atracción por personas del otro sexo (heterosexualidad), por personas de su mismo sexo (homosexualidad) o por personas de ambos sexos (bisexualidad). Es una época importante, en especial para aquellos chicos y chicas cuya orientación no es la tradicionalmente aceptada. Después de la pubertad pueden aparecer también, inclinaciones parafílicas⁴.

5. Diferenciación entre los sentimientos y deseos específicamente sexuales y los de naturaleza afectiva.

A partir de la pubertad los sujetos comenzarán a distinguir sus sentimientos y sus deseos. Hasta este momento la sexualidad esta mediada e imbricada con el afecto (López y Fuertes; 1994). El adolescente

⁴ Una orientación o inclinación es *parafílica* cuando el objeto de atracción es un animal, una cosa, una persona que no consiente o carece de la capacidad de consentir la relación o cuando una persona que sufre daños en las experiencias sexuales (Ej. Pedofilia, voyeurismo, zoofilia, sadomasoquismo, fetichismo, etc.) Este tipo de orientaciones del deseo se caracterizan por: impulso incontrolable, conductas persistentes e incapacidad de excitarse con otras alternativas.

será consciente de si sus motivaciones son sexuales o si son emocionales y afectivas. Por un lado, como hemos indicado, en esta época el deseo sexual se explicita, y por otro, aparecen vínculos afectivos de gran importancia, en un principio orientados hacia un amigo íntimo y posteriormente hacia una pareja. La capacidad de discernir entre sus deseos y sus emociones permitirá a los adolescentes no confundir amistades o pasiones fatuas.

En definitiva, la sexualidad a partir de la pubertad deja de ser un elemento latente en el ser humano, para convertirse en un aspecto crucial, explícito y necesario. Sin embargo, no adquiere todos los matices que la configuran como adulta, es decir, está a caballo entre la realidad sexual infantil y la adulta. A lo largo de este apartado trataremos de profundizar y comprender el desarrollo psicosexual adolescente, pero no debemos olvidar que tanto la sexualidad como la adolescencia son realidades sumamente complejas.

1.3.1. CONDUCTAS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA.

¿Qué hacen los adolescentes? ¿Cómo se comportan? ¿Cuándo inician sus relaciones sexuales? Éstas son clásicas preguntas que se han planteado en el estudio de la sexualidad adolescente. Las investigaciones conocidas como correlatos de iniciación sexual han buscado determinar distintas variables que sean útiles para predecir diferentes comportamientos de iniciación sexual (Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá y Ferrer, 2006). En la actualidad conocemos la edad en la que los adolescentes comienzan a realizar determinadas conductas sexuales como la masturbación, el beso, las citas, el *petting* o las relaciones coitales. Diversos trabajos han estudiado también, la prevalencia de las prácticas sexuales de riesgo e incluso se han examinado los valores y sentimientos asociados a los comportamientos sexuales. Estas investigaciones nos han permitido ubicar con mayor claridad a los adolescentes de nuestro entorno, puesto que existe gran desconocimiento de la realidad sexual adolescente. Por un lado, está muy extendida la creencia de que nuestros adolescentes son mucho más prematuros que los de otras épocas. Lo cierto es que en muchos de los casos se ha demostrado que ha disminuido el doble patrón, es decir, las chicas inician las prácticas sexuales a edades más próximas a los varones (Ubillós y Navarro, 2004). No obstante, las diferencias siguen siendo hoy demasiado acusadas (Barberá y Navarro, 2000; Oliva *et al.*, 1997; Oliva *et al.*, 1993). Además, en la actualidad, los y las adolescentes atraviesan un largo periodo de aprendizaje

sexual caracterizado por caricias, besos o flirteo, dado que éstas actividades sí se inician de forma más prematura (Ubillos y Navarro, 2004). Por otro lado, existe una tendencia generalizada de etiquetar como inmaduros a los adolescentes y rechazar la posibilidad de que sean sexualmente activos, es decir, de negar su sexualidad (Casco y Oliva; 2005; Coleman y Hendry, 2003; Fierro, 2000; García Blanco, 1994; López y Fuertes; 1994, Lutte; 1991). Por todo ello, determinar las conductas sexuales durante la adolescencia y la edad a la que se producen, posibilita una visión ajustada y realista de la sexualidad en esta etapa de la vida.

El repertorio conductual de los adolescentes es bastante amplio. Son comunes las prácticas autoeróticas, pero también destacan los comportamientos dirigidos a los otros. Éstos últimos van desde la primera cita o el beso hasta las relaciones sexuales coitales. Durante la adolescencia se irán experimentando cada una de estas conductas de forma secuencial. En la adolescencia temprana se iniciarán los primeros contactos, y las experiencias más íntimas, como el coito, se consumarán durante la adolescencia media o avanzada (García Blanco, 1994; Oliva *et al.*, 1993; Ramos *et al.*, 2003). Por ello, Schofield (1965) ha establecido cinco niveles de experiencia sexual:

- Nivel I: Sin experiencia.
- Nivel II: Experiencia muy limitada: besos y caricias.
- Nivel III: *Petting*, es decir, relaciones sexuales próximas al coito.
- Nivel IV: Relaciones sexuales coitales con una única pareja.
- Nivel V: Relaciones sexuales coitales con varias parejas.

Los adolescentes irán incrementando su nivel de experiencia con la edad. El tercer nivel, caracterizado por un alto grado de intimidad, será especialmente relevante puesto que muchos adolescentes se mantendrán en él durante un largo periodo y supone además, una alternativa saludable al coito. El último de los niveles aparecerá al final de la adolescencia o primera juventud. No obstante, existirán chicos y chicas que no experimenten ni éste ni otros niveles por motivos muy variados, como el miedo o sus convicciones religiosas. A continuación exploraremos de forma más detallada las prácticas sexuales que realizan los adolescentes de nuestro entorno.

1.3.1.1. Conductas sexuales en solitario

La masturbación es la conducta autoerótica por excelencia. Entendemos por masturbación a la estimulación de los órganos genitales con el objeto de

obtención de placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo. Generalmente se utiliza este término para referirse a la autoestimulación, sin embargo, hace también referencia a la estimulación realizada sobre los genitales de otra persona. De ahora en adelante nos referiremos a masturbación en la primera de sus acepciones.

Una de las más valiosas experiencias que permiten al adolescente conocer y profundizar en su sexualidad es la masturbación. En la mayoría de los casos el inicio de la masturbación tiene lugar durante la adolescencia temprana (Ballester y Gil, 2006; Barragán, 1989; Diz, Sueiro, Chas y Diéguez, 2003; Fernández *et al.*, 2006; Fuertes y López, 1997; García Banco, 1994; Gómez Zapiain, 1993; López y Fuertes, 1994; Mesa *et al.*, 2004; Sueiro *et al.*, 2004); aunque existen importantes diferencias entre chicos y chicas, la presencia de esta conducta es menor en ellas. Cerca de la totalidad de los adolescentes varones, practica esta conducta; sin embargo, en el caso de las mujeres adolescentes el porcentaje es considerablemente menor en torno al 60% (Ballester y Gil, 2006; Barberá y Navarro, 2000; García Blanco, 1993; Oliva *et al.*, 1997; Oliva *et al.*, 1993). Por otro lado, estudios recientes (Ballester y Gil, 2006; Diz *et al.*, 2003) han mostrado que el comienzo de esta práctica puede tener lugar antes de la pubertad, así entorno al 10% de los adolescentes de éstas investigaciones ya se habían masturbado antes de los 10 años. En cualquier caso, la masturbación se generaliza con el transcurso de los años, siendo totalmente cotidiana en la adolescencia media. Podemos afirmar que en este estadio de la adolescencia es cuando el desarrollo de esta práctica alcanza su mayor efervescencia.

La masturbación es fuente de conocimiento y aceptación de la sexualidad. Resulta extremadamente útil a los adolescentes por varios motivos. En primer lugar, les permite ahondar en su propio cuerpo, conocer su fisonomía y aceptarla. Llanos (1994) afirma incluso que la principal función de esta práctica es integrar el nuevo cuerpo genital. En segundo lugar, sirve para liberar la tensión y canalizar la creciente pulsión sexual. Para muchos adolescentes la masturbación es una forma de expresión sexual y de liberación de la excitación. Las personas adultas tienen la opción de expresarse con el otro, pero gran parte de los adolescentes aún no puede resolver estas cuestiones en pareja. Cabe indicar que para muchos chicos y chicas la masturbación aunque se realiza de forma individual está enfocada hacia las relaciones de pareja (Moraleda, 1994).

La masturbación prepara al adolescente para la vida sexual adulta; además, las mujeres que se masturban tienen mayor facilidad para alcanzar el or-

gasmio. Finalmente López y Fuertes (1994) recuerdan que la masturbación puede servir para aliviar otras tensiones o para satisfacer diversas fantasías.

La masturbación es, por tanto, una valiosa experiencia en la adolescencia. Chicos y chicas pueden aprender con su propio cuerpo lo que les gusta y les interesa, así como aliviar las típicas tensiones sexuales. Aunque es una conducta gratificante y saludable en su desarrollo, en ocasiones es vivida con gran ansiedad, culpabilidad y angustia; existiendo un desequilibrio entre las actitudes hacia la masturbación y su práctica (Diéguez *et al.*, 2003; Heras y Lara, 2009; López y Fuertes, 1994; Ortega *et al.*, 2005; Sierra, Perla y Gutiérrez-Quintanilla, 2010; Ubillos y Navarro, 2004). Además, se ha comprobado que aquellas personas que no se masturban y que tienen peores actitudes hacia la masturbación aceptan falsas creencias sobre sexualidad (Avendaño e Ibérico, 2009; Ortega *et al.*, 2005). En consecuencia, podemos decir que son necesarias actitudes positivas hacia esta conducta que permitan una vivencia natural y saludable de la misma. Presentamos en el Cuadro 1.9 tanto las características de las actitudes positivas hacia la masturbación como las actitudes negativas.

Las fantasías sexuales, aunque no son propiamente una práctica, son una forma de autoerotismo muy frecuente en esta etapa del desarrollo. Son una manifestación cognitiva del comportamiento sexual (Ortega *et al.*, 2005). Las fantasías aparecen, como la masturbación, en algunos casos antes de la pubertad y se generalizan durante la adolescencia temprana. Suponen, por lo tanto, unas de las manifestaciones sexuales más usuales en la adolescencia, actuando en ocasiones como elementos auxiliares en la masturbación (Zubeidat, *et al.*, 2003). Sin embargo, la situación está muy diferenciada por sexos. En un estudio reciente Ballester y Gil (2006) constataron que el 65,4% de los adolescentes

Cuadro 1.9. Actitudes hacia la masturbación

	POSITIVAS	NEGATIVAS
OPINIONES	Es natural Es saludable Es una conducta moralmente aceptable	Es antinatural Produce daño Es moralmente inaceptable
SENTIMIENTOS	Aceptación Bienestar	Rechazo Culpa
CONDUCTAS	Tendencia a masturbarse, si se desea	Tendencia a evitarla, aunque se desee

Fuente: López y Fuertes (1994:19).

varones entre 13 y 14 años tenían fantasías sexuales, mientras que en la caso de las mujeres el porcentaje era del 8,8%.

Al igual que la masturbación, las fantasías sexuales son una fuente de aprendizaje sexual y de alivio de tensiones. En muchos casos sirven para compensar acciones que no pueden ser realizadas. Muchos adolescentes fantasearán con el coito, puesto que es una experiencia anhelada, desconocida y prohibida (Llanos, 1994). Las fantasías sexuales permitirán, asimismo, a los adolescentes repetir mentalmente una serie de comportamientos, es decir, prepararse y anticiparse a futuras acciones reales (Katchadourian 1972 en Llanos, 1994). Mejoran además, la expresión del deseo. Por todo ello, debemos ayudar a los adolescentes a desarrollar actitudes positivas hacia las fantasías sexuales. Ellos y ellas deben aprender a valorar el papel de la imaginación y del cerebro en su sexualidad.

1.3.1.2. Conductas sexuales con los otros

Como hemos adelantado los adolescentes aumentan su experiencia sexual de forma secuencial y normativa. Una de las primeras conductas sexuales dirigidas a los otros que realizan los adolescentes, es la cita. Para muchas chicas supone la primera experiencia sexual, en cambio para los varones la primera experiencia sexual suele ser la masturbación (Barberá y Navarro; 2000). En cualquier caso, en la actualidad las citas están cobrando gran importancia. Las nuevas generaciones comienzan a tenerlas a edades más tempranas que en el pasado, en torno a los de 14 años (Rathus *et al.*, 2005). Durante la adolescencia media estas citas se intensifican y se generalizan. En nuestro país, por ejemplo, tres de cada cuatro adolescentes ha tenido con 15 años alguna cita (Moraleda, 1994). Aunque pueda parecer que la disminución de la edad de inicio de las citas pueda llevar consigo un adelanto en el comienzo de otras prácticas sexuales, en realidad no parece que sea así. En general, los adolescentes se mantienen en niveles intermedios de experiencia largo tiempo. Caricias, besos y flirteo suelen copar estas citas sin necesidad de pasar a mayores (Fierro, 2000; Ubillos y Navarro; 2004).

Los besos y las caricias, nivel II de experiencia según Schofield (1965), son conductas sexuales muy usuales en nuestros adolescentes. El beso no es una práctica universal, existiendo culturas donde no se realiza, como entre los Tongas africanos (Rathus *et al.*, 2005). No obstante, en occidente es un hecho habitual y frecuente. Durante la adolescencia temprana tienen lugar los primeros

besos en los labios, siendo éstos totalmente habituales en la adolescencia media. En nuestro país, en torno al 70% de los adolescentes de 15 años ha besado en alguna ocasión (García Blanco, 1994; Oliva *et al.*, 1993). Las caricias, por su parte, son otra manifestación sexual frecuente en la adolescencia; aunque su inicio y consolidación es menos prematuro (García Blanco, 1994; Oliva *et al.*, 1993; Ramos *et al.*, 2003). Chicos y chicas suelen utilizarlas como forma de expresión de afecto, pero también para satisfacer su curiosidad o incrementar su grado de excitación sexual. Hemos de distinguir entre caricias por encima de la ropa y caricias por debajo de la misma. Estas últimas implican un mayor grado de intimidad; en nuestra comunidad autónoma, se ha constatado que su incidencia es menor (Ramos *et al.*, 2003). No obstante, durante la adolescencia tanto las caricias como los besos suponen una fuente de aprendizaje importante para la vida sexual adulta. Los adolescentes descubren la trascendencia de compartir sensaciones con la pareja y ensayan variedad de acercamientos que serán útiles en los prolegómenos de futuras relaciones sexuales más íntimas.

El nivel III de experiencia descrito por Schofield (1965) se refiere a prácticas sexuales de elevada intimidad pero sin realizar el coito. El término anglosajón *petting* engloba todas las experiencias de este tipo. Puede ser definido como un conjunto de besos, abrazos y caricias por el cuerpo, así como contactos intergenitales, e incluso, masturbaciones mutuas, que lleva a ambos miembros de la pareja a un alto grado de excitación que puede tener o no conclusión orgásmica. En la adolescencia media empiezan a aparecer estos comportamientos que se generalizarán a lo largo de la adolescencia avanzada o primera juventud. En un estudio reciente, realizado por Gómez Zapiain (2005b), la edad media de inicio de esta práctica es de 16,2 años. Sin embargo, aún hoy no supone una alternativa sexual clara para los adolescentes. En nuestro país por ejemplo, Navarro-Pertusa *et al.* (2005) descubrieron que un 37,4% de los adolescentes encuestados practicaba o había practicado el *petting*. Ramos *et al.* (2003) descubrieron que sólo el 9,6% de su amplia muestra había realizado contactos intergenitales, siendo sustancialmente más popular el coito (18,6%). Los motivos para practicar o no este tipo de relación sexual son variados. Para algunos adolescentes el *petting* es una forma sexual gratificante y exenta de riesgos. Para otros simplemente sirve para aliviar y descargar tensiones sexuales. Muchos adolescentes lo utilizan como barrera para no practicar el coito, dado que socialmente son inmaduros para consumarlo. En este caso, y como indica Moraleda (1994), el *petting* se utiliza como “castrante” de la sexualidad. En cualquier caso, esta práctica es fundamental. Permite a los adolescentes aprender a comunicarse, a acariciar, a pedir y complacer necesidades, a estimular distintas zonas erógenas, etc., es decir, a compartir y disfrutar su sexualidad y la del otro.

Por todo ello, consideramos al igual que Moraleda (1994) que el *petting* es una “auténtica escuela para el adolescente”.

Sin embargo, las relaciones sexuales sin penetración no existen en la conciencia colectiva. El coito ocupa un papel primordial en el sexo de los adultos. Los medios de comunicación reproducen un modelo sexual en el que la heterosexualidad, la genitalidad y el coito son el eje de la sexualidad (García Blanco, 1994; López y Fuertes, 1994; Moreno y López Navarro, 2001; Sánchez y Lozano, 2001). Los adolescentes aprenden pronto que la meta está en la penetración y por ello, a veces infravaloran otro tipo de experiencias sexuales. El *petting* puede ser tanto o más excitante que el coito, además de no conllevar riesgos. Para muchas mujeres es la mejor forma para disfrutar sexualmente. Ubillos y Navarro (2004) consideran que la escuela debe proporcionar conocimientos científicos sobre la respuesta sexual y el papel del clítoris en la satisfacción de las mujeres. De esta manera, esta práctica podrá generalizarse entre los adolescentes. Debemos promover desde la institución escolar este tipo de comportamientos, puesto que con ellos los adolescentes:

- a) Exploran el cuerpo de la pareja y aprenden cómo es la respuesta sexual del otro (Lutte, 1991). Además, el *petting* posibilita una mayor sensibilización con la respuesta sexual femenina.
- b) Mantienen relaciones seguras, sin riesgo de embarazo ni riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- c) Satisfacen las necesidades sexuales de ambos miembros de la pareja, permitiendo a las mujeres una experiencia sexual en muchos casos más gratificante que el coito.

El coito constituye el nivel IV de experiencia de Schofield (1965). Las relaciones sexuales coitales han sido y siguen siendo centro de interés en los estudios psicológicos, sociológicos y epidemiológicos. Con la aparición del SIDA y el aumento progresivo de los embarazos no deseados se ha incrementado la preocupación social y científica sobre las relaciones sexuales de los adolescentes. Como hemos indicado previamente, existen otro tipo de actividades sexuales carentes de riesgos pero no son apenas consideradas por los adolescentes, formando parte de un periodo de dilación del coito que se prolonga entre dos y cuatro años, es decir, estas experiencias carecen de esencia y valor propios, constituyendo únicamente un aprendizaje y retraso forzoso de la penetración. De esta manera cobran especial magnitud las relaciones coitales. La mayoría de los adolescentes acceden a este tipo de relaciones durante la adolescencia

avanzada, aunque en ocasiones ya practican el coito durante la adolescencia media. Sabemos además, que algunos adolescentes tardan más en iniciarse. Por ello, es difícil establecer con claridad el momento de inicio de las relaciones sexuales coitales. Presentamos en el Cuadro 1.10 un resumen de los principales estudios sobre sexualidad adolescente que han tratado de determinar la edad de inicio de las relaciones coitales.

Como observamos en el cuadro, los adolescentes se inician en las relaciones coitales entre los 16 y 18 años, es decir, entre el final de la adolescencia media y la adolescencia avanzada o primera juventud. En comparación con décadas pasadas la edad de inicio ha descendido, pero no de forma extrema. Ésta disminución ha sido más acusada en las mujeres, lo que ha favorecido una igualación del patrón sexual de varones y mujeres (Ubillos y Navarro, 2004). Además, se han aproximado los papeles sexuales de ellos y ellas. En la actualidad los roles del pasado comienzan a ser superados. Los adolescentes ya no consideran que la mujer deba ser pasiva y menos explícita sexualmente, y que el varón sea sexualmente más activo o esté más necesitado. Sin embargo, siguen existiendo importantes diferencias tanto en las motivaciones que llevan a chicos

Cuadro 1.10. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales

	Edad: Media o Intervalo	Edad en Varones	Edad en Mujeres
Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal (2010)	15,10 años		
Encuesta Nacional de Salud Sexual en España (2009)	Entre 17 y 18 años		
INJUVE (2008)	-	16,5 años	17,2 años
Varela y Paz (2007)	18,6 años		
Fernández <i>et al.</i> (2006)	16,34 años	15,33 años	15,80 años
Gómez Zapiain (2005b)	17,24 años	-	-
INJUVE (2005)	-	17 años y 4 meses	18 años
Moreno Rodríguez <i>et al</i> (2004)		15,33 años	15,52 años
INE (2003)		16,6 años	16,4 años
INJUVE (2000)	-	17 años y 4 meses	18 años y 4 meses
Hidalgo <i>et al.</i> (2000)		15,4 años	16,1 años
INJUVE (1996)	-	17 años y 7 meses	18 años y 8 meses
García Blanco (1994)	16,66 años	-	-
Oliva, Serra y Vallejo (1993)	Entre los 15 y 18 años		

y chicas a practicar el coito, como en los sentimientos que genera la primera experiencia. Las adolescentes con frecuencia se sienten más culpables y arrepentidas que sus compañeros (López y Fuertes, 1994; Lutte, 1991; Oliva *et al.*, 1997; Oliva *et al.*, 1993; Ramos *et al.*, 2003). Para los varones la satisfacción sexual y el deseo son una poderosa razón para practicar el coito. En las mujeres, sin embargo, los vínculos afectivos y la intimidad desempeñan un papel primordial a la hora de mantener relaciones sexuales coitales (Gómez Zapiain, 2005b; López y Fuertes, 1994; Lutte, 1991; Navarro-Pertusa *et al.*, 2006; Oliva *et al.*, 1997). En una investigación realizada con adolescentes castellano-leoneses Ramos *et al.* (2003) constataron la diferencia en la motivación para iniciar las relaciones coitales. Más de la mitad de las mujeres (52,8 %) practicó su primer coito porque se sentían enamoradas. El 34,9% de las adolescentes se inició por el deseo y la atracción sexual. La curiosidad motivó a practicar el coito a un 8,5% de las chicas. En el caso de los adolescentes varones estar enamorado fue la razón por la que se inició el 21,7% de ellos. El deseo y la atracción sexual fueron la principal fuente de motivación para los chicos, hallándose un porcentaje del 60,8%. Finalmente, un 12,5% practicó el coito por curiosidad. Existen aún diferencias en los patrones sexuales de varones y mujeres; no obstante, en las últimas décadas estamos asistiendo a un acercamiento de los roles sexuales.

1.3.2. SEXUALIDAD Y RIESGOS

Los riesgos asociados al coito constituyen una preocupación social y científica de gran importancia. Debemos diferenciar entre riesgos emocionales y riesgos físicos, éstos últimos más conocidos y temidos. El embarazo no deseado, el SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han hecho que la sexualidad adolescente sea temida, y han favorecido el olvido de otros aspectos conflictivos en la sexualidad de los adolescentes de cariz emocional. En cualquier caso, una revisión de la sexualidad adolescente deberá contemplar tanto los riesgos físicos como los emocionales.

1.3.2.1. Los riesgos físicos.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la práctica de relaciones sexuales de riesgo por parte de algunos adolescentes (Bimbela *et al.*, 2002; Castilla, Barrio, De la Fuente y Belza, 1998; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro,

2008; Lameiras *et al.*, 2006; Oraá, 1996; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009). Aproximadamente uno de cada tres adolescentes no utiliza ninguna medida en su primera relación coital, y cerca del 30% utiliza el coito interrumpido (Guerrero, Guerrero, García Jiménez y Moreno, 2008; Oliva *et al.*, 1993;). Además, tanto en nuestro entorno como en el extranjero se ha constado que muchos adolescentes tardan entre 6 meses y 18 meses en utilizar métodos anticonceptivos después de su primer coito (Coleman, 1987; Hidalgo, Garrido y Hernández, 2000; García Blanco, 1994; Oliva *et al.*, 1993; Ramos *et al.*, 2003; Schofield, 1965). La primera experiencia coital suele surgir de forma imprevista, puesto que los adolescentes no contemplan esa posibilidad al ser una práctica socialmente no indicada para ellos (Coleman, 1987; López y Oroz, 1999; Oliva *et al.*, 1997). Esta falta de planificación hace que chicos y chicas no dispongan en el momento preciso de las medidas preventivas necesarias. En estas situaciones la atracción, el deseo y la excitación pueden ser más poderosos e influyentes que el conocimiento o el miedo a las posibles consecuencias negativas. Como ya hemos subrayado anteriormente, las actitudes erotofílicas resultan relevantes en este sentido. Se ha demostrado que los jóvenes y adolescentes que las poseen, asumen menos riesgos en sus relaciones sexuales. (Santín *et al.*; Sueiro *et al.*, 2004).

Es relevante asimismo, conocer la aceptación y el uso de la medida preventiva y anticonceptiva por excelencia: el condón o preservativo masculino. El reciente Informe de Juventud de 2004 (INJUVE, 2005) muestra que un 81,3% de los jóvenes con experiencia coital había utilizado algún método anticonceptivo en su última relación; siendo mayoritariamente el preservativo. Estos datos revelan que cerca de un 20% de los adolescentes y jóvenes mantienen relaciones desprotegidas y de riesgo (Gómez Zapiain, 2005b). El embarazo y las Infecciones de Transmisión Sexual, principalmente el SIDA, son las grandes consecuencias a las que se exponen éstos adolescentes. En los últimos años estamos asistiendo a un incremento en el número de embarazos adolescentes y en la práctica de interrupciones de embarazos. En nuestro país en el año 2001 la tasa de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años fue del 17,92‰ según el INE (Instituto Nacional de Estadística). La mayoría de estos embarazos fueron no deseados. Además, cerca de la mitad concluyeron con el aborto. En el caso del SIDA, se registraron 714 nuevos contagios en adolescentes de 15 a 20 años desde 1980 hasta el año 2000 (Gómez Zapiain, 2005b). No obstante, existen otras enfermedades que también deberían ser consideradas como la sífilis, la gonorrea, la candidiasis o la hepatitis.

Son varios los motivos y las circunstancias que llevan a los adolescentes y a los jóvenes a mantener relaciones sexuales sin protección. Oliva, Serra y Va-

Ilejo (1993) constataron que aunque la mayoría de los adolescentes conocen la eficacia del preservativo para prevenir tanto ITS como embarazos, muchos no lo utilizan por los siguientes motivos:

- a) La relación es imprevista o esporádica (41,2%)
- b) Consideran que resta placer a la relación (23,5%)
- c) No se plantean riesgos (19,6%)
- d) No confían en los métodos anticonceptivos y preventivos (19,6%)
- e) Otros motivos, como olvidos o sentir vergüenza para adquirirlos (9,8%),

Algunos estudios han tratado de determinar los principales predictores del comportamiento sexual de riesgo. Destacamos en los varones: la precocidad en la edad de inicio de la actividad sexual, el fracaso escolar y el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol u otras drogas (Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996), y en las mujeres: la pubertad precoz, la pertenencia a familias desestructuradas y tener un novio de mayor edad (Ubillos y Navarro, 2004). Por lo tanto, los adolescentes deben aprender no sólo a considerar los riesgos que entrañan las relaciones sexuales coitales, sino que han de desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para afrontar con éxito cualquier experiencia sexual; ya que diversos estudios han puesto de manifiesto que los conocimientos resultan insuficientes cuando no se poseen otras habilidades (Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez y March, 2002; Gómez-Zapiain, 2005a; Johnson *et al.*, 1999; Planes y Gras, 2002). López y Oroz (1999) sintetizan con el cuadro que presentamos en la página siguiente la distancia existente entre los conocimientos sexuales y las conductas de riesgo (Cuadro 1.11). A pesar de esta distancia se ha constatado que la Educación Sexual es una excelente herramienta de prevención (Sueiro *et al.*, 2005; ONUSIDA, 1997; Ubillos y Navarro, 2003) y por ello su implementación en el currículo nos parece fundamental.

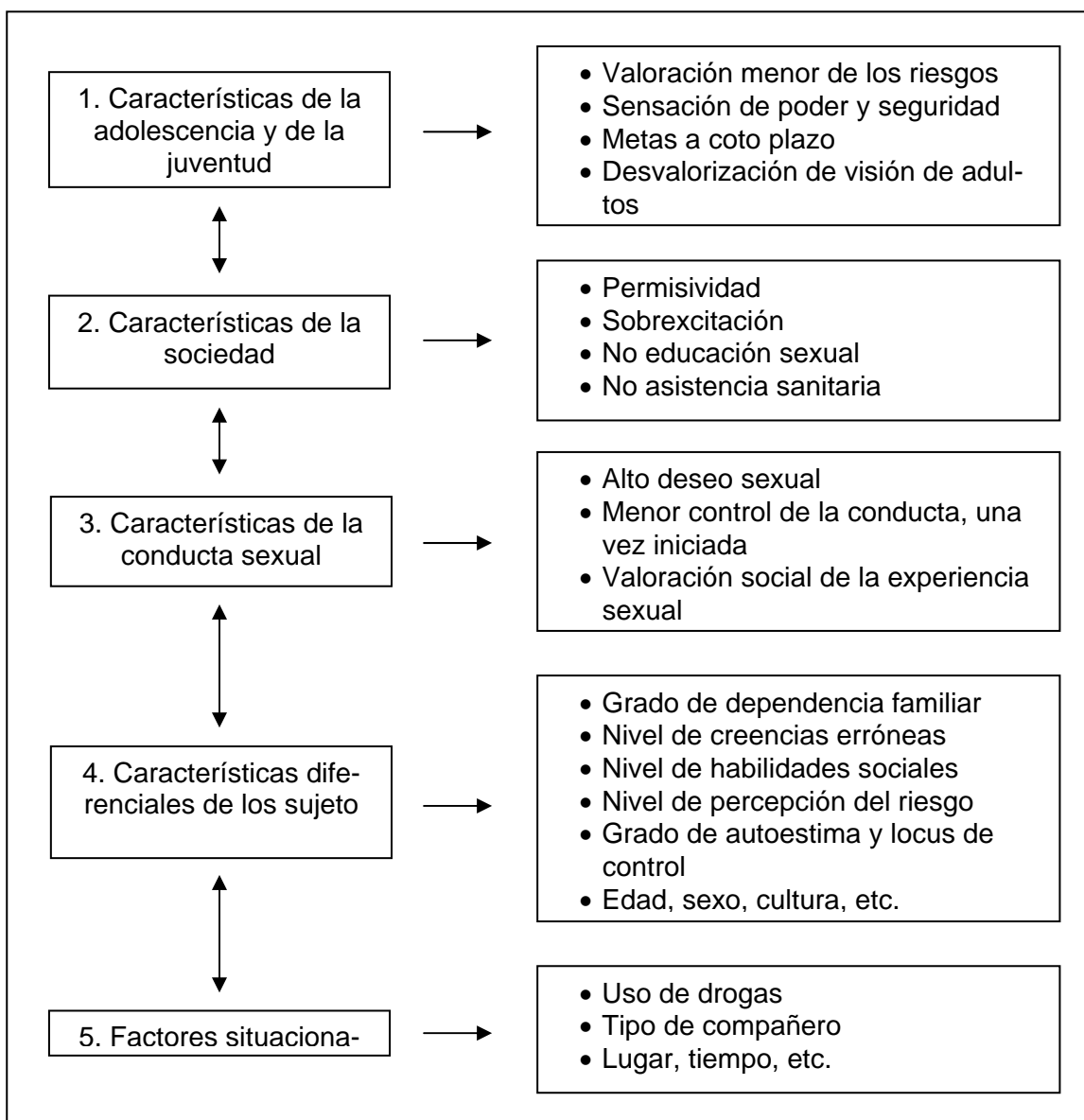
1.3.2.2. Los riesgos emocionales

Los adolescentes pueden sufrir además otro tipo de riesgos asociados a su bienestar psicológico y emocional (Gómez Zapiain, 2005b; Gómez Zapiain, 1993; López y Oroz, 1999). Algunos adolescentes, en especial las mujeres, acceden a mantener relaciones sexuales de diversa índole con gran confusión o sin querer realmente mantenerlas. De los trabajos existentes se desprende que los factores que ejercen gran influencia y favorecen que muchos adolescentes asuman éste elevado riesgo emocional son: la presión de los amigos o de la

pareja, el deseo de satisfacer al otro o el querer castigar a los padres (García Blanco; 1994; López y Oroz, 1999; Oliva *et al.*, 1997; Ramos *et al.*, 2003; Rathus *et al.*, 2005). Mantener relaciones sexuales sin estar plenamente convencido puede generar problemas en la autoestima, además de incrementar las posibilidades de practicar relaciones sexuales de riesgo (López y Oroz, 1999).

En otras ocasiones, los adolescentes y jóvenes no experimentan sensaciones agradables y placenteras, sintiéndose muy insatisfechos (López y Oroz, 1999). Las expectativas sociales creadas respecto al coito hacen que muchos se sientan defraudados; en palabras de García Blanco (1994:293) “*la paradoja está bien clara, además de reducir la relación sexual a una*

Cuadro 1.11. Distancia ente conocimientos y conductas: causas



Fuente: López y Oroz (1999:119).

determinada concepción del amor, que conduce a los jóvenes a fantasear la actividad prohibida y desconocida, además se les amenaza con castigos sociales. El objetivo es siempre el mismo. Fijar a los jóvenes el modelo dominante e impedir sus relaciones sexuales. La sobrevaloración del coito hará que, cuando se pueda realizar, sobrevenga por el tiempo la decepción, ya que el largo curso de obstáculos supera la realidad de esta práctica". La culpabilidad y la ansiedad son otras de las clásicas consecuencias emocionales en las relaciones sexuales en esta etapa del desarrollo (Llanos, 1994; Lutte, 1991; Ortega *et al.*, 2005; Zubeidat *et al.*, 2003). En este sentido López y Fuertes (1994) indican que entre los adolescentes son frecuentes las escisiones. Los educadores deben, por lo tanto, trabajar, analizar y reflexionar estas cuestiones con los propios adolescentes, para que éstos puedan desculpabilizar sus comportamientos y vivenciar con naturalidad y sensatez su sexualidad.

Hemos de mencionar también, el coste emocional que tienen los desengaños amorosos. El modelo de relación predominante en esta etapa es la monogamia serial (Planes *et al.*, 2004). Chicos y chicas irán atravesando por distintas relaciones y rupturas. Tener los resortes emocionales adecuados, permite vivir estas transiciones de forma ajustada. Sin embargo, son muchos los adolescentes que experimentan grandes sufrimientos y perturbaciones. Se ha de proporcionar, por ello, la orientación y la ayuda necesaria para a vivir con serenidad estas situaciones. Existen además, otros riesgos asociados a la sexualidad como los abusos sexuales, el acoso o la violación. Las consecuencias psicológicas y emocionales son amplias. Podemos destacar la desconfianza, el aislamiento, el asco, la culpa, la baja autoestima, la ansiedad y la depresión (López y Oroz, 1999). No obstante, estos riesgos merecerían una dedicación especial debido a la complejidad de los mismos.

En resumen, existen riesgos y dificultades en la sexualidad adolescente, en ocasiones originadas por la sociedad. La educación es la herramienta más útil para promocionar una sexualidad saludable. Deberá proporcionar a los adolescentes una visión realista y optimista de la sexualidad. El fomento de actitudes positivas hacia la sexualidad propia y de los otros favorecerá una vida sexual más satisfactoria. Cualquier propuesta educativa ha de partir del reconocimiento de sexualidad de los adolescentes y de la promoción del bienestar (López y Oroz, 1999).

Capítulo 2. LA EDUCACIÓN SEXUAL

INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior abordamos el concepto de sexualidad y los requisitos necesarios para vivirla y expresarla de forma ajustada y saludable. Mostramos, además, los aspectos más destacados del desarrollo psicológico y sexual en la adolescencia, ya que el Programa que evaluamos en este trabajo está dirigido al alumnado de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En este segundo capítulo nos centraremos en la Educación Sexual, analizando los distintos enfoques y perspectivas que existen en la actualidad. Describiremos asimismo, diferentes modelos de los que se extraen diversos métodos y estrategias educativas. Debido a los fines de nuestro trabajo, profundizaremos en la Educación Sexual en esta etapa educativa. Se extraerán las principales orientaciones metodológicas y técnicas didácticas de los programas educativos planteados para esta etapa, que han sido o están siendo llevados a cabo en nuestro entorno.

2.1. ¿QUÉ ES ESO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL?

¿Qué es la Educación Sexual? Dar una respuesta a esta pregunta exige un análisis de la concepción que tenemos sobre el hecho sexual humano, pues la

Educación Sexual será la formación, la transmisión, la enseñanza y el análisis de esa forma de entender, interpretar y valorar la sexualidad humana. Como ya argumentamos en el capítulo anterior, el ser humano es un ser sexuado (López, 2005a), por lo que el tratamiento de estas cuestiones en la escuela debe emerger del reconocimiento de la realidad sexuada de todas las personas, desde que nacen hasta que fallecen. Se trata en consecuencia de educar a seres sexuados, favoreciendo todos aquellos aspectos que les permitan reconocerse y vivir como tales.

Antes de plantearnos qué es la Educación Sexual deberíamos reflexionar sobre lo que significa y conlleva la palabra Educación. Para García Hoz (1963:25) *“educación es el perfeccionamiento intencional de las potencias específicamente humanas”*. Pérez Juste (2000:262) define educación como *“una actividad esencialmente humana, sistemática y orientada al perfeccionamiento, a la mejora de las personas, de cada una de las personas, por medio de acciones intencionadas de los educadores, generalmente concretadas en planes o programas”*. Hernández (2005:7) añade incluso que *“educar, además de ser una de las ingenierías más difíciles, es fundamentalmente un proyecto de valores”* En resumen, la educación es una actividad sistemática e intencional destinada al perfeccionamiento y desarrollo de las potencialidades de las personas, es decir, de las capacidades que dispone como ser humano, entre ellas la afectividad y la sexualidad.

La educación debe promover y potenciar el desarrollo íntegro y global de la personalidad de cada uno de los individuos. Para ello, debe abarcar todas las esferas de ésta, incluyendo la afectividad, la inteligencia emocional, la sexualidad, la capacidad de interrelación y comunicación, etc. Como indican Ariza, Cesari, Gabriel y Galán (1991:19) *“Es lógico que siendo la sexualidad un componente tan importante en lo que representa la salud de la persona, y supuesto que pretendemos dar una educación completa e integral, habrá que educar la sexualidad como una faceta nuclear de la persona. Así, según como uno viva y experimente la sexualidad desde las primeras edades, será determinante, en el futuro, su actitud hacia la aceptación de sí mismo, la comprensión del propio cuerpo, la facilidad de establecer relaciones afectivas o de comunicarse con los demás, etc. La educación sexual favorece una personalidad humana sexual y socialmente responsable, libre y espontánea”*. En este sentido, en el Preámbulo de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación (LOE) se reconoce y explicita este meta-objetivo, recogiendo las siguientes palabras en su texto:

“Entre los fines de la educación se resaltan el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad efectiva de oportunidades entre hombres y mujeres, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual, así como la valoración crítica de las desigualdades, que permita superar los comportamientos sexistas. Se asume así en su integridad el contenido de lo expresado en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”.

En definitiva, es imposible referirse al ser humano sin mencionar la sexualidad, ya que esta última es inherente a su existencia. De igual manera, no podemos educar al ser humano sin tratar los aspectos ligados a la sexualidad y a la afectividad. La Educación Sexual es, por lo tanto, una pieza indispensable en la educación integral del individuo.

Desde esta perspectiva son muchas las definiciones y reflexiones que los distintos autores han aportado sobre la Educación Sexual. A continuación reflejamos una buena muestra de ellas con el propósito de facilitar una mayor comprensión y aproximación al concepto de Educación Sexual:

“La Educación Sexual será el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima” (Boix, 1976:116).

“La Educación Sexual, tomada en un sentido amplio, comprende todas las acciones, directas e indirectas, deliberadas o no, conscientes o no, ejercidas sobre un individuo (a lo largo de su desarrollo), que le permiten situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular” (García Werebe 1979: 9).

“La educación sexual es un proceso que abarca todos los conocimientos que contribuyen a forma la personalidad del individuo, a ponerlo en condiciones de reconocer el carácter social, moral, psicológico y fisiológico de su peculiar configuración sexual, así como establecer las relaciones óptimas con las personas del mismo sexo y del contrario” (OMS, 1983:25).

“La educación sexual la entendemos como el proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad humana acorde con nuestras potencialidades, con el único límite de respetar la libertad de las demás personas, y en este sentido es necesario analizar críticamente los fundamentos de los modelos que se nos proponen, contrastar diversos modelos, conocer otras culturas y la propia historia del conocimiento sexual” (Barragán, 1991:135, 1999a: 18).

“Desde nuestro punto de vista, una adecuada Educación Sexual debe facilitar la construcción del conocimiento sexual, a través del contraste de las preconcepciones del alumnado con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a nivel biológico, psíquico y social del hecho sexual humano, y fomentar la adquisición de actitudes positivas de respeto y responsabilidad ante este hecho. Su objetivo básico es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, desligada de elementos discriminatorios de género, y las vivencias de unas relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias” (Harimaguada, 1994:3).

“La Educación Sexual incluye todas aquellas iniciativas y procesos dirigidas a que las personas disfruten de su propio cuerpo y de sus relaciones personales, potenciando las relaciones sexuales como un acto de comunicación. El derecho a la información sexual y el derecho al placer son dos piezas fundamentales de la Educación Sexual. Sin embargo, esta educación es mucho más amplia que la información y asesoramiento sobre las prácticas sexuales y los métodos anticonceptivos” (Cárdenas, 2002:63).

“La educación sexual es búsqueda de plenitud en el juego creador de la libertad y la entrega sexual, como dinamismo placentero de conocimiento e integración personal, en la seducción poética igualitaria y la transformación de la realidad social. [...]. Esta búsqueda inexorable conlleva el conocimiento de la propia realidad personal, y de la realidad de la otra persona, en todos sus niveles: un conocimiento en el sentir, articulando querer y saber; un conocimiento emocional, volitivo e intelectual” (Jiménez Ríos, 2003:255-256).

“Entendemos que la educación afectivo-sexual debe ser contemplada como un derecho del individuo para una educación integral, y dentro de un marco coeducativo en el que se prime el trabajo de valores igualitarios de corresponsabilidad, respeto y valoración, ya que la sexualidad, como

dimensión fundamental de la persona, discurre inseparable de nuestra realidad e identidad personal, y al mismo tiempo desde su dimensión interpersonal-relacional nos permite aproximarnos conjuntamente a la afectividad y a su manifestación” (Lameiras et al., 2004: 36).

“La educación sexual familiar y escolar responde a preguntas, informa, entrena en habilidades interpersonales, fomenta valores y enseña criterios de salud, para ayudar a los menores a reconocerse como chico o chica, conocer los diferentes aspectos de la sexualidad humana y vivir la propia biografía sexual en libertad, responsabilidad ética y salud, tanto en relación con el presente (la infancia), como el futuro (la juventud y vida adulta). Su fin último es ayudar a las personas a vivir de forma satisfactoria su sexualidad, pero reconociendo que esta dimensión humana admite biografías sexuales diferentes, es decir que pertenece al reino de la libertad, proponiéndose la educación sexual, que cada biografía sexual esté también en el reino del placer y bienestar, y en el reino de la responsabilidad” (López, 2005c:44).

“La educación afectiva y sexual en la escuela ha de intentar preparar a niños y niñas para que, poco a poco, adopten estilos de vida lo más sanos posible, dentro de sus propias limitaciones y de las del entorno. En muchos aspectos, la educación afectiva y sexual está relacionada con la educación para la vida, y educar para la vida lo es también para vivir una sexualidad plena y armónica con uno mismo y con los demás” (Font y Catalán, 2007:20-21).

“Una educación que propicie la expresión integral de la sexualidad no se limitará sólo a los aspectos biofisiológicos, sino también a la forma de pensar, sentir, actuar, el lenguaje corporal, forma de vestirse, en síntesis debe favorecer la realización del ser humano como ser sexuado” (Cordero y Rodríguez de Cordero, 2008:8).

“Para nostras la Educación es el cultivo de la persona como tal. Y la educación que más ofrece no es la que enseña cosas que se ignoran, sino la que enseña cómo aprender a descubrirlas. La educación se define por el sentido de cambio: se educa si lo que se aporta a la persona y los cambios de actitudes y valores que se promueven, humanizan, enriquecen y la ayudan a crecer; también si lo que se transmite y asimila genera seguridad, propicia autonomía, el juicio crítico, la convivencia enriquece-

dora, la afectividad, la capacidad de comprensión, expresión y disfrute” (Padrón, Fernández, Infante y Paris, 2009:21).

Teniendo en cuenta las definiciones expuestas, consideramos que la Educación Sexual forma parte de la educación por y para el ser humano, ya que contribuye al desarrollo integral del alumnado. Aborda la realidad sexuada del mismo, permitiéndole la comprensión, expresión y aceptación tanto de su identidad sexual, como la del otro. La Educación Sexual favorece además, el desarrollo de diversas competencias indispensables para vivir una sexualidad satisfactoria y una vida feliz, en la que primen la comunicación, el respeto, la tolerancia, la empatía, etc. Desde nuestro punto de vista, una adecuada Educación Sexual debe facilitar la construcción del conocimiento sexual, a través del contraste de las preconcepciones del alumnado con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a nivel biológico, psíquico y social del hecho sexual humano, y fomentar la adquisición de actitudes positivas de respeto y responsabilidad ante este hecho. Su objetivo básico es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, desligada de elementos discriminatorios de género, y las vivencias de unas relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias.

Otro aspecto que nos revelan las definiciones es la diversidad terminológica para referirse a la educación de la sexualidad. Algunos autores prefieren hablar de Educación Afectivo-Sexual por desligarse de concepciones medicalizadas (Font y Catalan, 2001; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; Lena *et al.*, 2007; Oliveira, 1998; Salvador y Suelves, 2009; Urruzola, 1999; Urruzola, 2000a; Urruzola, 2000b; Valverde, 2000). Un grupo más reducido la denomina Pedagogía Sexual, enfatizando la importancia de las teorías pedagógicas para estos fines (Ariza *et al.*, 1991; Font, 1990). Y otros, entre los que nos encontramos, prefieren acuñar el término Educación Sexual, ya que la afectividad es constitutiva de la sexualidad y la educación de esta última implica trabajar la primera (Abenoza, 1994; Amezúa, 1973; Barragán, 1999; Boix, 1976; Ciscar, 2008; De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007a; García Ruiz, 2007b; Hernández y Jaramillo, 2006; Jiménez Rios, 2003; Loizaga, 2008; López 2005c, López 2005c, López, 1990; López y Oroz, 1999; Marinis y Colman, 1995; Moreno y López Navarro, 2001; Ubillós, 1992).

El debate ya no es, ni puede ser, educación sexual ¿sí o no? La puesta en marcha y evaluación de programas en otros países, ha constatado que la educación sexual no es nociva o peligrosa, ya que no incita a mantener relaciones sexuales y contribuye exitosamente a la eliminación de las prácticas sexuales de

riesgo (López, 2005c; ONUSIDA, 1997; Sueiro, *et al.*, 2005; Ubillos y Navarro, 2003). La polémica se centra ahora en el cómo hacer esa obligada educación. Evidentemente el método se verá condicionado por el modelo del que proviene. Como anticipábamos al comenzar este epígrafe, cada concepción o enfoque de la sexualidad humana tendrá sus propios valores y normas, y proveerá un tipo de educación acorde a dichos valores y normas. Teniendo en cuenta esto, López distingue (2005c; 1990) cuatro modelos de Educación Sexual según el paradigma ideológico subyacente. Estos son el modelo de riesgos, el modelo moral, el modelo revolucionario y el modelo biográfico y profesional. A continuación los presentamos siguiendo esta clasificación desarrollada por López, y utilizaba por más autores (Diéguez, Diz, Sueiro y López, 2003; Font, 1990; Gómez Zapain *et al.*, 2004; López Soler, 2003; López y Oroz, 1999).

2.1.1. MODELO DE RIESGOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Este modelo es conocido como modelo de riesgos, modelo preventivo o modelo médico. Surgió a principios del siglo XX como vía de prevención de riesgos asociados a las prácticas sexuales. El incremento de determinadas enfermedades venéreas y de los embarazos no deseados después de la Primera Guerra Mundial desencadenó una importante alarma social. Por ello los servicios sanitarios tuvieron que intervenir con propuestas formativas sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazo. El objetivo último de las acciones formativas era promover y proveer entre los ciudadanos salud, entendida como la ausencia de enfermedad.

A lo largo de la década de los 80 y durante los años 90 una nueva enfermedad vinculada a las relaciones sexuales sobresaltó a la sociedad: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Resurgió entonces este enfoque de Educación Sexual. Aparecieron en los medios de comunicación distintas campañas preventivas sobre el SIDA y el uso del preservativo, como el “*póntelo pónselo*”, y espacios televisivos dedicados a la sexualidad.

a) Objetivos del modelo

Destacamos cuatro objetivos fundamentales en este modelo:

1. Evitar el contagio de ITS, principalmente el SIDA; así como cualquier otro problema de salud como consecuencia de las prácticas sexuales de riesgo.
2. Prevenir embarazos no deseados, y diferentes intervenciones médicas derivadas de éstos.
3. Evitar y/o reducir la posible saturación de los servicios públicos de sanidad, así como los costes económicos que conllevan las prácticas de riesgo: asistencia médica, medicamentos, ocupación de camas, etc.
4. Impedir el posible sufrimiento de los enfermos y los familiares.

b) Contenidos

Como ya hemos indicado los contenidos prioritarios desde este modelo son:

1. Riesgos para la salud: Descripción de las prácticas de riesgo y las consecuencias personales y sociales de las mismas. Por ejemplo, la etiología de las ITS.
2. Prácticas sexuales seguras, métodos anticonceptivos y preventivos (principalmente el preservativo, y la píldora del día después).

El discurso es técnico-sanitario, evitando consideraciones éticas y morales. Se caracteriza por tanto por ser aséptico y prescriptivo.

c) Metodología

En la actualidad, son comunes las charlas o sesiones aisladas en los centros educativos u otras organizaciones (CEAS, asociaciones...). Éstas son llevadas a cabo por profesionales sanitarios o especialistas en la materia (médicos, enfermeros, psicólogos, etc. En general, estas charlas se centran en los riesgos para la salud (ITS, embarazos, etc.) y uso del preservativo y los métodos anticonceptivos.

Las campañas publicitarias son también un método de concienciación e información frecuente de este modelo. Sirva de ejemplo la campaña televisiva del Ministerio de Sanidad “*Yo pongo condón*” (2008) o la última campaña lanzada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en distintas redes sociales (facebook, tuenti, twiter) “*El embarazo es cosa de dos*” (2010-2011).

Debemos destacar asimismo, la creación e implantación de centros y teléfonos específicos para la orientación y asesoramiento en cuestiones de este tipo. En la Universidad de Burgos, por ejemplo, se cuenta con un Servicio de Información y Orientación en Salud Joven Universitaria.

Las campañas publicitarias, los servicios de orientación, las charlas, los teléfonos específicos, etc. comparten el carácter directivo y prescriptivo, pues se indica lo que se debe o no hacer, enfatizándose los riesgos para la salud.

d) Valoración

Son valiosas las aportaciones del modelo. Las campañas, las charlas, los teléfonos y las redes sociales favorecen la difusión de la información. Pero educar no es simplemente informar, siendo necesarias otro tipo de acciones más prologadas en el tiempo. Por un lado, estas intervenciones tienen resultados poco estables. Por otro lado, se ha demostrado que la información por sí sola no evita que se asuman riesgos para la salud (Bayes *et al.*, 1995; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; Park *et al.*, 2002; Ubillos, 2001), lo que evidencia la necesidad de integrar otros elementos de carácter educativo. Además, desde esta perspectiva se enfatizan los aspectos negativos y “peligrosos” de la sexualidad, olvidándose numerosos aspectos del hecho sexual humano que conllevan el disfrute y la salud sexual como: el bienestar sexual, la respuesta sexual, la afectividad, etc. En este sentido, Barragán (1991:21) cree que considerar la información sexual objetiva y científica es una falacia que enmascara el temor a tratar en profundidad los intereses y las necesidades sexuales de niños y jóvenes, evitando transformaciones en las concepciones sobre sexualidad. En cualquier caso, este modelo presenta limitaciones y olvida aspectos fundamentales de la sexualidad humana.

2.1.2. MODELO MORAL DE EDUCACIÓN SEXUAL

A lo largo de la trayectoria de este modelo se han acuñado diversas denominaciones para referirse a él. Destacan por ejemplo, educación sexual para la abstinencia, educación para el amor y el matrimonio, educación del carácter o educación para el respeto. Este modelo educativo ha surgido como reacción a la formación sexual practicada desde otros ámbitos, como el socio-sanitario. La paulatina implantación de programas de sexualidad en los sistemas educativos

de países como Suecia, Francia o Estados Unidos obligó a diversas esferas conservadoras a tratar la educación sexual. No surge por la necesidad y el interés en la propia Educación Sexual, sino como mecanismo de adoctrinamiento y sostenimiento de un enfoque tradicionalista de la sexualidad.

Este modelo emerge, en la mayoría de los casos, en los dogmas de las distintas religiones. En nuestro entorno los programas de Educación Sexual pertenecientes a este modelo surgen de la doctrina católica. Por ello, Barragán (1991) denomina a este modelo represivo-religioso y lo vincula con la moral Judeo-Cristiana. La propia jerarquía eclesiástica es clara en este sentido y ha elaborado unas orientaciones educativas sobre el amor humano, ofreciendo un marco preciso de referencia y actuación (Figura 2.1, página siguiente). La educación debe ayudar a niños y adolescentes a comprender que la sexualidad entre el hombre y la mujer es la manifestación del amor puro y responsable, y que éste sólo se alcanza mediante el vínculo sagrado del matrimonio.

a) Objetivos del modelo

El objetivo último de este modelo es preparar a chicos y chicas para la vida en matrimonio y la constitución de una familia. De forma específica los objetivos son:

1. Desarrollar la voluntad y el fortalecimiento que permita el inicio de las relaciones sexuales en el seno del matrimonio, es decir, educar para la abstinencia.
2. Contrarrestar los mensajes frívolos y hedonistas que rodean y erotizan a las personas.
3. Evitar los riesgos para la salud, mediante la abstinencia (único método 100% eficaz en la prevención de embarazos y de contagios de ITS).

b) Contenidos

En este caso, los contenidos suelen enmarcarse en:

1. Aspectos biológicos: anatomía, concepción, embarazo y parto.
2. Aspectos sociales y relacionales: la familia, la amistad, el noviazgo y el matrimonio.
3. Aspectos morales. Fortalecimiento, entrega, espera...

Figura 2.1. Orientaciones educativas sobre el amor humano. Pautas de Educación Sexual. (Sagrada Congregación para la Educación Católica, 1983).

97 “La educación sexual ayudará a los adolescentes a descubrir los valores profundos del amor y a comprender el daño que tales manifestaciones producen a su maduración afectiva, en cuanto conducen a un encuentro no personal, sino instintivo, con frecuencia desvirtuado por reservas y cálculos egoístas, y desprovisto del carácter de una verdadera relación personal y mucho menos definitiva. Una auténtica educación conducirá a los jóvenes hacia la madurez y el dominio de sí, frutos de una elección consciente y de un esfuerzo personal”.

98 “Es objetivo de una auténtica educación sexual favorecer un progreso continuo en el control de los impulsos, para abrirse a su tiempo a un amor verdadero y oblativo. Un problema particularmente complejo y delicado que puede presentarse, es el de la masturbación y sus repercusiones en el crecimiento integral de la persona. La masturbación, según la doctrina católica, es un grave desorden moral, principalmente porque es usar de la facultad sexual de una manera que contradice esencialmente su finalidad, por no estar al servicio del amor y de la vida según el designio de Dios”.

Fuente: Vaticano

Podemos citar como ejemplo el Programa SABE (Medialdea, Otte, Pérez Adán, 2001), cuyos contenidos responden al esquema citado. Algunos aspectos biológicos tratados en el mismo son la “pubertad”, la “gestación” o la “anatomía genital”. Respecto a los temas vinculados con las relaciones sociales destacan “la familia” o “la comunicación interpersonal”. Los principios morales sobre los que se asienta subyacen a lo largo del Programa y aparecen de forma explícita en temas como “la homosexualidad” (en el que se vincula esta orientación con el hedonismo) o el tema “procreación artificial” en el que se hace hincapié que los hijos son un don.

c) Metodología

Al igual que el modelo anterior, éste tiene un marcado carácter directivo. Se ofrece al alumnado un único enfoque de la sexualidad humana, derivado del dogma de la Iglesia. Con todo, la metodología se caracteriza por:

- Educación programada en la escuela.
- Las sesiones son desarrolladas por profesores de religión o ética.
- La familia tiene un papel primordial en la formación y educación sexual de los hijos.

- Los mensajes son claros y prescriptivos, apelando a la fortaleza y al cultivo del alma.

d) Valoración

Este modelo ofrece una visión sesgada la sexualidad humana, olvidando aspectos tan relevantes como el placer. Como ocurriera en el modelo de riesgos, la sexualidad es vinculada a aspectos negativos, en este caso al pecado o la lujuria. Puede por tanto, generar en los sujetos sentimientos de culpa o ansiedad cuando se transgreden los principios morales y las normas prescritas (Mosher y Cross, 1971). Por otro lado, promueve la abstinencia como única medida preventiva. Sin embargo, diversas investigaciones han constatado, en primer lugar, que no es una medida contemplada por los adolescentes y, en segundo lugar, que los programas regidos por este principio no disminuyen la prácticas coitales (Christopher y Roosa, 1990; Miller *et al.*, 1993). No debemos olvidar tampoco, aspectos morales tan discutibles de este modelo como la consideración de algo no natural e incluso inmoral de la homosexualidad, o el reduccionismo de la sexualidad al coito cuyo fin último es la reproducción. En cualquier caso, aunque presenta limitaciones y obvia contenidos fundamentales de la sexualidad humana, introduce los aspectos relacionales y afectivos, trascendiendo al modelo anterior. Además, otorga a la familia un papel primordial en la educación de los aspectos ligados a la sexualidad de los hijos.

2.1.3. MODELO LIBERAL DE EDUCACIÓN SEXUAL

Este modelo surge a partir del movimiento de sexología política "*Sex-pol*", fundado por Wilhelm Reich en Alemania en el año 1930. Este autor convencido de que el proletariado era víctima de la opresión del capitalismo y de la moral sexual represiva, promovió una doble revolución: la social y la sexual. Podemos decir que la génesis de este pensamiento se haya en la obra de Marx y de Freud. En cualquier caso, este movimiento, que llegó a contar con más de 40.000 miembros, reivindicó el derecho de los jóvenes a la sexualidad y a la educación en estos temas. Defendió incluso el derecho de los ciudadanos al placer, a los anticonceptivos, al aborto o al amor libre en lugares destinados para este fin. Contribuyó, además, a desligar la actividad sexual del matrimonio y a desmitificar determinadas conductas como la masturbación. Representó una

verdadera transformación sexual e introdujo un nuevo enfoque en la sexualidad: el derecho de cada persona a elegir y a disfrutar su sexualidad.

Durante la década de los 60, y especialmente en la revolución de Mayo del 1968, la obra de Reich fue leída y divulgada principalmente entre la juventud y se convirtió en un importante símbolo de la lucha social. En nuestro país cobró especial relevancia en los años previos a la instauración de la democracia, siendo difundida en las esferas intelectuales por algunos profesores o por miembros de asociaciones vecinales.

Esta corriente freudo-marxista supuso un impulso en la Educación Sexual. Por primera vez aparecía un modelo de formación cuyo fin era la Educación Sexual propiamente dicha. No surgía por la necesidad de prevenir riesgos o por el interés de sostener el modelo tradicional y dogmático de familia. Desde esta nueva perspectiva tenían cabida aspectos del hecho sexual hasta entonces olvidados como la respuesta sexual, la orientación del deseo (homosexualidad, heterosexualidad o bisexualidad) o los factores antropológicos y sociales de la sexualidad.

No obstante, el carácter político y combativo del modelo ha generado confusión en los ámbitos educativos. El exacerbado discurso ideológico y su carácter directivo han desviado la atención de los aspectos científicos y educativos en los que se fundamenta este enfoque formativo. Por ello encontramos cierta resistencia a su implantación, así como sentimientos de rechazo entre los responsables educativos.

Figura 2.2. La función del orgasmo.

“La represión sexual es de origen socio-económico y no biológico. Su función es sentar las bases de la cultura autoritaria patriarcal y la esclavitud económica, como podemos verlo de manera clara en Japón, China, India, etc. En los comienzos de la historia, la vida sexual humana seguía leyes naturales que proponían los fundamentos de una socialidad natural. Desde entonces, el periodo del patriarcado autoritario de los cuatro a seis mil años últimos, ha creado, con la energía de la sexualidad natural suprimida, la sexualidad secundaria, perversa, del hombre de hoy” (Reich, 1927).

Fuente: Reich (2003:244).

a) Objetivos del modelo

Desde este modelo la Educación Sexual debe promover cambios en la conciencia colectiva, es decir, transformaciones sociales que permitan entender la sexualidad de manera plural y tolerante. Al mismo tiempo, el modelo pretende concienciar a la ciudadanía sobre las normas de control y regulación social, que inciden en nuestras relaciones sexuales y afectivas. Su objetivo último es la revolución sexual, y específicamente pretende:

1. Reivindicar y promover el derecho de todos y todas al placer.
2. Proporcionar un mayor conocimiento sobre la anatomía y fisiología del placer.
3. Enseñar e informar sobre profilaxis e ITS a fin de evitar los riesgos para la salud.
4. Aceptar otras formas y vivencias sexuales, como la homosexualidad o el amor libre.

b) Contenidos:

Según López (1990:16) los contenidos tratados en este modelo son:

1. Anatomía y fisiología del placer sexual.
2. Anticoncepción.
3. Análisis crítico de la regulación social de la sexualidad.
4. Análisis crítico de la familia.
5. Defensa de las minorías: homosexuales, etc.
6. Crítica de la moral dominante.

c) Metodología

Este modelo defiende la inclusión de la Educación Sexual en los currículos formales de los diferentes niveles educativos, a fin de contrarrestar y eliminar el currículo oculto impregnado de la moral tradicional. Para favorecer el análisis crítico de los modelos sociales y la revolución social y sexual se sirve fundamentalmente de:

- Debates, mesas redondas, foros y discusiones.
- Asociacionismo juvenil, vecinal, sindical, etc.
- Prestación de servicios de orientación y planificación, que permitan decidir a las personas sobre su sexualidad.
- Los mensajes prescriptivos y revolucionarios, apelando al cambio y a la movilización social.

d) Valoración

Este modelo introduce elementos cruciales en la sexualidad humana, como la anatomía del placer o el derecho de todos y todas a disfrutar de la sexualidad. Ha supuesto una importante liberación, naturalizando y desdramatizando el hecho sexual humano. Muchas ideas que lo sustentan son ampliamente aceptadas, y han permitido la aceptación de diversas formas y modos de vida: relaciones prematrimoniales, relaciones sexuales no coitales, masturbación, relaciones entre personas del mismo sexo, etc. Es innegable por ello el impulso que supuso este modelo en la comprensión y conceptualización de la sexualidad humana. No obstante, es también un modelo prescriptivo y directivo que pone el acento en la lucha, en el obligado placer y no en las relaciones interpersonales. Resulta por ello sesgado. Además, olvida dos aspectos cruciales para el ejercicio de la Educación Sexual verdaderamente libre e integradora: el papel de la familia y el derecho de todos los sujetos a configurar su propia visión de la sexualidad, aunque esta difiera de la pretendida por el modelo.

2.1.4. MODELO BIOGRÁFICO- PROFESIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL

Este modelo se basa en un concepto positivo de salud, entendida como *“la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente”* (OMS: Oficina de Europa, 1985). Se enmarca en el ámbito de la Educación para la Salud (EpS), puesto que *ésta comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”* (OMS, 1998:13).

Desde este enfoque, las propuestas sobre Educación Sexual constituyen un elemento esencial en la EpS, puesto que facilitan conocimientos y actitudes sobre aspectos esenciales para el bienestar físico, social y mental de la persona. Por ello, la OMS ofrece la siguiente definición de educación sexual: “*La Educación Sexual es un proceso que abarca todos los conocimientos que contribuyen a formar la personalidad del individuo, a ponerlo en condiciones de reconocer el carácter social, moral, psicológico y fisiológico de su peculiar configuración sexual, así como establecer las relaciones óptimas con las personas del mismo sexo y del contrario*”.

La Educación Sexual, por tanto, deber promover tanto el respeto a las distintas biografías sexuales, como la libertad de elegir la forma en que cada uno vive su sexualidad. Esta libertad debe ser ética (López, 2005b) siendo sólo posible con una educación que ofrezca:

- Una información veraz y científica, libre de prejuicios y falsas creencias, así como el análisis crítico de los distintos mensajes sociales sobre la sexualidad.
- Las competencias necesarias para tomar decisiones responsables y llevar a cabo conductas sexualmente saludables, como por ejemplo la asertividad, la empatía, disposición a asumir responsabilidades, la capacidad de comunicación, etc.
- Actitudes erotofílicas que favorezcan el bienestar sexual del alumnado, y la concordancia entre sus pensamientos, emociones y conductas, a fin de evitar escisiones (López y Fuertes, 1994).
- Valores y principios democráticos que impliquen la tolerancia y el respeto a las distintas biografías sexuales.

Este modelo se ha hecho posible debido al incremento en el bagaje de conocimientos científicos sobre sexualidad gracias a trabajos como los de Kinsey *et al.* (1948, 1953), los estudios de Master y Johnson (1966), los trabajos de Hite (1976) y muchos otros. Coincidiendo con esto, la sociedad se ha democratizado y transformando, adquiriéndose libertades y derechos sociales. Todo ello ha permitido un tratamiento más abierto, plural y positivo de estas cuestiones, basado en conocimientos científicos, y crítico con los estereotipos y las creencias sociales sobre la sexualidad.

a) Objetivos del modelo

El objetivo básico de la Educación Sexual desde este modelo es, en palabras de López, “favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme la persona o personas implicadas deseen” (López, 2005c:76; López, 1990:18; López y Oroz, 1999:163). Algunos de los objetivos específicos que podemos extraer de este modelo son:

1. Enseñar conocimientos científicos sobre la sexualidad humana, libres de prejuicios y falsas creencias.
2. Ayudar a reconocer y aceptar positivamente la realidad sexuada del ser humano.
3. Promover el desarrollo de actitudes erotofílicas.
4. Promocionar hábitos saludables, así como favorecer la inquietud por el logro de la salud.
5. Suscitar una actitud crítica ante los modelos sociales de sexualidad, y un compromiso ético ante la propia biografía sexual.

a) Contenidos

Los contenidos tratados en este modelo son amplios, incluyendo aspectos biológicos, relacionales, afectivos, preventivos, éticos, etc. Tienen cabida por tanto desde temas relacionados con el estudio de la Respuesta Sexual Humana, hasta otros vinculados con las relaciones de pareja y las formas de convivencia. En cualquier caso se debe trasladar al alumnado los principios fundamentales siguientes:

1. La sexualidad es algo inherente al ser humano.
2. La sexualidad mediatiza nuestras relaciones con el entorno, y viceversa.
3. La sexualidad es multidimensional, sólo puede ser explicada desde la interdisciplinariedad.
4. La sexualidad es cambiante, acompañándonos a lo largo de la vida.

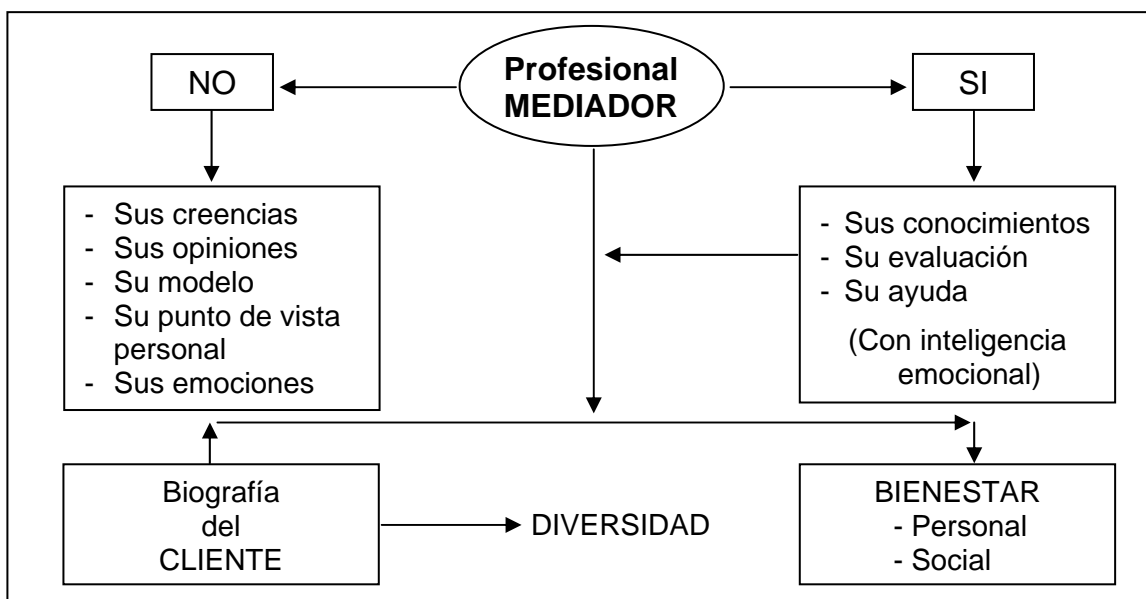
5. Las vivencias sexuales son variadas y diferentes, por ello existen distintas biografías sexuales que deben ser respetadas.
6. La sexualidad se mueve en el reino de la libertad ética caracterizada por la responsabilidad, el consenso, el placer compartido, la salud y la igualdad.

c) Metodología

Este modelo apuesta por una Educación Sexual desde los primeros años de vida. En primer lugar, los proveedores de esa formación son las familias, y en segundo lugar, los maestros y profesores de escuelas e institutos. Sin embargo, a diferencia del modelo anterior, no se promueve una asignatura para estos fines. El tratamiento de la sexualidad y la afectividad debería realizarse a lo largo de las distintas etapas y ciclos educativos, desde la transversalidad y la interdisciplinariedad entre las áreas de conocimiento. Exige, por tanto, concreción curricular, figurando en los proyectos educativos.

El modelo biográfico pretende trascender intervenciones aisladas o no integradas en el currículo escolar. Desde esta perspectiva se torna fundamental la participación activa del profesorado de los centros, puesto que deberían ser ellos y no agentes externos quienes se encargarán de la Educación Sexual de su alumnado. El rol que deben asumir como docentes es el de mediador, para ayudar a sus alumnos/as a conseguir el bienestar personal y social desde la biografía sexual que cada uno de ellos decida tener (Figura 2.3.).

Figura 2.3. Modelo biográfico y profesional.



Fuente: López (2005c:82).

d) Valoración

En nuestra opinión, este modelo, propuesto por López (1990, 2005c), trasciende a todos los anteriores ya que no es directivo, ni prescriptivo. Son los propios alumnos y alumnas quienes construyen y configuran de forma crítica y activa su concepción del hecho sexual humano, y quienes, en consecuencia, eligen y deciden de forma consciente el modo en el que van a vivir y a expresar su sexualidad. El modelo reconoce el papel fundamental de las familias y de la escuela en la Educación Sexual de niños y jóvenes. De igual modo, promueve el desarrollo de actitudes erotofílicas, indispensables para una vivencia sana y saludable de la sexualidad (Fisher, 1986; Fisher *et al.*, 1988; Johnson *et al.*, 1999, Lameiras *et al.*, 2007; McKelvey *et al.*, 1999; Minichiello, *et al.*, 2001; Oliva *et al.*, 1997; Ortega *et al.*, 2005; Perla *et al.*, 2009; Perla, 2007; Santín *et al.*, 2003; Sierra *et al.*, 2003; Sierra *et al.*, 2010; Smith *et al.*, 1993; Sueiro *et al.*, 2004; Trudel, 2002; Zubeidat *et al.*, 2005).

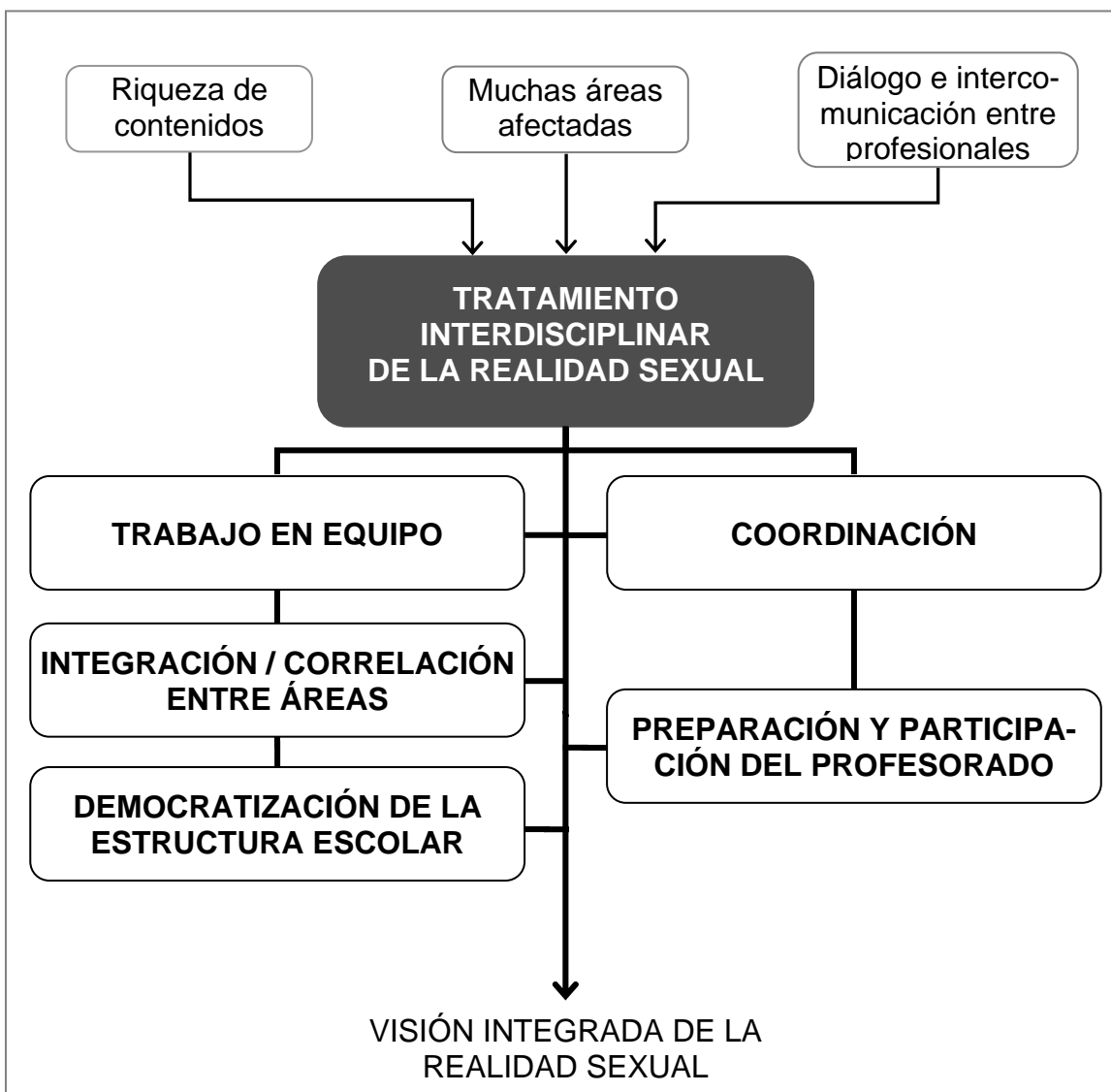
Sin embargo, aún hoy esta integración en el currículo resulta utópica. Ubillos y Mayordomo (2003) afirman incluso que las propuestas firmes de Educación Sexual mediante currículos estandarizados son en la actualidad inexistentes. En cualquier caso, para hacer efectiva esta integración deben producirse cambios fundamentales en nuestro sistema educativo. En primer lugar, maestros y profesores carecen de la formación básica para afrontar estas tareas, y consecuentemente no se sienten preparados para tratar estos temas en sus clases (Font y Catalán, 2000, López Soler, 2003), siendo agentes externos quienes asumen esta responsabilidad. Se corre el riesgo de esta manera, de trasladar y transmitir un mensaje oculto y no deseado al alumnado: la sexualidad como tema complejo del que los profesores prefieren no hablar. No obstante, para asumir este modelo hay que superar creencias personales, mitos y estereotipos sociales, así como disponer de actitudes positivas hacia la sexualidad. Por ello, no puede ser ejercido y desarrollado por un docente que no haya auto-explorado su propia concepción de sexualidad, lo que implica un proceso formativo amplio y liberador de prejuicios.

Otra dificultad en la implantación de este modelo es la obligada coordinación entre el profesorado para integrar contenidos sobre sexualidad de forma gradual en los distintos cursos y niveles educativos; es decir, la necesidad del trabajo colaborativo de las distintas áreas para elaborar un currículo en espiral a lo largo de toda la enseñanza obligatoria (Ariza *et al.*, 1991; De Marinis y Colman, 1995; López, 2005c; Urruzola, 1999). Como podemos ver en la Figura 2.4 propuesta por Ariza *et al.* (1991:181) los contenidos de la Educación Sexual son plurales y heterogéneos, por lo que afectan a distintas áreas y profesores. Para

elaborar por tanto, un currículo interdisciplinar es necesario la coordinación y el trabajo en equipo. Esto sólo se hace posible cuando las estructuras y los órganos escolares se democratizan, volviéndose más flexibles y abiertos.

En cualquier caso, siendo conscientes de que la implantación de este modelo pasa por la transformación de las formas de trabajo de los profesionales docentes y de la propia institución escolar, consideramos que es la alternativa educativa más interesante. Sus planteamientos permiten al alumnado la construcción de una visión global y multidimensional de la sexualidad humana. En nuestra opinión, la propuesta de López (1990, 2005c) enmarcada en el ámbito de la EpS, supone una referente incuestionable e indispensable para la elaboración de programas de Educación Sexual, como el elaborado por nosotros (desarrollado detalladamente en el próximo capítulo). Sin embargo, consideramos

Figura 2.4. Sexualidad, campo interdisciplinar.



Fuente: Ariza *et al.* (1991:181).

que otros enfoques y principios educativos sobre sexualidad enmarcados en el ámbito de las Ciencias Sociales son fundamentales, ya que aportan valiosas contribuciones (Barragán, 1999; Barragán, 1991; López Soler, 2003; Urruzola; 1999). En los siguientes epígrafes mostramos en detalle ambas corrientes educativas, ya que desde nuestra perspectiva son complementarias.

2.2. EDUCACIÓN SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Son muchos los autores (De la Cruz, 2003; Font y Catalan, 2000, Lameiras, 1997, López, 2005c, López 1990, Neida, 1992; Ubillos, 1992) que incluyen la Educación Sexual en el marco de la EpS, ya que el fin de la primera es lograr que los alumnos integren su sexualidad y vivan de acuerdo a ella, de forma saludable y satisfactoria, es decir, que adquieran los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para tomar las mejores decisiones en relación a su salud sexual. La EpS, por su parte, comprende todas aquellas oportunidades de aprendizaje en relación con la salud y las habilidades necesarias para la consecución de la misma, no limitándose a acciones informativas. Por ello, la OMS (1998:13) subraya que *“la EpS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria”* (OMS, 1998:13). Es innegable, en primer lugar, que Educación Sexual y EpS tienen fines análogos, y en segundo lugar, que la consecución de la salud está mediatizada por el logro de la sexualidad plena y sana. No debemos olvidar tampoco, que en ambos casos se destaca la importancia de promover hábitos saludables y evitar situaciones o prácticas que pongan en riesgo la salud. El enfoque que subyace en ambas, es un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante para la calidad de vida de las personas, que abarca también bienestar mental y espiritual (OMS, 2005).

Debemos concebir la Educación Sexual como constituyente de la EpS. En este sentido, Young y Williams (1989) (citados por Font y Catalán, 2000) en su

propuesta sobre la escuela promotora de la salud, hacen mención explícita a la educación afectiva y sexual, e indican que ésta debe entenderse como una parte indispensable de la educación integral de los individuos, y situarse en el marco de la EpS. No es extraño por ello, que en la mayor parte de los países adheridos a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), ahora Red de Escuela para la Salud en Europa (SHE)¹, la Educación Sexual, la educación emocional y la prevención de enfermedades sean contenidos recurrentes en sus escuelas promotoras de salud (Martín Rivas, 2002). Encontramos en consonancia, un panorama similar en nuestro país. Sin embargo, aún hoy las propuestas educativas vinculadas a la salud no están integradas en el currículo y suelen aparecer como una *yuxtaposición de programas aislados* que promocionan distintos aspectos de la salud (López, 200c:40). Este aspecto es subrayado en el Informe sobre la situación actual en materia de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela (PES) en el Estado español, elaborado de forma conjunta por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Salvador, Hernández y Rodríguez, 2008). Éste recomienda que los proyectos de PES posean un enfoque y una gestión global, ya que son demasiados los programas segmentados y mutuamente desvinculados (tabaco / drogas / SIDA / trastornos alimentarios / etc.). Además, se incide en la importancia de progresar en el desarrollo de la salud emocional. Distintos autores (Ania Palacio, 2007a; Salvador y Suelves, 2009; Salvador, Suelves y Puigdollers, 2008) incluyen la educación afectivo-sexual en su propuesta integrada de EpS, junto con otros aspectos relacionados con la salud (actividad física y alimentación saludable, bienestar y salud emocional, seguridad y prevención de riesgos, lesiones no intencionadas y accidentes, y educación sobre drogas: alcohol, tabaco y otras drogas). De igual manera, la Junta de Castilla y León (2006:42) señala la educación afectivo-sexual como uno de los campos de actuación para la promoción de la salud en los centros docentes de nuestra comunidad, cuyo objetivo es ayudar al alumnado a *“establecer relaciones interpersonales responsables y saludables en el ámbito afectivo-sexual que contribuyan al desarrollo integral de la persona”*.

La Educación Sexual es un eje indispensable de la EpS. En nuestra opinión es imposible entenderla al margen de la otra. En ambas se pretende *“que los alumnos desarrollen hábitos y costumbres sanos, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacen las pautas de*

¹ La red SHE es una plataforma de Escuelas para la Salud en Europa (Schools for Health in Europe Network) cuyo principal objetivo es apoyar a las organizaciones y a sus profesionales en el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. Desde 1992 la red antecesora, Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), cuenta con el apoyo de la Comisión Europea (CE), el Consejo de Europa y la Oficina Regional para Europa de la OMS.

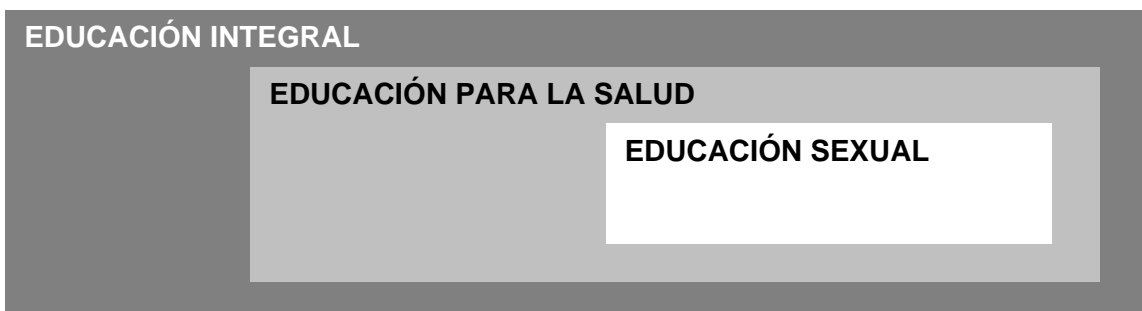
comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental (Neida, 1992:10). Por otro lado, los límites en los contenidos son difusos, la educación emocional y afectiva, la prevención de enfermedades, la educación sexual, la promoción de hábitos saludables, la educación para la autoestima y la valoración personal, el cuidado del cuerpo y los estilos de vida saludables, la educación sobre sustancias como el alcohol y las drogas, etc. Todos ellos son constitutivos de la EpS, y deben ser tratados de forma global, puesto que influyen los unos en los otros. No cabe duda, por tanto que la Educación Sexual emerge de la EpS, y que comparte con ella el afán por promocionar lo que denominamos “espíritu saludable”, es decir, la motivación, el interés y la responsabilidad para buscar y alcanzar niveles adecuados de salud.

La EpS y la Educación Sexual, comparten además, la fundamentación psicopedagógica que conlleva unas orientaciones metodológicas comunes, entre las que podemos destacar la transversalidad o el planteamiento del curriculum en espiral (Gray y Monnot, 1998). Ania Palacio (2007a,b) propone una EpS eminentemente constructivista, basada en un Modelo Democrático de Educación y Promoción de la Salud. Según este autor, este modelo promueve la participación democrática del alumnado y del resto de agentes implicados en la educación, tratando de superar la simple adquisición de los conocimientos, para poner el acento en el desarrollo de capacidades, habilidades y actitudes indispensables para desenvolverse en la sociedad, que corresponden al desarrollo de competencias psicosociales². La naturaleza democrática y profesional de este modelo, coincide con el cuarto modelo de Educación Sexual expuesto por nosotros, y defendido por López. Además, en ambos casos se insiste por ejemplo, en la importancia de una educación participativa, donde se trabajen el autoconocimiento, la comunicación, la toma de decisiones, las emociones y los sentimientos, la empatía, las relaciones interpersonales, la resolución de conflictos, etc. (Ania Palacio, 2007a; Ania Palacio, 2007 b; Cárdenas, 2002; López 2005c, López 1990; Luengo, Gómez-Fraguela, Garra y Romero, 2003).

En resumen, la Educación Sexual debe ser enmarcada en la EpS, entendida esta última como es un proceso amplio dirigido a favorecer que las personas adquieran y desarrollen las habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable, sobreponiéndose a las dificultades de la vida y respondiendo de forma efectiva y positiva a las exigencias de su entorno (Cárdenas, 2002).

² La OMS (1993) define las *competencias psicosociales* como “*la capacidad de una persona para afrontar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria y para mantener un estado de bienestar mental que es evidente mediante un comportamiento positivo y adaptable, en la interacción con las demás personas y con el entorno social y cultural*”.

Figura 2.5. Educación integral de las personas, EpS y Educación Sexual.



Por su parte, hemos de englobar a ambas en la educación integral de la persona, puesto que contribuyen al desarrollo de la personalidad de los educandos, favoreciendo que tomen decisiones saludables y democráticas, afrontando las dificultades y asumiendo con responsabilidad sus vidas (Figura 2.5).

2.3. EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MARCO DE LAS CIENCIAS SOCIALES

La sexualidad humana es multidimensional, configurándose desde nuestra biología, nuestra psicología, nuestra cultura, etc. El hecho sexual humano, está regulado socialmente mediante normas, creencias, valores, estereotipos, etc. Desde esta perspectiva la Educación Sexual se convierte en una vía de aculturación o de transformación social en relación a la sexualidad de las personas. Es por ello, que muchos autores enmarcan la Educación Sexual en el ámbito de las Ciencias Sociales (Barragán *et al.*, 2005; Barragán *et al.*, 2001; Barragán, 1999; Barragán, 1991; Castilla del Pino, 1984; Epstein y Johnson, 2000; Infante, Paris, Fernández y Padrón, 2009; Jiménez Ríos, 2003; Oliveira, 1998; Urruzola, 2000a; Urruzola, 2000b Urruzola, 1999).

Uno de los objetivos clásicos de la educación es la socialización de los sujetos. En este caso, la Educación Sexual se encargaría de la transmisión de las normas y valores sociales que son propios y adecuados en cada cultura (Barragán, 1999), conllevando un proceso de aceptación de esas concepciones culturales y sociales. Es lo que Amezúa (1978) denominó “educastración”, dónde se perpetúa una visión sesgada de la sexualidad, cargada de mitos y condiciona-

mientos morales y sociales. Sin embargo, la Educación Sexual debe conllevar, como ya hemos visto, la construcción de la identidad sexual y la configuración de una vida sexual y afectiva feliz. Por ello, la Educación Sexual ha de permitir al alumnado analizar críticamente las normas, los valores y los condicionamientos sociales de la sexualidad a fin de elaborar sus propios juicios, y poder elegir su estilo de vida de acuerdo a ellos (Barragán, 1999; Baragán, 1991; Font, 1990). Se trata por tanto de analizar, cuestionar y reelaborar los planteamientos sociales y culturales de la sexualidad humana. Como indica Urruzola (1999:47) *“el cuestionamiento del contexto social en el que vivimos y del modo de relaciones que ha producido, nos pone en condiciones de búsqueda de un modelo alternativo de persona y sociedad en base a un nuevo sistema de valores”*. Cargada de valores, la Educación Sexual debe considerarse propia de las Ciencias Sociales, ya que es eminentemente antropológica, social y ética.

Muchos de los autores que incluyen o reconocen la esencia social de la Educación Sexual, abogan por su vertebración desde un enfoque de género y coeducativo a fin de superar distintos tipos de sexismo (Barragán *et al.*, 2005; Barragán *et al.*, 2001; Barragán, 1999; Barragán, 1991; Infante *et al.*, 2009; Padrón *et al.*, 2009; Urruzola, 2000a; Urruzola, 1999; Urruzola, 1995). Londoño (1996) afirma incluso, que prescindir de este enfoque, conllevará una Educación Sexual carente de impacto, ajena a la nueva realidad de los géneros. Una educación que no provocará ningún tipo de cambio social.

La Educación Sexual con estas premisas, ahonda en el estudio de los procesos diferenciados de socialización de niños y niñas, así como en el análisis del conjunto de valores, creencias y estereotipos vinculados al sexo. Para hacer efectiva una educación con estos matices, es necesario un replanteamiento de todos los elementos del currículum: objetivos, contenidos, estrategias metodológicas, recursos materiales y personales, criterios y sistemas de evaluación, etc. (Barragán, 1999). Urruzola en diversas publicaciones (2000a, 2000b, 1999) subraya la importancia de reflexionar sobre las distintas fuentes del currículum, ya que aportan información relevante para programar y desarrollar la intervención educativa. Estas son: fuente sociológica, fuente epistemológica, fuente psicológica y fuente pedagógica. Siguiendo a esta autora, podemos extraer lo siguiente:

- **FUENTE SOCIOLÓGICA:** Análisis del contexto social en el que se producen las relaciones afectivas y sexuales, examinando de forma crítica el modelo o modelos relaciones imperantes, a fin de detectar necesidades y proponer alternativas.

- **FUENTE EPISTEMOLÓGICA:** Conocimiento interno de las ciencias que estudian el hecho sexual humano y las relaciones afectivo-sexuales: Psicología, Medicina, Sexología, Biología, Filosofía, Antropología, etc. Integrar las distintas ciencias desde un enfoque interdisciplinar.
- **FUENTE PSICOLÓGICA:** Estudio y concreción de las características generales del desarrollo psicológico en las distintas etapas de los destinatarios de la Educación Sexual; así como los principales rasgos de las relaciones afectivas y sexuales en cada una de esas etapas.
- **FUENTE PEDAGÓGICA:** Revisión del marco pedagógico existente, a fin de conocer y determinar los modos de aprendizaje del alumnado, los estilos y roles docentes más pertinentes, las distintas estrategias metodológicas, etc. En este análisis se incluyen tanto aquellas teorías concretadas explícitamente, como aquellas otras provenientes de la práctica de aula.

El resultado del análisis de estas fuentes, nos sitúa en un contexto en el que las relaciones sexuales y afectivas se reducen al coito, al placer y a la heterosexualidad. Todo ello en el seno de una sociedad consumista, sexista y con una importante crisis cultural y de valores (López y Oroz, 1999; Urruzola, 1999). En definitiva, una sociedad que se encuentra a caballo entre la tradición de la moral patriarcal y el imperativo del placer.

Las fuentes de currículo nos aportan además, información sobre el desarrollo psicosexual, emocional y cognitivo de las personas, evidenciando la importancia de trabajar y educar en y la sexualidad a lo largo de la escolaridad de las personas. Todo ello desde enfoques positivos que promuevan actitudes erotofílicas (fuente epistemológica) y reconozcan la sexualidad femenina.

La revisión pedagógica permite vertebrar todos estos aspectos mediante estrategias didácticas y propuestas metodológicas para alcanzar el fin último de la Educación Sexual: Alcanzar una sexualidad plena y saludable. Para ello, la educación ha de favorecer la superación de viejas concepciones, ayudar a niños y niñas a construir su sexualidad, humanizar las relaciones sexuales y afectivas, y promover modelos de convivencia sanos: libres de prejuicios y violencia.

Desde estos planteamientos, la escuela coeducadora es imprescindible. Permite conocer el valor de cada sexo, así como de la sexualidad humana (Ariza *et al.*, 1991). En consecuencia, es necesario un sistema educativo que garantice este tipo de escuelas y que no olvide la naturaleza sexuada de las perso-

nas. Planteamos, a partir de la propuesta de Subirats (1994), una serie de medidas para posibilitar una escuela coeducadora:

1. Revisar los contenidos de los libros de texto, cuentos infantiles, etc. y eliminar o depurar aquellos aspectos de índole sexista o discriminatoria.
2. Crear y difundir materiales escolares en los que aparezcan aportaciones de mujeres a la ciencia, la cultura y la sociedad.
3. Diseñar recursos didácticos sobre agrupamientos sociales y relaciones de pareja desde una perspectiva antropológica, a fin de identificar otras realidades y analizarlas críticamente.
4. Revisar y depurar aquellos textos científicos que incurran en errores derivados de una visión androcéntrica.
5. Promover el acceso de las mujeres a carreras técnicas.
6. Promover el acceso de los varones a carreras sociales.
7. Modificar del currículum escolar, e incluir aspectos relativos a la salud, la sexualidad, las relaciones afectivas, la convivencia, etc.
8. Inspeccionar y evaluar este proceso, a fin de garantizar que la mujer no es invisible en la escuela.

La Educación Sexual como educación humana y social, pone el acento en los modelos socioculturales que rigen la sexualidad de las personas. Presta especial atención a la diversidad y a la pluralidad, como por ejemplo distintas orientaciones del deseo o variadas formas de agrupamiento. No se trata del mero estudio de estos modelos, sino de conocer y comprender los procesos que han generado las distintas formas organización social y sexual (Barragán, 1999) Con ello se pretende que el alumnado los valore de forma crítica, y que construya sus propios juicios y concepciones, para vivir su sexualidad de acuerdo a estos.

Consideramos que la Educación Sexual enmarcada en las Ciencias Sociales y Humanas no se opone a la Educación Sexual en el ámbito de la Educación para la Salud, puesto que son enfoques complementarios. Comparten un mismo objetivo: una vivencia saludable, feliz y ética de la sexualidad de las personas, carente de estereotipos y condicionamientos sociales. Se trata por tanto, de la salud de la sociedad y de educar por y para ella. En palabras de Jiménez Ríos, (2003:408) *“se abre un horizonte prometedor en el juego de la Pedagogía con la Sexología: la educación sexual integral se orienta hacia la salud sexual integral, personal y social. La educación sexual es educación social. La salud sexual es*

constitutiva de un tejido social saludable". En definitiva, ambos enfoques promueven una Educación Sexual libre de prejuicios, caracterizada por actitudes positivas hacia la sexualidad propia y ajena, así como por una libertad ética. Desde cualquiera de las dos perspectivas se pretende lograr una salud sexual y social, que conduzca a relaciones interpersonales felices, basadas en el respeto y la tolerancia.

2.4. ELEMENTOS DEL CURRÍCULO EN EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual, ya sea en el marco de la EpS o en el de las Ciencias Humanas y Sociales, constituye un aspecto clave en la educación integral de las personas, por lo que debe ser integrada de forma explícita en los currículos escolares. Esto conlleva la concreción de los distintos elementos del currículo, es decir, los componentes básicos que forman parte de cualquier currículo educativo, los cuales pretenden dar respuesta a las preguntas ¿Qué enseñar? ¿Cuándo enseñar? ¿Cómo enseñar? ¿Qué, cuando y cómo evaluar?, es decir, son los objetivos, los contenidos, la metodología, y la evaluación. Para realizar esta tarea hemos de tener en cuenta algunas características propias de la Educación Sexual que condicionan su diseño curricular:

1. La sexualidad es multidimensional, por lo que su educación debe ser integrada desde diversas áreas y actividades del currículo, es decir, exige un planteamiento interdisciplinar y es de carácter transversal (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; De Marinis y Colman, 1995; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Font y Catalán, 2000; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López y Oroz., 1997; Miqueo, 1993; Padrón *et al.*, 2009; Santos Guerra, 2009; Urruzola, 1999).
2. La Educación Sexual exige continuidad, progresión y ajuste al desarrollo psicosexual del alumnado (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; De Marinis y Colman, 1995; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Harimaguada, 1994; Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006; Lameiras *et al.*, 2004; Lena *et al.*, 2007; López, 2005c; Santos Guerra, 2009; Urruzola, 1999).
3. La Educación Sexual debe plantearse desde un modelo educativo de carácter biográfico, democrático, profesional y ético, que emerja y pro-

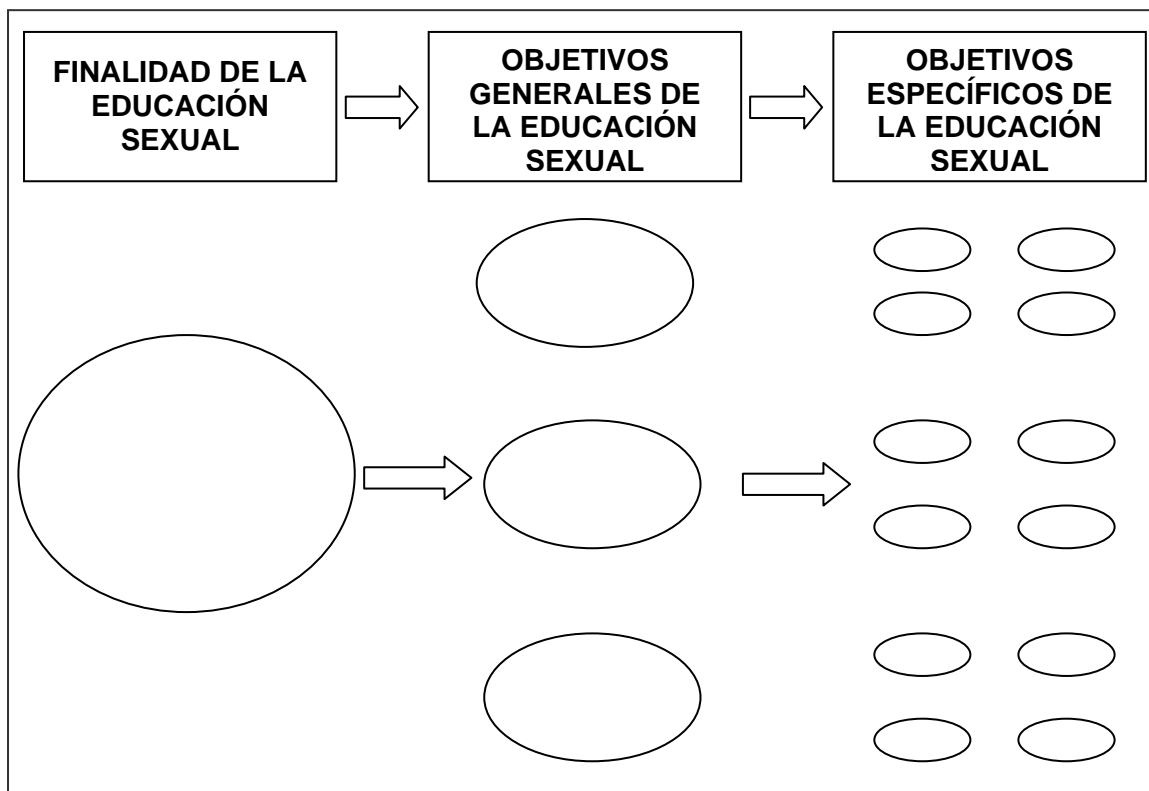
nuevas actitudes positivas hacia la sexualidad (Beiztegui, 2006; Font, 1990; Font y Catalán; 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Lameiras *et al.*, 2006; Lena *et al.*, 2007; López, 2005c, Lopez y Oroz, 1999; Lopez, 1990).

4. Es conveniente que la Educación Sexual la realicen los mismos educadores del centro escolar (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De Marinis y Colman, 1995; Fernández Costa, Juárez y Diez David, 1999; Font, 2005; Goldman, 2008; Harimaguada, 1994; López, 2005c; Gómez Zapiain *et al.*, 2000, Urruzola, 1999).
5. La Educación Sexual debe proporcionar información adecuada, variada y correcta, pero no limitarse a este aspecto. En palabras de Font (2005:87) "*la información es considerada como una condición necesaria pero no suficiente*". Se deben abordar otros contenidos como las actitudes o las habilidades sociales, etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Beiztegui, 2006; Font, 2000, García Ruiz y Suárez, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Harimaguada, 1994; Infante *et al.*, 2009; Lameiras *et al.*, 2004; Lena *et al.*, 2007; López, 2005c; Padrón *et al.*, 2009; Ubillós, Pacheco, Páez e Igartua, 1995; Urruzola, 1999)

2.4.1. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Desde el punto de vista pedagógico, es importante diferenciar entre finalidades y objetivos, en el campo de la Educación Sexual. Las primeras, las finalidades, son metas a largo plazo de carácter general. Se refieren por tanto, al fin último de la Educación Sexual en las personas. Los objetivos por su parte poseen un carácter más concreto y operativo, vertebrando el diseño y el desarrollo del currículo de la Educación Sexual. Dentro de estos podemos distinguir entre objetivos generales y objetivos específicos. Los objetivos generales son metas a alcanzar en medio plazo, a lo largo de una etapa educativa por ejemplo. Éstos "*traducen los enunciados de las finalidades en términos de contenidos educativos*". (Ariza *et al.*, 1991:144). Los objetivos específicos son aún más concretos y operativos. Surgen de la parcelación de los generales, y suponen metas a corto plazo, durante el curso o la unidad didáctica por ejemplo (Figura 2.6). Para Font

Figura 2.6. Finalidades y objetivos, su parcelación.



(1990) los objetivos específicos deben ser pertinentes, precisos y comprensibles, realizables, lógicos, observables y evaluables o medibles. Este tipo de objetivos, debe tener una formulación precisa y clara, exenta de ambigüedades o contradicciones. Además, aquello que se pretende con ellos debe ser posible o alcanzable, es decir, los objetivos han de estar adaptados a los medios, las capacidades o los conocimientos de los que dispone el alumnado. Han de reflejar asimismo, conductas observables, que permitan su evaluación o medición

La redacción de los objetivos específicos se convierte en una tarea básica de vertebración en el diseño y el desarrollo del currículo en Educación Sexual. Cuanto mayor sea la concreción de estos objetivos, más precisa debe ser la formulación de sus enunciados, evitando verbos ambiguos que no muestren conductas observables. Para facilitar esta tarea Tenbrink (1984) propone una serie de verbos que se diferencian por su capacidad de ser o no ser observables, a fin de utilizar los primeros en este tipo de objetivos:

a) Verbos que expresan vaguedad y que no son observables:

- | | |
|--------------|------------------|
| ✓ Saber | ✓ Crear |
| ✓ Entender | ✓ Agradar |
| ✓ Aprender | ✓ Valorar |
| ✓ Apremiar | ✓ Darse cuenta |
| ✓ Comprender | ✓ Estimar |
| ✓ Pensar | ✓ Familiarizarse |

b) Verbos que expresan conductas observables:

- | | |
|---------------|---------------|
| ✓ Nombrar | ✓ Diferenciar |
| ✓ Construir | ✓ Añadir |
| ✓ Dividir | ✓ Escribir |
| ✓ Identificar | ✓ Seleccionar |
| ✓ Analizar | ✓ Predecir |
| ✓ Calcular | ✓ Inferir |
| ✓ Explicar | ✓ Aislar |
| ✓ Localizar | ✓ Deducir |

El fin último de la Educación Sexual es que sus destinatarios vivan de forma satisfactoria, feliz y saludable su sexualidad, aceptando la diversidad de biografías sexuales y ejerciendo su *libertad ética* (López, 2005b). La consecución de esta compleja meta, pasa por alcanzar una serie de objetivos educativos que deben ser explicitados en los currículos. A continuación mostramos algunos de los objetivos señalados por los distintos autores.

2.4.1.1. Objetivos Generales de la Educación Sexual en la Escolaridad Obligatoria

La revisión de distintos programas y propuestas sobre Educación Sexual nos permiten extraer los siguientes objetivos que debería alcanzar el alumnado a lo largo de su escolaridad. Los límites entre algunos de ellos son difusos, pero poseen ciertos matices que los diferencian:

1. Desarrollar actitudes erotofílicas, que permitan reconocer y aceptar la sexualidad como una dimensión positiva del ser humano (Barragán, 1991; Barragán, Bredy, Rivero y Borja, 1989; De la Cruz, 2003; Frago, 1993; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López, 200c).
2. Asumir positivamente el “hecho sexual humano” y los procesos de sexuación, así como el desarrollo psicosexual en cada etapa (Barra-

- gán *et al.*, 1989; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Harimaguada, 1994; López 1990; Salvador y Suelves, 2009).
3. Comprender y conocer el desarrollo sexual humano, así como las posibles dificultades que pueden aparecer en cada momento para prevenirlas y optimizar un adecuado desarrollo (Barragán, 1991; Barragán *et al.*, 1989; De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006; López 200c; López, 1990).
 4. Aceptar la sexualidad en todas sus dimensiones, como fuente de placer, salud, afectividad, fecundidad, comunicación, etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1991; Barragán *et al.*, 1989; De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006; López, 1990).
 5. Adquirir conocimientos sobre sexualidad, adecuados a su edad y sus necesidades, para relacionarse consigo mismo y con los demás de forma saludable (Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López 1990).
 6. Analizar de forma crítica los determinantes socioculturales en la sexualidad de las personas, a fin de evitar y eliminar mitos, estereotipos, falsas creencias, miedos, prejuicios etc. (Barragan, 1991, Barragán *et al.*, 1989; Frago, 1993; López, 1990; Urruzola, 2000a).
 7. Desarrollar la autoestima, asumiendo la identidad sexual, así como tomar conciencia y aceptar la propia figura corporal (De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López 1990).
 8. Valorar la dimensión ética de la sexualidad, basada en el respeto a los demás, el trato igualitario entre los sexos, el placer compartido, la responsabilidad y la comunicación y el consenso en la pareja (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1991; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López, 2005c; López, 1990, Urruzola 2000a, Uruuzola, 2000b).
 9. Comprender y conocer los mecanismos de la reproducción para asumir esta capacidad con responsabilidad. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán *et al.*, 1989; De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006).
 10. Conocer los elementos básicos de la “respuesta sexual”, tanto masculina como femenina, y los afectos y emociones asociados e ésta (Ariza *et al.*, 1991; De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007).

11. Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones; así como aceptar y comprender la diversidad en las orientaciones del deseo (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007).
12. Adquirir actitudes y conductas sensibles a aspectos de género, así como rechazar la violencia en cualquiera de sus manifestaciones (Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López, 1990; Salvador y Suelves, 2009).
13. Apreciar y cultivar la comunicación entre padres e hijos, educadores y educandos, chicos y chicas, hombres y mujeres, padres y madres, pareja, etc. (Barragán, 1991; Barragán *et al.*, 1989; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López, 1990).
14. Comprender y expresar mensajes en relación con el hecho sexual humano, incorporando un vocabulario preciso y no discriminatorio (Barragán, 1991; Barragán *et al.*, 1989; Frago, 1993; Harimaguada, 1994).
15. Desarrollar habilidades interpersonales y sociales, como la capacidad de comunicación íntima, la asertividad, la empatía, resolución de conflictos, etc. Es decir, todas aquellas competencias indispensables para un buen funcionamiento interpersonal, que permiten además vivir la erótica y las relaciones personales de manera adecuada (De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López, 2005c).
16. Identificar las situaciones de riesgo en el comportamiento sexual, así como valorar positivamente el uso de medidas preventivas y anticonceptivas a fin de evitar Embarazos No Deseados o Infecciones de Transmisión Sexual (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006; Salvador y Suelves, 2009).

2.4.4.2. Objetivos Generales en la Educación Secundaria Obligatoria

La mayor parte de los programas educativos consultados, prestan especial atención a la Educación Sexual de los y las adolescentes. Esto nos ha permitido realizar un listado de objetivos generales para esta etapa educativa. Algunos de ellos, coinciden con los expuestos anteriormente, puesto que son objetivos a alcanzar a lo largo de toda la vida, y en consecuencia, también en esta etapa de la escolaridad.

Los objetivos que presentamos son una compilación y reelaboración de los señalados por diferentes autores. Pueden resultar útiles para la elaboración y concreción de los objetivos específicos en las diferentes unidades didácticas. Pretenden ser una guía de objetivos generales de la Educación Sexual en la Educación Secundaria Obligatoria, pero podrían señalarse otros:

1. Desarrollar actitudes erotofílicas, que permitan reconocer y aceptar la sexualidad como una dimensión positiva e inherente al ser humano en las distintas etapas de su vida (Barragán, 1999; De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; Lameiras *et al.*, 2004; López 1990; López, 2005 c; Oliveira, 1998; Salvador y Suelves, 2009; Ubillos y Navarro; 2003; Ubillos, 2001; Urruzola, 1999).
2. Comprender el desarrollo sexual humano, e integrar de forma positiva los diferentes cambios que tienen lugar durante esta etapa de sus vidas (Barragán, 1999; De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; JCyL, 2006; López 2005c; López, 1990; Ubillos y Navarro; 2003).
3. Integrar las distintas dimensiones de la sexualidad (cultural, biológica, social, psicológica, afectiva y ética) en la explicación del hecho sexual humano, así como reconocer las múltiples funciones y posibilidades de éste: fuente de placer, salud, afectividad, fecundidad, comunicación, etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006; López, 2005c; López, 1990; Oliveira, 1998; Ubillos y Navarro; 2003).
4. Comprender las relaciones entre sexualidad, salud, bienestar, felicidad y calidad de vida, y valorar la importancia de cultivar estos aspectos con responsabilidad (De Marinis y Colman, 1995; Ubillos y Navarro; 2003).
5. Analizar de forma crítica los determinantes socioculturales en la sexualidad de las personas, a fin de evitar y eliminar mitos, estereotipos, falsas creencias, miedos, prejuicios etc. (Barragán, 1999; Barragán, 1991; De Marinis y Colman, 1995; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Lameiras *et al.*, 2004; López, 1990; Oliveira, 1998; Urruzola, 2000b, Urruzola, 1999).
6. Desarrollar la autoestima asumiendo positivamente la propia identidad sexual; así como incrementar el grado de autonomía y seguridad per-

- sonal (Barragán, 1999; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Lameiras *et al.*, 2004; Oliveira, 1998).
7. Descubrir, conocer y aceptar el propio cuerpo sexuado, así como relativizar la importancia del aspecto físico en nuestra sociedad (De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; López 1990; Urruzola, 1999).
 8. Valorar la dimensión ética de la sexualidad, basada en el respeto a los demás, el trato igualitario entre los sexos, el placer compartido, la responsabilidad y la comunicación y el consenso en la pareja (Ariza *et al.*, 1991; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; López, 2005c; López, 1990, Ubillós, 1995; Urruzola 2000a; Urruzola 2000b; Urruzola, 1999).
 9. Identificar las distintas emociones, afectos y sentimientos y desarrollar las habilidades necesarias para comprenderlos y regularlos; así como la capacidad de disfrutar y potenciar la afectividad propia y de los demás (De Marinis y Colman, 1995; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Lameiras *et al.*, 2004;
 10. Reconocer y diferenciar los afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento. Conocer el fenómeno de enamoramiento, con el fin de diferenciar nítidamente las necesidades personales y los límites entre la satisfacción y el sufrimiento, evitando tergiversaciones o decepciones que provoquen riesgos físicos o emocionales (Gómez Zapiain *et al.*, 2000; López, 2005c; Oliveira, 1998).
 11. Desarrollar en la medida de lo posible los afectos sociales ligados a la sexualidad humana: apego seguro, empatía y amistad (Gómez Zapiain *et al.*, 2000; López, 2005c).
 12. Identificar las creencias sexistas y los “*scripts sexuales*” existentes en nuestra sociedad, así como analizar los aspectos que condicionan las similitudes y diferencias en el comportamiento sexual de varones y mujeres (Barragán, 1999; Barragán, 1991; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Lameiras *et al.*, 2004; López, 1990; Oliveira, 1998; Urruzola, 2000b, Urruzola, 1999).
 13. Conocer los elementos básicos de la “anatomía y respuesta sexual”, tanto masculina como femenina, así como analizar las similitudes y diferencias existentes entre ambas (Ariza *et al.*, 1991; De la Cruz, 2003;

- Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; Ubillos y Navarro; 2003)
14. Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones, así como aceptar y comprender la diversidad de orientaciones del deseo (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; Urruzola, 1999).
 15. Adquirir actitudes y conductas sensibles a aspectos de género, así como rechazar la violencia en cualquiera de sus manifestaciones (Barragán, 1999; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; Lameiras *et al.*, 2004; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; López, 1990; Salvador y Suelves, 2009; Urruzola, 1999).
 16. Incorporar un vocabulario adecuado y preciso en relación al hecho sexual humano, evitando expresiones o connotaciones sexistas, homófobas, discriminatorias, moralistas, vulgares o soeces (Barragán, 1999; Frago, 1993; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994).
 17. Desarrollar y valorar estrategias de comunicación, que permitan abordar con naturalidad cuestiones relacionadas con la sexualidad y/o la afectividad (Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López, 1990; Urruzola, 1999).
 18. Desarrollar habilidades interpersonales y sociales, como la capacidad de comunicación íntima, la asertividad, la empatía, resolución de conflictos, etc. Es decir, todas aquellas competencias indispensables para un buen funcionamiento interpersonal (De la Cruz, 2003; Frago, 1993; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Harimaguada, 1994; JCyL, 2006; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c).
 19. Identificar las situaciones de riesgo en el comportamiento sexual, así como valorar positivamente el uso de medidas preventivas y anticonceptivas a fin de evitar Embarazos No Deseados o Infecciones de Transmisión Sexual (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; JCyL, 2006; López, 2005c; Salvador y Suelves, 2009).
 20. Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas para prevenir Embarazos No Deseados o Infecciones de Transmisión Sexual y especialmente del VIH (Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; Ubillos, 1995).

21. Conocer los diferentes servicios de orientación y salud que existen a disposición de los ciudadanos (JCyL, 2006; Ubillos, 1995).

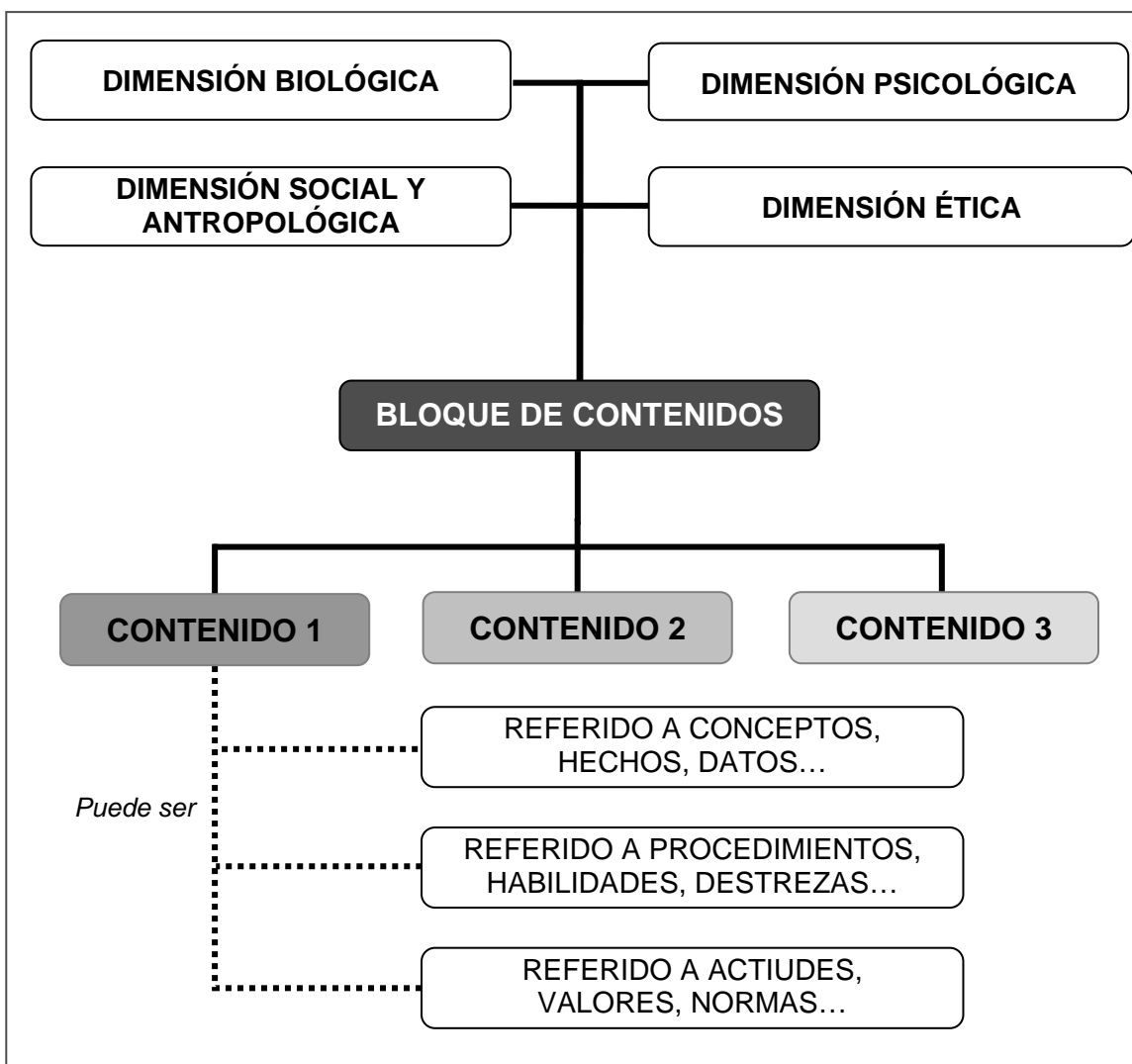
2.4.2. CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Los contenidos, junto con los objetivos, responden a la pregunta pedagógica ¿Qué enseñar? La respuesta a ésta condiciona y determina el diseño y desarrollo curricular. La explicitación realizada de los objetivos, evidencia la pluralidad de contenidos que deben ser tratados en Educación Sexual. No podemos por ello, convenir y establecer cuáles son los contenidos obligados, pero sí generar una guía orientativa para la selección de los diversos contenidos. Hemos de partir de tres requisitos previamente subrayados:

- Los contenidos deben adaptarse a las características evolutivas y psicológicas del alumnado y deben ser progresivos a lo largo de su escolaridad. Esto es denominado por Ferrer (1986:104) *gradualidad cíclica*, y supone la base de un currículo en espiral (Ariza *et al.*, 1991; De Marinis y Colman, 1995; López, 2005c; Urruzola, 1999).
- El tratamiento de los contenidos ha de contemplar distintos enfoques que emerjan de las distintas áreas de conocimiento (Ariza *et al.*, 1991; Ferrer; 1989; López, 2005ac; Urruzola, 1999).
- Los contenidos no se limitan a la información, los conceptos, los hechos o los datos. Son prioritarios contenidos relacionados con actitudes, estrategias, habilidades y valores.

Teniendo en cuenta estas premisas, planteamos un modelo de selección de contenidos basado en el análisis multidimensional y pormenorizado de bloques de contenidos (Figura 2.7).

Figura 2.7. Selección multidimensional de los contenidos.



Los contenidos educativos provienen de teorías científicas de distintas disciplinas: Biología, Psicología, Sexología, Medicina, Sociología, Antropología, Filosofía, etc. Este carácter interdisciplinar ha de aparecer en las programaciones curriculares, tratando cada aspecto desde sus múltiples facetas (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999). Para ello proponemos agrupar los contenidos en bloques, aportando una visión global que tenga en cuenta la dimensión biológica, social y cultural, psicológica y ética del hecho sexual humano. De esta manera, cada bloque refleja la esencia multidimensional de la sexualidad, y estará compuesto por contenidos de naturaleza variada: actitudes, conceptos, datos, estrategias, habilidades, etc.

De forma orientativa, López (2005c) propone una serie de temas básicos a tratar en cada una de las etapas educativas. Estos pueden ser utilizados como

bloques de contenidos recomendables, analizando sus dimensiones y extrayendo contenidos de diversa índole. Siguiendo su propuesta estos son:

- **En Educación Infantil (0 a 6 años):**
 - El cuerpo, la identidad sexual y el rol de género.
 - Familia y vínculos afectivos.
 - La amistad y el compañerismo.
 - El origen del ser humanos: reproducción y gestación.
 - La comunicación, preguntas y lenguajes sobre sexualidad y afectividad.

- **En Educación Primaria (6 a 12 años):**
 - El cuerpo, la figura corporal, la identidad sexual y el rol de género.
 - Vínculos afectivos y familia.
 - La amistad, el compañerismo, el consuelo, la ayuda, la empatía, etc.
 - Habilidades sociales y asertividad.
 - Erección y reproducción.
 - Conductas sexuales.
 - Abuso sexual.
 - La comunicación.
 - Eyaculación y menstruación (último ciclo de EPO).
 - Riesgos asociados a la actividad sexual (último ciclo de EPO).

- **En Educación Secundaria (6 a 12 años):**
 - El cuerpo y los afectos son sexuados.
 - Funciones de la sexualidad.
 - Los cambios en el cuerpo y la fisiología: La pubertad.
 - Respuesta sexual humana.
 - Identidad sexual y rol de género.
 - Afectos sexuales: Deseo, atracción y enamoramiento.
 - Conductas sexuales de los adolescentes.
 - Riesgos asociados a la actividad sexual.
 - La anticoncepción.
 - Las relaciones interpersonales.
 - Abusos y violencia sexual.
 - Comercialización de la sexualidad.

Cada uno de estos bloques es fundamentado desde diversas disciplinas científicas, lo que aporta interdisciplinariedad y variedad en los contenidos. A la hora su selección, se ha de tener en cuenta un criterio fundamental, señalado por Barragán (1991): los contenidos han de conectar con los intereses del alum-

nado. Para esta tarea este autor (1999, 1991) propone que sean los propios alumnos quienes elijan las temáticas, puesto que existe relación entre las capacidades de comprensión de los temas y la selección que realizan los alumnos y alumnas. Indica además, que en la práctica docente estos temas conducen a otros, por lo que se amplía el currículo, sin olvidar los intereses del alumnado. A las propuestas de Barragán y López, añadimos la exigencia de que los contenidos sean de distinta naturaleza, es decir, que sean conceptuales, procedimentales y actitudinales, prestando especial atención a estos últimos debido a la influencia de las actitudes en la vivencia saludable y feliz de la sexualidad (Fisher, 1986; Fisher *et al.*, 1988; Johnson *et al.*, 1999, Lameiras *et al.*, 2007; McKelvey *et al.*, 1999; Minichiello, *et al.*, 2001; Oliva *et al.*, 1997; Ortega *et al.*, 2005; Perla *et al.*, 2009; Perla *et al.*, 2008; Perla, 2007; Santín *et al.*, 2003; Sierra *et al.*, 2003; Smith *et al.*, 1993; Sueiro *et al.*, 2004; Trudel, 2002; Zubeidat *et al.*, 2005).

López (2005, 1990) no es el único autor que sugiere distintos temas o ejes temáticos para las diferentes etapas educativas. El presente trabajo se centra en la Educación Sexual de los adolescentes, por ello hemos realizado una revisión más exhaustiva de propuestas educativas destinadas a Educación Secundaria Obligatoria. En la Tabla 2.1., que aparece en las páginas siguientes, están registrados los principales programas realizados en nuestro país. A partir del análisis de los mismos, consideramos bloques de contenidos indispensables para esta etapa, reconociendo que pueden ser establecidos otros, los siguientes:

1. El ser humano es un ser sexuado.
2. Desarrollo psicosexual y cambios en la adolescencia.
3. Anatomía sexual, figura corporal y autoestima.
4. Los afectos sexuales y los afectos sociales: deseo, atracción, enamoramiento, empatía, apego, amistad.
5. Orientación del deseo, identidad sexual y de género.
6. La respuesta sexual humana.
7. Conductas sexuales: masturbación, besos, “*petting*”, coito, abstinencia, etc.
8. Riesgos para la salud físicos (END e ITS) y emocionales (culpa, ruptura, miedo...).
9. Métodos anticonceptivos y preventivos.
10. La salud y el bienestar: responsabilidad, prevención, interés, calidad de vida y felicidad.

Tabla 2.1. Propuestas de contenidos para ESO en distintos programas o guías.

AUTOR	PROPUESTA	
Abenoza (1994)	5 Bloques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexuados y sensuados. 2. Cuerpo sexuado: Evolución y desarrollo. 3. Sexualidad y juventud. 4. Concepción y anticoncepción. 5. Cuestiones de higiene y salud.
Ariza et al. (1991)	8 Bloques	<p>A) <i>Elementos médico-biológicos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomofisiología. 2. Desarrollo biológico. 3. Aspectos reproductivos 4. Sexo y salud. <p>B) <i>Elementos psicológicos, sociales y éticos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Psicología y comportamiento sexual. 6. Antropología de la sexualidad. 7. Aspectos filosóficos y éticos. 8. Componentes teológicos.
Barragán (1999, 1991)	12 Bloques temáticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia de la sexualidad. 2. Sexualidad y cultura. 3. Anatomía y ciclo menstrual. 4. Ciclo de respuesta sexual y alteraciones. 5. Orientaciones a la respuesta sexual. 6. Sexualidad y reproducción. 7. Aspectos sociales y jurídicos de la sexualidad. 8. Higiene sexual. 9. Atracción, amor y sexualidad. 10. Planificación familiar 11. Evolución de la sexualidad humana. 12. Educación sexual.
Barrero et al. (2006)	10 Aspectos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de sexualidad. 2. Género y sexualidad. 3. Evolución de la sexualidad. 4. Anatomía. 5. Ciclo de respuesta sexual. 6. Preferencias sexuales. 7. Sexualidad sin riesgos. 8. Anticoncepción. 9. Prevención de la violencia sexual.
De la Cruz (2003)	8 "Epígrafes"	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sexuación y todo su proceso. 2. La sexualidad, la manera de vivirse como sexuado. 3. La erótica (sensaciones, emociones, sentimientos, deseos, etc.). 4. El "Ars Amandi" (de los deseos a las "formas" de hacer). 5. La vida en pareja. 6. La procreación (concepción, anticoncepción, higiene, prevención de ETS, etc.). 7. Los problemas comunes de los sexos (identidad, orientación, etc.). 8. El sexo como valor.

AUTOR	PROPUESTA	
De Marinis y Colman (1995)	18 Contenidos	<p>PRIMER CICLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procesos de cambio personal, desde la fecundación a la pubertad. 2. Higiene sexual. 3. Virginidad. 4. La adolescencia en otras sociedades. 5. Adolescencia, publicidad y consumo. 6. Cuerpo, belleza y moda. 7. Los cambios en la vivencia y expresión de los afectos. 8. El mapa del cuerpo y sus posibilidades. 9. Las nuevas posibilidades de ver y expresar la realidad. 10. Pareja, familia, matrimonio, divorcio, etc. <p>SEGUNDO CICLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Procesos de cambio, desde la fecundación a la adultez. 12. Anticoncepción, aborto, infertilidad, reproducción asistida, etc. 13. Enfermedades de Transmisión Sexual y su prevención: El Sida. 14. Roles de género, modelos y regulaciones sociales. 15. Roles de género e identidad sexual. 16. Prostitución, pornografía, nudismo, etc. 17. La pareja y las formas de convivencia entre los sexos. 18. Moralidad e inmoralidad: Ética y medios de comunicación.
Font (1990)	14 Temas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene del cuerpo. 2. Roles sexuales. 3. Gestación y nacimiento. 4. Aborto. 5. Embarazo No Deseado (END). 6. Métodos contraceptivos. 7. Respuesta sexual humana. 8. Masturbación. 9. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). 10. identidad corporal. 11. Abusos sexuales. 12. Vínculos afectivos. 13. Prostitución. 14. Enamoramiento.
Gómez Zapiain <i>et al.</i> (2004)	9 Núcleos de trabajo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto y actitudes. 2. Identidad. 3. Deseo sexual. 4. Afectividad. 5. Respecto a la diversidad por orientación sexual. 6. Prevención de la violencia hacia las mujeres. 7. Prevención del abuso sexual. 8. Habilidades sociales. 9. Ética.

AUTOR	PROPUESTA	
<p>Gómez Zapiain <i>et al.</i> UHIN BARE (2000)</p>	<p>6 Núcleos de trabajo</p>	<p>A) 3º de ESO: 1. Personas sexuadas. 2. Desarrollo sexual. 3. Fecundidad y sexualidad.</p> <p>B) 3º de ESO: 4. Personas sexuadas. 5. Desarrollo sexual. 6. Fecundidad y sexualidad.</p> <p>C) 3º de ESO: 7. Comportamiento sexual humano. 8. Afectividad y sexualidad. 9. Salud y sexualidad.</p> <p>D) 3º de ESO: 10. Comportamiento sexual humano. 11. Afectividad y sexualidad. 12. Salud y sexualidad.</p>
<p>Gómez Zapiain <i>et al.</i> (1997)</p>	<p>7 Núcleos de trabajo</p>	<p>1. Somos sexuados. 2. Desarrollo sexual. 3. Fecundación, embarazo y parto. 4. Anticoncepción. 5. Respuesta sexual humana. 6. Afectividad y sexualidad. 7. Sexualidad y prevención.</p>
<p>HARIMAGUADA (1994)</p>	<p>11 Centros de interés</p>	<p>1. "Somos seres sexuados". 2. Desarrollo sexual. 3. Fecundación, embarazo y parto. 4. Anticoncepción y aborto. 5. Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. 6. Relaciones interpersonales con la familia y el grupo de iguales. 7. Orientación del deseo, sentimientos y conductas sexuales. 8. Respuesta sexual humana y disfunciones sexuales. 9. Comercialización del sexo y la violencia sexual. 10. El sexismo en la sociedad actual. 11. Ocio y tiempo libre.</p>
<p>Infante <i>et al.</i> (2009)</p>	<p>11 Centros de interés</p>	<p>1. Sexualidad y género. 2. Autoestima, género e identidad sexual. 3. Orientación del deseo y diversidad sexual. 4. Enamoramiento, amor y dependencias. 5. La "primera vez". 6. Conciencia corporal y Respuesta Sexual Humana. 7. Prevención de riesgos sexuales.</p>

AUTOR	PROPUESTA	
Lameiras <i>et al.</i> AGARIMOS (2004)	7 Áreas temáticas	<p>Bloque I. Autoconocimiento y valoración personal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identidad corporal. 2. Identidad de género. 3. Identidad y valoración personal. <p>Bloque II. Desarrollo socioafectivo y sexual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Emociones. 5. Relaciones socio-afectivas. 6. Conducta sexual. 7. Salud sexual.
Lena <i>et al.</i> (2007)	9 Unidades	<p>A) 1º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Somos seres sexuados. 2. Diferencias sexo-género. 3. Autoconocimiento y autoestima. 4. Nos tratamos bien el compañerismo. 5. Relaciones familiares. <p>B) 2º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Autoestima. 7. Somos seres sexuados. 8. La imagen corporal. 9. Nos tratamos bien. <p>C) 3º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Imagen corporal: La alimentación saludable. 11. Somos seres sexuados 12. Relaciones de enamoramiento. 13. Relaciones afectivas y sexuales. 14. Nos tratamos bien. <p>B) 4º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Aprendiendo a conocerse y quererse. 16. Vivir la sexualidad. 17. Nos tratamos bien. 18. Embarazos no deseados, ITS y SIDA.
López (2005c)	12 Temas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuestro cuerpo y nuestros afectos son sexuados. 2. Funciones de la sexualidad. 3. Los cambios y la fisiología: La pubertad. 4. Respuesta sexual humana. 5. Identidad sexual y rol de género. 6. Afectos sexuales: Deseo, atracción y enamoramiento. 7. Conductas sexuales de los adolescentes. 8. Riesgos asociados a la actividad sexual. 9. La anticoncepción. 10. Las relaciones interpersonales. 11. Abusos y violencia sexual. 12. Comercialización social de la sexualidad.
López Soler (2003)	5 Bloques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomía sexual. 2. Respuestas corporales-sexuales y emocionales. 3. Reproducción. 4. Métodos anticonceptivos. 5. ETS y trastornos psicosexuales.

AUTOR	PROPUESTA	
Moreno y López Navarro (2001)	9 Temas/Preguntas	<ol style="list-style-type: none"> 1. La primera vez. 2. ¿Qué me está pasando? 3. ¿Cómo ocurre? 4. ¿Y cuando no funciona? 5. ¿Qué es lo normal? 6. ¿Para que sirve? 7. ¿Siempre hay que tener niños? 8. ¿Se puede enfermar? 9. ¿Y si te obligan?
Oliveira (1998)	7 Boques temáticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo y género. 2. La sexualidad. 3. La elección: Conducta heterosexual, conducta homosexual o conducta célibe. 4. Violencia sexual. 5. Los afectos: libertad y servidumbre. 6. El amor. 7. Sexo y mercancía. Prostitución y pornografía.
Urruzola (1999)	24 Unidades Didácticas	<p>A) 1º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones de una persona consigo misma. 2. Relaciones de cordialidad. 3. Relaciones de compañerismo. 4. Relaciones con el profesorado. 5. Relaciones familiares. 6. Relaciones con los animales. 7. Relaciones con los objetos. <p>B) 2º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Relaciones de solidaridad. 9. Relaciones de amistad. 10. Relaciones de enamoramiento. 11. Relaciones con el medio ambiente. 12. Relaciones con los objetos. <p>C) 3º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Modelo de relación afectivo sexual en la familia. 14. Modelo de relación afectivo sexual en la escuela. 15. Modelo de relación afectivo sexual en la calle. 16. Modelo de relación afectivo sexual en los medios de comunicación. 17. Violencia sexual. 18. Análisis de este modelo de relación. 19. Criterios de salud y libertad para unas relaciones afectivas y sexuales satisfactorias. 20. Conocimiento del cuerpo. <p>D) 4º de ESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Criterios de salud y libertad para unas relaciones afectivas y sexuales satisfactorias. 22. Relaciones de autoerotismo. 23. Relaciones entre personas del mismo sexo. 24. Relaciones heterosexuales.

AUTOR	PROPUESTA	
Ubillos, Pacheco, Páez e Igartua (1995)	11 Temáticas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto y funciones de la sexualidad. 2. Actitudes sexuales. 3. Fuentes de Información. 4. Comunicación. 5. Rol sexual. 6. Pubertad. Cambios Psicofisiológicos. 7. Orientación del deseo. 8. Comportamientos sexuales. 9. Respuesta sexual humana. 10. Reproducción. 11. Prevención.

2.4.3. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

La metodología educativa responde a la pregunta pedagógica ¿Cómo enseñar? Esto incluiría, principios metodológicos que inspiran y fundamentan la praxis docente, estrategias y técnicas didácticas, actividades concretas que van a ser desarrolladas y recursos humanos y materiales que son necesarios para llevarlas a cabo. Son por ello, múltiples y variadas las posibilidades metodológicas, resultado de la combinación de técnicas, estrategias y recursos. Consideramos que todo ello depende de la creatividad de los docentes y de la adaptación al contexto concreto en el que se realiza la Educación Sexual. Nosotros en el capítulo siguiente presentamos el “Programa SOMOS” en el que se detallan actividades, estrategias y recursos. Sirva nuestra propuesta simplemente de ejemplo concreto de estos aspectos metodológicos. En cualquier caso, la metodología en Educación Sexual no difiere de la utilizada en otros ámbitos, aunque se pueden introducir algunos matices específicos. Por ello, mostramos a continuación una serie de orientaciones y principios metodológicos que han de fundamentar y guiar el desarrollo de la Educación Sexual, y que emergen de un enfoque constructivista:

- Partir de los intereses infantiles y juveniles, así como sus conocimientos previos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De la Cruz, 2003; De Marinis y Colman, 1995; Font y Catalán, 2000; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; Infante *et al.*, 2009; Lameiras *et al.*, 2004; Lena *et al.*, 2007;

López, 2005c; López, 1990; López Soler, 2003; Urruzola, 1999; Vega, 2006).

- El currículo debe ser abierto y flexible, para dar respuesta tanto a las circunstancias previstas como a las imprevistas, sin que esto suponga la pérdida de control y planificación (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Harimaguada, 1994; Infante *et al.*, 2009; Lena *et al.*, 2007).
- Contextualizar los procesos de enseñanza-aprendizaje a las características de la realidad del grupo: colegio, entorno, familia, programas de televisión, aficiones, grupos de música, etc. (De Marinis y Colman, 1995; Drupas y Rousseau, 2007; De la Cruz, 2003; Font y Catalán, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Trimble, 2009).
- Se debe promover el aprendizaje significativo, que no sólo permita explicitar las teorías sexuales infantiles y juveniles, sino aplicar a problemas y situaciones nuevas los conocimientos adquiridos (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De la Cruz, 2003; De Marinis y Colman, 1995; Drupas y Rousseau, 2007; Font, 1990; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Infante *et al.*, 2009; Padrón *et al.*, 2009; Lameiras *et al.*, 2004; López, 1990; López Soler, 2003; Urruzola, 2000a).
- Utilizar estrategias de enseñanza-aprendizaje que permitan procesos de concienciación y contraste como: búsqueda y análisis de información, análisis y resolución de casos, etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De Marinis y Colman, 1995; Lena *et al.*, 2007; López, 2005c; López Soler, 2003; Padrón *et al.*, 2009).
- Facilitar la globalización de aprendizajes, aportando una visión conjunta, no parcelada, de la sexualidad (Ariza *et al.*, 1991; De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López Soler, 2003).
- Utilizar diversidad de fuentes de información: profesor, libros, revistas, otros alumnos, Internet, etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Harimaguada, 1994).
- El docente asume el rol de coordinador y mediador en el proceso de enseñanza-aprendizaje, generando experiencias, facilitando informaciones,

etc. (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; Harimaguada, 1994; Infante *et al.*, 2009; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c).

- Usar un lenguaje adecuado, es decir, científico, libre de connotaciones sexistas, moralistas, discriminatorias, vulgares y soeces (Barragán, 1999; Barragán, 1991; De la Cruz, 2003; Font, 1990; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; López, 1990).
- Los recursos y materiales deben desencadenar la reflexión crítica, el conflicto cognitivo, a fin de que el alumno elabore por si mismo las nuevas teorías. (Barragán, 1999; Barragán, 1991; Lameiras *et al.*, 2004; López Soler, 2003; Infante *et al.*, 2009; Padrón *et al.*, 2009).
- El alumnado asume un papel activo, transformado informaciones en conocimientos, valorando críticamente las primeras. Se convierte por ello, en el “agente” de su propia maduración y construcción del conocimiento (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; Font y Catalán, 2000; Font, 1990; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; López, 1990; López Soler, 2003).
- Utilizar estrategias de trabajo autónomo, que desarrollen en el alumnado capacidades como la autonomía, la responsabilidad, la resolución de problemas, el aprender a aprender, etc. (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; Urruzola, 1999).
- Emplear estrategias (técnicas y dinámicas) de trabajo en pequeño o gran grupo, ya que potencian el desarrollo de habilidades sociales como la asertividad, la empatía, la toma de decisiones, etc. Potenciar en los grupos un clima de trabajo colaborativo y reflexivo. (De la Cruz, 2003; De Marinis y Colman, 1995; Drupas y Rousseau, 2007; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; López, 1990; López Soler, 2003; Urruzola, 1999).

Respecto al trabajo en grupo coexisten dos planteamientos complementarios. En general se apuesta por la formación de grupos mixtos, en los que convivan y cooperen niños y niñas, chicos y chicas, varones y mujeres (López, 1990). Sin embargo para determinadas temáticas, como la violencia de género, la coerción sexual, etc., algunos autores aconsejan constituir grupos segregados en función del sexo, para trabajar de forma

distinta e independiente estas cuestiones y posteriormente (Lena *et al.*, 2007; Urruzola, 1999).

- Potenciar un clima en el aula que propicie la comunicación, la participación y el tratamiento de las cuestiones relacionadas con la sexualidad de forma natural (Ariza *et al.*, 1991; De la Cruz, 2003; De Marinis y Colman, 1995; Font, 1990; García Ruiz, 2007; Gómez Zapiain *et al.*, 2004; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Gómez Zapiain *et al.*, 1997; Harimaguada, 1994; Lameiras *et al.*, 2004; López, 2005c; López, 1990; López Soler, 2003; Urruzola, 1999).
- Utilizar recursos y materiales didácticos variados que permitan llegar a diferentes estilos de aprendizaje. Estos recursos deben ser apropiados para la consecución de los objetivos educativos (De la Cruz, 2003; García Ruiz, 2007; Harimaguada, 1994; López, 2005c; López Soler, 2003; Vega, 2006).

2.4.4. LA EVALUACIÓN

La evaluación supone un elemento fundamental del currículo, ya que nos permite mejorar el diseño y desarrollo del mismo. Podemos definirla como “*un proceso intencional y sistemático de recogida, análisis e interpretación de información válida y fiable para establecer juicios de mérito o valor, a partir de unos criterios de calidad explicitados, que conduzcan a la toma de decisiones de optimización o mejora del programa, de las personas implicadas en el mismo y del contexto en que dicho programa se ubica*” (García Sanz, 2003:52). La evaluación responde a las preguntas pedagógicas ¿Qué evaluar? ¿Cuándo evaluar? ¿Cómo evaluar?; por lo que debe adecuarse al carácter del programa y ha de plantearse acorde a los objetivos educativos planteados en ellas.

a) ¿Qué Evaluar?

Se trata de evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, todos aquellos aspectos que intervienen en el mismo: los alumnos, los docentes, el propio programa (adecuación de los objetivos, contenidos, actividades, recursos, etc.). En relación a los primeros, los alumnos, la evaluación debe permitir dilucidar en qué grado se han alcanzado los objetivos educativos previstos. Por ello,

los objetivos específicos deben cumplir un doble criterio: formular resultados, no actividades, y ser observables y medibles (Ariza *et al.*, 1991). En cualquier caso, la evaluación del alumnado en Educación Sexual debe contemplar los conocimientos, las actitudes y las propias conductas. Para ello existe gran variedad de técnicas e instrumentos que permiten valorar estos aspectos.

Para la evaluación del currículo debe reunirse la mayor información posible sobre el programa y sus efectos. Han de detallarse aspectos tales como la adecuación de los objetivos propuestos, las características del alumnado, los recursos utilizados, la información y gradación de los contenidos, los efectos del programa a corto y largo plazo, etc. (Ariza *et al.*, 1991). Se trata no sólo de preparar una descripción concisa de estos aspectos, sino de analizar las relaciones entre ellos y elaborar un informe final. Para obtener información sobre algunos de estos aspectos que configuran el proceso de enseñanza-aprendizaje (recursos, claridad de las exposiciones, interés del programa, praxis docente, clima en el aula, etc.) es aconsejable contar la opinión del propio alumnado (Ariza *et al.*, 1991; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Guilbert, 1981).

b) ¿Cuándo evaluar?

Ya hemos visto que son objeto de evaluación el alumnado, el profesorado y el propio currículo de Educación Sexual. Las valoraciones de todos ellos pueden hacerse en tres momentos diferenciados: antes de comenzar el programa, durante el desarrollo del mismo o al concluir su desarrollo (Barragán, 1991; Barragán, 1999; López, 2005c; López, 1990; Pérez González, 2008; Pérez Juste, 2006).

1. Evaluación inicial:

Esta evaluación se acomete al inicio del programa. Permite adecuar los distintos elementos del currículo (objetivos, contenidos, metodología...) a las características particulares del alumnado con el que va a ser llevado a cabo. Aporta información valiosa tanto para ajustar el diseño del currículo, como para valorar el grado de evaluación del alumnado desde el inicio del programa hasta finalizar el mismo.

2. Evaluación continua o procesual:

La evaluación continua es aquella que se realiza durante el desarrollo del programa, es decir, a lo largo del proceso de enseñanza-aprendizaje. López

(2005c) considera que ésta se encarga principalmente del análisis de las actividades y tareas que se desarrollan en el programa. Para nosotros, la evaluación durante el desarrollo curricular es fundamental, ya que permite un reajuste continuo del programa a las necesidades de sus destinatarios. En este sentido, Barragán (1999:39, 1991:124) afirma que *“en Educación Sexual, generalmente por razones ideológicas, la evaluación se ha centrado exclusivamente, o casi, en la medición de la Información y las actitudes antes y después de la aplicación de un programa, sin tomar en cuenta los procesos de pensamiento, las concepciones o ideas de los alumnos y alumnas, que son las que en definitiva indicarían un cambio real”*. Además considera necesario replantearse el enfoque de evaluación, poniendo el acento en los procesos de aprendizaje.

La utilidad de este tipo de evaluación es amplia. Contribuye, como ya hemos indicado, a adecuar la praxis a las necesidades del alumnado. Aporta valiosa información sobre la metodología y la adecuación de los contenidos y favorece la reflexión de los distintos agentes implicados en la Educación Sexual (alumnado, docentes, familias, otros). Si existieran errores posibilita su corrección. Además permite valorar en qué grado se están cumpliendo los objetivos previstos.

3. Evaluación Sumativa o final:

La evaluación final está centrada principalmente en los resultados, y se efectúa cuando concluye el desarrollo curricular. López (2005c) recomienda realizarla al menos en dos ocasiones, justo al finalizar el programa y a largo plazo valorando así la estabilidad de los cambios.

Esta evaluación está orientada a la emisión de un juicio sobre el grado de consecución de los objetivos, a partir del cual se tomarán las decisiones pertinentes para la mejora del currículo. Son los objetivos educativos, como ya hemos anticipado, los que fijan y determinan los criterios para este tipo de evaluación. Asimismo, los proveedores de la Educación Sexual han de contar con estrategias y técnicas concretas para realizar esta tarea, es decir, la evaluación debe ser planificada y sistemática.

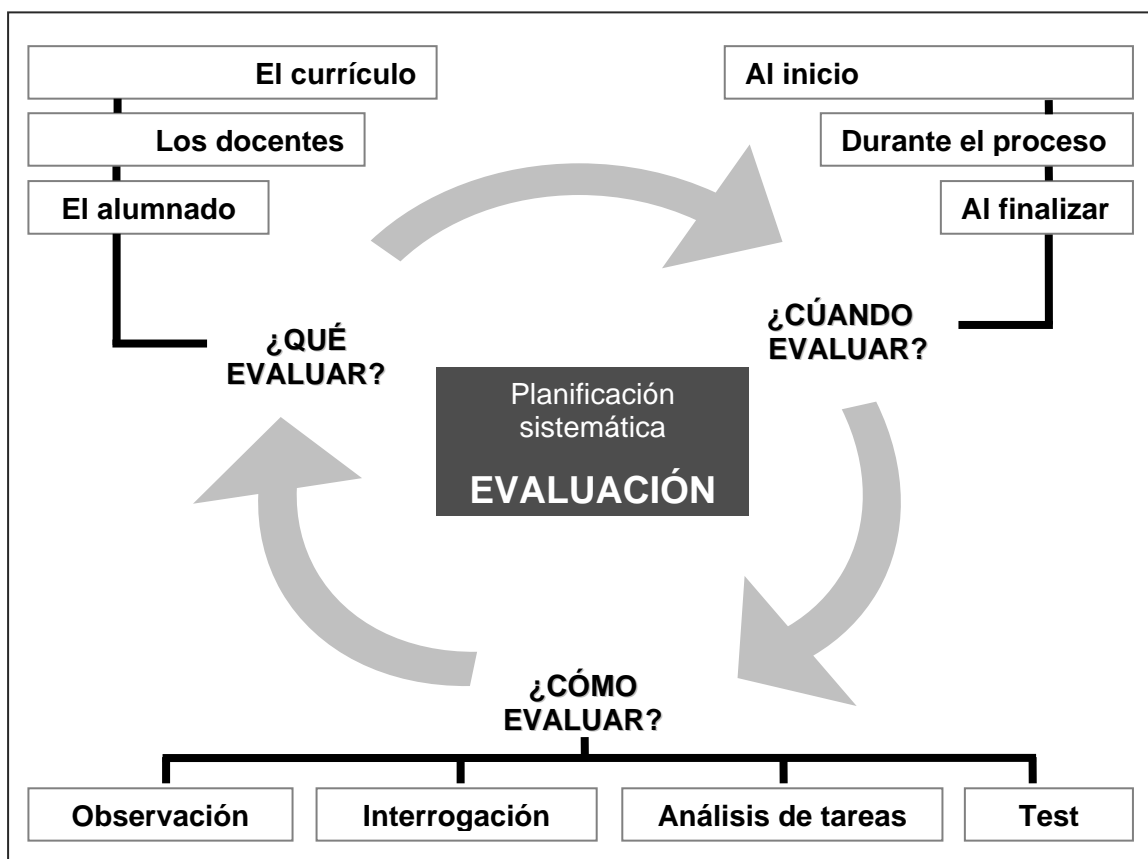
c) ¿Cómo evaluar?

La planificación rigurosa de la evaluación conlleva elegir no sólo el momento en el que se va a evaluar, sino la forma concreta de obtener la información para dicha evaluación. Para Ariza *et al.* (1991) existen cuatro métodos funda-

mentales para esta tarea: la observación, la interrogación, el análisis de componentes y los tests. La primera, la observación, es definida por López (2005c:273) como “el proceso de atención voluntaria y selectiva que exige una toma de decisiones previa sobre el contenido y la forma de evaluación”. Ariza et al. (1991) recomiendan su uso para recoger información sobre el comportamiento psicomotor y afectivo de las personas. Entre los instrumentos posibles para realizar esta observación destacamos los anecdotarios, las listas de control, los diarios de alumnos y profesores y las escalas de evaluación.

La interrogación consiste en obtener información mediante la acción de preguntar. Este método nos permite recopilar información sobre conocimientos, intereses, actitudes. Algunos de los instrumentos característicos para la interrogación son los cuestionarios, las escalas de actitudes, las entrevistas, las pruebas sociométricas o las técnicas proyectivas. Para estas tareas existen variedad de escalas y cuestionarios validados y estandarizados sobre sexualidad, actitudes, conocimientos, etc. Podemos encontrar una buena e interesante muestra de ellos, en el *Handbook of Sexuality-related Measures*, puesto que constituye una magnífica compilación de escalas, tests y cuestionarios elaborada por Davis et al. (1993).

Figura 2.8. Diagrama sobre la Evaluación en la Educación sexual.



El análisis de componentes es un método evaluativo basado en el estudio minucioso de proyectos y tareas encomendados al alumnado. El docente ha de analizar qué aprende el alumno, cómo lo aprende y cómo lo utiliza en situaciones semejantes. Por ello los instrumentos utilizados son tareas de adquisición, tareas de revisión y tareas de transferencia.

El último método propuesto por Ariza *et al.* (1991) son los test. Éstos proporcionan información muy precisa, y son considerados una técnica valiosa para evaluar aspectos cognoscitivos de la conducta de las persona. Pueden ser elaborados por el profesorado o estandarizados. Estos últimos tienen un mayor coste económico. No obstante, podemos encontrarlos también en la compilación de Davis *et al.* (1993).

Capítulo 3. PROGRAMA “SOMOS” DE EDUCACIÓN SEXUAL (ESO)

INTRODUCCIÓN

En este capítulo mostramos el Programa “SOMOS” de Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria (ESO). A lo largo del mismo, se explicitarán los aspectos teóricos, epistemológicos y psicopedagógicos sobre los que se asienta el currículum diseñado. Se detallan asimismo, tanto la secuenciación y temporalización de los contenidos y las actividades, como los modos y criterios de evaluación.

El Programa está destinado al alumnado de 3º de ESO. Emerge del enfoque teórico expuesto en los capítulos anteriores, concediendo especial importancia al desarrollo de actitudes erotofílicas, es decir, actitudes positivas hacia la sexualidad. Con todo, el Programa cuenta con ciertas limitaciones que son comunes en las intervenciones de Educación Sexual. Se trata de una propuesta aislada y limitada en el tiempo, a pesar de que lo aconsejable sería un currículo sobre sexualidad en espiral a lo largo de toda la enseñanza obligatoria (Ariza *et al.*, 1991; Ferrer, 1989; López, 2005c; Urruzola, 1999). Sin embargo, desde del punto de vista científico evaluar la eficacia de este tipo de programas resulta extremadamente útil, puesto que son los más habituales en las aulas. En cualquier caso, desde el punto de vista educativo, el programa contribuye a la formación integral del alumnado tratando específicamente el desarrollo afectivo-sexual del mismo. El objetivo último es que el alumno/a logre un nivel adecuado de salud y autonomía personal; es decir, que chicos y chicas sean personas

sexualmente sanas. Para ello deberán asumir la libertad y la responsabilidad de su sexualidad, y tener el propósito de alcanzar el mayor bienestar físico, psíquico y social. Se trabajan por lo tanto las distintas dimensiones de la sexualidad enfatizando la importancia de la salud en nuestras vidas.

3.1. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CURRICULARES

3.1.1. SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El Programa “SOMOS” de Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria constituye una iniciativa formativa enmarcada en el ámbito de la Educación para la Salud (EpS). La OMS señala que la EpS *comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad*” (1998:13). Además, la EpS *“aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria”* (1998:13). Por ello, las propuestas educativas sobre sexualidad constituyen un elemento primordial en la EpS.; puesto que facilitan conocimientos y actitudes sobre aspectos esenciales para el bienestar físico, social y mental de la persona. Por ello, La OMS (1983:25) ofrece la siguiente definición de educación sexual: *“La educación sexual es un proceso que abarca todos los conocimientos que contribuyen a formar la personalidad del individuo, a ponerlo en condiciones de reconocer el carácter social, moral, psicológico y fisiológico de su peculiar configuración sexual, así como establecer las relaciones óptimas con las personas del mismo sexo y del contrario”*.

De forma específica este proyecto responde a la necesidad existente en nuestra sociedad de llevar a cabo programas preventivos y promotores de la salud sexual en las escuelas. En la actualidad, los padres en particular, y la sociedad en general, exigen que en la escuela se aborden diversos aspectos relacionados con la sexualidad humana. Los riesgos asociados al coito, por ejemplo,

constituyen una preocupación social. El embarazo no deseado, el SIDA y otras ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) han hecho que la sexualidad adolescente sea temida. Por ello, diversos sectores se han movilizado para prestar asesoramiento sobre anticoncepción y prevención a las nuevas generaciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos estos servicios únicamente facilitan información, siendo necesaria una intervención más amplia que evite de forma efectiva las prácticas de riesgo. La promoción de hábitos responsables y saludables se torna absolutamente imprescindible, constituyendo una auténtica demanda social. Por otro lado, las experiencias educativas llevadas a cabo en los países nórdicos muestran la eficacia de la Educación Sexual. En estos países la tasa de embarazos no deseados es claramente inferior (López, 2005d; ONUSIDA, 1997; Ubillos y Navarro, 2003).

La sociedad exige también el tratamiento en la escuela de otros temas de carácter problemático y relacionados con la salud como la violencia de género o la igualdad entre los sexos. Las elevadas tasas de prevalencia de agresiones físicas a mujeres han alertado a gran parte de la ciudadanía. Por ello, los currículos deben emerger de una perspectiva coeducadora y han de contemplar distintas cuestiones de género. El presente proyecto formativo incluye también el tratamiento de cuestiones como el sexismo, los roles de género y la violencia, ya que están claramente vinculadas al concepto de salud. De esta manera, se ofrece al alumnado la posibilidad de aprender a ser crítico con los mensajes sexistas existentes en nuestra sociedad. Se enseña además un modelo cívico y democrático de convivencia caracterizado por el respeto a la diversidad de biografías sexuales y la no violencia. En conclusión, el programa “SOMOS” favorece el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en la comunicación, la tolerancia y la igualdad; a la vez que promueve el uso de habilidades sociales alternativas a la agresión y la condena enérgica a la violencia de género.

Por otro lado, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación (LOE) en su Preámbulo indica “*Entre los fines de la educación se resaltan el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad efectiva de oportunidades entre hombres y mujeres, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual, así como la valoración crítica de las desigualdades, que permita superar los comportamientos sexistas. Se asume así en su integridad el contenido de lo expresado en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*”. Resta decir que la sexualidad constituye una dimensión inequívoca de dicho desarrollo, puesto que somos seres sexuados (López, 2005a). El trabajo educativo so-

bre los distintos aspectos del hecho sexual humano es primordial en la formación integral y de calidad de la persona.

La institución escolar, además, no debe, ni puede, mantenerse al margen de la sociedad. La sexualidad es también un constructo científico y cultural que está regulado por unos valores y unas normas sociales. Se convierte, de este modo, en objeto de análisis y estudio. Una persona del siglo XXI debe tener el bagaje cultural y científico que le permita entender y expresar de forma adecuada aquellas cuestiones relacionadas con el sexo. El aula constituye un entorno privilegiado para la reflexión y la crítica de los mensajes de los medios de comunicación de masas. Supone asimismo, un punto inmejorable de encuentro para la tolerancia y respeto a las distintas biografías sexuales.

3.1.2. CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS BÁSICAS

En la actualidad, no podemos proponer ni plantear ningún programa educativo sin tener en cuenta los desafíos a los que se va a enfrentar nuestro alumnado. Debemos ayudar a que se desarrollen una serie de competencias que le permitan resolver de forma eficaz y satisfactoria los retos que plantea la sociedad en la que vivimos. En este sentido, la OCDE (2003) hace una firme propuesta por acerca el aprendizaje escolar a los problemas y exigencias del mundo actual. En su Proyecto denominado Definición y Selección de Competencias (DeSeCo) define la competencia como *“la capacidad de responder a demandas complejas y llevar a cabo tareas diversas de forma adecuada. Supone una combinación de habilidades prácticas, conocimientos, motivación, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales y de comportamiento que se movilizan conjuntamente para lograr una acción eficaz”*. Por su parte, el Parlamento Europeo (2006) indica que *“las competencias se definen como una combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas al contexto. Las competencias claves son aquellas que todas las personas precisan para su realización y desarrollo personales, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo”*. En definitiva, las competencias son la combinación y la articulación de los conocimientos, las destrezas, las habilidades, los valores y las actitudes para enfrentarse de forma eficaz a los retos de la sociedad, logrando así ser un ciudadano/a del siglo XXI. En palabras de Pérez Gómez (2007:16) *“[...] las competencias son básicas o clave cuando resultan valiosas para la tota-*

lidad de la población, independientemente del sexo, condición social y cultural y entorno familiar, y se pueden aplicar a múltiples contextos”.

En el Anexo I del REAL DECRETO 1631/2006 de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria se establecen las competencias básicas que debe adquirir el alumnado al finalizar esta etapa. Éstas son las siguientes:

1. Competencia en comunicación lingüística.
2. Competencia matemática.
3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico.
4. Tratamiento de la información y competencia digital.
5. Competencia social y ciudadana.
6. Competencia cultural y artística.
7. Competencia para aprender a aprender.
8. Autonomía e iniciativa personal.

El Programa “SOMOS” contribuye al desarrollo todas ellas, aunque incide especialmente en la competencia de autonomía e iniciativa personal. A continuación indicamos las aportaciones del programa a cada competencia:

1. Contribución a la competencia en comunicación lingüística.

Esta competencia hace referencia a la utilización del lenguaje como instrumento en la comunicación oral y escrita, en la representación, interpretación y comprensión de realidad, en la construcción y comunicación del conocimiento, en la organización y autorregulación del pensamiento, las emociones y la conducta.

A lo largo del programa se utilizará el lenguaje no sólo para la construcción del conocimiento sobre sexualidad humana y la comprensión de la propia realidad sexual del alumnado; sino que será el vehículo para expresar y regular los sentimientos y las opiniones que generan la sexualidad propia y la del otro. Para ello, se utilizará tanto la comunicación oral como la escrita, prestando especial interés a la expresión de sentimientos y emociones, y enfatizando la importancia del lenguaje como medio de expresión de necesidades, intereses y otros aspectos vinculados con nuestra sexualidad y las relaciones de pareja.

2. Contribución a la competencia matemática.

La competencia matemática es entendida en el citado Anexo (2006) como *la habilidad para utilizar y relacionar los números, sus operaciones básicas, los símbolos y las formas de expresión y razonamiento matemático para producir e interpretar distintos tipos de información, como para ampliar el conocimiento sobre aspectos cuantitativos y espaciales de la realidad, y para resolver problemas relacionados con la vida cotidiana y con el mundo laboral.*

En este sentido, el programa “SOMOS” también contribuye al desarrollo de esta competencia. Por un lado, en diversas actividades el alumnado se enfrenta a la comprensión y al tratamiento de datos, porcentajes e índices, es decir, a relacionar e interpretar información mediante el razonamiento matemático. Además, el alumnado no sólo interpreta este tipo de información, sino que tiene que utilizarlo, por ejemplo a la hora de representar gráficamente la Respuesta Sexual Humana.

3. Contribución a la competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico.

La competencia es definida en el Anexo (2006) como *la habilidad para interactuar con el mundo físico, tanto en sus aspectos naturales como en los generados por la acción humana, de tal modo que se posibilita la comprensión de sucesos, la predicción de consecuencias y la actividad dirigida a la mejora y preservación de las condiciones de vida propia, de las demás personas y del resto de los seres vivos. En definitiva, incorpora habilidades para desenvolverse adecuadamente, con autonomía e iniciativa personal en ámbitos de la vida y del conocimiento muy diversos (salud, actividad productiva, consumo, ciencia, procesos tecnológicos, etc.), y para interpretar el mundo, lo que exige la aplicación de los conceptos y principios básicos que permiten el análisis de los fenómenos desde los diferentes campos de conocimiento científico involucrados.*

El programa “SOMOS” se vincula profundamente con esta competencia. A lo largo del mismo se estudia y analiza la sexualidad humana desde un enfoque interdisciplinar; poniendo el acento en la combinación de los aspectos biológicos, psicológicos, antropológicos, culturales y éticos que configuran el hecho sexual humano. Asimismo, las diversas actividades que se han planificado están encaminadas a lograr que los adolescentes comprendan los diversos acontecimientos y procesos vinculados a la sexualidad y a la afectividad que experimenta el ser humano a lo largo de la vida. De esta manera, podrán valorar y elegir

su modo de vida, es decir, su propia biografía sexual. Se trata, por tanto, de que sean autónomos y responsables para tomar todas aquellas decisiones que se relacionen con su sexualidad. Finalmente, como ya hemos explicado en el epígrafe 3.2.1, el programa se enmarca en el ámbito de la EpS. Esto implica cultivar en el alumnado el deseo del bienestar y desarrollo del potencial personal y social; y enseñar a articular en pro de ese deseo todas las habilidades, capacidades, destrezas, conocimientos, emociones y actitudes que se aprenden tanto en la escuela como fuera de ella. En el precitado Anexo se hace mención a varios de los aspectos que hemos subrayado. Recoge que *esta competencia, y partiendo del conocimiento del cuerpo humano, de la naturaleza y de la interacción de los hombres y mujeres con ella, permite argumentar racionalmente las consecuencias de unos u otros modos de vida, y adoptar una disposición a una vida física y mental saludable en un entorno natural y social también saludable. Asimismo, supone considerar la doble dimensión –individual y colectiva- de la salud, y mostrar actitudes de responsabilidad y respeto hacia los demás y hacia uno mismo.*

4. Contribución al Tratamiento de la información y competencia digital.

Esta competencia consiste en disponer de habilidades para buscar, obtener, procesar y comunicar información, y para transformarla en conocimiento. Incorpora diferentes habilidades, que van desde el acceso a la información hasta su transmisión en distintos soportes una vez tratada, incluyendo la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación como elemento esencial para informarse, aprender y comunicarse.

Una constante en la propuesta educativa “SOMOS” es introducir las Tecnologías de la Comunicación y la Información (TIC) para la búsqueda, el procesamiento, el tratamiento y la selección de información de diversos aspectos vinculados a la Sexualidad Humana. El programa contribuye a la adquisición de esta competencia en su doble vertiente: recepción y procesamiento de la información en estos soportes, y transformación, producción y comunicación con dichos medios. Por un lado, se analizarán las informaciones que hay, por ejemplo, en la red sobre la sexualidad. La reflexión crítica, ética y epistemológica de los diversos contenidos, permitirán diferenciar entre aquellas informaciones de carácter científico y veraz, de aquellas otras nacidas de los mitos y las falsas creencias; entre aquellas páginas informativas y útiles, y aquellas otras de carácter comercial e incluso pornográfico, etc. Se promoverá, por tanto, el ejercicio de búsqueda y reflexión, que servirá para conocer portales que pueden ser útiles al alumnado en cualquier momento de su vida. Se pretende también, fomentar la curio-

sidad y el deseo de seguir aprendiendo, contando para ello con un abanico de posibilidades en la Red. Por otro lado, en el programa se trabaja con otras herramientas y recursos tecnológicos y digitales como el video, la música actual, o el Paquete Integrado Office (Word, Excel, PowerPoint, etc.). El alumnado debe no sólo comprender la información que obtiene a través de estas herramientas, sino ser capaz de producir y expresar sus propias informaciones mediante ellas.

Las TIC son, por lo tanto, un elemento capital en el programa “SOMOS”. La utilización de la televisión, de revistas, de la música actual, del paquete integrado Office o de Internet a la hora de tratar la Sexualidad Humana permite los siguientes beneficios:

- a) Conectar la práctica del aula con la cotidianidad de la vida del alumnado; ya que este tipo de recursos son habituales, por ejemplo, en las relaciones entre adolescentes.
- b) Debatir mitos, cuestiones éticas y otros temas relacionados con el género o la orientación sexual, por ejemplo.
- c) Contrarrestar la posible influencia negativa de las fuentes no veraces que tratan cuestiones vinculadas con la sexualidad. Sirva de ejemplo que la palabra “sex” cuenta con más mil millones de entradas en los buscadores de Internet.
- d) Generar modos de pensamientos críticos, responsables y versátiles, indispensables para vivir una sexualidad saludable.

5. Contribución a la competencia social y ciudadana.

Podemos decir que el Programa “SOMOS” se vincula especialmente al desarrollo de esta competencia. Como indica el Anexo I (2006) ésta *hace posible comprender la realidad social en que se vive, cooperar, convivir y ejercer la ciudadanía democrática en una sociedad plural, así como comprometerse a contribuir a su mejora. En ella están integrados conocimientos diversos y habilidades complejas que permiten participar, tomar decisiones, elegir cómo comportarse en determinadas situaciones y responsabilizarse de las elecciones y decisiones adoptadas.*

Ser una persona sexualmente sana, objetivo último del programa, implica desplegar una serie de habilidades que nos lleven a tomar decisiones en relación a la biografía sexual, evaluando afectiva y racionalmente las diversas posi-

bilidades. Entre las habilidades que se deben desarrollar con el programa destacan las siguientes:

- a) *Asertividad* para evitar acciones que nos produzcan malestar. Tener por tanto, la capacidad de expresar nuestros deseos y nuestras opiniones; siempre con diálogo, comunicación y sin el uso de la violencia. Para ello, varias de las actividades pretenden ejercitar al alumnado en esta tarea. Éste debe, por ejemplo, analizar situaciones reales y plantear y argumentar opiniones propias, barajando las posibles consecuencias de cada decisión. También se proponen debates, controversias y coloquios que permiten poner en práctica ésta y otras habilidades.
- b) *Empatía* para comprender al otro. Se trata de aprender a escuchar y entender otros puntos de vista; así como desarrollar la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Esta compleja habilidad resulta indispensable tanto en las relaciones de pareja, como en las relaciones interpersonales con los amigos/as, compañeros/as, etc. En el análisis de los casos reales, actividad repetida en el programa, se obliga al alumnado a adentrarse en las emociones, opiniones y miedos de los protagonistas. Otras tareas están orientadas específicamente al desarrollo de esta habilidad; como sucede con la “carta”: actividad en la que el alumnado debe comunicar su ficticia homosexualidad a un ser querido. Además, los frecuentes diálogos potencian escuchar y respetar las opiniones y deseos del otro.
- c) *Tolerancia y respeto*. En el programa se hace hincapié en el respeto y la tolerancia a la diversidad de biografías sexuales, mostrando especial interés a la orientación sexual y a la identidad de género. Debemos tener en cuenta, como ya hemos explicado, que el programa emerge de una perspectiva coeducadora y un enfoque de género. Se incluye, por tanto, el tratamiento de cuestiones como el sexismo, los roles de género y la violencia. Algunas de las actividades y dinámicas del programa ofrecen al alumnado la posibilidad de aprender a ser crítico con los mensajes sexistas existentes en nuestra sociedad. Se enseña además un modelo cívico y democrático de convivencia caracterizado por el respeto a la diversidad de biografías sexuales y la no violencia. En conclusión, el programa “SOMOS” aborda el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en la comunicación, la tolerancia y la igualdad; a la vez que promueve el uso de habilidades sociales alternativas a la agresión y la condena enérgica a la violencia de género.

- d) *Comunicación, diálogo y expresión de opiniones y emociones.* Éstas se despliegan a lo largo de todo el programa, puesto que son necesarias tanto para desarrollar una sexualidad saludable, como para ser un ciudadano cívico y democrático. Por ello, la mayor parte de las actividades y de las dinámicas que se proponen en el programa recurren al uso de estas habilidades tanto en pequeño grupo, como con toda la clase.
- e) *Cooperación y trabajo en equipo.* Como hemos explicado a lo largo de este apartado, el trabajo cooperativo es habitual en el programa “SOMOS”. Consideramos que favorece actitudes y modos de entendimiento y trabajo indispensables para un ciudadano del siglo XXI. Este tipo de tareas no sólo aparecen en las actividades destinadas al aula, sino que el alumnado en su tiempo extraescolar debe realizar en grupo una campaña de prevención y sensibilización.
- f) *Otras.*

En síntesis, el programa contribuye al desarrollo de esta competencia. Desde el mismo se trabaja la comprensión de la realidad social, cultural y ética de las relaciones interpersonales y sexuales, a fin de afrontar la convivencia en las distintas relaciones (pareja, familiares, amistades, laborales, etc.) sin conflictos, empleando habilidades y valores propios de una sociedad democrática donde primen la igualdad y la tolerancia.

6. Contribución a la competencia cultural y artística.

En el Anexo I (2006) se indica que *esta competencia supone conocer, comprender, apreciar y valorar críticamente diferentes manifestaciones culturales y artísticas, utilizarlas como fuente de enriquecimiento y disfrute y considerarlas como parte del patrimonio de los pueblos.*

Esta competencia es trabajada en el programa, aunque en menor profundidad. Uno de los aspectos que subrayamos en el mismo, es como el amor y el sexo son temas que ocupan la producción cultural y artística de todos los tiempos. De esta manera una actividad del programa, por ejemplo, está destinada a recopilar obras pictóricas, musicales, literarias, fotográficas, etc. con estas temáticas. Además, en varias actividades se utilizan piezas musicales, fotografías y cuadros, a fin de suscitar no sólo el debate sobre sus contenidos, sino la apreciación de esas otras formas de comunicación y expresión. En este sentido, la

campaña de prevención y sensibilización a realizar por el propio alumnado supone también un ejercicio de expresión cultural y artística.

7. Contribución a la competencia para aprender a aprender.

Según el citado Anexo (2006), *aprender a aprender supone disponer de habilidades para iniciarse en el aprendizaje y ser capaz de continuar aprendiendo de manera cada vez más eficaz y autónoma de acuerdo a los propios objetivos y necesidades.*

Como hemos expuesto a lo largo del apartado, uno de los pilares sobre los que se sustenta el Programa “SOMOS” es promover el interés y la curiosidad por seguir aprendiendo sobre la sexualidad, a fin de poder afrontar con criterio las distintas decisiones sobre la propia biografía sexual. Debemos tener en cuenta, que el programa de Educación Sexual es limitado en el tiempo; por lo que cada adolescente debe seguir aprendiendo y auto-formándose al término del mismo. Para ello, es necesario que el alumnado disponga de estrategias y habilidades para obtener y seleccionar información o buscar consejo y asesoramiento. En todas las unidades del programa se ejercita la búsqueda de información, el análisis de la misma, etc., manejándose tanto paginas Web elaboradas por profesionales, como libros y revistas de carácter científico. Además, contamos con la colaboración de un profesional sanitario de la Sección de Promoción y Protección de la Salud. Esto posibilita que el alumnado conozca y pueda recurrir a los distintos servicios socio-sanitarios que existen en la ciudad. Con todo ello, se pretende desde familiarizar a los adolescentes con los recursos que tienen para seguir aprendiendo y resolviendo dudas, hasta desarrollar en ellos el espíritu para hacerlo. En definitiva, el programa contribuye activamente a la adquisición de esta competencia.

8. Contribución a la autonomía e iniciativa personal.

Esta competencia hace referencia *por una parte, a la adquisición de la conciencia y aplicación de un conjunto de valores y actitudes personales interrelacionadas, como la responsabilidad, la perseverancia, el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la creatividad, la autocrítica, el control emocional, la capacidad de elegir, de calcular riesgos y de afrontar los problemas, así como la capacidad de demorar la necesidad de satisfacción inmediata, de aprender de los errores y de asumir riesgos. Por otra parte, remite a la capacidad de elegir con criterio propio, de imaginar proyectos, y de llevar adelante las acciones ne-*

cesarias para desarrollar las opciones y planes personales –en el marco de proyectos individuales o colectivos– responsabilizándose de ellos, tanto en el ámbito personal, como social y laboral. Aprender a aprender supone disponer de habilidades para iniciarse en el aprendizaje y ser capaz de continuar aprendiendo de manera cada vez más eficaz y autónoma de acuerdo a los propios objetivos y necesidades. (Anexo I, 2006).

Ésta es la competencia sobre la que más incide el programa. El objetivo último de la Educación Sexual debe ser configurar personas sexualmente sanas, es decir, personas con actitudes erotofílicas que les permitan en relación a su sexualidad y a la del otro: ser responsables, desarrollar criterios de salud, autoconocerse, saber controlar y expresar sus emociones y sentimientos, tener autoestima, valorar los riesgos físicos y emocionales, tomar decisiones, prever consecuencias, aprender de los errores, etc. Estas cualidades son indispensables en el resto de las áreas de sus vidas, en la medida en que están ligadas a las relaciones interpersonales, la cooperación, el trabajo en equipo, el liderazgo, la toma de decisiones, la empatía, la asertividad, la capacidad para emprender proyectos, etc.

El desarrollo de esta competencia es un fin mismo del programa. Además, las propias actividades contribuyen al ejercicio de las habilidades, conocimientos, estrategias y actitudes necesarias para ser una persona autónoma y con iniciativa. El alumnado, por ejemplo, debe emprender en grupo la campaña de sensibilización, lo que implica acometer un proyecto valorando distintas posibilidades y desplegando su creatividad. Otras actividades, como el análisis de casos reales o los debates en grupo, ejercitan estrategias para resolución de problemas, para toma de decisiones, etc. En definitiva, el programa favorece la autonomía y la iniciativa del alumnado, tanto en relación a su sexualidad, como para acometer otro tipo de proyectos: académicos, laborales, familiares, etc.

3.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El Artículo 23 de la LOE (2006) establece los objetivos generales de la Educación Secundaria Obligatoria. El Programa “SOMOS” de Educación Sexual para ESO favorece la conquista de algunos de ellos. De forma específica se trabajan los objetivos c, d y k:

“c) Valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos. Rechazar los estereotipos que supongan discriminación entre hombres y mujeres.

d) Fortalecer sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazar la violencia, los prejuicios de cualquier tipo, los comportamientos sexistas y resolver pacíficamente los conflictos.

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora.”

Asimismo en el programa contribuye a alcanzar otros objetivos generales establecidos por la LOE (2006) como:

“a) Asumir responsablemente sus deberes, conocer y ejercer sus derechos en el respeto a los demás, practicar la tolerancia, la cooperación y la solidaridad entre las personas y grupos, ejercitarse en el diálogo afianzando los derechos humanos como valores comunes de una sociedad plural y prepararse para el ejercicio de la ciudadanía democrática.

g) Desarrollar el espíritu emprendedor y la confianza en sí mismo, la participación, el sentido crítico, la iniciativa personal y la capacidad para aprender a aprender, planificar, tomar decisiones y asumir responsabilidades”.

El desarrollo afectivo-sexual constituye un elemento esencial para la formación integral de la persona. El meta-objetivo será que el alumnado logre un nivel adecuado de salud y autonomía personal; es decir, que chicos y chicas sean personas sexualmente sanas. Para ello deberán asumir la libertad y la responsabilidad de su sexualidad, así como tener el propósito de alcanzar el mayor bienestar físico, psíquico y social. En consecuencia, los objetivos educativos de este programa son:

1. Adquirir conocimientos científicos sobre la sexualidad humana, utilizando el vocabulario adecuado y específico en cada caso, e integrar las distintas dimensiones de la sexualidad humana en la explicación de la misma.

2. Desarrollar habilidades y competencias que favorezcan las relaciones interpersonales, como la comunicación, la empatía o la asertividad, en contraposición a la agresividad, la vergüenza o la mentira.
3. Conocer los cambios evolutivos (físicos, psíquicos y sociales) propios de la pubertad y de la adolescencia que experimentan ambos sexos, e integrarlos ajustadamente en el autoconcepto.
4. Reconocer la sexualidad como elemento inherente en el ser humano, aceptando tanto la propia como la ajena; así como desarrollar actitudes de tolerancia hacia las distintas biografías sexuales.
5. Desarrollar actitudes positivas hacia la sexualidad que permitan incrementar el interés tanto por el autoconocimiento, como por la búsqueda de informaciones veraces y científicas.
6. Valorar la propia salud generando un “espíritu saludable”, es decir, promocionar hábitos saludables, definir criterios de salud y generar la inquietud por la consecución de la propia salud.
7. Comprender la diferencia entre sexo y género, así como analizar la influencia sociocultural en la atribución de roles.
8. Adoptar una actitud crítica ante los modelos sociales de sexualidad e imagen corporal, así como adquirir un compromiso ético, responsable y libre con su propia biografía sexual.

3.3. CONTENIDOS

Los contenidos que se abordan en el programa se estructuran en ocho Unidades Didácticas que abarcan las distintas dimensiones de la sexualidad humana. Estas unidades son:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. ¡Somos sexuados! | 5. Nuestra respuesta. |
| 2. Nuestro cuerpo está cambiando. | 6. Nos expresamos. |
| 3. Tenemos afectos sexuales. | 7. ¿Cuáles son los riesgos? |
| 4. Nos relacionamos. | 8. ¡Por nuestra salud! |

A continuación mostramos el mapa de contenidos de cada una de las unidades. Este mapa incluye, además, los objetivos específicos que pretendemos con cada una de las Unidades Didácticas.

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">1</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">¡Somos sexuales!</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer y aceptar que el ser humano es un “ser sexuado”. 2. Distinguir las dimensiones que intervienen en la sexualidad humana. 3. Enumerar y describir las funciones de la sexualidad. 4. Diferenciar sexualidad y reproducción. 5. Reflexionar sobre el papel que ejercen las distintas dimensiones de la sexualidad en la configuración de nuestra propia sexualidad. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sexualidad humana: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Dimensiones: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Biológica.</i> b) <i>Psicológicas.</i> c) <i>Sociocultural.</i> d) <i>Ética.</i> 1.2. Funciones: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Reproducción.</i> b) <i>Búsqueda del placer y la satisfacción.</i> c) <i>Intimidad afectiva y comunicación.</i> d) <i>Otras.</i>
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación de las concepciones iniciales sobre la sexualidad humana. 2. Asociación de conceptos e imágenes. 3. Clasificación de términos relacionados con la sexualidad. 4. Elaboración de un mapa conceptual sobre la sexualización del ser humano. 5. Expresión y enumeración de las distintas funciones de la sexualidad entre las personas. 6. Comunicación y trabajo cooperativo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de la sexualidad propia como una parte integrante de su persona. 2. Respeto a las opiniones y concepciones de la sexualidad de los otros. 3. Interés por un aprendizaje interdisciplinar y científico de la sexualidad. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">2</p> <p style="font-weight: bold;">Nuestro cuerpo está cambiando</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar un vocabulario específico y científico para denominar los elementos que conforman la anatomía sexual femenina y masculina. 2. Identificar las semejanzas y diferencias existentes entre los cambios puberales de los chicos y las chicas. 3. Describir en líneas generales los procesos de menstruación y eyaculación (polución nocturna). 4. Aceptar la figura corporal y los cambios físicos que se experimentan tras la pubertad y durante la adolescencia, e integrarlos satisfactoriamente en el autoconcepto. 	
	CONTENIDOS	
	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">CONCEPTOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cuerpo y los cambios: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Anatomía femenina: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. <i>Menstruación.</i> 1.2. Anatomía masculina: <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. <i>Eyaculación (poluciones nocturnas).</i>
	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">PROCEDIMIENTOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión y análisis crítico de textos 2. Reflexión y debate sobre la relación entre sexualidad, imagen corporal y autoestima. 3. Expresión y comunicación tanto oral como escrita de las ideas propias sobre los cambios puberales, la imagen corporal y la sexualidad. 4. Elaboración de mapas anatómico-sexuales y utilización del vocabulario específico para cada caso.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">ACTITUDES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de la imagen corporal propia. 2. Tolerancia a los cambios que se producen en el otro sexo. 3. Valoración y desarrollo de actitudes positivas hacia la anatomía sexual propia y la del otro. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">3</p> <p style="font-weight: bold; text-align: center;">Tenemos afectos sexuales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferenciar los distintos tipos de afectos sexuales. 2. Distinguir el deseo de la atracción. 3. Describir el enamoramiento y su significado. 4. Reflexionar sobre las posibles etapas del enamoramiento y los modelos socioculturales de amor. 5. Aceptar los diferentes afectos sexuales como elementos constitutivos de la sexualidad. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los afectos sexuales. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. El deseo. 1.2. La atracción. 1.3. El enamoramiento.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión iconográfica del concepto de amor, y reflexión sobre el mismo. 2. Lectura y comprensión escrita de textos y canciones. 3. Descubrimiento de los afectos sexuales en la producción cultural y artística tanto actual como de épocas pasadas. 4. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación). 5. Búsqueda y revisión de información. 6. Expresión y comunicación tanto oral como escrita de los significados de los afectos sexuales.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación y reconocimiento de los afectos sexuales. 2. Valoración del autoconocimiento afectivo y emocional. 3. Interés por el propio aprendizaje y disposición a integrar nuevas explicaciones. 4. Respeto a las opiniones de los compañeros. 5. Desarrollo de actitudes positivas hacia la existencia y/o vivencia del deseo, la atracción y el enamoramiento. 6. Apreciación del valor artístico, social y cultural de las producciones humanas: la música, la literatura, etc. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 48pt; text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Nos relacionamos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionar los afectos sexuales con la orientación del deseo. 2. Discutir y refutar los mitos existentes sobre la legitimidad de la homosexualidad. 3. Fundamentar el concepto de homosexualidad a partir de argumentos científicos y democráticos. 4. Diferenciar el sexo biológico del género. 5. Reconocer los mecanismos sociales de identificación del sexo con el género. 6. Conocer y desarrollar la empatía. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La identidad sexual: orientación del deseo: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Homosexualidad. 1.2. Heterosexualidad. 1.3. Bisexualidad. 1.4. La igualdad entre personas con distinta orientación sexual. 2. La identidad de género: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Los roles de género y estereotipos. 2.2. Los roles y los mitos sexuales. 2.3. La igualdad entre los sexos.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión y comunicación de concepciones iniciales sobre homosexualidad y el sistema sexo-género. 2. Expresión escrita y creativa sobre sentimientos y emociones. 3. Comprensión y análisis crítico de texto. 4. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación). 5. Búsqueda de información sobre la identidad sexual y de género. 6. Argumentación científica sobre creencias sociales en torno a los roles de género o la orientación del deseo. 7. Trabajo cooperativo y en equipo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto a las opiniones de los demás. 2. Tolerancia hacia las orientaciones sexuales minoritarias, así como hacia el otro sexo. 3. Interés por indagar, conocer y esgrimir argumentos nacidos de la ciencia para hablar de cuestiones como la orientación sexual o el género. 4. Formación y desarrollo de valores democráticos y principios éticos. 5. Empatía para ponerse en la situación del otro y comprender otros puntos de vista. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">5</p> <p style="font-weight: bold; text-align: center;">Nuestra respuesta</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Distinguir y describir las distintas fases en la respuesta sexual humana (RSH): excitación, meseta, orgasmo y resolución. 2. Diferenciar la sexualidad del orgasmo. 3. Valorar la respuesta sexual como una forma de comunicación e intimidad y no como un mecanismo para alcanzar el orgasmo. 4. Expresar de forma gráfica el ciclo de RSH. 5. Identificar las semejanzas en la respuesta sexual de varones y mujeres. 6. Reconocer la importancia del clítoris en la respuesta sexual femenina.
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La respuesta sexual humana (RSH): <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Respuesta sexual femenina. 1.2. Respuesta sexual masculina. 1.3. Los roles sexuales.
P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión gráfica de la RSH. 2. Descripción de las distintas fases de la RSH. 3. Utilización del vocabulario específico. 4. Comunicación oral y escrita sobre la sexualidad femenina y masculina. 5. Debate y argumentación sobre los roles sexuales. 6. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información. 7. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información. 	
A C T I V I D A D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interés por el conocimiento del ciclo de RSH. 2. Sensibilidad con la sexualidad femenina y disposición a su aprendizaje. 3. Valoración de la sexualidad como una experiencia de comunicación e intimidad. 4. Relativización de la importancia del orgasmo en las relaciones sexuales. 5. Empatía e interés por la respuesta sexual del otro sexo. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">6</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Nos expresamos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar las distintas conductas sexuales desde sus múltiples motivaciones. 2. Diferenciar la sexualidad del coito. 3. Utilizar el vocabulario científico para referirse a las conductas sexuales; desterrando las denominaciones de carácter vulgar y expresiones como “relación sexual completa”. 4. Reconocer el “<i>petting</i>” como una relación sexual de máxima intimidad. 5. Reflexionar sobre el significado de virginidad y su relación con el sistema sexo-género. 	
	CONTENIDOS	
	CONTENIDOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas sexuales: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. La masturbación. 1.2. El <i>petting</i>. 1.3. El coito. 1.4. Otras.
	PROCEDIMIENTOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión oral y escrita de las distintas conductas sexuales. 2. Uso de un vocabulario científico y respetuoso. 3. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información. 4. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información. 5. Comprensión escrita de textos en castellano. 6. Reflexión crítica sobre los mitos en torno, a la virginidad, al coito y las formas de practicarlo.
ACTITUDES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitudes positivas hacia los distintos comportamientos sexuales. 2. Sensibilidad con la sexualidad femenina y disposición a su aprendizaje. 3. Valoración del “<i>petting</i>” como experiencia sexual de máxima intimidad. 4. Responsabilidad y disposición a elaborar una opinión personal y crítica sobre cuestiones como la virginidad, la sexualidad femenina o el coito. 5. Respeto hacia distintas elecciones de comportamiento como la abstinencia, el “<i>petting</i>” o el coito. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 48pt; font-weight: bold; text-align: center;">7</p> <p style="font-size: 24pt; font-weight: bold; text-align: center;">¿Cuáles son los riesgos?</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y explicar como se produce un embarazo. 2. Describir y reflexionar sobre las consecuencias de un END. 3. Conocer y describir determinadas enfermedades de transmisión sexual como el SIDA. 4. Distinguir los conceptos: portador del VIH y enfermo de SIDA. 5. Identificar situaciones que inducen a asumir riesgos para poder evitarlas. 6. Reflexionar sobre otros riesgos más frecuentes en la adolescencia: la ruptura o la culpabilidad.
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los riegos de las relaciones sexuales: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Riegos físicos: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Embarazos No Deseados (END). 1.1.2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): <i>El SIDA.</i> 1.2. Riesgos emocionales: <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. La ruptura. 1.2.2. Culpabilidad, ansiedad, etc.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enumeración y clasificación de las situaciones de riesgo. 2. Uso de un vocabulario científico y respetuoso. 3. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC. 4. Búsqueda y análisis de información. 5. Composición escrita, iconográfica o audiovisual de los riesgos, las ITS o los embarazos adolescentes. 6. Descripción y clasificación de las vías de transmisión del SIDA y del proceso de enfermedad. 7. Enumeración de otras ITS. 8. Trabajo cooperativo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asertividad y capacidad comunicativa. 2. Responsabilidad y creatividad en los trabajos. 3. Tolerancia y sensibilidad hacia las personas que padecen SIDA. 4. Interés por conocer, identificar y evitar las situaciones de riesgo. 5. Actitudes positivas hacia la sexualidad, que nos permitan experiencias física y emocionalmente saludables. 	

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">8</p> <p>¡Por nuestra salud!</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir salud y plantearlo como un objetivo en la vida. 2. Conocer y enumerar distintos criterios de salud. 3. Identificar distintas alternativas saludables: uso del condón, “<i>petting</i>”, abstinencia, etc. 4. Describir y ordenar los pasos de colocación del condón. 5. Reconocer el condón como medida preventiva y anti-conceptiva. 6. Clasificar los métodos anticonceptivos. 7. Estimar cual es el anticonceptivo más adecuado y reflexionar sobre el uso de la píldora del día después. 8. Incrementar el interés por la búsqueda de información en cuestiones de prevención y anticoncepción. 			
	CONTENIDOS			
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La salud <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Definición. 1.2. Criterios de salud. 2. La prevención de ITS, “métodos preventivos”: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. El condón. 3. La anticoncepción: <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Métodos de barrera. 3.2. Métodos químicos. 3.3. Métodos quirúrgicos. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 3.4. Métodos mecánicos. 3.5. Métodos de emergencia. </td> </tr> </table> 		<ol style="list-style-type: none"> 3.1. Métodos de barrera. 3.2. Métodos químicos. 3.3. Métodos quirúrgicos.
<ol style="list-style-type: none"> 3.1. Métodos de barrera. 3.2. Métodos químicos. 3.3. Métodos quirúrgicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 3.4. Métodos mecánicos. 3.5. Métodos de emergencia. 			
P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diálogo y trabajo cooperativo. 2. Redacción de un decálogo de salud. 3. Reconocimiento, observación y/o manipulación de métodos anticonceptivos. 4. Elaboración de un mapa conceptual sobre métodos preventivos y métodos anticonceptivos. 5. Fabricación de un prospecto de uso del condón. 6. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información y asesoramiento. 7. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información. 			
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición a conocer y cuidar la salud. 2. Actitud crítica y responsable hacia los distintos métodos de prevención y anticoncepción. 3. Responsabilidad y hábitos de higiene. 4. Actitudes positivas y favorables a la prevención. 5. Curiosidad por la prevención y la anticoncepción. 6. Respeto y tolerancia a otras alternativas saludables como la abstinencia. 			

3.4. METODOLOGÍA

3.4.1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

La Educación Sexual constituye un eje indispensable para el desarrollo integral de la personalidad del alumnado. Cada individuo ha de adquirir e integrar distintas nociones sobre el hecho sexual humano que le ayuden a configurar su propia sexualidad. Se trata de construir una identidad sexual equilibrada y ética, partiendo de conocimientos e informaciones veraces y críticos. La metodología deberá ayudar a la configuración de la sexualidad de cada alumno y alumna. Como cada uno de ellos tiene un ritmo de maduración diferente y unas inquietudes también distintas, es aconsejable que el aprendizaje sea autónomo. Por ello, proponemos un método abierto y flexible que emerge del enfoque constructivista. Éste permite respetar la individualidad del alumnado y promueve la reflexión y la documentación como elementos fundamentales en la sexualidad responsable y madura. A continuación presentamos las orientaciones metodológicas sobre las que se sustenta éste programa.

1. Abordar las ideas previas y los intereses del alumnado. Para ello, el programa comenzará con un sondeo de intereses y una evaluación previa.

Descubrir e incorporar los intereses y las ideas previas del alumnado al programa acrecienta la motivación por el aprendizaje, puesto que éste conecta con sus verdaderas inquietudes. Además favorece los procesos significativos de aprendizaje, ya que contribuye a la integración de los nuevos contenidos a estructuras mentales ya existentes.

2. El currículo no debe estar cerrado, la programación ha de ser abierta y flexible.

La planificación se adaptará a las peculiaridades de cada aula. Desde las cuestiones que se detecten en la evaluación previa como todas aquellas dudas o circunstancias que acontezcan a la largo de la ejecución del programa. Se trata de aproximar el programa a las necesidades del alumnado. No obstante, se evitará el currículo oculto mediante la integración de las modificaciones en la evaluación del programa.

3. Una perspectiva de género y coeducadora.

Cualquier propuesta formativa sobre sexualidad ha de contemplar las cuestiones de género. Para ello el análisis de los modelos sociales, el conocimiento de la anatomía y respuesta sexual de mujeres y varones y su comparación se

tornan fundamentales. Por otro lado, el trabajo cooperativo entre sexos favorece la empatía, el diálogo, la asertividad y la comunicación como elementos indispensables en las relaciones interpersonales presentes y futuras.

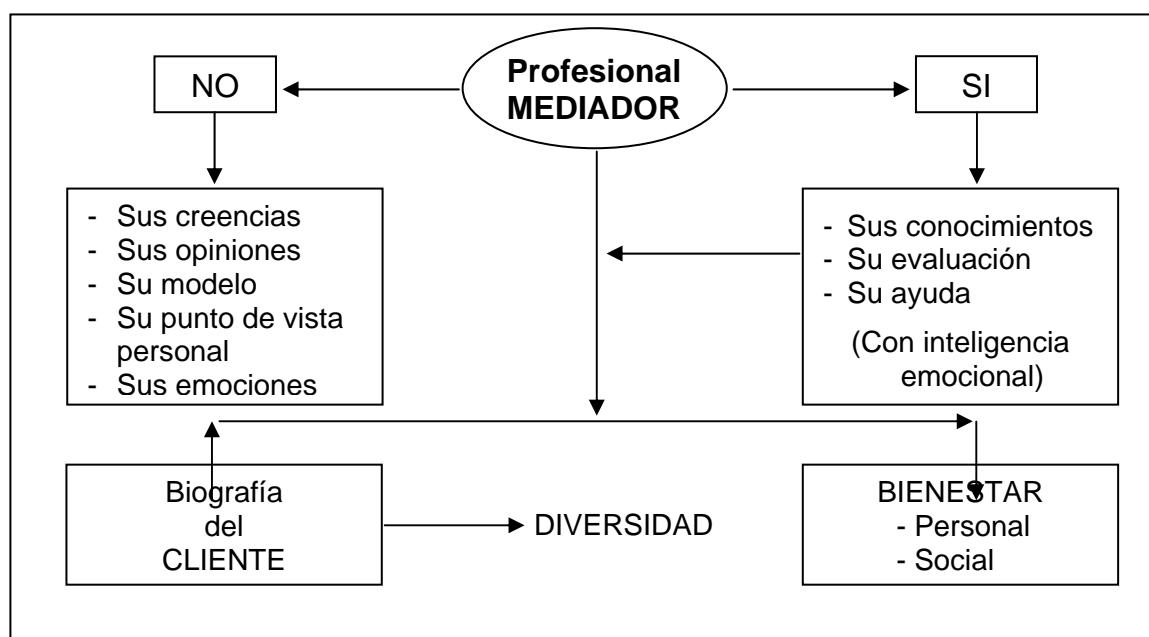
4. El aprendizaje debe ser significativo, nunca acumulativo.

Conocer la ideas previas permite generar situaciones de conflicto cognitivo que conllevan la integración de los nuevos aprendizajes en las estructuras mentales ya existentes. Se plantean, por ello, actividades y estrategias que sitúan al adolescente en conflicto con sus concepciones erróneas o acientíficas. De esta manera, el alumnado se ve obligado a buscar nuevas teorías que le permitan explicar aquellos hechos para los que no tenía una respuesta válida.

5. Evitar dogmatismos y trabajar la reflexión, el análisis y el pensamiento crítico.

Nuestra misión como educadores no es aleccionar o transmitir nuestro particular punto de vista sobre la sexualidad. Se tratarán por ello, las distintas cuestiones desde un paradigma integrador que permita a cada alumno/a configurar su propio punto de vista a través de la reflexión y el pensamiento crítico. Por ello la única premisa de la que partimos es el enfoque biográfico-profesional de López (2005c) que se basa en un concepto positivo de salud y en la libertad ética donde primen el respeto y la dignidad (Ver Figura 3.1.).

Figura 3.1. Modelo biográfico y profesional



Fuente: López (2005c:82).

6. Los medios de comunicación como aliados en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En la actualidad existe diversidad de medios que ofrecen informaciones sobre sexualidad. Con demasiada frecuencia los contenidos que aparecen en estos medios están repletos de imprecisiones o de mitos, ejerciendo una poderosa fuerza contraria a cualquier acción educativa; limitando en consecuencia, la eficacia del programa educativo. Por ello, es necesaria la inclusión de estas fuentes de información en la programación. La utilización de la televisión, de revistas, de la música actual o de Internet aporta los siguientes beneficios:

- a) Sirve como *f fuente de motivación* para el alumnado. Se trata de trabajar con las producciones audiovisuales, musicales e icnográficas que conocen y admiran. Es una forma de conectar la práctica del aula con sus vidas cotidianas.
- b) Ofrece una *valiosa plataforma para la expresión* de emociones y reflexiones personales. Posibilita además, el debate de mitos, cuestiones éticas y otros temas relacionados con el género o la orientación sexual. De esta manera se ejercitan habilidades indispensables en las relaciones interpersonales.
- c) Permite *contrarrestar la posible influencia negativa* de las fuentes no científicas mediante la reflexión crítica, ética y epistemológica de sus contenidos. Siempre que se vayan a utilizar estos medios, se tendrá presente que el objetivo es que alumnado aprenda a diferenciar entre aquellas informaciones de carácter científico y veraz, y aquellas otras nacidas de los mitos y las falsas creencias.
- d) El trabajo con los medios de comunicación no solo evita acciones adversas durante el programa, sino que favorece un modo de pensamiento indispensable para lograr una sexualidad sana. Se promueve el *pensamiento crítico, la curiosidad por la propia sexualidad y la inquietud por el aprendizaje continuo*. Los alumnos/as desarrollarán el interés por la búsqueda de explicaciones científicas y el análisis crítico y reflexivo de las distintas informaciones que lleguen a ellos.

3.4.2. ACTIVIDADES Y TEMPORALIZACIÓN

Las actividades propuestas combinan el trabajo individual con el trabajo en grupo; integran la comprensión y expresión oral con la escrita; abordan la producción sociocultural y, promueven la reflexión ética y crítica. A lo largo de la programación, el trabajo que el alumnado realiza en el aula es completado con otras actividades diseñadas para realizar en casa. Éstas se llevarán a cabo mediante un sistema de fichas recogido en un cuadernillo (Anexo 1).

A continuación se muestran las actividades repartidas en 12 sesiones de 50 minutos.

SESIÓN 1

Se realizará la evaluación inicial del alumnado mediante un cuestionario que recogerá opiniones, intereses, fuentes de información y nivel de conocimientos y actitudes.

Actividad 1

Al finalizar la evaluación inicial se pedirá al alumnado que formen grupos de tres personas. Cada grupo deberá realizar una campaña de sensibilización sobre diversos temas:

- a) El embarazo no deseado.
- b) El SIDA,.
- c) Otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- d) Uso del preservativo.

Los grupos elegirán el medio en el que van a realizar su campaña: cómics, carteles, vídeos, canciones, fotografías, etc. La actividad persigue dos objetivos fundamentales. Por un lado, que los alumnos investiguen y profundicen en el conocimiento de estas cuestiones. Y por otro, que expresen de forma creativa sus percepciones y sentimientos sobre los riesgos que implican las relaciones cointales, tratando de convencer al resto de compañeros sobre la necesidad de protegerse y ser responsable.

SESIÓN 2

A lo largo de esta sesión se desarrollará la Unidad Didáctica 1, “¡Somos sexuales!” Ésta sirve como eje conductor e introductor de todo el programa educativo.

Actividad 2

Se llevarán al aula imágenes y fotografías que representan distintas formas de entender el hecho sexual humano. Éstas deben reflejar a personas y situaciones diversas como ancianos, niños, adolescentes, bebés, familias, embarazadas, objetos, parejas homosexuales, parejas interraciales, desnudos, escenas de autoerotismo, anticonceptivos, escenas de cariño, escenas sensuales, etc. El docente dejará todas ellas al alcance del alumnado, por ejemplo en el suelo. A continuación pedirá a cada alumno/a que elija la imagen que más se ajuste a su propio concepto de sexualidad. Posteriormente cada uno de ellos deberá explicar por qué ha elegido esa imagen; posibilitando un debate sobre el significado de la sexualidad.

Esta actividad es útil para generar un clima de confianza y respeto. Elemento indispensable para la realización de todo el programa. Por otro lado, el debate y la reflexión sobre el concepto y significado de la sexualidad humana deben ayudar a extraer las siguientes conclusiones:

- La sexualidad está presente a lo largo de toda la vida (en la niñez, en la adolescencia, en la juventud, en la adultez, en la vejez).
- La sexualidad es inherente al ser humano.
- La sexualidad es individual.
- La sexualidad es también compartida.
- Existen distintas formas de vivir e interpretar la sexualidad.
- La sexualidad no entiende de sexo, color o raza.
- La sexualidad nos permite comunicarnos y expresar afectos.
- La sexualidad es placentera, nos permite sensaciones agradables.
- La sexualidad permite la reproducción.
- La sexualidad está llena de matices y connotaciones.
- La sexualidad puede implicar riesgos.
- No existe una definición inequívoca de sexualidad.
- La sexualidad... alguna otra.

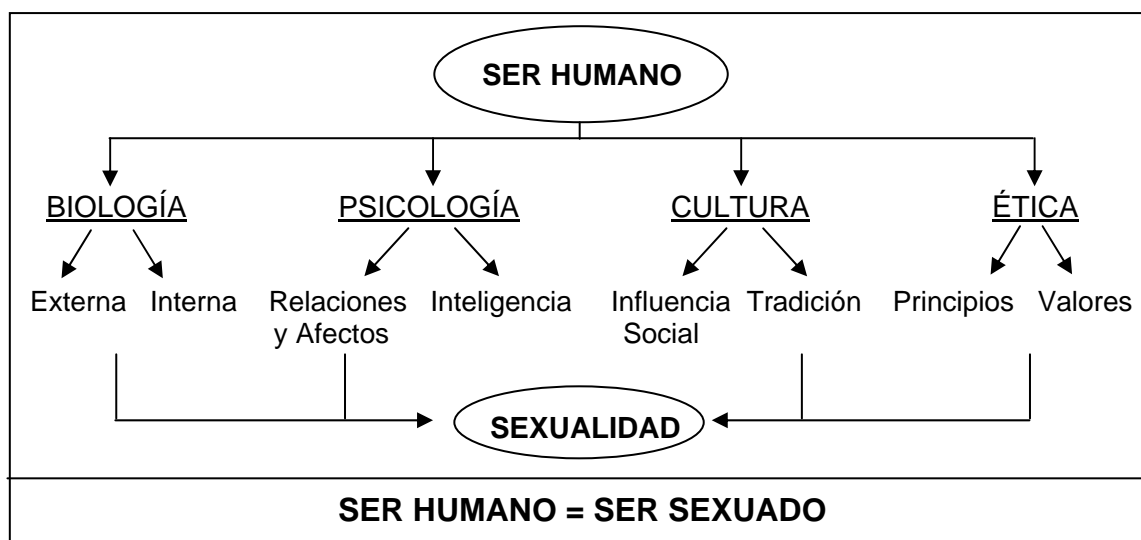
Actividad 3

Aprovechando el clima de debate sobre el concepto de sexualidad generado con la actividad anterior, se pedirá al alumnado que agrupen en un mapa conceptual las siguientes palabras: ser humano, biología, psicología, cultura, ética, externa, interna, relaciones y afectos, inteligencia, influencia social, tradición, principios, valores y sexualidad. El alumnado realizará esta tarea en su cuadernillo de fichas (Anexo1). En éste encontrará un mapa conceptual mudo y una ficha de carácter recortable con cada una de las palabras. Deberá, por tan-

to, recortar las palabras y pegarlas en el lugar correspondiente del mapa conceptual.

Los alumnos/as obtendrán el mapa conceptual que aparece a continuación (Figura 3.2). Éste potenciará un nuevo debate sobre la sexualidad, y permitirá extraer varias conclusiones fundamentales: a) la sexualidad tiene distintas dimensiones: biológica, psicológica, socio-cultural, ética y experiencial; b) la sexualidad nos acompaña toda la vida; c) el ser humano es un ser sexuado, no es que tenga sexualidad sino que ésta forma parte de su persona; (d) los seres humanos no son iguales por lo que tienen una sexualidad diferenciada, es decir, como seres sexuados tendremos distintas experiencias o biografías sexuales.

Figura 3.2. El ser humano es un ser sexuado



Actividad 4

Para finalizar la sesión se realizará una actividad que pretende explicitar y expresar de forma oral y escrita las distintas funciones de la sexualidad humana. En primer lugar se planteará el siguiente interrogante al alumnado: ¿Para qué creéis que sirve la sexualidad? Se pondrán en común las distintas opiniones y se concluirá que las funciones de la sexualidad son variadas: reproducción, placer, comunicación, intimidad, afectividad, etc. Posteriormente deberán recoger estas ideas en su cuadernillo de fichas, completando el espacio destinado a las posibles funciones de la sexualidad. Para concluir la unidad redactarán además, unas líneas sobre la sexualidad humana (Anexo 4).

SESIÓN 3

Esta sesión será destinada a trabajar los cambios que experimentan chicas y chicos desde la pubertad hasta la edad adulta; es decir, desarrollaremos la Unidad Didáctica 2, “*Nuestro cuerpo ésta cambiando*”

Actividad 5

Se leerá un texto en el que se abordan los cambios físicos y emocionales que ésta experimentando Miguel, un chico de 14 años (Figura 3.3).

Figura 3.3. Miguel tiene 14 años.

Hace más de 10 años que vivo en Burgos. Aunque no he nacido aquí me gusta mucho ésta ciudad porque es donde tengo a mis amigos. Sin embargo, últimamente estoy algo agobiado.

¡Perdonad mi falta de educación, se me ha olvidado presentarme! Me llamo Miguel, tengo 14 años y estoy estudiando 3º de ESO. Como os estaba contando tengo varios amigos con los que quedo y me divierto habitualmente. En el insti las cosas marchan más o menos bien aunque a veces me siento extraño. El otro día, por ejemplo, me pareció que Ana se reía mientras yo respondía a una pregunta de la profesora. Además, estoy bastante harto de que siempre me recuerde que ella es más alta que yo. Luis, mi compañero de pupitre, es un gracioso y siempre está agobiándome con mi bigote o algún que otro grano. Lo cierto es que estos últimos meses han sido demasiado raros. En cuanto a mis amigos a veces estando con ellos me siento sólo. Me gustaría contarles lo que me ocurre pero me da mucha vergüenza; así que os lo voy a contar a vosotros.

Hace ya cerca de dos meses me desperté por la noche algo agitado y descubrí que las sábanas estaban algo mojadas. Apenas me paré a pensar en ello y seguí durmiendo. No le hubiera dado mayor importancia, pero al poco tiempo volvió a suceder. El caso es que ahora me pasa muy a menudo y ni tan siquiera me despierto. Esto parece una broma pesada, por las mañanas cuando me levanto descubro las sábanas húmedas. Estoy bastante abrumado y no sé que puedo hacer. Sólo me queda esperar que esto sea pasajero y que mis padres no se enteren de nada. ¡Vaya situación! ¿No os parece?

El alumnado deberá reflexionar sobre lo que está ocurriéndole al protagonista de la historia. Para facilitar el diálogo se pueden plantear preguntas como éstas:

- ¿Qué le pasa a Miguel?
- ¿Por qué creéis que está sucediendo todo eso?
- ¿Cómo siente Miguel ante esta situación?

- ¿Qué ha cambiado en su vida?
- ¿Y en sus sentimientos?
- ¿Vosotros también estáis cambiando? ¿En qué?
- ¿Cómo os sentís?
- Otras.

Entre las conclusiones que se extraerán de este texto destaca la idea de que Miguel está cambiando, es decir, madurando. Por un lado está experimentando cambios en su cuerpo (pubertad); pero también están apareciendo nuevos sentimientos, y nuevas formas de interpretar y vivir la realidad (adolescencia).

Actividad 6

Continuando con la actividad anterior, se preguntará a todo el grupo: ¿Cuáles son los cambios que experimentan las chicas? ¿Y los chicos? El objetivo es tratar en el aula los principales cambios puberales. Debido al posible impacto en la imagen corporal y en la autoestima, se prestará especial interés al desarrollo tanto de los caracteres sexuales primarios, como de los caracteres sexuales secundarios. En cualquier caso, se deberá explicar otras manifestaciones puberales. Siguiendo la propuesta de Moreno (2001) destacan cinco:

1. El denominado “estirón” caracterizado por un crecimiento entrecortado de la mayor parte de las dimensiones del esqueleto y de muchos órganos internos.
2. El desarrollo de los caracteres sexuales primarios, es decir, aquellos implicados directamente en la reproducción. Destacan el crecimiento de los órganos sexuales, la menarquía y la primera eyaculación.
3. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Son aquellos rasgos que, aunque no intervienen directamente en la reproducción, diferencian morfológicamente a varones y mujeres. En los chicos destacan, por ejemplo, los cambios de voz o la aparición del vello en la cara. En las chicas es notable el aumento del tamaño de los pechos.
4. Otros cambios corporales en relación a la composición, a la cantidad y a la distribución de la grasa en el organismo; como por ejemplo el ensanchamiento de las caderas en las mujeres.
5. El desarrollo del sistema circulatorio y del sistema respiratorio. Este desarrollo, caracterizado por el aumento de hematíes y la elevación de la tensión sistólica, es más acusado en varones lo que se asocia a una

mayor capacidad de éstos para realizar esfuerzos físicos (Coleman, 1987; Coleman y Hendry, 2003).

Actividad 7

A continuación, de forma individual cada alumno tendrá que realizar una pequeña búsqueda de información sobre las distintas partes de la anatomía sexual femenina y masculina. Una vez conozcan el vocabulario y su significado, deberán completar en su cuadernillo de fichas los mapas mudos correspondientes (Anexo1). Se pondrá en común el trabajo realizado, para que al finalizar la actividad todo el alumnado tenga completados los mapas de la siguiente manera (Figuras 3.4, 3.5 y 3.6):

Figura 3.4. Anatomía sexual externa femenina

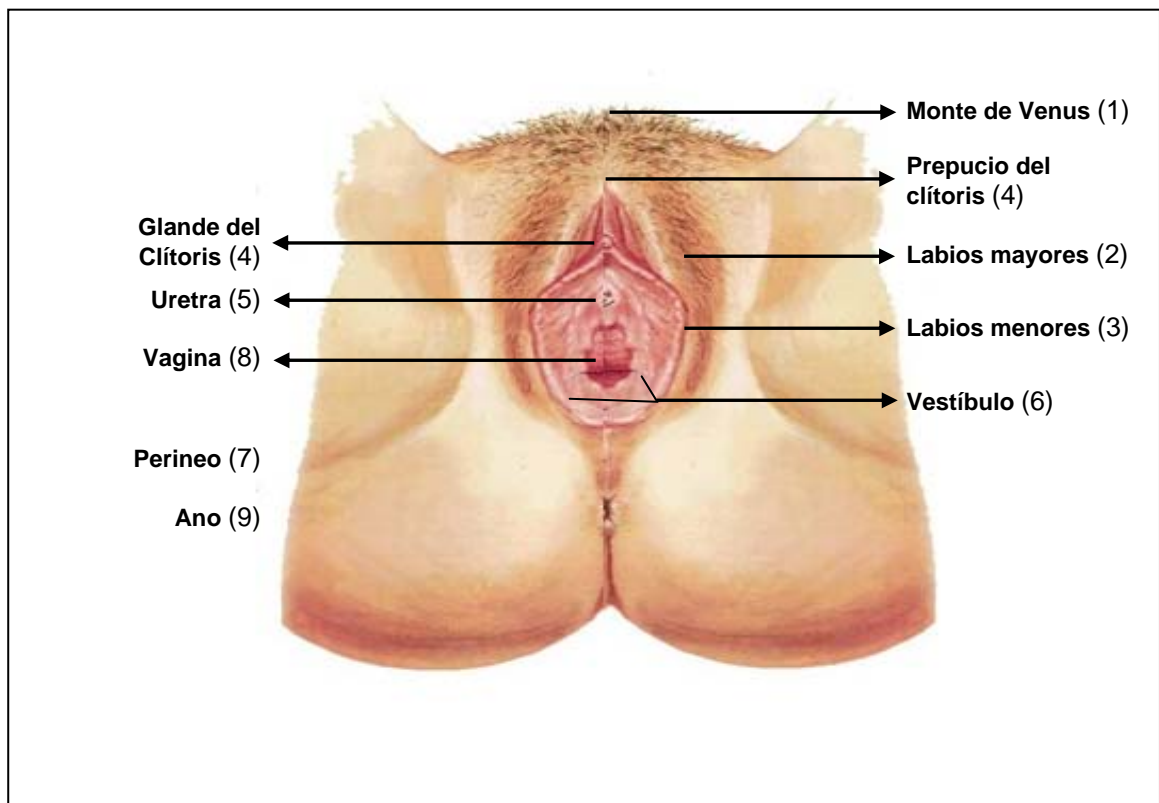


Figura 3.5. Anatomía sexual interna femenina.

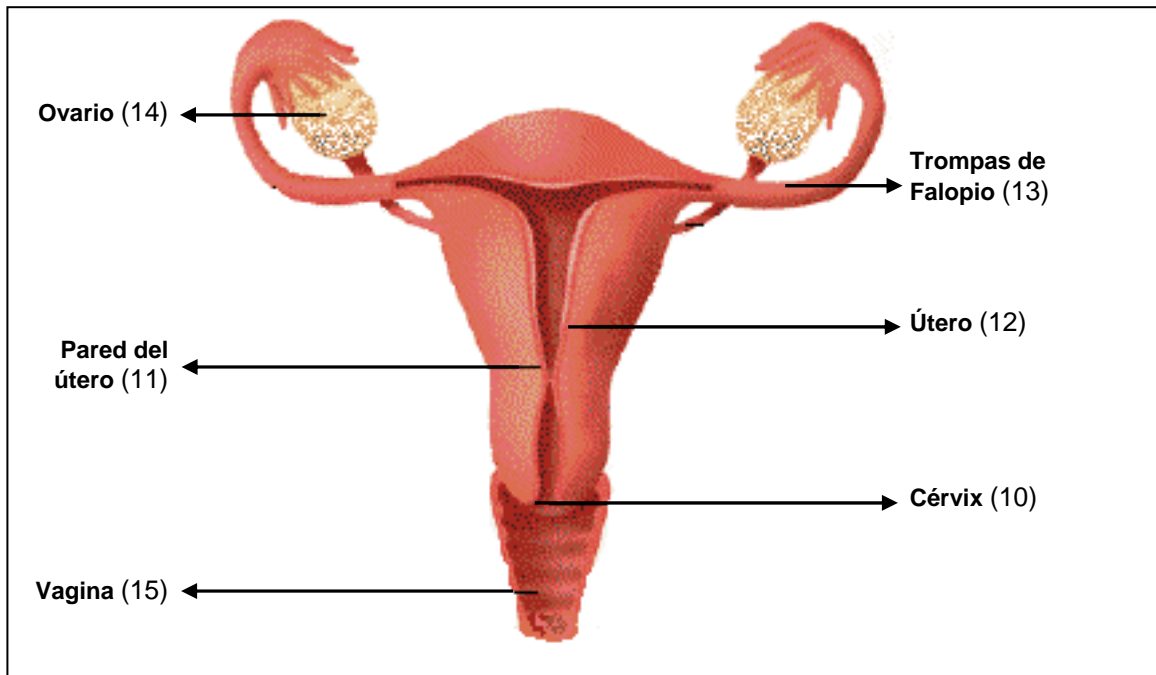
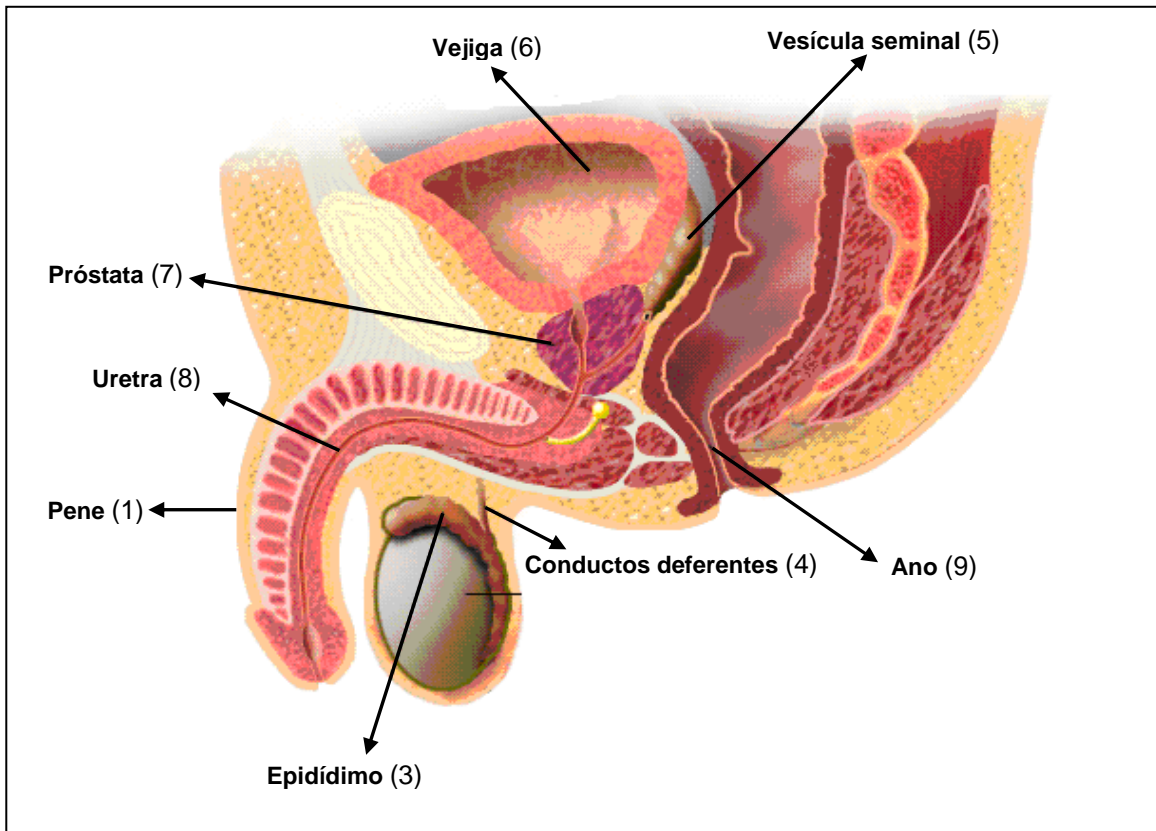


Figura 3.6. Anatomía sexual masculina



Se aprovechará para comentar y especificar las funciones y características de los distintos órganos sexuales femeninos y masculinos. Destacamos a modo de guía los siguientes aspectos (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005):

▪ ANATOMÍA SEXUAL FEMENINA:

1. Monte de Venus: Montículo de tejido graso que cubre la zona de unión de los huesos púbicos en la parte frontal del cuerpo y por encima del clítoris. En la pubertad se cubre de vello púbico. El monte funciona como cojín durante la relación sexual; protegiendo a los miembros de la pareja de la presión con el hueso pubiano que se produce como consecuencia de los empujes.
2. Labios Mayores: Pliegues de la piel que discurren a lo largo de la vulva. Las superficies exteriores de éstos están cubiertas por vello púbico y piel más oscura. Las superficies interiores, por el contrario, tienen menos vello y su piel es más clara. Cuentan con gran cantidad de terminaciones nerviosas (que pueden producir placer). Además, protegen los genitales internos.
3. Labios Menores: Son membranas desprovistas de vello y de color claro, localizadas entre los labios mayores y unidos en su parte superior al prepucio (capuchón) del clítoris. Están vascularizados y provistos de abundantes terminaciones nerviosas; por lo que son muy sensibles a la estimulación sexual.
4. Clítoris: Localizado sobre la abertura uretral, consta de tallo, prepucio y glande. Es el único órgano cuya única función conocida es la experimentación de placer. Su origen embrionario es común con el pene.

El cuerpo o *tallo clitoridiano* consiste en un tejido eréctil. El *prepucio o capuchón* es una vaina de piel formada por la parte superior de los labios menores que cubre el tallo clitoridiano. El *glande del clítoris* es un bulto de tejido liso y redondo. Es extremadamente sensible al tacto por la gran cantidad de terminaciones nerviosas que posee.
5. Uretra: Abertura a través de la cual la orina es expulsada del cuerpo femenino.
6. Vestíbulo: Antesala de la vagina. Área dentro de los labios menores que contiene las aberturas hacia la vagina y la uretra. Posee gran cantidad de terminaciones nerviosas.
7. Perineo: Tejido superficial y subyacente entre la abertura vaginal y el ano. Al perineo llegan también, gran cantidad de terminaciones nerviosas.

(Continúa)

8. Vagina: Órgano tubular que contiene el pene durante la relación sexual y a través del cual nace un bebé. En reposo, mide aproximadamente entre 76 y 126 mm. El *himen* es un pliegue que se encuentra sobre la abertura vaginal y que normalmente está presente al nacer.
9. Ano: Abertura a través de la cual las heces son expulsadas del cuerpo femenino.
10. Cervix: Parte final más baja del útero. Sus paredes, como las de la vagina, producen secreciones que contribuyen al equilibrio químico de la vagina.
11. Pared del Útero: Formada por tejidos que recubren el útero: perimetrio, miometrio y endometrio.
12. Útero: Es un órgano hueco, muscular, con forma de pera, dónde se implanta el óvulo fertilizado y se desarrolla hasta el nacimiento.
13. Trompas de Falopio: Tubos que se extienden de la parte superior del útero hacia los ovarios y conducen los óvulos hasta el útero.
14. Ovarios: Son órganos almendrados de que miden aproximadamente 40 mm de largo. Éstos producen los óvulos (células sexuales) y las hormonas sexuales femeninas, el estrógeno y la progesterona.

▪ ANATOMÍA SEXUAL MASCULINA:

- 1) Pene: Órgano masculino que se utiliza en la relación sexual y que, a diferencia de la vagina, canaliza la orina. Tanto el semen como la orina son expulsados del pene por la abertura uretral. El pene consta de *prepucio*, *glande*, *tronco* y *raíz*. Esta última es la base del pene que se extiende dentro de la pelvis. El *tronco*, por su parte, es el cuerpo del pene. Su tamaño aumenta como resultado de la vasocongestión. El *prepucio* es una piel suelta que recubre el glande. Finalmente, el *glande* es la “cabeza” del pene y es extremadamente sensible a la estimulación sexual.
- 2) Testículos: Glándulas sexuales masculinas o gónadas que producen las células del esperma y las hormonas sexuales del varón. Éstos se encuentran dentro del escroto, que es la bolsa de piel suelta que les recubre.
- 3) Epidimio: Tubo que descansa contra la pared posterior de cada testículo y funciona como almacén para el esperma.
- 4) Conductos deferentes: Tubos que conducen en esperma desde los testículos hasta el conducto eyaculatorio del pene.

(Continúa)

- 5) Vesícula seminal: Pequeñas glándulas que se encuentran detrás de la vejiga y secretan fluido que se combinan con el esperma en los conductos eyaculatorios.
- 6) Vejiga: Es un órgano muscular hueco que actúa como un depósito para la orina.
- 7) Próstata: Glándula que se sitúa debajo de la vejiga y se asemeja a una castaña en forma y tamaño (unos 2cm de diámetro). Ésta secreta fluido prostático, el cual dota al semen de su olor y textura característicos.
- 8) Uretra: Tubo que va desde la vejiga hasta llegar a la punta del glande, para terminar en la abertura uretral. En su recorrido cruza la próstata y abarca toda la longitud del pene. Tiene dos funciones: eliminar la orina del organismo y expulsar el semen al momento de la eyaculación.
- 9) Ano: Abertura a través de la cual las heces son expulsadas del cuerpo masculino.

Actividad 8

Posteriormente cada alumno de forma individual deberá redactar en su cuadernillo de fichas unas reflexiones sobre la anatomía sexual partiendo de las siguientes preguntas (Anexo 4):

- ¿Qué anatomía sexual conocías mejor la femenina o la masculina?
- ¿Coincide que es la anatomía de tu sexo?
- ¿Por qué crees que esto es así?
- ¿Has descubierto alguna parte de tu cuerpo que desconocías?
- ¿Cuáles?
- ¿Qué partes de tu anatomía sexual conocías antes de esta Unidad?
- ¿Cómo supiste de su existencia? ¿Las has mirado o manipulado?
- ¿Por qué?
- ¿Crees que chicos y chicas saben cómo es su cuerpo de la misma manera?

Esta actividad pretende varios objetivos. Por un lado, reflexionar sobre cómo chicos y chicas suelen conocer de forma diferente su cuerpo. Por otro, analizar y examinar el conocimiento sobre la propia anatomía sexual. Por último, favorecer actitudes de naturalidad en primer lugar, hacia los propios genitales y su conocimiento; y en segundo lugar, hacia los genitales del sexo opuesto.

SESIÓN 4

Durante esta sesión se desarrollará la Unidad Didáctica 3, “*Tenemos afectos sexuales*”. Abordaremos aspectos como el deseo, la atracción, el enamoramiento y las relaciones de pareja.

Actividad 9

El alumnado leerá el texto “Cine y caricias” que aborda dos importantes afectos sexuales deseo y atracción (Figura 3.7). El texto permitirá distinguir estos afectos y valorar la importancia del deseo. El alumnado deberá reflexionar sobre lo que está ocurriéndole al protagonista de la historia, que en este caso puede ser un chico o una chica. Para facilitar el diálogo se pueden plantear preguntas como éstas:

- ¿Qué cuenta esta historia?
- ¿Quién puede ser J. y el /la protagonista?
- ¿Esta situación os puede ocurrir?
- ¿Qué creéis que debe hacer el/la protagonista?
- ¿Cómo son sus sentimientos?
- ¿Creéis que a J. le pasa lo mismo?
- Otras.

Entre las conclusiones que se extraerán de este texto destacan las siguientes:

- a) El o la protagonista siente deseo por la persona que le acompaña. Esto es totalmente normal puesto que el deseo es un afecto sexual humano y se da entre las personas.
- b) No siempre que sentimos deseo podemos satisfacerlo, el deseo no implica la acción.

Actividad 10

De forma individual cada alumno/a deberá dibujar con círculos su particular visión del amor en pareja, es decir, el significado de la palabra amor para ellos. Este ejercicio nos permite juzgar y debatir las distintas formas de entender el amor. Las representaciones iconográficas más usuales en este tipo de ejercicios son las que aparecen en la Figura 3.8. A partir de ellas podremos debatir cuestiones como: los distintos modelos de parejas, la importancia del compromiso pero desde la independencia, el valor de la propia persona, la posesión y los celos, etc.

Figura 3.7. “Cine y caricias”.

Aquella tarde decidimos ir al cine unos cuantos de clase. Cuando entramos en la sala, coincidió que yo iba entre J., que me cae muy bien, y Blanca, que me cae fatal. Nos sentamos en el mismo orden en que habíamos entrado. Nos quitamos las chaquetas y esperamos a que se iluminara la pantalla y empezara la proyección.

Al principio no me di cuenta de nada. Quiero decir que estaba tan pendiente de la película que no me fijaba en nada de lo que pasaba a mí alrededor. Yo me había inclinado hacia la izquierda, es decir, hacia J. Lo había hecho porque de esa manera veía mejor la pantalla –si me inclinaba hacia la derecha, la cabezota del tipo de delante me lo tapaba todo–. Y también porque así evitaba el contacto con Blanca, que me resultaba especialmente repelente.

Poco a poco, J. debía de haber ido haciendo lo mismo, es decir, se había ido acercando hacia mi lado. No sé en qué momento me di cuenta de que nuestros dos codos estaban apoyados en el brazo de la butaca. Y como brazo de butaca sólo hay uno, y en cambio codos había dos, estos últimos disponían de muy poco espacio y a la fuerza tenían que tocarse.

Aquel contacto me gustaba mucho. Despertaba en todo mi cuerpo un calor dulce y me ponía la piel de gallina.

De repente me di cuenta de que estaba prestando más atención a la cantidad de superficie de mi cuerpo que rozaba el de J. que a la película. También tenía más interés en la presión que su cuerpo ejercía sobre el mío, y al revés, que en aquello que sucedía en la pantalla. Casi no me movía ni me atrevía a respirar por miedo a que un cambio mío provocase otro en la postura de J.

No me atrevía a respirar demasiado y, sin embargo, mi respiración se había agitado. Aunque me esforzaba en contenerla, tenía la respiración muy alterada, rápida y sincopada. Intenté mirar a J. con el rabillo del ojo. Me habría gustado saber qué cara ponía. Pero para llegar a ver su cara habría tenido que girarme tanto que forzosamente nuestros codos se habrían movido, separándose. No valía la pena. Prefería seguir notando la presión de su cuerpo contra el mío. Me acerqué más y casi pude percibir su aliento.

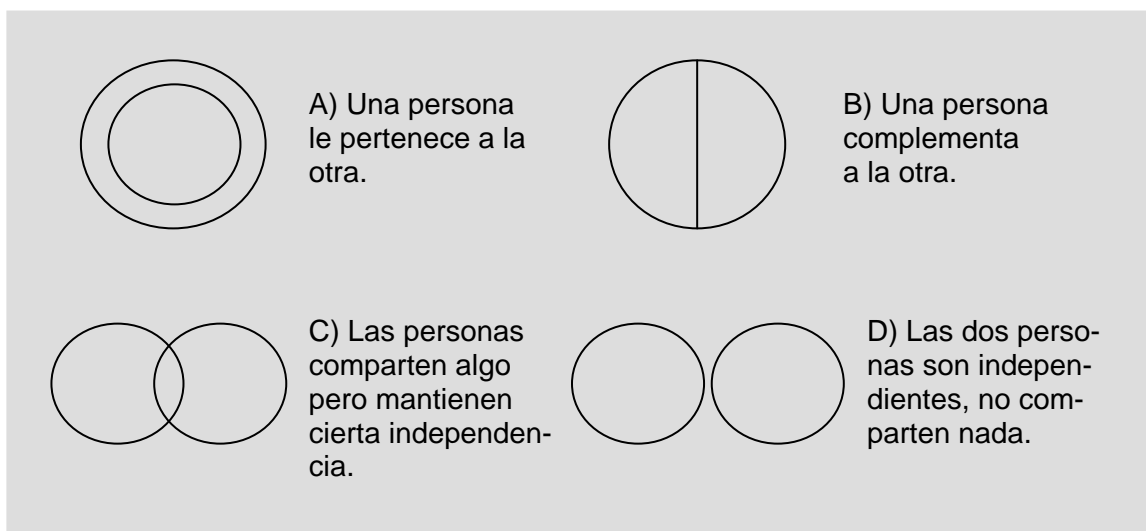
“¿Qué debe de notar J.?”, me pregunté.

Posiblemente no se daba cuenta de nada. Quizá no era consciente de que nuestros cuerpos se tocaban. Quizá ni siquiera sabía que era yo quien se había sentado a su lado. “No me extrañaría nada”, me dije, ya que últimamente empezaba a dudar de mi capacidad para llegar a gustar a alguien.

Justo cuando estaba pensando esto...

Fuente: Lena *et al.* (2007:92). Adaptación de Gemma Lienas (1990:82-83).

Figura 3.8. Representaciones icnográficas del amor



Actividad 11

Otro aspecto que se trabajará en esta sesión es el enamoramiento como fase primera del amor. Para ello pediremos al alumnado, con anterioridad a esta sesión, que seleccione canciones de amor. Es fundamental que busquen y elijan ellos mismos la canción por una doble circunstancia, por un lado, esta técnica permite un ejercicio previo de reflexión y análisis de su propia música. Además, esta búsqueda ejerce una fuerte motivación en su aprendizaje.

Posteriormente el profesor/a seleccionará una o dos canciones. Formulará preguntas adaptadas a la letra o letras elegidas, posibilitando un dialogo sobre estas cuestiones. A modo de guión podemos señalar los siguientes interrogantes:

- ¿Qué cuenta la canción?
- ¿Las personas de las que habla se conocen desde hace tiempo?
- ¿Qué sentimientos aparecen?
- ¿Siempre nos hace felices el amor? o ¿infelices?
- ¿Qué modelo de amor aparece?
- ¿Qué opinión os merece?
- Otras preguntas según la letra.

La canción nos permitirá comentar la relación entre sexualidad y cultura. Los alumnos habrán de analizar como el amor ha estado presente en las distintas formas de arte desde los tiempos más antiguos: música, cine, literatura, pintura, escultura, etc.

Actividad 12

Como colofón a esta Unidad, de forma individual anexarán a su cuadernillo de fichas imágenes o textos sobre el amor y la sexualidad (cuadros, fotografías, fotogramas, poemas, canciones, cuentos, párrafos de novelas, cómics, etc.) De esta manera generalizarán el aprendizaje de la influencia socio-cultural en el amor aplicando su conocimiento en un nuevo contexto (Anexo1).

SESIÓN 5

Esta sesión la dedicaremos al tratamiento de las identidades. Por un lado estudiaremos la identidad sexual y por otro lado la identidad de género. Esta sesión y la siguiente se destinarán a la Unidad Didáctica 4, “*Nos relacionamos*”.

Actividad 13

Se utilizará nuevamente el texto “Cine y caricias”. Los protagonistas de la historia pueden ser chico/chico, chico/chica o chica/chica, es decir, pueden ser homosexuales o heterosexuales.

En grupos de dos o tres alumnos se inventarán variantes de la historia. Primero pondrán nombre a los personajes y con ello les asignarán un sexo. Después añadirán un final alternativo. Posteriormente pondrán en común su trabajo con el resto de compañeros, generándose así un pequeño diálogo sobre sus creencias en torno a la orientación del deseo. Se introducirán así los conceptos de homosexualidad y heterosexualidad. Para facilitar el pequeño coloquio se pueden plantear preguntas como éstas:

- ¿Quién puede ser J. y el /la protagonista?
- ¿Por qué casi todos habéis pensado que son chico y chica?
- ¿Pueden ser dos chicas? ¿Y dos chicos?
- ¿Qué os parece?
- ¿Es aceptable o normal?
- ¿Qué dijimos del deseo? ¿Entre quienes se da?
- ¿Tienen los mismos sentimientos personas homosexuales y heterosexuales?
- Otras.

Actividad 14

Para afianzar las actitudes positivas y los conocimientos científicos sobre la orientación del deseo y la homosexualidad se proyectará un vídeo de 12 minu-

tos sobre estas temáticas (Anexo1). Tras el visionado se propiciará un pequeño diálogo y se incidirá en la reflexión de los siguientes aspectos:

- a) La orientación del deseo es intrínseca y personal, es decir, ser heterosexual, homosexual o bisexual no se elige, se siente.
- b) La homosexualidad si es natural, puesto que aparece en otras especies del reino animal.
- c) Determinados estudios demuestran que la homosexualidad tiene un origen biológico. Por ello, no es cuestión de gustos... es mucho más.

Actividad 15

A fin de reforzar las actitudes positivas, la empatía y la tolerancia hacia la homosexualidad los alumnos deberán redactar una carta en la que comuniquen a un amigo, a un familiar o a un compañero que son homosexuales. Se les indicará que no sólo se trata de contar su orientación sexual, sino que deben expresar sus sentimientos y sus vivencias. Esta actividad es fundamental para que aprendan a ponerse en lugar del otro. Además, el hecho de que lo hagan por escrito facilita que sean más sinceros y que obvien los prejuicios de sus propios compañeros. Para facilitar y orientar la confección de la carta, en su cuadernillo de fichas aparece el guión siguiente (Figura 3.9) (Anexo1).

Figura 3.9. Guía para la redacción de la carta

<p>1. EL DESTINATARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿A quién dirigiremos la carta? ✓ ¿Qué relación tiene con nosotros? ✓ ¿Cuánto nos importa su reacción? ✓ ¿Cómo me sentiría si no me acepta? ✓ Otra 	<p>3. EL RESTO DE LA GENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué opinan mis compañeros o conocidos de la homosexualidad? ✓ ¿Cómo lo ve en general la gente? ✓ ¿Alguna vez me han rechazado? ✓ ¿Cuáles han sido mis sentimientos? ✓ Otras
<p>2. MI HOMOSEXUALIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuándo me di cuenta? ¿Por qué? ✓ ¿Cuales fueron mis sentimientos? ¿Y los que tengo ahora? ✓ ¿Cómo vivo mi homosexualidad? ✓ ¿Ahora me gusta alguien? ✓ ¿Cómo me siento al ocultar mi identidad? ✓ Otras 	<p>4. ¡Y LA CARTA!</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuáles son mis expectativas? ✓ ¿Cómo lo voy a contar? ✓ ¿Cómo reflejo todo lo anterior? ✓ Otras

Entre el alumnado puede haber algún chico o chica homosexual, circunstancia que debe ser tenida en cuenta por quién desarrolle el programa. Esta actividad aunque les pueda resultar dura, supone un ensayo importante para el reconocimiento personal y social de su orientación sexual.

Se seleccionarán las cartas más realistas o emotivas. Sin revelar la autoría serán leídas en el aula y se colocarán transcritas a ordenador en el corcho del aula. De esta manera transformaremos el corcho en un panel de reflexión y de reivindicación que acompañará al alumnado durante el curso.

SESIÓN 6

Durante esta sesión se concluirá la Unidad Didáctica 4, “*Nos relacionamos*” abordando la identidad de género. Se desarrollará asimismo la Unidad Didáctica 5, “*Nuestra respuesta*”.

Actividad 16

La sesión comenzará tomando como punto de partida la *actividad 8* (llevada a cabo en la SESIÓN 3) en la que el alumnado debía redactar unas reflexiones sobre la anatomía sexual femenina y masculina a partir de unas preguntas. El fin de esta actividad era doble. Por un lado servía como refuerzo y generalización del aprendizaje de la anatomía sexual; y por otro, evidenciaba diferencias en función del género en la relación cuerpo-persona. Las reflexiones del alumnado servirán, por tanto, para cuestionar la polarización de la sexualidad en función del sexo y para introducir el término “identidad de género”. El docente comenzará planteado de forma oral los siguientes interrogantes:

- ¿Qué anatomía sexual conocíais mejor? ¿la femenina o la masculina?
- ¿Coincide que es vuestra anatomía sexual?
- ¿Por qué creéis que la anatomía femenina es más desconocida? ¿Incluso para las chicas?
- ¿Creéis que chicos y chicas saben cómo es su cuerpo de la misma manera?
- ¿Es bueno que las chicas conozcan peor su cuerpo?
- ¿Creéis que puede influir en algo?
- ¿Qué opináis?
- ¿Deben ser distintos los chicos y las chicas?
- ¿Cómo tienen que ser los hombres? ¿Y las mujeres? ¿Por qué?
- ¿Qué me dirías que significa ser mujer? ¿Y ser hombre?

- ¿Y eso quién lo decide?
- ¿Influye la sociedad?
- Otras

Posteriormente se explicará que la identidad de género es la auto-percepción en términos masculinos (masculinidad) y femeninos (feminidad); y que se va construyendo desde la infancia. Se debe incidir en el debate y en la reflexión de los aspectos que aparecen a continuación:

- o La forma de concebirnos como mujeres u hombres condicionará nuestras relaciones interpersonales.
- o Existe un “sistema sexo-genero” mantenido por la sociedad que está legitimando los roles de género, los estereotipos y el sexismo. Sin embargo, podemos y debemos ser críticos ante este sistema, para evitar seguir manteniéndolo.
- o En el terreno de la sexualidad son demasiadas las prescripciones sociales relacionadas con el género, apareciendo incluso los roles sexuales.

Actividad 17

Conectando con la actividad anterior, se trabajará la Respuesta Sexual Humana (RSH). El docente planteará el siguiente dilema: Si existen innumerables estereotipos sobre la sexualidad de las mujeres y la de los hombres, ¿realmente ellas y ellos son distintos? ¿Cómo es la respuesta sexual de cada uno? A continuación se proyectarán los gráficos de la RSH en mujeres y varones, a fin de analizar las semejanzas y las diferencias, y comprobar qué es más lo que nos asemeja que lo que nos diferencia (Figuras 3.10 y 3.11).

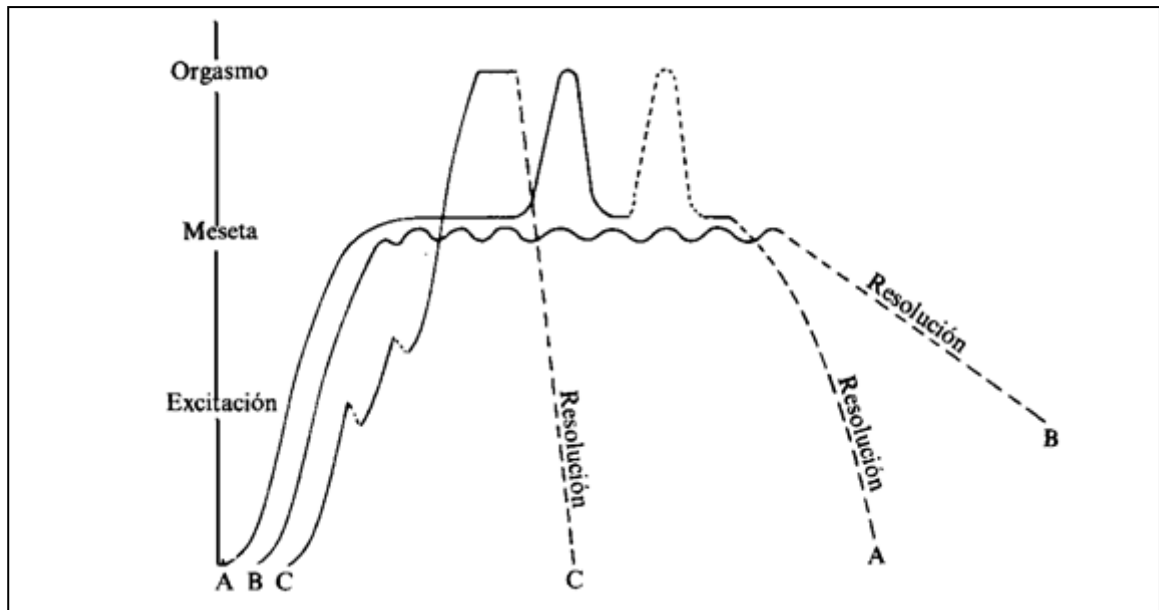
Se incidirá en dos ideas muy relevantes:

- o La importancia del clítoris en la respuesta sexual femenina.
- o El objetivo de las relaciones sexuales sean o no coitales no es forzosamente alcanzar el orgasmo. La intimidad, la comunicación, etc. son gratificantes en sí mismas.

Actividad 18

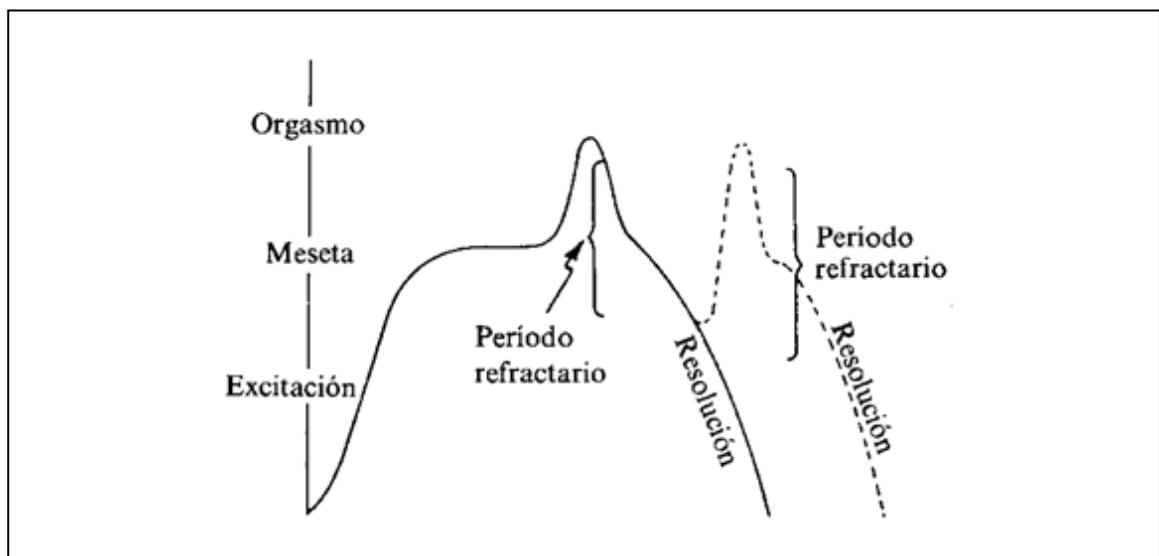
En el cuadernillo de fichas el alumnado deberá dibujar las representaciones gráficas de Master y Johnson sobre las RSH tanto femenina como masculina; a partir de unos ejes de coordenadas (Anexo1):

Figura 3.10. Respuesta Sexual Femenina



Fuente: Master y Johnson

Figura 3.11. Respuesta Sexual Masculina



Fuente: Master y Johnson

Actividad 19

En sus cuadernillos de fichas encontrarán una tabla en la que aparecen mitos y realidades sobre la sexualidad masculina y femenina; es decir, enunciados que corresponden a roles sexuales tradicionales sustentados en el sistema

sexo-género y otros roles provenientes de nuevos modelos de sexualidad (Figura 3.12).

De forma individual deberán valorar si están de acuerdo o no con los enunciados y explicar con argumentos científicos el porqué de su opinión. El objetivo es que reflexionen y pongan “en tela de juicio” sus propias creencias sexistas al carecer de argumentos sólidos para defenderlas.

Figura 3.13. Roles sexuales y estereotipos

	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo
Los chicos tienen que llevar la iniciativa, ellas tienen que esperar		
<i>¿Por qué?</i>		
Los chicos necesitan también afecto		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas son más pasivas		
<i>¿Por qué?</i>		
Está bien que los chicos tengan muchas parejas, pero no las chicas		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas necesitan tener relaciones sexuales		
<i>¿Por qué?</i>		
Los chicos siempre tienen ganas de mantener relaciones sexuales		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas son más románticas		
<i>¿Por qué?</i>		
Los chicos están necesitados sexualmente		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas no deben ser fáciles ni tener muchas parejas		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas se inician a las mismas edades que los chicos		
<i>¿Por qué?</i>		
Los chicos deben ser controladores y posesivos		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas deben resistirse y decir no		
<i>¿Por qué?</i>		
Las chicas no tienen fantasías, y si aparecen son románticas		
<i>¿Por qué?</i>		

SESIÓN 7

Esta sesión y la siguiente se destinarán a la Unidad Didáctica 6, “Nos expresamos”. Durante los primeros 50 minutos abordaremos las siguientes conductas sexuales: masturbación y otras conductas como el beso o la cita.

Actividad 20

La sesión comenzará escuchando y leyendo la canción “Con mis manos” de la artista Bebe, que aparece en su disco *Pa fuera telarañas* (2004). La letra de esta canción aborda la conducta de la masturbación. Su protagonista se está masturbando, en este caso, porque no tiene a su objeto de deseo (Figura 3.14).

Figura 3.14. “Con mis manos”

Cuando estas, ya no están los demás,
cuando te vas, tengo ganas de llorar,
perdida en el sillón de mi cuarto pienso en ti con mis manos.

Que hacer, no tengo ganas de salir
por que siempre tienes que huir
perdida en el sillón de mi cuarto
pienso en ti con mis manos.

¡Una y otra vez dulce barbaridad!
El no controlar la forma de parar.

No pienso llorar, de eso ya me canse.
Hoy voy a chillar, voy a andar con mis pies.

Otra vez, he hecho comida para dos,
otra vez, me ha parecido oír tu voz,
otra vez, empiezo a deslizarme en el sillón,
para darle a mi imaginación.

Te pienso, rodeándome,
te siento, adentrándote.

Perdida en el sillón de mi cuarto
pienso en ti con mis manos.
¡Una y otra vez dulce barbaridad!
El no controlar la forma de parar.

No pienso llorar, de eso ya me canse.
Hoy voy a chillar, voy a andar con mis pies.

Cuando estás, ya no están los demás,
cuando te vas, tengo ganas de llorar,
perdida en el sillón de mi cuarto
pienso en ti con mis manos.

Fuente: Artista Bebe “*Pa fuera Telarañas*” (2004).

Tras la lectura de la canción, se iniciará un pequeño debate sobre su contenido. Para facilitar esta tarea se pueden utilizar preguntas similares a éstas:

- ¿De que trata la canción?
- ¿Habla del desamor únicamente?
- ¿Quién es él o la protagonista?
- ¿Que está haciendo?
- ¿Qué os parece?
- ¿Es algo normal?
- ¿En los chicos? ¿Y en las chicas? ¿Por qué?
- ¿Creéis que las personas se masturban habitualmente?
- ¿Quiénes? ¿Por qué?
- ¿En el caso de la protagonista por qué motivos lo hace?
- ¿Son los únicos motivos por lo que se puede hacer?
- ¿Cuáles pueden ser otros motivos?

Sería conveniente detenerse en esta última pregunta, puesto que incide en las funciones de la masturbación. A continuación, y tras una reflexión sobre los motivos que pueden llevar a la masturbación, se proseguirá con el diálogo sobre esta práctica pero de una forma más profunda.

- ¿Qué pensáis ahora?
- ¿Qué sentimientos os genera?
- ¿La masturbación qué es entonces? ¿Para qué sirve?
- ¿Es una forma más de expresar la sexualidad?
- Otras.

Actividad 21

Se dividirá al alumnado en grupos mixtos de discusión de 5 personas. A cada grupo se le entregarán dos fragmentos de distintas conversaciones mantenidas por adolescentes (Figura 3.15). Éstas abordan distintos aspectos relacionados con las citas, los besos y los “ligues”. El alumnado deberá leer los fragmentos correspondientes a su grupo y reflexionar sobre el contenido de los mismos. Posteriormente responderá a las siguientes preguntas:

- ¿Ligan de la misma manera chicos y chicas? ¿Por qué?
- ¿Quiénes llevan la iniciativa? ¿Por qué?
- ¿Estamos de acuerdo con lo que aparece en los fragmentos?
- ¿Salimos a ligar? ¿Nos lo hemos planteado?
- ¿Cómo lo haríamos?

Figura 3.15. ¿Cómo ligamos?

FRAGMENTO 1

“Me presentaron a una chica en la discoteca, la chica iba bastante bebida, yo también iba bebido y nos empezamos a acercar, y lo típico, no tocamos, nos sentamos y empezamos a liarnos. Si no hubiésemos ido bebidos, hubiese costado más. Se me presentó ella sola, pero iba con unos amigos míos, y lo que hizo conmigo lo hizo con dos personas más la misma noche. Cuando acabamos de liarnos, me dio el teléfono, pero no la llamé. Ella se lanzó y yo continué, no la llamé porque vi cómo hacía lo mismo que a mí a dos tíos más.” (Chico, 17 años)

FRAGMENTO 2

“Si conocemos a un chico guapo, hablas con él y ves que la inteligencia no es lo suyo, te giras y dices me voy. En cambio si un chico ve a una chica que está buena y no sigue la conversación, le da igual. Él sigue porque al menos va a conseguir un rollo, y su tiempo no va a ser perdido. Y después hay los que directamente te dicen ¿quieres rollo? Y dices ¿tú eres tonto? Antes di hola, ¿no?” (Chica, 18 años)

FRAGMENTO 3

“Vienen, te ponen la carita... y te dicen: Oh! te veo diferente a las demás, a ver si quedamos un día para tomar algo (...) y cosas así. Al final se hacen mucho los buenos y te consiguen; yo me lo creo siempre”. (Chica, 16 años)

FRAGMENTO 4

“Las tías, depende de en qué sitio, acostumbran más a ir a bailar. Las tías, sobre todo si están buenas, ganan como quieren. Sólo con que se acerquen un poco, la gran mayoría de tíos se pierden, se pierden” (Chico, 17 años)

Fuente: Adaptación de Megías *et al.* (2005: 116; 131; 134 y 137).

A continuación, un portavoz de cada grupo explicará al resto de la clase las reflexiones y conclusiones a las que han llegado. De esta manera aparecerán determinados estereotipos de género relacionados con cuestiones, que deberán ser abordados por el docente. Finalmente se iniciará un debate sobre estos aspectos y la importancia de “ligar”:

- ¿Ligan de la misma manera chicos y chicas? ¿por qué?
- ¿Lleváis la iniciativa? ¿por qué?
- ¿Nos da vergüenza?
- ¿Es importante ligar cuando salimos? ¿por qué?
- ¿De que forma se busca uno pareja? ¿dónde se liga?
- ¿Qué os parece?
- Otras.

SESIÓN 8

A lo largo de esta sesión se concluirá la Unidad Didáctica 6, “*Nos expresamos*”. Se desarrollarán distintas actividades que permitan al alumnado desmitificar la primera vez y valorar el *petting* como una alternativa saludable. Se pretende desterrar asimismo, la expresión “relaciones sexuales completas” para referirnos al coito, dado que el *petting* tiene el mismo grado de intimidad y puede ser igualmente satisfactorio.

Actividad 22

Se dividirá al alumnado en grupos mixtos de discusión de 5 personas. Cada grupo deberá leer y analizar una historia real sobre la “*primera vez*”. Para ello tendrán en sus cuadernillos de fichas unos guiones de análisis (Figuras 3.16 a 3.19).

Tras el trabajo en los grupos de discusión se leerán las dos historias en voz alta. A continuación un portavoz de cada grupo explicará las reflexiones y los acuerdos a los que han llegado. Seguidamente se abrirá un turno de debate con todo el alumnado. Para facilitar la reflexión crítica sobre las relaciones sexuales con o sin penetración se pueden plantear preguntas como las siguientes:

- ¿Creéis que Clara antes de la experiencia del coche había mantenido relaciones sexuales?
- ¿Qué grado de intimidad tiene su primera experiencia?
- ¿Siente excitación? ¿Placer?
- Os acordáis de la RSH ¿Experimenta las distintas fases?
- ¿Cómo es la experiencia de Felipe?
- ¿Siente excitación? ¿Placer?
- ¿Aparecen las fases de la RSH que hemos estudiado?
- ¿En qué se diferencian las experiencias de Clara y Felipe?
- ¿Encontráis algo similar?
- ¿Cómo se denominan las relaciones no cóitales?
- ¿Qué os parece la expresión “relaciones sexuales completas” para referirse al coito?
- ¿Completó el ciclo de RSH Clara? ¿Practicó el coito?
- ¿Qué opináis ahora de esa expresión? ¿Es cierta? ¿En que se basa?
- ¿Qué edad creéis que tienen Felipe y Clara? ¿Por qué?
- ¿Es importante la edad?
- ¿Existe alguna edad ideal? ¿Por qué?
- Otras

Figura 3.16. HISTORIA 1: “La primera vez de Clara.”

(...) Y charlábamos y reíamos, y nos dieron las tres. Nos fuimos a comer. Charlábamos y reíamos, y nos fuimos al parque. Y charlábamos y reíamos y me dio un beso. Y casi sin querer, estábamos (...) en el césped besándonos apasionadamente. Y no sé cómo, su boca estaba en mis ojos, en mis senos, en mi cuello, en mi cintura... Su mano dentro del pantalón, y me manipulaba y me manipulaba y yo que me quedaba en blanco de placer, y que no había preservativo, y que da igual, y yo que suspiraba y suspiraba, y qué maravilla de descarga, y yo que lo recorría de besos, y mi mano en su pantalón...

Mi primera relación coital fue en un coche, de noche, al lado de la playa. Era verano, el mismo verano. Recuerdo el silencio, el sonido de las olas, el terral y yo en aquel coche con un chico con el que llevaba saliendo un par de semanas. Él me contemplaba, y yo, observando todo aquello. Cuando volví la vista, él me miraba y me pedía con los ojos que le besara. Y yo muy lanzada, que le digo que nos vayamos atrás. Y me besa, y nos pasamos atrás, y que me desabrocha la camisa, y me besa y me besa y le digo que dónde están los condones y él me dice que en la guantera, y yo que me voy para la guantera y saco uno, y él que me lo quita de las manos y me dice que le deje ponérselo, y se desabrocha nervioso, y se lo pone, y yo nerviosa intentando simular que tenía experiencia, y yo me siento encima de él y pienso: "¿Y esto es la penetración?", y me muevo, y el que no llega y se le va la erección y yo calmándole: "No importa, no te preocupes " ...Cuando llegué a casa seguía diciéndome: "¿Y esto es la primera vez?"...

Fuente: Adaptación de Barragán (1999:23).

Figura 3.17. HISTORIA 2: “La primera vez de Felipe.”

(...) Nos pusimos a hablar en la puerta de un cuarto y cuando llevábamos una media hora empezamos a meternos mano y nos metimos en el cuarto. Echamos el cerrojo por lo que teníamos la seguridad de que no iba a entrar nadie, y empezamos a desnudarnos. Me invadió una gran excitación, porque, aunque yo había estado con muchas chicas en situaciones límite, sabía que esta vez iba a ser la primera introducción de mi pene en una vagina, como así fue. Aunque la chica tenía más experiencia que yo, fui yo quien dirigió la "operación". El contacto cuerpo a cuerpo fue muy bueno puesto que la chica era una chica muy guapa y agradable y además estábamos muy cómodos en una cama de matrimonio. Cuando llegó el momento de la introducción, estaba muy excitado de tal manera, que cuando la introduje y sentí ese calor húmedo en nada de tiempo eyaculé y se acabó todo.

Me sentí satisfecho porque lo había hecho por primera vez, aunque debido a la tensión y nerviosismo no fue lo satisfactoria que hubiese querido que fuese. A la chica intenté complacerla como buenamente pude, aunque noté que no quedó todo lo satisfecha que le hubiese gustado. Días posteriores repetimos varias veces y la cosa salió bastante mejor...

Fuente: Adaptación de Barragán (1999:24).

Figura 3.18. Guión para la Historia 1.

“La primera vez de Clara”	
EXPRESIONES QUE NO ENTENDÁIS	
Expresiones	Posibles significados
PREGUNTAS	
¿Fue satisfactoria para Clara la primera experiencia? ¿Por qué?	
¿Fue satisfactoria la Clara la segunda experiencia? ¿Por qué?	
¿Con que experiencia disfrutó más Clara? ¿Por qué?	
¿El primer chico disfrutó?	
En el caso del chico del coche, ¿creéis que disfrutó? ¿Se sintió cómodo? ¿Por qué?	
¿Cuál creéis que ha sido para Clara su primera vez?	
¿Qué os parece esta historia?	
OTROS ASPECTOS QUE CONSIDERÁIS RELEVANTES	

Figura 3.19. Guión para la Historia 2

“La primera vez de Felipe”	
EXPRESIONES QUE NO ENTENDAÍS	
Expresiones	Posibles significados
PREGUNTAS	
¿Fue satisfactoria para Felipe la experiencia? ¿Por qué?	
¿Qué es lo que más valora Felipe de su primera vez? ¿Por qué?	
¿Qué le sucedió a Felipe? ¿Creéis que es frecuente que ocurra la primera vez?	
¿Cómo se puede solucionar?	
¿La pareja sexual de Felipe disfrutó?	
¿Qué actitud tomo Felipe con ella?	
¿Qué os parece esta historia?	
OTROS ASPECTOS QUE CONSIDERÁIS RELEVANTES	

Actividad 23

Para concluir esta Unidad, el alumnado deberá definir en su cuadernillo de fichas la palabra “*petting*” y redactar una breve reflexión sobre si esta práctica puede ser o no considerada relación sexual (Anexo1).

SESIÓN 9

En esta sesión se desarrollará la Unidad Didáctica 7, “¿*Cuáles son los riesgos?*” Las distintas actividades permitirán conocer los riesgos en las relaciones entre adolescentes, destacando el embarazo, el SIDA y la ruptura.

Actividad 24

Se iniciará la sesión preguntando al alumnado ¿Creéis que las relaciones sexuales implican algunos riesgos? ¿Cuáles? De esta manera se introducirán los siguientes riesgos en las relaciones entre adolescentes: el embarazo, el SIDA y otras ITS, la ruptura y la culpabilidad o ansiedad. Diferenciaremos entre riesgos físicos y riesgos emocionales.

Posteriormente, el docente se remitirá a la actividad 1 de la primera sesión. Pedirá al alumnado que ha elaborado campañas de sensibilización sobre estos aspectos que muestren y expliquen sus trabajos al resto de compañeros. En primer lugar intervendrán quienes hayan abordado el tema del embarazo no deseado. Tras su participación se explicarán los aspectos que no se hayan planteado y se abrirá un turno de debate sobre el embarazo en la adolescencia, planteando interrogantes como:

- ¿Creéis que estáis preparados para ser padres o madres?
- ¿Cómo afectaría a vuestras vidas?
- ¿Qué se puede hacer para evitarlo?
- ¿Existen otras alternativas?
- ¿En que situaciones puede ser más complicado “controlar”?
- ¿Recordáis el primer fragmento de “cómo ligamos”?
- ¿Es posible que el alcohol no nos permita razonar?
- Otras.

A continuación, siguiendo el mismo procedimiento, expondrán su campaña aquellos alumnos que hayan trabajado el problema de SIDA. Si en sus intervenciones olvidan algún aspecto se completarán sus aportaciones con una explica-

ción, y se mencionará la existencia de otras ITS. Nuevamente, se reflexionará en grupo. Para ello, el pueden plantearse preguntas como las siguientes:

- ¿Creéis que existe ese riesgo?
- ¿Cómo se transmite?
- ¿Podemos saber si una persona es portadora del VIH?
- ¿Cómo afectaría a vuestras vidas contagiarse?
- ¿Qué se puede hacer para evitarlo?
- ¿Existen otras alternativas?
- ¿En que situaciones puede ser más complicado “controlar”?
- Otras.

Para finalizar esta actividad, se colocarán en el aula (en los corchos y/o en las paredes) todas las campañas expuestas a lo largo de la sesión. El objetivo es transformar el aula en una sala de exposiciones, que favorezca la concienciación y reflexión sobre estos aspectos.

Actividad 25

Para afianzar y concienciar en mayor medida al alumnado, se realizará una actividad de carácter lúdico con unas tarjetas, también conocida como “*El juego de las tarjetas*”. Se repartirán cuatro tarjetas a cada uno de los alumnos, de manera que cada persona tenga cuatro del mismo color. Habrá tarjetas de cuatro colores diferentes, por ejemplo: rojo, verde, azul y amarillo.

El alumnado intercambiará las tarjetas. Se trata de deshacerse de las tarjetas originarias y recibir nuevas tarjetas. El único requisito para realizar los cambios es tener algo en común con quien se realicen: gustos, aficiones, mes de nacimiento... En una libreta anotarán el nombre de las personas con las que han hecho intercambio y el motivo que les llevó a ello. Posteriormente se explicará el significado del color de las tarjetas:

- **Verde:** Eras seronegativo y mantuviste una relación sin preservativo con una persona seropositiva que te ha transmitido el VIH. Eres seropositivo.
- **Rojo:** Eras seronegativo y mantuviste una relación sexual con una persona seropositiva, pero fue con preservativo por lo que no te ha transmitido el VIH. Eres seronegativo.
- **Azul:** Eras seronegativo y no has mantenido relaciones sexuales por lo que sigues siendo seronegativo.

- **Amarillo:** Eras seronegativo y mantuviste una relación sexual con una persona sin preservativo. Tuviste suerte pues era seronegativo y sigues siendo seronegativo.

El juego debe permitir la reflexión de varios aspectos como: a) Las personas con VIH presentan un aspecto saludable, por lo que no podemos saber qué personas están infectadas (por mucho que creamos conocerlas, que nos gusten, que compartamos aficiones, etc.); b) Con tan sólo una única relación sexual sin protección podemos contagiarnos de VIH u otras ITS; c) Con protección, ninguna relación implica riesgo; d) El preservativo evita la transmisión de infecciones, además de prevenir también el embarazo; y e) Con cabeza y responsabilidad, se puede disfrutar sin temores, y sin ningún tipo de consecuencia. Para alcanzar estas conclusiones, se debe guiar al alumnado mediante preguntas del tipo:

- ¿Al iniciar el juego cuántas personas había seronegativas? ¿Y seropositivas?
- ¿Cuántas personas seropositivas hay ahora?
- ¿Qué ha pasado?
- ¿Puede haber personas portadoras de VIH con un aspecto saludable?
- ¿Cómo se puede evitar la transmisión de las ITS y del SIDA?
- ¿Depende de nosotros? ¿Es nuestra responsabilidad?
- ¿Y si sabemos que nosotros somos portadores?
- Otras.

Por último, y teniendo en cuenta el clima de dialogo establecido, se mencionarán y discutirán algunos de los riesgos emocionales propios de las relaciones en la adolescencia: ruptura, culpabilidad, miedo o ansiedad. Para ello, se plantearán diversas cuestiones:

- ¿Las relaciones tienen otros riesgos más comunes o frecuentes? ¿Cuáles?
- ¿Qué sentimientos nos generan a veces?
- ¿Es sencillo afrontarlos? ¿Por qué? ¿Cómo?
- ¿El miedo puede impedir que nos relacionemos o qué seamos felices?
- ¿Qué opináis de estas cuestiones?
- Otras.

Actividad 26.

En el cuadernillo de fichas los y las alumnas rellenarán un cuadro sobre otras ITS (Anexo 4). Deberán por tanto, buscar información sobre las infecciones que aparecen en el mismo. Describirán además, otra ITS que ellos mismos

elegirán. Esta actividad, aunque sea de ampliación, permitirá reforzar las conclusiones extraídas con las actividades anteriores, ya que son varios los aspectos comunes a todas las ITS. Se animará a que la búsqueda y la selección de información la realicen con Internet, a fin de ejercitar el manejo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y de conocer portales que puedan ser de utilidad en cualquier otro momento. El profesor/a corregirá de forma individual cada cuadernillo, valorando incluso el lugar de procedencia de la información. A continuación, se muestran a modo de guía los siguientes aspectos que deben aparecer en el cuadro (Figura 3.20):

Figura 3.20. Las Infecciones de Transmisión Sexual

Infección de Transmisión Sexual (ITS)	Observaciones sobre la enfermedad
SÍFILIS	<p>Es una ITS originada por una bacteria denominada <i>Treponema pallidum</i> que se disemina a través de la piel lesionada o las membranas mucosas.</p> <p>Algunos de los principales síntomas son úlceras indoloras, inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, fatiga, erupciones cutáneas, dolores, etc. En etapas avanzadas de la enfermedad causa problemas cardíacos, cerebrales y neurológicos.</p>
GONORREA	<p>La gonorrea es provocada por la <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas.</p> <p>En los varones puede provocar sensación de ardor al orinar y una secreción blanca, amarilla o verde del pene. Algunas veces, incluso dolor o inflamación en los testículos.</p> <p>La mayoría de las mujeres con gonorrea no tienen síntomas, y si los tienen, éstos son leves. Entre los primeros síntomas y signos en las mujeres se encuentran una sensación de dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos.</p>
HEPATITIS B	<p>La hepatitis es la inflamación del hígado provocada por infección de un virus, y más raramente por intoxicación. El síntoma principal es la ictericia (coloración amarilla de la piel). Como consecuencia de la inflamación, se bloquea el paso de la bilis que produce el hígado al descomponer la grasa, y se altera la función del hígado. Cuando una persona contrae hepatitis, el hígado se inflama y deja de funcionar correctamente.</p>
HERPES	<p>El herpes es una infección causada por dos virus diferentes pero estrechamente relacionados: VHS-1 y VHS-2. Ambos son muy fáciles de contraer, tienen síntomas similares y pueden ocurrir en diferentes partes del cuerpo. Al principio se puede tener una sensación de hormigueo o picor en el área genital. Aparecen pequeñas protuberancias rojas que se convierten en ampollas o llagas abiertas. Otros síntomas de la infección son: picor, ardor, dolor al orinar, ganglios linfáticos hinchados y sensibles a tacto, dolores musculares, dolor de cabeza, náuseas, fiebre o cansancio.</p> <p style="text-align: right;">(Continúa)</p>

Infección de Transmisión Sexual (ITS)	Observaciones sobre la enfermedad
CLAMIDIA	Es una infección causada por la bacteria <i>Clamidia trachomatis</i> . En los hombres, la clamidia puede producir síntomas similares a la gonorrea. Los síntomas son: Sensación de ardor al orinar, secreción del pene o del recto, dolor o sensibilidad testicular o dolor o secreción rectal. Las mujeres por su parte, presentan sensación de ardor al orinar, dolor en la relación sexual, dolor o secreción rectal, secreción vaginal y/o síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, inflamación del hígado parecida a la hepatitis.
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.
OTRA _____	

SESIÓN 10

Durante esta sesión y la siguiente se abordará la Unidad Didáctica 8, “¿Por nuestra salud?” En esta sesión se abordarán principalmente los métodos anticonceptivos y los recursos sanitarios que existen en la ciudad.

Actividad 27

A lo largo de toda la sesión se profundizará en el conocimiento de los diversos métodos anticonceptivos y preventivos. Para ello, se contará con la colaboración de un profesional sanitario que acudirá al centro a impartir una conferencia sobre estos aspectos. Se introduce este tipo de actividad por dos motivos. Desde el punto de vista educativo, se aproxima al contexto escolar a profesionales de la Sección de Promoción y Protección de la Salud (Unidad de Atención a la Mujer, en este caso), acercando este tipo de servicios al alumnado; es decir, dando a conocer recursos y alternativas que pueden ser utilizados por los y las adolescentes. Desde el punto de vista científico, es necesario evaluar también el impacto de este tipo de conferencias y sesiones. En cualquier caso, la labor de la persona que acuda al centro escolar será mostrar al alumnado distin-

tas medidas anticonceptivas y explicar algunos recursos con los que pueden contar. Esta actividad durará 50 minutos.

SESIÓN 11

Durante esta sesión se concluirá la Unidad Didáctica 8, “*¡Por nuestra salud!*” Conjugándola con la sesión anterior se pretende fomentar lo que denominamos “espíritu saludable”, es decir, la búsqueda de la salud y la felicidad, como un objetivo vital que se logra mediante el ejercicio de la responsabilidad.

Actividad 28

Se planteará al alumnado la siguiente cuestión: ¿Qué es la salud? Entre todos y todas se elaborará una definición que contemplen aspectos de las siguientes definiciones de la OMS:

- *“La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”* (OMS, 1946).
- *“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente”* (OMS: Oficina de Europa, 1985).
- *“En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales”* (OMS, 2007).

A continuación se formarán grupos mixtos de cinco personas. A partir de las definiciones deberán proponer 7 características o requisitos que deben cumplir las personas y/o las sociedades para conseguir salud. Posteriormente un portavoz de cada grupo leerá a sus compañeros los requisitos que han acordado y se anotarán en el encerado las aportaciones respectivas. Tras una reflexión con todo el grupo, se hará una selección entre todas las características anotadas y se elaborará un decálogo de salud. El alumnado deberá anotarlo en una tabla que aparecerá en su cuadernillo de fichas (Anexo 4).

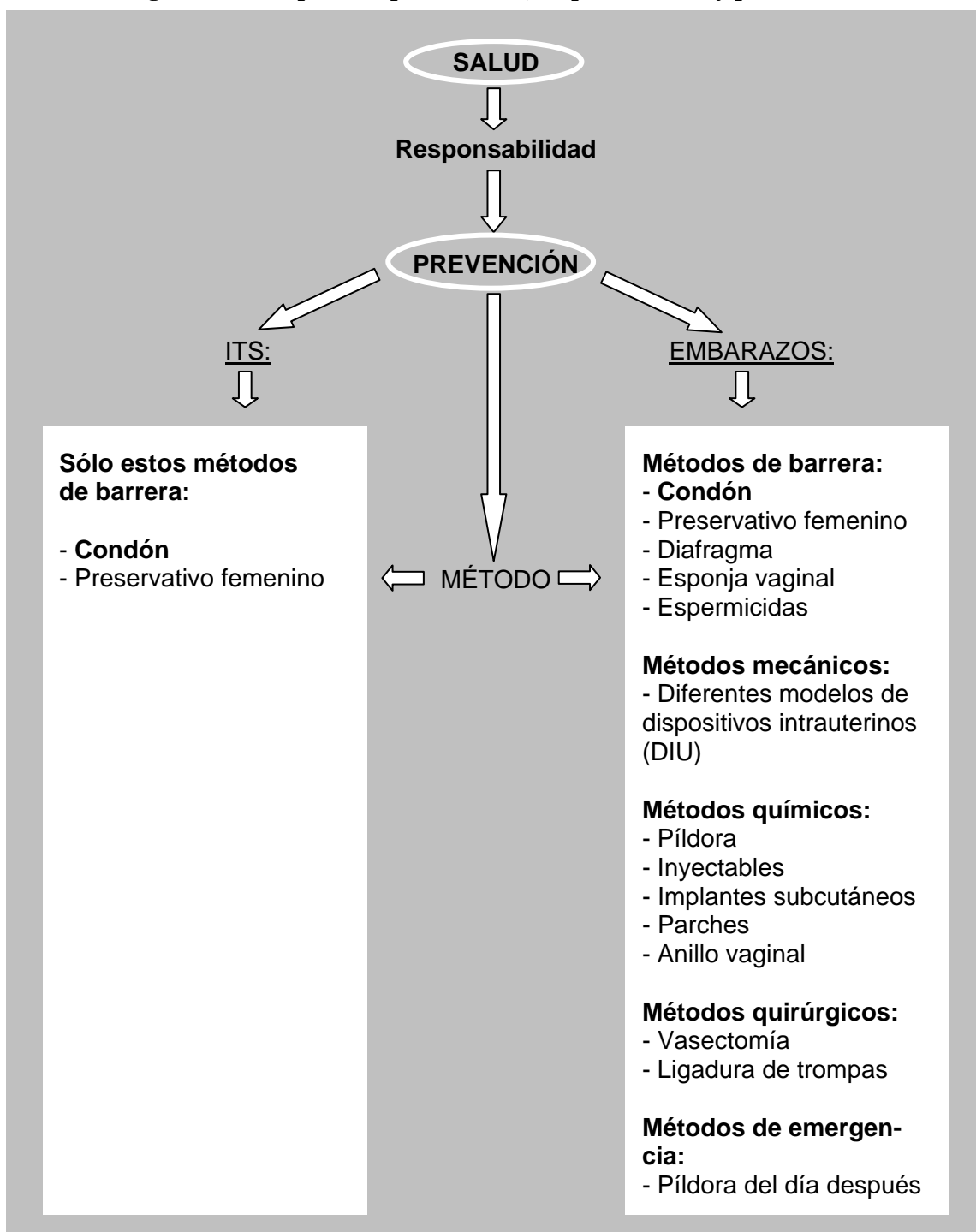
Actividad 29

Se plantearán al alumnado las siguientes preguntas: ¿Recordáis cuáles eran los riesgos físicos que existían? Para diferenciar así, entre embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. ¿Creéis que se previene de igual manera un embarazo que una enfermedad? De esta manera se introducirán dos

nuevos conceptos: métodos preventivos y métodos anticonceptivos. Se incidirán las bondades del uso del preservativo masculino o condón: Prevenir ITS y embarazos no deseados.

Para finalizar la actividad, el alumnado deberá completar en su cuadernillo de fichas un mapa conceptual mudo (Anexo 4). El esquema resultante es el siguiente (Figura 3.21).

Figura 3.21. Mapa conceptual “Salud, responsabilidad y prevención”



Actividad 30

Como en la sesión anterior, el docente se remitirá a la actividad 1 de la primera sesión, pidiendo al alumnado que ha elaborado campañas de sensibilización sobre el uso del preservativo que expongan sus trabajos al resto de compañeros. Se completarán las aportaciones de los distintos grupos con una explicación. Seguidamente se reflexionará y debatirá sobre la importancia del preservativo con todo el grupo. Para ello podrán plantearse preguntas como las siguientes:

- ¿Qué ventajas tiene el uso del condón? ¿Y sus inconvenientes?
- ¿Os atreverías a comprarlos? ¿Por qué?
- Si aparece una ocasión sexual y no llevamos preservativos ¿Qué haríais?
- ¿Hay situaciones en las que podamos incurrir en riesgos?
- Otras.

Actividad 30

A fin de incidir en la importancia del uso del preservativo, en el cuadernillo de fichas encontrarán desordenados los pasos de colocación del preservativo (Anexo 4). De forma individual deberán: Recortar cada paso, ponerlos en orden y pegarlos de forma correcta en el espacio destinado a esta tarea en el mismo cuadernillo de fichas (Figura 3.22)

Figura 3.22. Correcta colocación del condón



Abrir el preservativo y sacarlo delicadamente. Evitar tocar el preservativo con uñas afiladas, anillos o dientes ya que se puede dañar.



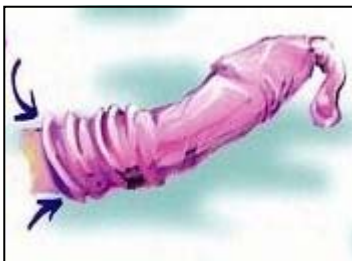
Una vez abierto, antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia que lado lo tenemos que desenrollar).



Colocar el preservativo sobre el pene en erección antes de que se produzca el contacto con el cuerpo de la pareja. Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen.



Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene. Usarlo durante toda la penetración.



Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.



Comprobar que no se haya roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle. Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual.

Imágenes extraídas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Actividad 31

Para finalizar, se entregará al alumnado un CD-ROM donde se resume toda la información tratada y elaborada a lo largo del programa (Anexo 3). En él aparecerá un documento denominado “*Sacamos conclusiones*”, donde se reflejan los aspectos teóricos tratados y algunos consejos (Anexo 2). Este documento incluirá otros aspectos elaborados por el propio alumnado, como pueden ser las cartas. Además, en el CD-ROM los y las alumnas podrán encontrar todas las fichas de trabajo, así como enlaces y teléfonos que pueden ser de interés.

Aprovechando la entrega de los CD-ROM se iniciará una pequeña reflexión sobre el programa. Para ello, pueden introducirse preguntas como las siguientes:

- ¿Qué hemos aprendido a lo largo del programa? ¿Qué sabíamos? ¿Y ahora?
- ¿Qué es, entonces eso de la sexualidad? ¿Para qué nos sirve?
- ¿Qué afectos sexuales tenemos? ¿Qué pasa cuando nos enamoramus? ¿Qué es la orientación del deseo?
- ¿Qué opináis de la expresión relaciones sexuales completas? ¿Es importante el coito? ¿Existen otras alternativas?
- ¿Qué recordáis de la RSH?
- ¿Qué mitos conocéis acerca del sexo? ¿Son ciertos?
- ¿Somos distintos varones y mujeres? ¿En que?
- ¿Existen riesgos? ¿Cuáles? ¿Cómo podemos evitarlos?
- ¿Qué es la salud? ¿Depende de nosotros?
- Otras.

Asimismo, se pedirá al alumnado que plantee aquellas dudas que aún queden sin resolver. Finalmente, se establecerán algunas conclusiones fundamentales entre las que destacan:

- La sexualidad es inherente al ser humano. Somos seres sexuados.
- Existen distintas biografías sexuales que deben ser respetadas. Cada uno de nosotros elige como vivir su sexualidad. No obstante, no todo vale: existe la ética en las relaciones.
- Existen muchos mitos y convencionalismos. Debemos identificarlos y desterrarlos. Por ejemplo, en relación al coito, a las mujeres o a la homosexualidad.
- *“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente”* (OMS: Oficina de Europa, 1985). Es decir, depende de nosotros. Es nuestra responsabilidad.
- Debemos disfrutar y ser felices, pero eso sólo es posible con responsabilidad, respeto y tolerancia.
- Otras.

SESIÓN 12

Se realizará la evaluación final del alumnado mediante un cuestionario que recogerá opiniones, intereses, fuentes de información y nivel de conocimientos y actitudes.

3.5. EVALUACIÓN

3.5.1. EVALUACIÓN DEL ALUMNADO

En primer lugar, como ya hemos indicado, se hará una “*evaluación inicial o diagnóstica*” mediante un cuestionario estructurado para descubrir: el nivel de conocimientos, los mitos y creencias erróneas que sostienen, las actitudes que poseen y los intereses y necesidades que demandan. El objetivo es determinar cuáles son las características del alumnado (Anexo 5).

A lo largo de toda la ejecución del programa se realizará una “*evaluación formativa*”. Se informará a cada alumno de los logros obtenidos, en caso de que se encuentren dificultades de aprendizaje se buscarán nuevas estrategias educativas. Existirá durante todo el proceso una retroalimentación docente-discente. En este sentido, el cuadernillo de fichas constituye un recurso imprescindible, ya que reúne tanto actividades de aplicación como actividades de repaso o refuerzo. Quién imparta el programa recogerá diariamente las fichas. Las evaluará atendiendo al cuadro que se muestra a continuación (Figura 3.23). Para evaluar las actividades que se realizan en el aula se contará además con otra hoja de registro en la que se recogen criterios de evaluación sobre algunos aspectos vinculados a las competencias básicas que se trabajan en el programa (Figura 3.24).

Al finalizar el programa se efectuará una “*evaluación sumativa*” mediante un cuestionario, que por razones científicas será idéntico al utilizado de evaluación inicial. De esta manera, podremos hacer un balance sobre los logros de cada alumno/a (Anexo 5).

Figura 3.23. Registro de evaluación de fichas

Ficha N°: _____	ALUMNOS: Nombre y Apellidos	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
		Esfuerzo y realización del trabajo.	Rigor y utilización de vocabulario científico	Creatividad e innovación en sus redacciones, campañas y propuestas	Reflexión crítica y personal de los contenidos.
	Alumno 1				
	Alumno 2				
	...				
	...				
	Alumno n				

Figura 3.24. Registro de evaluación de actividades en el aula

Sesión N°: _____	ALUMNOS: Nombre y Apellidos	CRITERIOS DE EVALUACIÓN				
		Participación, planteamiento de dudas y expresión y comunicación oral.	Utilización del pensamiento crítico y reflexivo.	Respeto, atención y tolerancia a las aportaciones y opiniones de sus compañeros.	Esfuerzo y realización del trabajo.	Trabajo cooperativo: empatía, asertividad y comunicación.
	Alumno 1					
	Alumno 2					
	...					
	...					
	Alumno n					

3.5.2. EVALUACIÓN DEL PROFESORADO Y DEL PROGRAMA

Cualquier programa educativo debe no sólo evaluar el rendimiento y los logros alcanzados por el alumnado, sino que ha de valorar también la práctica docente y el propio programa, es decir, los elementos curriculares que lo conforman. Para este fin, el programa “SOMOS” dispone de varios recursos. En primer lugar, las hojas de registro descritas en el apartado anterior, permiten conocer el éxito de cada sesión y actividad (Figuras 3.23 y 3.24), puesto que nos aportan información acerca del esfuerzo de alumnado, de su participación, etc. No obstante, estos registros resultan insuficientes para evaluar distintos aspectos del programa. Por ello, éste cuenta con un instrumento de evaluación de la satisfacción del alumnado (Anexo 6). En éste se interroga sobre:

- a) Los objetivos y las expectativas del alumnado con el programa.
- b) Los temas y los contenidos del programa.
- c) La praxis docente.
- d) Las actividades realizadas.
- e) Los materiales y los recursos empleados
- f) La participación y motivación del alumnado.
- g) El clima generado en el aula.
- h) La utilidad del propio programa.
- i) Los aspectos más y menos atractivos del programa.

A partir de las informaciones recogidas con la evaluación del alumnado, las hojas de registro y la encuesta de satisfacción con el programa, se ha de elaborar una memoria de evaluación en la que queden especificados los siguientes aspectos:

1. Principales aprendizajes conseguidos por el alumnado.
2. Aprendizajes no alcanzados, es decir, aspectos en los que no se aprecian cambios o mejoras en el alumnado.
3. Núcleos de interés señalados por el propio alumnado tanto en la evaluación inicial, como en la evaluación final.
4. Otros contenidos de interés, es decir, aspectos que a lo largo de la intervención se han revelado como primordiales. Bien porque suscitan interés, bien porque son desconocidos por el alumnado u otra razón que considere el docente oportuna.
5. Sesiones y actividades que se realizan con éxito, y pautas de perfeccionamiento de las mismas.

6. Sesiones y actividades que no han cumplido los objetivos previstos. Plan de mejora, sustitución o supresión de las mismas. Justificación de cualquiera de ellas.
7. Aspectos de la praxis docente que deben ser perfeccionados, suprimidos o reiterados; con objeto de que ésta mejore.
8. Valoración global del programa.
9. Propuestas de mejora.

Capítulo 4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende contribuir con sus resultados a la actual situación científica y psicopedagógica de la Educación Sexual en nuestro país, y más concretamente en nuestra comunidad autónoma, Castilla y León.

A lo largo del presente trabajo hemos descrito los principales hallazgos científicos en esta materia. Hemos expuesto, asimismo, las distintas corrientes pedagógicas en Educación Sexual y hemos mostrado las principales iniciativas educativas que se han llevado o se están llevando a cabo en nuestro entorno.

Esta revisión nos ha permitido extraer las siguientes conclusiones, que motivan y justifican el estudio científico realizado:

1. La tipología y el carácter de la producción científica sobre la sexualidad en la adolescencia hacen necesarios estudios que ahonden en nuevos aspectos, como por ejemplo determinar la eficacia de la Educación Sexual.

La investigación sobre la sexualidad adolescente tradicionalmente se ha ocupado del estudio de los comportamientos sexuales de los y las adolescentes, así como de los correlatos de iniciación sexual, es decir, la búsqueda de distintas variables que fueran útiles para predecir dife-

rentes comportamientos de iniciación sexual (Navarro-Pertusa *et al.*, 2006). Estos trabajos no sólo han permitido conocer la edad de inicio de distintas conductas sexuales como la masturbación, el beso, las cita, el *petting* o las relaciones coitales; sino que han determinado, como ya hemos visto, la prevalencia y las posibles causas de las prácticas sexuales de riesgo.

Otros estudios (Ortega *et al.*, 2005; Navarro-Pertusa, Barberá. y Reig, 2003) han explorado la forma en que vivencian la sexualidad los adolescentes; tratando de determinar los sentimientos y las emociones que se asocian a sus experiencias. Muchos de éstos se han centrado en el análisis de las actitudes hacia la sexualidad. En general se han evaluado tanto las actitudes hacia distintos comportamientos, como por ejemplo la masturbación, el coito o el uso del preservativo; como aquellas actitudes sobre la forma de entender la sexualidad y las distintas biografías sexuales, como por ejemplo la homosexualidad, el doble rol sexual entre varones y mujeres, el sexismo o el nivel de erotofilia (Diéguez *et al.*, 2003; Diéguez *et al.*, 2003; Fisher *et al.*, 1988; Páez, Ubillos y León, 1996; Perla *et al.*, 2009; Ramos *et al.*, 2003; Sierra *et al.*, 2010; Somers y Paulson, 2000; Sueiro *et al.*, 2004; Ubillos, 2001; Zubeidat *et al.*, 2003).

2. Las investigaciones sobre la sexualidad adolescente deben responder a la existencia de subestadios en la adolescencia. Sin embargo, la distribución de los estudios en los distintos periodos de ésta no es homogénea, concentrándose la mayoría de ellos en la adolescencia avanzada

Gran parte de los trabajos sobre la sexualidad adolescente se han realizado con sujetos cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 25 años, siendo abundantes, por ejemplo, los trabajos con el alumnado universitario de los primeros cursos (Álvarez, Madueño, Díaz Blasco y Núñez; 2003; Bimbela *et al.*, 2002; Fernández, Quiroga y Rodríguez, 2006; Lameiras *et al.*, 2007; Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002; Planes *et al.*, 2005-2006; Planes *et al.*, 2004; Planes, Gras y Soto, 2002; Planes y Gras, 2002; Santín *et al.*, 2003). Poseemos, por lo tanto, explicaciones fundadas sobre la sexualidad en la adolescencia media y en la primera juventud. En contraste, existe una notable escasez de investigaciones sobre la sexualidad en los primeros años de la adolescencia.

3. En el ámbito de la Educación Sexual, las propuestas educativas más exitosas y que evitan en mayor grado la asunción de riesgos físicos o psicológicos son aquellas que se anticipan a determinadas prácticas sexuales del alumnado.

Diversos estudios han demostrado que los programas en materia de sexualidad son más efectivos y deben desarrollarse antes de que se inicien determinadas conductas sexuales (Gómez-Zapiain, 2005b; Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2004b; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004; Ubillos, 2001). Además, aquellos países que cuentan con una mayor tradición pedagógica en sexualidad poseen tasas inferiores de ITS y END (López, 2005d; ONUSIDA, 1997), lo que justifica y legitima la intervención.

No debemos olvidar tampoco la necesidad de educar en la sexualidad en todos los periodos del desarrollo; anticipándose no sólo a las conductas sino a momentos cruciales del mismo, como pueden ser la menarquia o las poluciones nocturnas (Fajardo *et al.*, 2008; Kolodny *et al.*, 1982; Sueiro *et al.*, 2005). En estos casos, la Educación Sexual puede evitar una vivencia desajustada de la pubertad, favoreciendo y promoviendo una visión natural de los procesos puberales.

4. El contraste entre la exigencia de evaluar científicamente las intervenciones en Educación Sexual y la escasez de investigaciones sobre eficacia de los programas que se están realizando en nuestro país.

Como ya hemos indicado, la mayoría de las acciones formativas en sexualidad destinadas a adolescentes son fruto de la buena voluntad de los profesionales. Sin embargo, en nuestro contexto, son pocos los programas que se someten a un riguroso sistema de evaluación y que analizan los resultados y las posibles mejoras de los mismos. Destacamos en este sentido el programa Agarimos (Carrera *et al.*, 2007; Lameiras *et al.*, 2006; Lameiras *et al.*, 2005; Lameiras *et al.*, 2004a).

Por otro lado, la existencia de investigaciones que señalan efectos no esperados de algunos currícula de Educación Sexual (ONUSIDA; 1997) incrementan el interés científico de la evaluación de los programas; así como la necesidad de crear, unificar y sistematizar criterios e instrumentos para realizar dicha evaluación.

5. La dificultad actual de desarrollar una Educación Sexual integrada en los currículos educativos a lo largo de todas las etapas de la escolarización obligatoria, exige evaluar propuestas educativas de carácter más puntual. Aunque desde una perspectiva psicopedagógica resulten parciales, desde el punto de vista científico son realistas, es decir, pueden materializarse y repetirse.

Como ya hemos indicado en el capítulo 2, la Educación Sexual debe ser situada en el marco de la EpS (Font y Catalán, 2000; Font, 1995; López, 2005c; López, 1990; López y Oroz, 1999) lo cual requeriría un tratamiento transversal desde las distintas áreas de conocimiento, es decir, la inclusión de contenidos sobre sexualidad en la programación de cada asignatura. Sin embargo, no todos los docentes se sienten preparados científica y profesionalmente para asumir esta tarea; siendo expertos externos a los centros quienes suelen realizarla.

Por otro lado, una Educación Sexual integral e integrada exigiría su implementación en todos los momentos de la escolaridad obligatoria; comenzando en la infancia y prolongándose hasta el final de la Educación Secundaria Obligatoria. Es lo que se ha venido a denominar currículo en espiral (Ariza *et al.*, 1991; De Marinis y Colman, 1995; López, 2005c; Urruzola, 1999). En la práctica nos encontramos que aún hoy no es posible, ya que ni maestros ni profesores de secundaria poseen una formación inicial que lo posibilite (Font y Catalán, 2000).

Por ello es necesario evaluar la Educación Sexual que se está haciendo, aquella que reciben nuestros menores.

6. En el ámbito de la sexualidad y la educación está ampliamente demostrado que los conocimientos no ejercen un poder vinculante ante las posibles prácticas de riesgos. Asimismo las investigaciones sobre actitudes plantean su importancia, como hemos visto en el capítulo 1. El papel que ejercen las actitudes en la sexualidad de las personas obliga no sólo a seguir investigando y trabajando sobre ellas, sino a buscar y contratar fórmulas e intervenciones que las mejoren.

En consecuencia, es imprescindible investigar la influencia que ejerce la Educación Sexual sobre el desarrollo de actitudes erotofílicas. Para ello, habrá que diseñar y evaluar programas que incidan en este tipo de actitudes, valiéndose de instrumentos de medición acordes a este fin

Por todo ello, hemos realizado una investigación sobre la eficacia de una propuesta concreta de Educación Sexual destinada a chicos y chicas en la adolescencia media.

El presente estudio examina y compara la evolución de dos grupos de sujetos: el primero, grupo experimental, compuesto por alumnos que participaron en el programa, y el segundo, grupo control, formado por coetáneos del mismo centro escolar a quienes no se les aplicó la programación. Son objeto de análisis científico diversos aspectos relacionados con la sexualidad adolescente, como por ejemplo el nivel de experiencia sexual. No obstante, dada la relevancia de la erotofilia en el ejercicio de una sexualidad saludable hemos prestando especial interés al estudio de las actitudes.

El carácter científico y global de la evaluación del programa de Educación Sexual hace necesaria la inclusión de sistemas de valoración no sólo del discente, sino también del profesorado y del desarrollo del propio programa. En consecuencia, este trabajo contempla y analiza la satisfacción del alumnado con diversos elementos del currículo como contenidos, actividades, recursos personales y materiales o el tiempo dedicado a la intervención.

A continuación presentamos de forma detallada el diseño de esta investigación. En primer lugar, se recogen los objetivos y las hipótesis científicas de las que emerge el estudio. Posteriormente se explicita la metodología utilizada; los participantes, la elaboración y selección de los instrumentos de medida, y el procedimiento de recogida y análisis de la información.

4.1. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es analizar la evolución de los conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad del alumnado que participa en un programa de Educación Sexual, a fin de conocer cuál es la eficacia de esta intervención y, en consonancia, establecer las mejoras que sean necesarias. Por ello, los objetivos específicos del presente estudio son:

1. Elaborar y desarrollar un programa de Educación Sexual destinado a adolescentes de 3º de ESO, que aporte una visión global e interdisciplinar de la sexualidad y centre su interés en el desarrollo de actitudes

erotofílicas; utilizando para ello una metodología acorde tanto con la EpS como con el desarrollo de competencias básicas.

2. Evaluar dicho programa desde una doble perspectiva:

a) Evaluación del alumnado

Determinar los conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad que poseen los adolescentes de la muestra antes y después de la intervención; así como comparar la evolución de estos contenidos entre el grupo experimental y el grupo control.

b) Evaluación del diseño y desarrollo del programa

Conocer y analizar la opinión del alumnado sobre el programa: contenidos, actividades, materiales, docentes, metodología y la propia implicación en el mismo.

4.2. HIPÓTESIS

De acuerdo a lo que expusimos en la fundamentación teórica, y en función de los objetivos propuestos, pensamos que el programa de Educación Sexual provocará una importante mejora en los conocimientos y en las actitudes hacia la sexualidad en los adolescentes que participan en él. Por ello, consideramos que habrá diferencias en la evolución del grupo experimental y el grupo control respecto a sus actitudes y a sus conocimientos, pero no respecto a sus vivencias. Pretendemos desterrar la vieja idea de que la Educación Sexual incita a mantener relaciones sexuales. De forma concreta e individualizada nuestras hipótesis de partida son:

HIPÓTESIS 1

Tras la intervención educativa, los adolescentes pertenecientes al grupo experimental mejorarán, en relación al grupo control, las actitudes globales hacia la sexualidad.

HIPÓTESIS 2

Los sujetos del grupo experimental después de recibir la formación mejorarán más en su nivel global de conocimientos sobre sexualidad que sus homólogos del grupo control.

HIPÓTESIS 3

Los adolescentes que participen en el programa de Educación Sexual disminuirán las actitudes negativas hacia la masturbación en comparación a sus compañeros del grupo control.

HIPÓTESIS 4

Después de la aplicación del programa, el alumnado del grupo experimental reducirá más su adhesión al estándar sexual tradicional y a creencias sexistas que los adolescentes del grupo control.

HIPÓTESIS 5

Los adolescentes que reciban el programa, en comparación a sus compañeros del grupo control, enunciarán un mayor número de medidas para evitar embarazos y valorarán de forma más ajustada el grado de eficacia de las mismas.

HIPÓTESIS 6

Tras participar en el programa, los sujetos del grupo experimental ampliarán, en relación al grupo control, su visión de las relaciones sexuales; contemplando dentro de éstas, el “*petting*” y desterrando mitos acerca del coito.

HIPÓTESIS 7

El alumnado que intervenga en el programa ajustará más, en comparación con el grupo control, la percepción y valoración de su nivel de conocimientos sobre sexualidad en relación a los conocimientos que demuestren saber.

HIPÓTESIS 8

Tras la aplicación del programa, los adolescentes del grupo experimental incrementarán, en relación a sus compañeros del grupo control, el uso de fuentes de información (sobre sexo) apropiadas y veraces como pueden ser padres, madres, profesores, sanitarios o libros científicos.

HIPÓTESIS 9

El programa de Educación Sexual no afectará al nivel de experiencia sexual del alumnado, ni originará un acceso prematuro a las relaciones sexuales coitales. Por ello, la evolución respecto al nivel de experiencia sexual será similar en ambos grupos.

HIPÓTESIS 10

En general, los/as adolescentes que participen en el programa estarán satisfechos con el mismo (contenidos, metodología, recursos) y lo considerarán útil para sus vidas.

4.3. METODOLOGÍA

Este estudio trata de determinar los efectos que produce el programa de educación sexual propuesto. Por ello, hemos planteado un diseño cuasi-experimental en el que hay dos grupos de sujetos (Tabla 4.1). El primero, grupo experimental, está formado por alumnado a quien se le aplica el programa. El segundo, grupo control, está constituido por adolescentes que no reciben la formación. Este último nos permitirá determinar si los cambios que se produzcan en el grupo experimental son provocados por el programa o si por el contrario son fruto del paso del tiempo al que ambos grupos se ven sometidos, es decir, si son transformaciones normales debidas a la maduración, el desarrollo y la experiencia.

Tabla 4.1. Diseño de la investigación

GRUPO	COMPOSICIÓN	MEDIDA PRE- VIA A LA IN- TERVENCIÓN	INTERVENCIÓN	MEDIDA POSTE- RIOR A LA IN- TERVENCIÓN
EXPERIMENTAL	INCIDENTAL	Si	PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL	Si
CONTROL	INCIDENTAL	Si	SIN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL	Si

Como podemos observar en la Tabla 4.1 tanto en el grupo experimental como en el grupo control se van a realizar dos mediciones, una previa a la intervención y otra posterior. Este paradigma metodológico *pre-test / intervención / post-test* cuenta con una importante tradición en la investigación psicológica tanto básica como aplicada (Fierro, 1987; en Casado, 2001), por lo tanto, resulta adecuado para nuestro estudio por dos importantes razones: (a) está ampliamente reconocido y goza de buena reputación, y (b) nos permite establecer relaciones causa-efecto, fundamentales para esclarecer la influencia del programa educativo.

4.3.1. SELECCIÓN Y CONTROL DE VARIABLES

Se han contemplado las siguientes variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Se entiende por variable independiente a aquella variable explicativa cuya asociación o influencia en las variables dependientes se pretende describir en la investigación (Sierra Bravo, 1995).

En este caso, vamos a estudiar la influencia que tiene el programa de Educación Sexual “SOMOS” en las actitudes y conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes, es decir, la variable independiente es el programa educativo.

VARIABLES DEPENDIENTES

Las variables dependientes “*designan las variables a explicar, los efectos o resultados respecto los cuales hay que buscar su motivo o razón de ser*” (Sierra Bravo, 1995:108). Las variables dependientes definidas en esta investigación son:

- Actitudes generales hacia la sexualidad.
- Actitudes hacia la masturbación.
- Conocimientos generales sobre sexualidad.
- Actitudes hacia el doble rol sexual y creencias sexistas.
- Percepción de las relaciones sexuales y el coito.
- Nivel de experiencia sexual
- Conocimiento de medidas para evitar embarazos.
- Fuentes de información sobre sexualidad
- Autovaloración del nivel de conocimientos

OTRAS VARIABLES

El estudio cuenta con variables de carácter sociodemográfico como sexo, edad, familia, etc. Éstas pueden ser de utilidad para realizar cruces estadísticos. Además, se va a medir *a posteriori* la satisfacción del alumnado con el programa. Esta variable también depende del programa, sin embargo, no la incluimos en el listado de variables dependientes porque no contamos con una medición previa.

Como indica Urosa (1997) mediante el diseño de la investigación se pueden controlar las posibles distorsiones en los resultados científicos. Por ello, es conveniente tomar determinadas medidas que incrementen la validez tanto interna como externa, sin negar ni olvidar las dificultades de control de las variables intervinientes. A continuación explicitamos como se controlan las variables definidas para este estudio.

CONTROL Y VALIDEZ INTERNA

Para afianzar la validez interna, es decir, para garantizar que los resultados del presente estudio son efecto de la variable independiente, en este caso el programa de Educación Sexual, y no de otras variables extrañas, se contemplan las siguientes acciones que minimicen las amenazas potenciales de la validez interna (Campbell y Stanley, 1979; Cook y Campbell, 1979):

- *Historia:* Selección de los sujetos del grupo experimental y del grupo control en el mismo Instituto de Enseñanza Secundaria (I.E.S.) para que sus experiencias formativas externas a nuestro programa fueran comunes.
- *Maduración:* Realización del estudio con alumnado de un mismo curso escolar, 3ª de ESO. De esta manera, los adolescentes del grupo experimental y los del grupo control poseen características similares: rango de edad, nivel de experiencia sexual, desarrollo cognitivo y afectivo, etc.
- *Administración de los test:* La aplicación de la misma prueba antes y después del programa puede poner en riesgo la validez interna ya que los sujetos pueden familiarizarse con los test, acusar fatiga o desmotivación. A fin de reducir esta amenaza, el diseño contempla una distancia temporal entre pre-test y post-test de 7 meses. No obstante, estas situaciones afectan de igual manera al grupo control y al grupo experimental por lo que la propia naturaleza cuasi-experimental del estudio debería compensarlas.
- *Instrumentación:* Las normas de aplicación del pre-test y del post-test son idénticas para el grupo experimental y para el grupo control, a fin de evitar cualquier tipo de interferencia en los resultados. Asimismo, con el objetivo de evitar la posible contaminación en las respuestas, por la comunicación entre los alumnos de las distintas clases, las mediciones pre-test /post-test se efectúan de forma simultánea.
- *Mortalidad experimental:* Ante la posible pérdida de sujetos de estudio, tanto del grupo experimental como del grupo control, se ha elaborado un sistema de claves anónimas en los cuestionarios que nos permita descartar a los adolescentes que no hallan sido medidos las dos veces.
- *Selección:* La selección de los grupos está supedita a la organización del centro educativo. Como ya hemos indicado, la intervención tendrá lugar con alumnado de 3º de ESO; distribuido, al margen de nuestra investigación, en cinco clases. No se realizará ningún agrupamiento especial o distinto al mencionado; simplemente se tomarán tres clases como grupo experimental y las dos restantes conformarán el grupo control. Será el equipo de orientación del I.E.S. y no el investigador quién decida que clases formarán parte de cada grupo.
- *Regresión estadística:* Como ya hemos indicado, la selección de los grupos atiende a criterios externos a la investigación y no a puntuacio-

nes extremas en algún aspecto del estudio. Por ello, no resulta relevante la tendencia de las puntuaciones de regresar a la media en la segunda medición. Además, esta tendencia será semejante en los dos grupos, experimental y control; por lo que de producirse quedaría compensada.

CONTROL Y VALIDEZ EXTERNA

La validez externa hace referencia a la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos en nuestro estudio a otras condiciones (poblaciones, situaciones, contextos, etc.). Como indican Campbell y Stanley (1979) desde un punto de vista lógico no podemos generalizar más allá de los límites de la propia investigación. Sin embargo, sí pueden generalizarse resultados entre distintas poblaciones que poseen un mismo problema (Pérez-Llantada y López de la Llave, 1999), en este caso la eficacia de la Educación Sexual. Por ello, y siendo conscientes de las limitaciones de la investigación, al realizarse en un centro concreto de la ciudad de Burgos y con unas edades determinadas, se prevé un control de las posibles amenazas a la validez externa de nuestro estudio:

- *Validez poblacional. Interacción entre la selección y la intervención:* Podemos considerar la muestra como accidental, puesto que la selección de los grupos no responde a los intereses de la investigación sino a la organización del centro educativo.
- *Validez ecológica. Interacción entre contexto e intervención:* La intervención tiene lugar en uno de los contextos característicos en la adolescencia: el instituto. Además, incrementa este tipo de validez la metodología pedagógica de programa; ya que prioriza la comunicación y la inclusión de aspectos cotidianos para ellos como la música, la lectura de vivencias, los debates sobre sus opiniones, etc.
- *Interferencia entre tratamientos múltiples:* Como en cualquier otro centro educativo, se realizan acciones formativas sobre igualdad, no violencia, interculturalidad, etc. Aunque éstas puedan interferir de alguna manera en la investigación, son representativas de la realidad escolar de nuestro país; es decir, confieren al estudio una mayor legitimidad.
- *Efecto de sensibilización del pre-test:* El pre-test puede sensibilizar con respecto a la intervención a los participantes en el estudio; sin embargo, el hecho de contar con un grupo de control corrige esta posible amenaza.

- *Reactividad a la situación experimental y al proceso de evaluación:* En ningún momento se indica al alumnado que forma parte de una situación experimental. Para ellos, el programa forma parte del currículo previsto para el curso académico. El pre-test y el post-test sólo son mediciones que permiten saber si han progresado y qué mejorar en próximas ediciones.
- *Efectos del carácter novedoso de la situación experimental:* Para evitar en la medida de lo posible que los resultados científicos sean producto del carácter novedoso de la intervención ésta es prolongada en el tiempo, repartiéndose las 10 sesiones en 4 meses.

4.3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la evaluación del programa de Educación Sexual destinado a adolescentes de 3º de ESO, se ha tomado como muestra el alumnado escolarizado en dicho curso en el IES Comuneros de Castilla. Se trata de un Instituto de Enseñanza Obligatoria público situado en una zona urbana de la ciudad de Burgos. La selección del mismo responde, en primer lugar, a la buena disposición mostrada por dicho centro en la investigación previa que llevamos a cabo para la Obtención del Diploma de Estudios Avanzados. Por otro lado, las características del Instituto, de su alumnado y del entorno son múltiples y plurales, lo que confiere mayor representatividad a la muestra. El Proyecto Educativo de Centro (PEC) subraya este aspecto *“Este centro educativo está situado en una zona urbana de expansión y muy cercano a otros centros del mismo nivel educativo, circunstancias que contribuyen a que su zona de influencia sea, de alguna manera, poco definida, muy extensa y heterogénea”*. En líneas generales, este mismo documento describe al alumnado como procedente de hogares con un nivel socioeconómico medio. Indica además que, al igual que en otros centros educativos de la ciudad, el número de alumnos procedentes de países extranjeros es considerable. Las familias de éstos poseen niveles económicos diferentes y culturas diversas.

Los adolescentes que conforman la muestra, es decir, matriculados en 3º ESO son 143 alumnos, de los cuales seis se encuentran en diversificación y otros cinco presentan necesidades educativas especiales. El alumnado está distribuido en cinco aulas (A, B, C, D, E) como podemos observar en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2 Características del alumnado de 3º de ESO

CLASE	Nº ALUMNOS	VARONES	MUJERES	ACNEEs Y OTRAS PARTICULARIDADES
3º ESO A	30	16	14	(Programa educativo bilingüe) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 alumnos bilingües ▪ 6 alumnos en diversificación curricular
3º ESO B	28	7	21	-
3º ESO C	28	16	12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 alumnos extranjeros en programas de compensatoria ▪ 1 alumno límite intelectual ▪ 1 alumno con discapacidad motora y límite intelectual.
3º ESO D	28	15	13	-
3º ESO E	28	14	14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 alumno con discapacidad motora ▪ 1 alumno con discapacidad motora y límite intelectual.
	142	68	74	

Como ya hemos indicado, el equipo de orientación es el encargado de decidir qué clases constituyen el grupo experimental y el grupo control, para evitar que esta distribución responda a los intereses de la investigación. No obstante, el centro cuenta con dos recomendaciones o demandas realizadas por nosotros:

- 1) Las características del grupo experimental y el grupo control deben ser semejantes.
- 2) De las cinco clases, tres han de formar el grupo experimental y las dos restantes el grupo control.

La selección establecida por el centro, atendiendo a nuestras demandas y a cuestiones organizativas, fue la siguiente:

Tabla 4.3. Distribución del alumnado en los grupos experimental y control.

CLASE	GRUPO EXPERIMENTAL TRES CLASES		GRUPO CONTROL DOS CLASES	
		3º ESO A	30	3º ESO B
	3º ESO C	28	3º ESO D	28
	3º ESO E	29		
SEXO	VARONES	47	VARONES	22
	MUJERES	40	MUJERES	34
TOTAL:	143	87		56

Se trata de una muestra accidental en la que el criterio fundamental de la selección es la disponibilidad del centro. De la misma manera, debemos subrayar la equivalencia de los grupos en cuanto al rango de edad (13-16 años) y el curso escolar (3º de ESO).

4.3.3. INSTRUMENTO

4.3.3.1. Cuestionario para la medición previa y posterior a la intervención

Tanto en la medición previa a la intervención, pre-test, como en la medición posterior a la misma, post-test, se utiliza un mismo instrumento de evaluación. La elaboración de éste y la selección de determinadas escalas estandarizadas responden a las necesidades de la presente investigación. El cuestionario consta de las siguientes apartados:

▪ APARTADOS DE ELABORACIÓN PROPIA

El instrumento para la evaluación del programa de Educación Sexual surge como adaptación de otro utilizado en una investigación previa (Heras y Lara, 2009a; Heras y Lara, 2008a; Heras y Lara, 2008b; Lara y Heras; 2008) (Anexo 1). El cuestionario definitivo contempla los siguientes aspectos (Anexo 2):

1. *Variables sociodemográficas y familiares*: Sexo, edad, curso y personas con las que convive habitualmente.
2. *Variables vinculadas a su formación en el ámbito de la sexualidad*: Presencia o ausencia de Educación Sexual previa y duración de la formación en los casos que haya existido, frecuencia de uso de distintas fuentes de información y auto-percepción del nivel de conocimientos sobre sexualidad.
3. *Niveles de experiencia sexual descritos por Schofield (1965)*: Interroga directamente esta cuestión. Consta de cinco niveles de experiencia sexual: Sin experiencia, experiencia limitada (besos y caricias), “*petting*” (relaciones sexuales próximas al coito), relaciones sexuales coitales con una única pareja y relaciones sexuales coitales con más de una pareja.

4. *Conocimientos sobre anticonceptivos y medidas para evitar embarazos:* Pregunta semiestructurada, mediante un cuadro de doble entrada, sobre las medidas que conocen para evitar embarazos y la eficacia que le otorgan a cada una de ellas.
5. *Bloque de Conocimientos y Creencias sobre Sexualidad (BCCS):* Reajuste del Bloque Conocimientos y Actitudes hacia la sexualidad (Heras y Lara, 2009a; Heras y Lara, 2008a; Heras y Lara, 2008b; Lara y Heras; 2008). Debido a la inclusión de escalas estandarizadas en el cuestionario, como veremos más adelante, se redujo el bloque de 54 ítems a 39 ítems. Con ello se pretende evitar tanto repeticiones innecesarias, como la fatiga y el cansancio en el alumnado que responda al cuestionario.

La forma de respuesta al BCCS consiste en una escala Likert de 5 puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo). Los ítems 4, 5, 8, 12, 14, 16, 20, 21, 26, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37 y 38 son directos, es decir, en una situación ideal se deberían puntuar con 5. El resto de los ítems son de formulación inversa, por lo que deberían obtener la menor puntuación posible.

Para evaluar y corregir de forma global BCCS se debe efectuar una suma de los valores dados a los ítems. Para ello, en primer lugar se recodificarán los ítems inversos, transformando la escala Likert (5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5). Después se efectuará el sumatorio de todos los ítems, de tal manera que cada sujeto obtendrá una puntuación que oscila entre 39 y 195. Los valores más altos indican, por lo tanto, un mayor nivel de conocimientos sobre sexualidad humana.

Este nuevo bloque mantiene el enfoque global del anterior; ya que sigue incluyendo las dimensiones de la sexualidad señaladas por García Blanco (1994). Según este autor un programa de Educación Sexual ha de contemplar cuatro dimensiones fundamentales: dimensión biológica, dimensión psicológica, dimensión experiencial y dimensión social. Es por ello que el cuestionario, como instrumento de evaluación del programa de Educación Sexual, debe incluir aspectos de estas dimensiones. En nuestro caso incluimos unos 10 ítems por cada dimensión. Además, para intentar garantizar la sinceridad en las respuestas de los participantes, el bloque cuenta con varios ítems referidos a un mismo aspecto, por ejemplo, la sexualidad en la tercera edad.

6. *Dudas e intereses sobre sexualidad*: El cuestionario incluye una pregunta totalmente abierta sobre los intereses y las dudas que tienen los adolescentes en materia de sexualidad. Utilizamos este tipo de pregunta por dos grandes motivos. En primer lugar, López (1995) propone el planteamiento en los talleres de Educación Sexual de preguntas escritas como estrategia metodológica para evitar respuestas no sinceras por miedo, pudor o deseabilidad social y maximizar, por otro lado, el tiempo debido a la corta duración de este tipo de intervenciones. En segundo lugar, cualquier propuesta futura de educación afectivo-sexual debe fundamentarse en los intereses de los adolescentes. Las preguntas escritas pueden suponer una forma eficaz de detección de las ideas previas de los adolescentes, es decir, de descubrimientos de sus dudas, necesidades e intereses. Diversos autores han utilizado y demostrado que este tipo de preguntas son útiles para conocer al alumnado, su nivel de información y sus demandas (Barragán, 1991; Barberá y Navarro, 2000; Claramunt, Hernansaiz y León, 2004; López, 1995).

▪ ESCALAS ESTANDARIZADAS:

A fin de obtener una información más completa y contrastable con investigaciones previas, el cuestionario incluye tres escalas estandarizadas. Éstas nos permiten, además, profundizar en aspectos determinantes en la sexualidad adolescente como son la masturbación, la erotofilia o los roles sexuales. Las escalas que aparecen en el instrumento son:

1. *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975)*. Formado por 30 ítems a los que se contesta en escala tipo Likert (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo).

Esta escala evalúa la presencia de actitudes negativas hacia la masturbación. Su puntuación se obtiene sumando los valores dados a cada ítem, y oscila entre 30 y 150 puntos. Los ítems 3, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 29 son directos, por lo que antes de la corrección deben invertirse los valores. De esta manera una puntuación elevada en la escala indicaría una carencia de actitudes positivas hacia la masturbación, que recordemos es una conducta común y frecuente en la adolescencia.

2. *Escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS)* de Fisher y Hall (1988) ampliada por López (28 ítems-ATSS) y validada por Diéguez, López Castedo, López y Sueiro (2001). Ésta es una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) que cuenta con 28 ítems, catorce de los cuales se corresponden con la escala original de Fisher y Hall (1988). Debemos subrayar además, que el enunciado del ítem 4 tuvo que ser modificado y redactado, debido a los problemas de homogeneidad que detectaron Diéguez *et al.* (2005).

La 28 ítems-ATSS resulta idónea porque su aplicación es rápida y sencilla. En palabras de Diéguez, López Castedo, Sueiro y López (2005:54) *“es una escala de actitudes corta, que está indicada para aplicar en la adolescencia-juventud y puede ser empleada para investigar y comparar las actitudes sexuales de ambos sexos y diferentes grupos de edad, así como las de dicha población, tal como hicieron Fisher y Hall (1988) con la escala original (ATSS). Mide varias dimensiones de las actitudes sexuales y las respuestas no parecen requerir conocimientos complejos sobre la sexualidad”*.

La corrección consiste en la suma de los valores dados a cada ítem, por lo que pueden obtenerse puntuaciones que oscilan entre 28 y 140. Los valores más altos indican un mayor liberalismo en las actitudes, es decir, la presencia de actitudes más positivas. Los ítems 1, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 27 y 28 son indirectos, por lo que antes de la corrección deberán invertirse los valores dados por los encuestados.

3. *Double Standard Scale* (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993) que evalúa las actitudes hacia los roles sexuales de hombres y mujeres, es decir, el grado de adhesión al doble estándar sexual. Se trata en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) que consta de 10 ítems. Uno de los ellos, el ítem 8, es de formulación directa, por lo que es el único en el que un mayor grado de acuerdo implica una menor asunción del estándar sexual tradicional. Su corrección consiste en la suma de las puntuaciones dadas a los 10 ítems que la componen, obteniendo puntuaciones que oscilan entre los 10 y los 50 puntos.

4.3.3.2. Cuestionario de satisfacción con el programa.

Conocer qué opinan los adolescentes sobre el programa de Educación Sexual es fundamental para realizar una evaluación global del mismo. Es necesario, es consecuencia, interrogar estas cuestiones tras la intervención educativa. Por ello, en el diseño se incluye un cuestionario elaborado por nosotros sobre satisfacción (Anexo 3). Éste se compone de los siguientes apartados:

1. *Variables sociodemográficas:* Sexo, edad, curso.
2. *Escala de Satisfacción de la Intervención en Educación Sexual (ESIES):* Se trata de una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) elaborada para la ocasión sobre diversos aspectos del programa: Objetivos, expectativas, actividades, contenidos, práctica docente, materiales y recursos, clima en el aula, participación y consecución de los aprendizajes. Está compuesta por 20 ítems de formulación directa; por lo que las puntuaciones a la escala oscilan entre 20 y 100.
3. *Preguntas semiestructuradas:* El cuestionario plantea dos preguntas a los adolescentes. En primer lugar, qué es lo que más les ha gustado del programa de Educación Sexual y, en segundo lugar, qué es lo que menos les ha gustado. Además, existe un espacio destinado a que planteen sugerencias, reclamaciones o cualquier otro tipo de observaciones.

4.3.4. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el capítulo siguiente conoceremos en profundidad el desarrollo de la investigación y las incidencias que fueron surgiendo a lo largo del mismo. No obstante, el diseño del estudio contempla unas pautas procedimentales para acometer el trabajo científico. Éstas se vertebran en torno a tres ejes fundamentales:

- a) Recogida de datos.
- b) Codificación y análisis de los datos.
- c) Intervención educativa y control del proceso.

4.3.4.1. Recogida de datos

▪ PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DEL PRE-TEST/POST-TEST

Tanto la información previa a la intervención, como la información posterior son recogidas mediante el cuestionario descrito en el apartado anterior. La aplicación del mismo ha de ser simultánea en todas las clases de 3º de ESO, es decir, el mismo día y a la misma hora. De esta manera se evita la posible influencia de unos grupos en otros. Además, el alumnado no debe conocer con anticipación cuándo van a ser encuestados a fin de evitar respuestas preparadas, que carezcan del significado deseado.

La administración del cuestionario se efectúa de manera colectiva en cada una de las aulas. Por ello, es necesario contar con la colaboración de profesionales del ámbito científico y educativo que expliquen las instrucciones para cumplimentar el cuestionario.

Las indicaciones para el pre-test, comunes a todas las aulas, responden al siguiente esquema:

1. *Explicar a todos los adolescentes que van a participar en un programa de Educación Sexual;* por lo que es imprescindible recoger información sobre sus conocimientos, intereses y dudas sobre sexualidad. De esta manera, se intenta que el alumnado perciba el cuestionario como un instrumento pedagógico que sirve al docente para ajustar la programación preparada a al contexto específico en el que va intervenir. Es fundamental transmitir esta idea a los alumnos; ya que, en el ámbito científico es útil para minimizar la posible reactividad experimental, y desde una perspectiva educativa, se enfatiza en la importancia del alumnado y sus ideas previas.
2. *Describir y ejemplificar el sistema de claves que garantizan el anonimato.* Los cuestionarios poseen en el extremo derecho de la parte superior un recuadro en donde los encuestados tienen que escribir un clave. Se trata un sistema que nos permite identificar a los sujetos en el pre-test y en el post-test pero que mantiene el anonimato y la confidencialidad de los encuestados.

El investigador debe subrayar el carácter individual, anónimo y voluntario del cuestionario. A continuación ha de detallar cómo funciona el sistema de claves, insistiendo en que anoten la clave que elijan en su mó-

vil o agenda porque deberán recordarla para utilizarla en más ocasiones.

Se recomienda a los alumnos que utilicen las últimas cinco cifras del DNI o del teléfono puesto que es más sencillo recordarlas (Anexos 2 y 3). No obstante, se les indica que pueden utilizar cualquier otra clave que les resulte significativa. El único requisito es que la recuerden.

3. *Administrar el cuestionario en un orden riguroso y específico; ya que unos apartados pueden influir en la respuesta a otros, introduciendo sesgos. En primer lugar se debe responder a la pregunta abierta. Nuestro objetivo, es conocer las inquietudes y dudas que tienen en materia de sexualidad los adolescentes, por ello debemos evitar que la respuesta a la pregunta abierta sea fruto de interrogantes que se planteen en el cuestionario. Los adolescentes disponen de diez minutos para escribir con total libertad y anonimato todas aquellas consultas que consideren oportunas. Al terminar este tiempo este apartado es recogido. A continuación, en el tiempo restante, se aplica el resto del cuestionario. Si después de contestar a estas preguntas apareciesen nuevas dudas o intereses, el alumnado cuenta con un espacio para indicarlo. De esta manera el investigador conoce, diferencia y puede dar respuesta tanto a las ideas espontáneas como aquellas otras que son inducidas.*
4. *Explicar y ejemplificar el modo de respuesta. En el caso de la pregunta abierta, se ha de enfatizar la libertad que tienen para escribir cualquier cosa, todo aquello que les interese o les preocupe. Es necesario aclarar que pueden utilizar el lenguaje y el vocabulario que más cómodo les resulte para expresar sus dudas. Se insiste, además, en el carácter anónimo del cuestionario y en la importancia de contestar a esta pregunta para adaptar el programa.*

En el caso del cuestionario estructurado, como la mayor parte son escalas tipo Likert de 5 puntos, es conveniente comentar este modo de respuesta; subrayando que las valoraciones van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Para detallar mejor como se ha de responder se recomienda ejemplificar de la siguiente manera:

✓ *El investigador comenta en voz alta: -Ante el enunciado "Soy estudiante de 3º de ESO" tenéis que valorar vuestro grado de acuerdo. En este caso estáis totalmente de acuerdo, por lo que marcaríais con una cruz el recuadro correspondiente a la columna 5.-*

5. *Animar al alumnado a leer detenidamente el cuestionario y contestar con sinceridad y seriedad.* Se debe hacer mención explícita a estas pautas ya que son fundamentales para nuestros fines científicos.

Las indicaciones para el *post-test* son también comunes a todas las aulas, respondiendo al esquema descrito para el *pre-test*. pero se introducen dos cambios:

▪ PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

Este último cuestionario debe administrarse también de forma simultánea y colectiva en aquellos grupos hayan participado en el programa de Educación Sexual. Aunque las instrucciones son similares, la aplicación de este instrumento resulta más sencilla; ya que los adolescentes están familiarizados con este tipo de tareas. En cualquier caso, es fundamental que el investigador introduzca y repita algunas indicaciones:

1. *Solicitar que nuevamente recuerden y escriban su clave,* para que desde el anonimato podamos unir este cuestionario con los que ya han realizado.
2. *Utilidad e importancia del cuestionario.* Los adolescentes deben percibir este cuestionario como una oportunidad para evaluar la práctica docente y el propio programa. Por ello, el investigador debe presentar esta encuesta como un elemento trascendental para mejorar futuras ediciones del programa.
3. *Insistir en el anonimato del cuestionario,* para evitar respuestas condicionadas por la vergüenza o por el temor a represalias.
4. *Recordar al alumnado que debe leer detenidamente cada cuestión y contestar con sinceridad y seriedad.* Los adolescentes han de valorar con calma y sinceridad cada ítem de la escala. Por ello el investigador debe subrayar este aspecto; indicando además, la existencia de tiempo suficiente para contestar al cuestionario.
5. *Explicar y ejemplificar el modo de respuesta.* Al igual que en el *pre-test* o en el *post-test* es conveniente comentar el modo de respuesta. Por un lado ejemplificar valorando algún enunciado entre totalmente en des-

acuerdo y totalmente de acuerdo (véase el ejemplo propuesto anteriormente). Y por otro, animar y motivar al alumnado a escribir en las preguntas semiestructuradas que aparecen en el cuestionario.

4.3.4.2. Codificación y análisis de los datos.

Tras la recogida de los datos se procede a la informatización y codificación de los mismos en una base de datos. Para este cometido junto con el análisis se cuenta con el paquete estadístico SPSS 18.

El análisis de los datos combina técnicas cualitativas y cuantitativas. En la exploración inicial, se emplea estadística descriptiva, principalmente el estudio de frecuencias y porcentajes. Este procedimiento proporciona estadísticos y representaciones gráficas que resultan útiles para describir muchos tipos de variables. No obstante, los objetivos de esta investigación nos obligan a utilizar otro tipo de estadística que permita comparar al grupo experimental con el grupo control; así como las mediciones previas a la intervención con las mediciones posteriores a la misma. Para estos fines, dependiendo de la distribución de contraste, se utiliza estadística paramétrica o estadística no paramétrica; contemplando fundamentalmente las pruebas para dos o más muestras independientes y las pruebas para dos muestras relacionadas.

Para determinar la distribución de contraste aplicaremos la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que compara la función de distribución acumulada observada de una variable con una distribución teórica determinada, en nuestro caso la normal.

En aquellos casos en los que nos encontremos una distribución de contraste normal aplicaremos estadística paramétrica, a fin de comparar las medias de dos o más muestras independientes o dos muestras relacionadas. Utilizaremos en consecuencia, la Prueba T de Student para muestras independientes que compara las medias de dos grupos de casos, grupo control y grupo experimental, por ejemplo. Esta prueba nos permitirá conocer las diferencias existentes entre ellos en determinados aspectos del pre-test o del post-test.

Aplicaremos también la Prueba T de Student para muestras relacionadas a fin de comparar las medias de dos variables de un solo grupo. El procedimiento calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de cero. Utilizaremos esta prueba para comparar los resultados en las distintas escalas del pre-test con los del post-test. No obstante, es

imprescindible distinguir entre la evolución del grupo experimental y del grupo control, para ello el archivo debe ser segmentando en función del grupo que al que pertenecen.

En aquellos casos en los que la prueba de Kolmogorov-Smirnov detecte diferencias significativas con la distribución de contraste normal aplicaremos esta-
dística no paramétrica, concretamente las pruebas U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

La prueba para dos muestras independientes U de Mann-Whitney compara dos grupos de casos existentes en una variable, en nuestro caso grupo experi-
mental y grupo control. De esta manera podemos descubrir las diferencias exis-
tentes entre estos dos grupos en determinados aspectos del pre-test o del post-
test. Sabremos así, por ejemplo, si la situación inicial es similar para el grupo control y el grupo experimental.

Para comparar más de dos grupos de casos respecto de una variable se utiliza la prueba H de Kruskal-Wallis. Ésta puede ser muy útil para contrastar los resultados de las distintas escalas, ya que son variables numéricas que pueden ser ordenadas, en relación a las categorías que poseen variables que no son dicotómicas como por ejemplo el nivel de experiencia sexual.

La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se utiliza para dos mues-
tras relacionadas y compara las distribuciones de dos variables. En este caso es una prueba muy idónea para confrontar los resultados en las distintas escalas del pre-test con los del post-test, ya que son variables numéricas que pueden ser ordenadas. No obstante, es imprescindible distinguir entre la evolución del grupo experimental y del grupo control, para ello el archivo debe ser segmen-
tando en función del grupo que al que pertenecen.

Aunque se consideran fundamentalmente estas pruebas no se descarta utilizar otro tipo de procedimientos según las necesidades que aparezcan a me-
dida que se analizan los datos.

4.3.4.3. Intervención educativa y control del proceso.

Ya hemos explicado de forma detallada en el capítulo 3 cual es el enfoque psicopedagógico de nuestro programa y las principales orientaciones metodoló-
gicas que deben regir la práctica docente. No obstante, desde una perspectiva

científica, es necesario sugerir cinco recomendaciones fundamentales que favorecen el control y la objetividad de nuestra investigación:

1. *Debemos ceñirnos a la programación y a la temporalización propuesta.* Aunque somos conscientes de que no es posible intervenir de la misma manera en cada aula, debe existir el firme propósito de intentarlo; ya que pretendemos evaluar un único programa. La mejor manera de conseguir esto es alejándose lo menos posible de la programación inicial. Para ello, se ha de respetar la secuencia de actividades de cada sesión, así como la temporalización de las distintas sesiones en el currículo global.
2. *Observar, controlar y registrar el trabajo de los alumnos.* El investigador debe controlar, al menos, la realización de las tareas. Para ello, se recomienda tener unas hojas de seguimiento que contemplen el trabajo realizado por cada alumno en las nueve unidades didácticas (Tabla 4.4).
3. *Anotar todo tipo de incidencias que puedan afectar a la investigación.* Es imprescindible anotar cualquier circunstancia que surja a lo largo de la intervención, puesto que puede influir en los futuros resultados científicos. El investigador debe contemplar y reflejar aspectos como los siguientes: ausencias o abandonos de algún alumno, cambios en la temporalización por cuestiones organizativas, dificultades en las sesiones, problemas con los recursos, o cualquier otra situación que pueda afectar al desarrollo previsto del programa.
4. *Evitar enfatizar determinados aspectos del programa en detrimento de otros.* El investigador no debe guiar su práctica docente pensando en la evaluación posterior. Por ello, ha de evitar resaltar aspectos que apare-

Tabla 4.4. Registro de realización de tareas

ALUMNOS	ESFUERZO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE LA UNIDAD...			
	Unidad Didáctica 1.	Unidad Didáctica 2.	...	Unidad Didáctica 9.
Alumno 1				
Alumno 2				
...				
Alumno n				

cen directamente en los cuestionarios, ya que podría afectar a los resultados científicos. Nuestro objetivo es lograr en los alumnos un aprendizaje global y significativo sobre sexualidad. En ningún caso es formar ni adiestrar a los adolescentes para que cumplimenten de una manera determinada los cuestionarios.

5. *Evitar enfatizar determinados aspectos del programa en detrimento de otros.* El investigador no debe guiar su práctica docente pensando en la evaluación posterior. Por ello, ha de evitar resaltar aspectos que aparecen directamente en los cuestionarios, ya que podría afectar a los resultados científicos. Nuestro objetivo es lograr en los alumnos un aprendizaje global y significativo sobre sexualidad. En ningún caso es formar ni adiestrar a los adolescentes para que cumplimenten de una manera determinada los cuestionarios.

6. *La metodología y la práctica educativa deben ser por y para el desarrollo de actitudes positivas.* Como ya hemos indicado, no es posible promover actitudes positivas hacia la sexualidad si no se cuenta con ellas. El investigador debe transmitir naturalidad y erotofilia en todo momento. No basta verbalizar estas cuestiones, debe ser un verdadero ejemplo e impregnar de este espíritu su metodología. En consecuencia, debe evitar expresiones y comentarios contrarios a estos valores.

Capítulo 5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación comenzó a finales de año 2007, tras la realización en el mismo centro escolar de un estudio previo (Heras y Lara, 2009a; Heras y Lara, 2008a; Heras y Lara, 2008b, Lara y Heras, 2008) Dicho trabajo permitió comprobar y mejorar los instrumentos de medida diseñados para la ocasión; así como establecer contacto con el IES Comuneros de Castilla. Aportó además información relevante sobre los conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes burgaleses. Podemos decir, por lo tanto, que aquel trabajo supone un estudio piloto para la presente investigación ya que aborda temáticas similares con adolescentes de la misma franja de edad.

El primer paso que dimos para realizar nuestra investigación fue ponernos nuevamente en contacto con el orientador escolar del instituto, ya que es la figura responsable de organizar y gestionar los proyectos formativos enmarcados en el Plan de Acción Tutorial. Tras mostrar éste su conformidad, se acordó con el director del centro la realización de esta investigación. El orientador y los tutores seleccionaron las clases que conformaron los grupos control y experimental, como hemos indicado en el capítulo anterior. Una vez realizada la selección, se dispusieron los horarios para las distintas sesiones de pre-test, intervención educativa y post-test; distribuidas de la siguiente manera (Tabla 5.1):

Tabla 5.1. Temporalización de la investigación cuasi-experimental.

		GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL	
		3º ESO A	3º ESO C	3º ESO E	3º ESO B	3º ESO D
Evaluación Inicial ○ PRE-TEST		3-11-2008	3-11-2008	3-11-2008	3-11-2008	3-11-2008
DESARROLLO DEL PROGRAMA	Sesión 1	10-11-2008	11-11-2008	12-11-2008	10-11-2008	10-11-2008
		10-11-2008	11-11-2008	12-11-2008	NO	NO
	Sesión 2	17-11-2008	18-11-2008	19-11-2008	NO	NO
	Sesión 3	24-11-2008	25-11-2008	26-11-2008	NO	NO
	Sesión 4	1-12-2008	2-12-2008	3-12-2008	NO	NO
	Sesión 5	12-1-2009	13-1-2008	14-1-2008	NO	NO
	Sesión 6	19-1-2009	20-1-2009	21-1-2009	NO	NO
	Sesión 7	26-1-2009	27-2-2009	28-2-2009	NO	NO
	Sesión 8	16-2-2009	7-2-2009	18-2-2009	NO	NO
	Sesión 9	2-3-2009	3-3-2009	4-3-2009	NO	NO
	Sesión 10	9-3-2009	10-3-2009	11-3-2009	NO	NO
Evaluación Final: ○ POST-TEST		3-6-2009	3-6-2009	3-6-2009	3-6-2009	3-6-2009
○ ENCUESTA DE SATISFACCIÓN		17-6-2009	17-6-2009	17-6-2009	17-6-2009	17-6-2009

5.2. EVALUACIÓN PREVIA

La evaluación inicial mediante el pre-test se llevó a cabo de forma simultánea en todas las aulas. Para ello contamos con la colaboración de cuatro profesionales del ámbito educativo y científico que aplicaron los cuestionarios según el riguroso esquema descrito en el capítulo anterior.

Las distintas escalas y preguntas se suministraron en 60 minutos repartidos en dos sesiones (Tabla 5.1). Se utilizó la primera sesión completa (50 minutos) para aplicar:

- En primer lugar, la pregunta abierta sobre los intereses y las dudas que tienen los adolescentes en materia de sexualidad.
- En segundo lugar, el cuestionario con sus distintos apartados:
 - Variables sociodemográficas y familiares.
 - Variables vinculadas a su formación en el ámbito de la sexualidad.
 - Escala de Schofield (1965) sobre experiencia sexual.
 - Escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall (1988) ampliada por López (28 ítems-ATSS).
 - Bloque General de Conocimientos y Creencias sobre sexualidad.
 - Pregunta semiestructurada sobre las distintas medidas para evitar embarazos.

Se utilizaron los primeros 10 minutos de la segunda sesión para aplicar las escalas restantes; es decir, el Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975) y la Double Standard Scale sobre los roles sexuales de varones y mujeres (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993).

En las clases que formaban parte del grupo experimental, tras finalizar el cuestionario se inició la intervención educativa. En las otras aulas sin embargo, se recogieron los cuestionarios y el alumnado continuó con una sesión normal de tutoría ajena a nuestra investigación.

5.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA

La intervención educativa fue realizada por la investigadora en horas de tutoría entre Noviembre de 2008 y Marzo de 2009. Como podemos ver en la Tabla 5.1. Las sesiones no se realizaron semanalmente. El motivo principal fue adaptarnos al Plan de Acción Tutorial del centro que contemplaba otras experiencias formativas. No obstante, desde una perspectiva científica esta dilación le confiere mayor estabilidad a los cambios que se han producido con el programa.

Desde una perspectiva científica, el desarrollo del programa se vio condicionado por las recomendaciones dadas en el diseño de la investigación (Capítulo 4); es decir, nos ceñimos a la programación y a la temporalización propuesta; observamos y registramos el trabajo del alumnado, anotamos las incidencias que fueron sucediendo e intentamos mostrarnos imparciales en todo momento.

Por otro lado, la dimensión pedagógica de la intervención exigía un currículo más abierto que se adaptase a las necesidades del alumnado, enfatizando aquellas cuestiones que exigiera la propia práctica. En este sentido, apreciamos en las tres clases que algunos contenidos les resultaban infantiles, puesto que ellos ya les habían superado; lo que hacía más compleja nuestra intervención. Además, esta circunstancia no era común a todo el alumnado, existiendo grandes diferencias entre unos alumnos y otros. En consecuencia, intentamos mantener cierto equilibrio entre la necesidad de homogenizar el desarrollo del programa y la obligación de atender a la diversidad.

Durante el desarrollo del programa facilitamos al alumnado el material y la documentación necesaria para trabajar las distintas unidades didácticas. Utilizamos distintos recursos como fichas, vídeos, imágenes y fotografías, canciones, pósters, textos, mapas mudos, tarjetas, ordenador e Internet; a fin de dinamizar y motivar las clases. Unas semanas después de terminar la intervención educativa, entregamos a todos los alumnos un CD-ROM que contenía las fichas de cada unidad, un resumen de los contenidos tratados y distintos links para que consultasen información sobre sexualidad siempre que quisieran (Anexo 6). Este CD-ROM no estaba contemplado en la fase de diseño, pero nos pareció conveniente su elaboración por tres motivos. En primer lugar, consideramos fundamental proporcionar al alumnado un manual con toda la información posible; incluyendo enlaces de Internet y consejos. En segundo lugar, intentamos incrementar el atractivo del programa mediante éste soporte. Nuestro objetivo era llegar no sólo a quienes mostraron interés en la intervención, sino a aquellos alumnos que no participaron de forma activa. Por último, tratamos de convertir al alumnado en protagonista del programa y del propio CD-ROM. Por ello introdujimos en el CD-ROM algunos de sus trabajos y aportaciones. (Anexo 6).

Todas las sesiones siguieron un guión similar en su planteamiento (Ver Tabla 5.2). Al comienzo de cada una de ellas repartíamos las fichas de aprendizaje correspondientes a la unidad que íbamos a trabajar (Anexo 4). Tras ésta entrega, comenzábamos con alguna actividad introductoria que nos permitía detectar las ideas previas y motivar al alumnado. Posteriormente se les pedía que trabajasen en grupos pequeños las primeras actividades que aparecían en las fichas; a fin de generar un debate posterior con toda la clase y establecer conclusiones con las aportaciones de sus compañeros y la docente. Finalmente, las fichas incluían actividades de carácter individual que exigían la reflexión y la aplicación de los nuevos conocimientos, procedimientos o actitudes; permitiendo un refuerzo de los aprendizajes y su generalización a otros contextos.

Tabla 5.2. Esquema general del desarrollo de las distintas sesiones

SESIÓN	1	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES PARA LA DETECCIÓN DE IDEAS PREVIAS</p> <p>Cuyos objetivos son: (a) Conocer las ideas previas del alumnado; (b) detectar la presencia de mitos, falsas creencias y estereotipos; (c) introducir y presentar la temática de cada sesión, y (d) motivar al alumnado y explicitar aspectos de interés.</p> <p><i>Ej.: Escuchar y leer la canción “Con mis manos” de la arista Bebe, que aparece en su disco Pa fuera telarañas (2004) ya que aborda la práctica de la masturbación (Anexo 4).</i></p>
	2	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES EN PEQUEÑO GRUPO</p> <p>Éstas son de carácter dialógico, por lo que se fundamentan en la comunicación y pretenden desarrollar el respeto, la tolerancia, la asertividad, el pensamiento crítico, la empatía, etc. Los objetivos de estas actividades son: (a) explicitar y utilizar los conocimientos previos; (b) generar conflictos cognitivos que obliguen a buscar soluciones alternativas; y (a) consensuar soluciones entre los distintos miembros del grupo.</p> <p><i>Ej.: Analizar en grupos dos historias reales sobre la “primera vez” y contestar a unos guiones de análisis propuestos en las fichas; a fin de desmitificar la primera relación coital y valorar otras conductas sexuales como el “petting” (Anexo 4).</i></p>
	3	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES EN GRAN GRUPO</p> <p>El debate y la comunicación se extienden a toda la clase. Se explicitan todas las soluciones y opiniones, en muchos casos contradictorias. Entre todos (docente y discentes) se alcanzan acuerdos acordes con los valores democráticos y el conocimiento científico. En consecuencia, el objetivo de este tipo de actividades es construir el conocimiento y desterrar falsas creencias.</p> <p><i>Ej.: Tras analizar las historias sobre la “primera vez” debatir con toda la clases cuestiones sobre los protagonistas como la satisfacción, la intimidación, la presión social, el ciclo de respuesta sexual, etc. De esta manera se facilita una reflexión crítica sobre las relaciones sexuales con o sin penetración (Anexo 4).</i></p>
	4	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES DE APLICACIÓN, REFLEXIÓN Y REFUERZO</p> <p>Estas actividades están orientadas a la aplicación y el refuerzo de los nuevos conocimientos, habilidades o actitudes. Por ello, son de carácter individual a fin de interiorizar las distintas cuestiones y reflexionar sobre ellas.</p> <p><i>Ej.: A fin de reforzar las actitudes positivas, la empatía y la tolerancia hacia la homosexualidad los alumnos deberán redactar una carta en la que comuniquen que son homosexuales a un amigo, a un familiar o a un compañero. En ella han de reflejar sus sentimientos y sus experiencias. Para ello en cuentan con un guión en las ficha. (Anexo 4).</i></p>

A continuación explicaremos el desarrollo de las sesiones en las distintas clases, puesto que la intervención educativa y la respuesta del alumnado fueron diferentes en cada una de las aulas. Determinados aspectos como el clima, la realización puntual de las tareas, la participación del alumnado, la presencia o

no del profesor tutor, etc. condicionaron el funcionamiento del programa y la praxis docente.

5.3.1. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN 3º ESO A

5.3.1.1. Clima y praxis docente

La tutora de este grupo estuvo presente a lo largo de la intervención, salvo en las dos últimas sesiones, correspondientes a la segunda parte de la unidad 7 y la unidad 8. Se mostró muy interesada en nuestro programa, lo que pudo contribuir a generar el clima de trabajo y dialogo que predominó en este grupo. En general, el alumnado respondió activamente a la programación desarrollada, siendo esta la clase en la que se realizaron los trabajos más creativos y elaborados.

En general el alumnado fue participativo, comunicativo y expresivo por lo que las actividades en pequeño y en gran grupo fueron bastante enriquecedoras para todos y permitieron establecer importantes conclusiones. La docente asumió el rol de mediadora y de sintetizadora; matizando los distintos mensajes y opiniones, y explicitando los distintos contenidos.

Podemos afirmar que la intervención en esta aula fue positiva tanto para el alumnado como para la docente. No obstante, algunos contenidos y actividades les resultaron un tanto infantiles, concretamente el texto sobre las poluciones nocturnas de Miguel (Anexo 4).

5.3.1.2. Seguimiento de los trabajos o tareas

Intentamos efectuar un seguimiento y control del trabajo de los alumnos. Para ello, contamos con unas hojas de registro con el nombre de cada alumno. En ellas, íbamos anotando valoraciones sobre las fichas que nos entregaban. Sin embargo, encontramos muchas dificultades para acometer esta tarea. Las sesiones se efectuaban a última hora, por lo que el alumnado, además de cansado, tenía bastante prisa en abandonar el centro al término de las mismas. Por ello, resultaba complicado recopilar los trabajos elaborados durante la sesión. Probamos a pedir las fichas de cada unidad al comienzo de la unidad siguiente,

pero tampoco fuimos capaces de conseguir que la mayoría de los alumnos nos las entregasen. Como las sesiones se dilataban en el tiempo, no se acordaban de traerlas o las traspapelaban. Aparecieron incluso, algunas fichas sin nombre, que no pudieron ser registradas.

En definitiva, la entrega de trabajos y fichas se convirtió en un goteo desordenado de los mismos. Posiblemente, hubiese sido más sencillo si hubiéramos contado con un espacio en el centro. De esta manera el alumnado podría haber depositado sus fichas en la mañana siguiente a cada intervención. En cualquier caso, el seguimiento de los trabajos contó con estos condicionantes; por lo que el registro que mostramos carece de rigor científico. No obstante, permite vislumbrar el funcionamiento del grupo, así como comparar con los registros de las otras clases, que contaron con las mismas dificultades.

No se han registrado los trabajos de las unidades 3,4 y 7 como vemos en la Tabla 5.3 debido a los siguientes motivos:

- En las fichas de la unidad 3 (Anexo 4) se pedía al alumnado que buscara y anexara manifestaciones culturales sobre el amor y la sexualidad. Debido a las dificultades ya explicadas para controlar y registrar las tareas, preferimos no solicitar esta tarea al no ser primordial para la consecución de los objetivos educativos.
- En la unidad 4 (Anexo 4) el alumnado debía redactar una carta comunicando su homosexualidad a un amigo, a un familiar o a otro ser querido. Algunos alumnos prefirieron no identificarse por vergüenza, por lo que no pudimos registrar el trabajo de todos. No obstante, nos entregaron gran cantidad de cartas, algunas de ellas especialmente emotivas (Anexo 6).
- La unidad 7, se centraba principalmente en las campañas publicitarias sobre los riesgos para la salud. Concretamente embarazo no deseado, SIDA y otras ITS. La única tarea que debían acometer era reflejar por escrito sus valoraciones y opiniones sobre las campañas (Anexo 4). Sin embargo, realizamos de forma oral esta tarea, debido principalmente al poco tiempo que quedó después de las intervenciones de cada grupo.

Tabla 5.3. Registro de actividades en 3º ESO A

ALUMNO	UD 1	UD 2	UD 5	UD 6	UD 8	CAMPAÑA PUBLICITARIA
1	-	-	BIEN	BIEN	-	REGULAR
2	-	-	-	BIEN	BIEN	REGULAR
3	-	-	REGULAR	BIEN	BIEN	REGULAR
4	-	-	-	-	BIEN	MUY BIEN
5	-	-	-	REGULAR	-	REGULAR
6	-	-	-	REGULAR	BIEN	MUY BIEN
7	REGULAR	BIEN	REGULAR	BIEN	-	MUY BIEN
8	REGULAR	-	BIEN	MUY BIEN	REGULAR	BIEN
9	REGULAR	-	-	BIEN	BIEN	MUY BIEN
10	-	-	REGULAR	BIEN	BIEN	MUY BIEN
11	BIEN	BIEN	-	MUY BIEN	BIEN	MUY BIEN
12	-	-	-	BIEN	-	BIEN
13	-	-	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	BIEN
14	-	-	BIEN	BIEN	REGULAR	BIEN
15	-	-	BIEN	MUY BIEN	-	BIEN
16	-	-	BIEN	BIEN	-	MUY BIEN
17	-	-	BIEN	MUY BIEN	-	MUY BIEN
18	BIEN	BIEN	MUY BIEN	MUY BIEN	BIEN	MUY BIEN
19	-	-	-	-	-	-
20	-	-	BIEN	MUY BIEN	-	REGULAR
21	BIEN	-	MUY BIEN	MUY BIEN	BIEN	MUY BIEN
22	BIEN	-	REGULAR	MUY BIEN	MUY BIEN	REGULAR
23	-	-	BIEN	ESFUERZO INSUFICIENTE	-	-
24	-	-	-	BIEN	REGULAR	-
25	-	-	MUY BIEN	ESFUERZO INSUFICIENTE	-	-
26	-	-	-	-	-	-
27	REGULAR	-	-	BIEN	-	MUY BIEN
28	-	-	REGULAR	BIEN	BIEN	MUY BIEN
29	-	-	-	REGULAR	-	MUY BIEN
30	-	-	-	-	-	MUY BIEN

-: No entrega

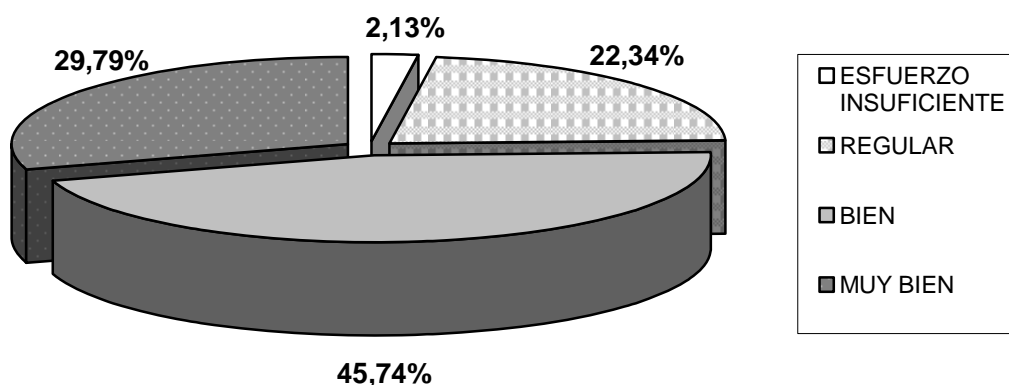
Tabla 5.4. Valores globales extraídos del registro de actividades en 3º ESO A

	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
NO ENTREGA	86	47,78 %
ENTREGA :	94	52,22 %
ESFUERZO INSUFICIENTE	2	1,11 %
REGULAR	21	11,67 %
BIEN	43	23,89 %
MUY BIEN	28	15,56 %
TOTAL DE TRABAJOS	180	100 %

Como podemos ver en la Tabla 5.3, el trabajo del alumnado fue mejorando a medida que avanzábamos en nuestro programa; evidenciándose cierto incremento en el grado de implicación y compromiso del grupo. De forma más específica, destacamos el trabajo realizado por los alumnos en las fichas de la unidad 6 (Anexo 4) y en la campaña publicitaria. Las dos historias sobre la “primera vez” suscitaron mucho interés, dado que se explicó que eran testimonios reales (Anexo 4). Las fichas de la mayor parte del alumnado recogían los mitos relativos al coito. En general, incluían una reflexión sobre el valor de las relaciones sin penetración y lo inapropiado de expresiones como relación completa para referirse a relaciones coitales.

Las campañas publicitarias de esta clase fueron excelentes en su mayoría. Destacan un vídeo sobre la desesperación de un adolescente que deja embarazada a una amiga y un póster sobre el preservativo en el que aparecen muestras reales de un condón y un preservativo femenino. Del vídeo hemos de subrayar la calidad en la edición: música, comentarios, planos, etc. No obstante, el mensaje era demasiado catastrofista; lo que pudo ser debido a excesivo énfasis en el carácter preventivo de la campaña, semejante a las campañas más duras de la DGT. Respecto al póster, nos sorprendió gratamente la exposición del grupo; puesto que explicaron como se coloca tanto el condón como el preservativo femenino.

Gráfico 5.1. Valores relativos sobre los trabajos entregados por el alumnado en 3º ESO A



La mayor parte de los trabajos entregados por los alumnos (75,53%) son buenos o muy buenos, en concordancia con el excelente clima del aula. Como vemos en el Gráfico 5.1, el 29,79% de las actividades corregidas son excelentes, es decir, fundamentadas, creativas y carentes de mitos o falsas creencias.

El 45,74% son calificadas con bien. Éstas son correctas y argumentadas pero carecen de reflexiones profundas o de elementos creativos. Los ejercicios o trabajos imprecisos, incompletos o con mitos fueron valorados con regular y completados con observaciones por parte de la docente. Estos supusieron el 22,34% de las actividades corregidas. Finalmente, un 2,13% de las fichas fueron valoradas como insuficientes; bien porque estaban muy incompletas o porque incurrían en numerosos errores. En estos casos también se realizaron las correcciones pertinentes y se devolvieron los trabajos con las aclaraciones necesarias.

5.3.1.3. Incidencias

En esta clase no hubo ninguna incidencia destacable. Se desarrolló el programa de acuerdo a la temporalización prevista. La respuesta del alumnado fue, incluso, mejor de la esperada.

5.3.2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN 3º ESO C

5.3.2.1. Clima y praxis docente

En este grupo no conseguimos generar un clima adecuado para trabajar la sexualidad, es decir, un ambiente de dialogo, respeto y confianza. Las dificultades en este sentido fueron incrementándose a medida que avanzábamos en el desarrollo del programa. Las últimas sesiones se vieron muy condicionadas y limitadas por los problemas de disciplina. Consideramos que la inexperiencia de la docente supuso un importante hándicap en la intervención educativa. Además, no se contó con el apoyo de la profesora tutora en el aula, puesto que no asistió a ninguna sesión. En consecuencia, no se siguió fielmente la programación diseñada, puesto que se perdió demasiado tiempo para lograr silencio y respeto. En definitiva, no existía el clima necesario para propiciar el intercambio de opiniones, experiencias y emociones en el que se sustentaba la mayor parte de nuestras actividades.

5.3.2.2. Seguimiento de los trabajos o tareas

Al igual que en 3º ESO, A el seguimiento y control de las actividades realizadas por los alumnos fue complejo. Encontramos las mismas dificultades:

Tabla 5.5. Registro de actividades en 3º ESO C

ALUMNO	UD 1	UD 2	UD 5	UD 6	UD 8	CAMPAÑA PUBLICITARIA
1	BIEN	BIEN	-	BIEN	-	-
2	-	-	BIEN	BIEN	-	-
3	-	-	REGULAR	-	-	-
4	-	-	BIEN	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	BIEN	MUY BIEN	BIEN	-	-
7	-	-	BIEN	-	-	-
8	MUY BIEN	MUY BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	REGULAR
9	-	-	MUY BIEN	BIEN	-	-
10	-	-	BIEN	-	-	-
11	-	-	BIEN	-	-	-
12	BIEN	REGULAR	BIEN	BIEN	BIEN	REGULAR
13	-	-	REGULAR	-	-	-
14	-	-	REGULAR	BIEN	-	-
15	-	-	BIEN	BIEN	-	-
16	MUY BIEN	MUY BIEN	BIEN	MUY BIEN	BIEN	-
17	-	-	MUY BIEN	BIEN	-	-
18	-	-	-	BIEN	-	-
19	REGULAR	REGULAR	BIEN	BIEN	BIEN	-
20	-	-	MUY BIEN	BIEN	BIEN	-
21	-	-	BIEN	BIEN	-	-
22	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	-
23	-	-	-	BIEN	-	-
24	-	-	-	-	-	-
25	-	REGULAR	BIEN	-	BIEN	-
26	-	-	-	-	-	-
27	-	-	-	BIEN	-	REGULAR
28	MUY BIEN	MUY BIEN	BIEN	BIEN	-	-

-: No entrega

Tabla 5.6. Valores globales extraídos del registro de actividades en 3º ESO C

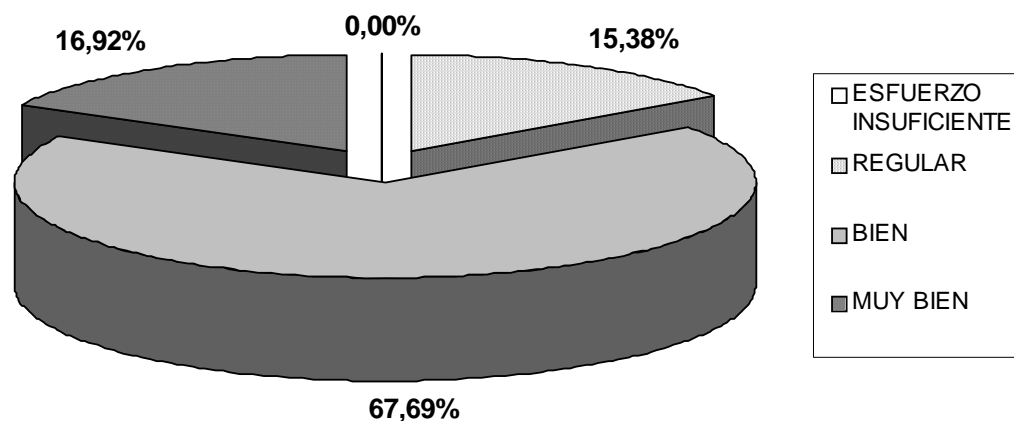
	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
NO ENTREGA	103	61,31 %
ENTREGA :	65	38,69 %
ESFUERZO INSUFICIENTE	0	0 %
REGULAR	10	5,95 %
BIEN	44	26,19 %
MUY BIEN	11	6,55 %
TOTAL DE TRABAJOS	168	100 %

Las sesiones se realizaban a última hora de la mañana, los alumnos olvidaban o perdían la documentación por la discontinuidad en las sesiones, recibíamos fichas anónimas que no podíamos registrar. Además de todo esto, el alumnado mostraba menor interés y compromiso con la realización de las actividades y con la participación en los debates con toda la clase.

Como podemos ver en la Tabla 5.5 la mayor entrega de trabajos se produjo en las unidades 5 y 6 (Anexos 1) posiblemente porque sus contenidos suscitaban mayor interés (respuesta sexual, masturbación, “*petting*” y coito). En la intervención observamos que los testimonios reales utilizados en la unidad 6 centraban la atención del alumnado, y generaban incluso, debates sobre los mismos. Nos referimos tanto a los fragmentos de conversaciones adolescentes sobre las citas, los besos y el tema de los “ligues”; como a las historias sobre la “primera vez”. Sin embargo, una parte del alumnado se mostró reticente con la información que proporcionamos sobre el valor del “*petting*” como relación sexual completa. Encontramos, cierta resistencia al cambio de creencias y actitudes en torno al coito y la “primera vez”.

El registro evidencia también la falta de compromiso con el programa. Al comienzo del mismo, insistimos en la importancia de realizar la campaña publicitaria. Con todo, no se realizaron suficientes campañas y las exposiciones fueron superficiales y poco adecuadas. Creemos que alumnado no se coordinó ni se implicó lo suficiente en la elaboración este trabajo en grupo; aun reconociendo que esta actividad exigía un esfuerzo mayor y dedicación en sus horas libres.

Gráfico 5.2. Valores relativos sobre los trabajos entregados por el alumnado en 3º ESO C



El trabajo o esfuerzo de este grupo fue escaso, además llegaron a nosotros numerosas fichas sin identificar. Por todo ello, sólo hemos podido valorar el 38,69% de las actividades solicitadas. Los trabajos son en su mayoría buenos o muy buenos, 84,61%. Creemos que aunque la actitud general de la clase fue de desidia, aquellos que se interesaron por el programa se esforzaron en la realización de las distintas fichas (Gráfico 5.2). Por ello, el 67,69% de las actividades son correctas y argumentadas. No obstante, sólo en un 16,92% aparecen argumentos sólidos y reflexiones profundas.

5.3.2.3. Incidencias

Aunque la indisciplina puede ser considerada una incidencia en si misma. Hemos de subrayar un suceso que tuvo lugar en una de las sesiones. Cuando llegamos al aula faltaban más de diez alumnos, por lo que elaboramos un listado de firmas con los alumnos que habían asistido. Posteriormente pedimos a un alumno que fuese a por la tutora para entregarle el listado y tomar de forma conjunta las medidas oportunas. Lamentablemente ya había abandonado el centro y no pude hablar personalmente con ella, teniendo que conformarme con dejarle la lista en conserjería.

La tutora, comunicó a los alumnos que la asistencia era obligatoria, sin embargo quienes no quisieran participar en el programa podían realizar otras actividades dentro del Plan de Acción Tutorial. Más allá de valoraciones, esta reprimenda provocó un ambiente más tenso en el aula; puesto que los alumnos implicados culpaban a la docente de lo sucedido. Por todo ello, las últimas sesiones fueron más complicadas.

5.3.3. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN 3º ESO E

5.3.3.1. Clima y praxis docente

Este grupo se encontraba muy motivado con el programa. Desde el primer momento el alumnado manifestó el interés por aprender cuestiones vinculadas con la sexualidad humana.

En esta ocasión tampoco contamos con la presencia de la profesora tutora en nuestras intervenciones. Posiblemente por ello había momentos de cierto

descontrol y vocerío. No obstante, incluso en esos instantes de mayor alboroto el alumnado se encontraba trabajando y discutiendo cuestiones relacionadas con el programa. Nuevamente consideramos que las sesiones a última hora y la in-experiencia de la docente pudieron constituir hándicaps en el desarrollo del programa. Además, el estilo dialógico de gran parte de las actividades exigía mayor responsabilidad; así como una forma de trabajo a la que ningún grupo estaba habituado.

En general, las actividades orales como los foros o los debates resultaron exitosas, ya que los alumnos participaban activamente y expresaban sus creencias y opiniones. En este sentido, percibimos especialmente en las chicas, mitos y falsas creencias; por lo que tratamos de incidir en estas cuestiones. Respecto a las actividades escritas que debían realizar en el aula o en sus casas, hubo una peor aceptación e implicación, posiblemente porque conllevaban mayor esfuerzo.

5.3.3.2. Seguimiento de los trabajos o tareas

Como en las otras dos clases, el control y seguimiento de las tareas realizadas por los alumnos fue difícil y estuvo sometido a los mismos obstáculos. Además, como ya hemos indicado, en este grupo las actividades escritas tenían peor aceptación.

En la Tabla 5.7 observamos que al igual que en 3º de ESO C, en las unidades de aprendizaje 5 y 6, se registran mayor número de trabajos. Creemos que la temática resultaba al alumnado más atractiva que la de otras unidades, dado que se trataban temas como la respuesta sexual humana, la masturbación, el “*petting*” o el coito. Podemos considerar que estas unidades se adaptaban mejor a las características y necesidades del alumnado. No obstante, debemos tener en cuenta que las fichas de la unidad 5 eran más sencillas, por lo que su entrega es más probable. Respecto a la unidad 6, hemos de subrayar que muchas de las chicas manifestaban actitudes negativas hacia la masturbación. Por lo que, intentamos profundizar en este aspecto.

Las campañas publicitarias no se realizaron de la manera prevista. Algunos alumnos no facilitaron sus trabajos con antelación a la exposición. Requisito imprescindible para comprobar y valorar la adecuación de sus contenidos y mensajes. Por ello, no contamos con el registro y valoraciones de todas las campañas. No obstante, la mayoría fueron trabajos poco elaborados.

Tabla 5.7. Registro de actividades en 3º E

ALUMNO	UD 1	UD 2	UD 5	UD 6	UD 8	CAMPAÑA PUBLICITARIA
1	-	-	-	-	-	-
2	-	BIEN	BIEN	BIEN	-	-
3	-	-	-	-	-	-
4	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	REGULAR	BIEN
5	-	-	BIEN	-	-	BIEN
6	-	-	BIEN	BIEN	-	-
7	-	-	BIEN	-	BIEN	-
8	-	BIEN	ESFUERZO INSUFICIENTE	BIEN	-	-
9	BIEN	BIEN	BIEN	MUY BIEN	BIEN	-
10	-	-	-	BIEN	-	BIEN
11	-	-	BIEN	MUY BIEN	REGULAR	BIEN
12	-	-	BIEN	-	REGULAR	-
13	-	-	BIEN	BIEN	REGULAR	-
14	BIEN	REGULAR	REGULAR	BIEN	BIEN	-
15	-	-	ESFUERZO INSUFICIENTE	BIEN	-	BIEN
16	-	-	BIEN	REGULAR	-	-
17	BIEN	BIEN	BIEN	-	-	-
18	-	-	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN
19	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN
20	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	BIEN	-
21	-	-	BIEN	BIEN	REGULAR	BIEN
22	-	-	BIEN	BIEN	-	BIEN
23	-	-	-	-	-	-
24	-	-	BIEN	BIEN	-	-
25	-	-	REGULAR	BIEN	REGULAR	-
26	-	-	REGULAR	-	-	-
27	BIEN	BIEN	ESFUERZO INSUFICIENTE	BIEN	BIEN	BIEN
28	-	-	BIEN	REGULAR	REGULAR	-
29	-	-	ESFUERZO INSUFICIENTE	REGULAR	-	-

-: No entrega

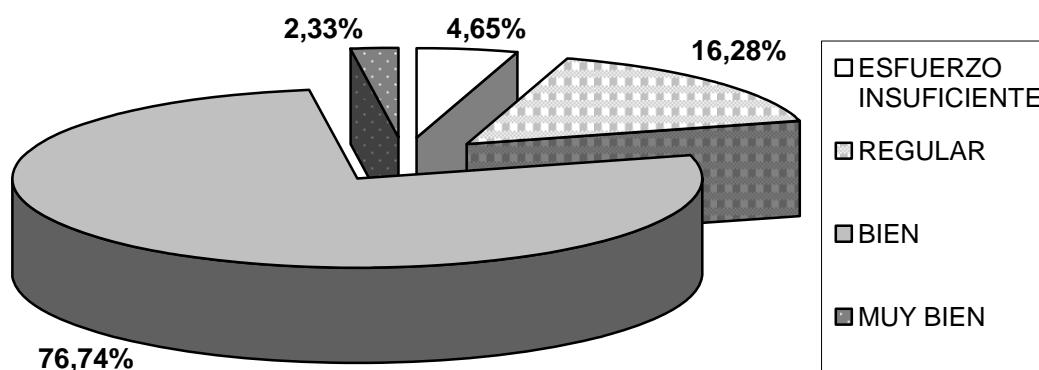
Tabla 5.8. Valores globales extraídos del registro de actividades en 3º ESO E

	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
NO ENTREGA	88	50,57 %
ENTREGA :	86	49,43 %
ESFUERZO INSUFICIENTE	4	2,30 %
REGULAR	14	8,05 %
BIEN	66	37,93 %
MUY BIEN	2	1,15 %
TOTAL DE TRABAJOS	174	100 %

Sin embargo, debemos destacar una de las exposiciones cuya temática era el preservativo. La intervención resultó muy útil para todos, porque los componentes de ese grupo explicaron y ejemplificaron, con bastante frescura y humor, los pasos en la colocación de un condón.

En la Tabla 5.8 vemos que registramos cerca del 50% de los trabajos solicitados, es decir, que valoramos, el 49,43% de las tareas. Respecto a las actividades que pudimos evaluar, la mayoría eran buenas, el 76,74%. Como vemos en el Gráfico 5.3, son pocos los trabajos excelentes en el que se lleguen a reflexiones argumentadas o emotivas; por ello, son evaluados con muy bien únicamente un 2,33% de las fichas entregadas. En general en este grupo encontramos la tasa mayor de actividades no fundamentadas, porco elaboradas e insuficientes, el 4,65%. El valor relativo de tareas que son imprecisas, incompletas, con mitos o estereotipos, es decir, valoradas con regular es similar al encontrado en el resto de las clases. En este caso, el 16,28% de los trabajos. Al igual que en la corrección de las fichas de las otras aulas, se introdujeron observaciones y comentarios en todas aquellas actividades que lo precisaban; bien porque reflejaban el mantenimiento de falsas creencias, o porque no aparecían argumentos fruto de la reflexión y el pensamiento crítico.

Gráfico 5.3. Valores relativos sobre los trabajos entregados por el alumnado en 3º ESO E



5.3.3.3. Incidencias

Debemos destacar la importancia que tuvo para estos alumnos la visita de la Dra. Carmen Pedraz especialista en Salud Pública en el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, sección de Promoción y Protección de la Salud

(unidad de atención a la mujer); ya que algunas adolescentes de esta clase acudieron, tras su conferencia para obtener más información, a Planificación Familiar. Consideramos que la inclusión en nuestro programa de esta conferencia sobre anticoncepción y prevención de ITS resultó adecuada. Se posibilitó un punto de encuentro entre los adolescentes y el centro de Planificación Familiar. Esta charla no sólo aportó información científica al alumnado, sino que le dotó de un instrumento más para resolver dudas y atender otras necesidades. La visita de estas alumnas pone de manifiesto el interés del alumnado sobre estas cuestiones; así como la obligatoriedad de conectar los servicios socio-sanitarios con sus posibles usuarios, los adolescentes.

5.4. EVALUACIÓN FINAL

La evaluación final contempló dos fases. En primer lugar se aplicó el post-test (Anexo 2) de forma simultánea en las cinco clases, dos de las cuales no habían recibido formación de ningún tipo. Dos semanas después, los tutores pasaron el cuestionario de satisfacción con el programa. En este caso las cinco clases habían recibido formación. El centro había solicitado la intervención educativa en el grupo control para garantizar la igualdad de oportunidades y educación para todo el alumnado. No obstante, la programación tuvo que ser adaptada debido a una menor disponibilidad de tiempo y de sesiones.

5.4.1. APLICACIÓN DEL POST-TEST

La evaluación final mediante el post-test se realizó en única sesión que tuvo lugar el día 3 de Junio de 2009. Aunque el proceso de aplicación fue similar al del pre-test hubo aspectos diferentes que debemos subrayar. En primer lugar, utilizamos 10 minutos menos que en el pre-test. Además, limitamos a 8 minutos el tiempo para realizar la pregunta abierta.

Contamos nuevamente con la colaboración de cuatro profesiones para aplicar el post-test de forma simultánea en todas las aulas. Los encuestadores se encontraron con quejas por parte del alumnado al tener que responder nuevamente a las mismas cuestiones. Cada encuestador se esforzó en motivar a los alumnos para realizar esta tarea. En las clases que formaban parte del grupo

experimental, se insistió en la importancia de ver cual había sido su progresión. En las otras clases se aludió a la necesidad de actualizar las informaciones recogidas con anterioridad.

El proceso que se siguió para que los adolescentes cumplimentaran el cuestionario fue el siguiente:

- En primer lugar, se repartió entre el alumnado la pregunta abierta en la que debían escribir sus dudas e intereses en materia de sexualidad. Se recordó que disponían de plena libertad para expresar todo aquello que quisieran; ya que estos informes eran totalmente anónimos. Se solicitó nuevamente que recordasen y anotasen sus claves.

- En segundo lugar, tras retirar y recoger la pregunta abierta, se facilitó al alumnado el cuestionario. Nuevamente se insistió en la importancia de recordar las claves, así como de ser honestos en las respuestas. El orden de los distintos apartados fue el siguiente:
 - Variables sociodemográficas y familiares.
 - Variables vinculadas a su formación en el ámbito de la sexualidad.
 - Niveles de experiencia sexual descritos por Schofield (1965)
 - Escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall (1988) ampliada por López (28 ítems-ATSS).
 - Bloque General de Conocimientos y Creencias sobre sexualidad.
 - Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975).
 - Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993) sobre los roles sexuales de varones y mujeres.
 - Pregunta semiestructurada sobre las distintas medidas para evitar embarazos.

Al término de esta sesión evaluativa, los encuestadores nos manifestaron su preocupación en relación a las claves. Algunos alumnos no se acordaban de su clave y no sabían donde la habían apuntado. En esos casos, se les pidió que escribieran una nueva clave fuera del recuadro destinado a anotar las claves y que dibujaran un aspa en el interior del mismo. De esta manera, al codificar los datos podíamos: (a) identificar a quiénes no recordaban la clave y, (b) aparejar la pregunta abierta y el cuestionario de cada sujeto.

5.4.2. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

El cuestionario de satisfacción con el programa se suministró el 17 de Junio. En este caso, fueron los tutores quienes se encargaron de este cometido, dado que el centro no disponía de tiempo y las preguntas que se planteaban eran sencillas. No obstante, en una de las clases, 3º ESO D, se aprovechó la última sesión del programa que se realizó ese mismo día.

5.5. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

5.5.1. IDENTIFICACIÓN Y CLAVES

Tras la recogida de datos en el centro escolar, debíamos informatizar los mismos. Se elaboró, para ello, una base de datos que contemplaba las distintas variables del pre-test, del post-test y del cuestionario de satisfacción. No obstante, antes de la informatización tuvimos que realizar una tarea de numeración y emparejamiento de los cuestionarios. Este trabajo se realizó en distintas fases correspondientes al agrupamiento y numeración del pre-test, en primer lugar; la agrupación post-test y la numeración de estos cuestionarios en función del orden de los de pre-test, en segundo lugar; y esta misma labor con el cuestionario de satisfacción.

- REORGANIZACIÓN Y NUMERACIÓN DEL PRE-TEST:

Debíamos agrupar todas las mediciones hechas a cada sujeto, es decir, la pregunta abierta, el cuestionario aplicado el primer día y el otro cuestionario que fue suministrado en los 10 minutos de la sesión siguiente (Anexo 2). Para realizar esta tarea contábamos con cinco carpetas, una por cada aula, que contenían las distintas mediciones. Esto nos permitió una clasificación y organización de los cuestionarios seccionada por clases. El procedimiento efectuado fue idéntico en cada una de las carpetas o clases, y responde al siguiente esquema:

1. Unir y grapar, utilizando las claves secretas, las pruebas realizadas en el mismo día, es decir, la pregunta abierta y cuestionario. Contemplábamos un menor olvido de claves entre estas pruebas ya que la aplicación tenía lugar en una misma sesión.

2. Aquellos cuestionarios o preguntas abiertas que carecían de una misma clave, fueron separados y posteriormente agrupados. Bien por exclusión, al quedar dos desemparejados, o por la caligrafía. No obstante, apenas nos encontramos estas dificultades.
3. Numeramos los cuestionarios ya grapados. De esta manera se facilita tanto los agrupamientos con el otro cuestionario, el post-test y el cuestionario de satisfacción; como la informatización posterior de los mismos.
4. Unir los cuestionarios que nos quedan (los aplicados en 10 minutos de la sesión primera del programa) con los cuestionarios ya grapados, utilizando nuevamente las claves secretas. Separar aquellos que no tengan clave o que ésta no coincida con la que habían indicado previamente.
5. Relacionar los cuestionados separados con las pruebas ya grapadas que sobren. Este proceso se realizará teniendo en cuenta el sexo del sujeto, la caligrafía y el descarte.
6. Finalmente grapar y archivar los cuestionarios cortos con las otras pruebas ya grapadas.

▪ REORGANIZACIÓN Y NUMERACIÓN DEL POST-TEST:

En este caso, debíamos, por un lado, agrupar la pregunta abierta de cada sujeto con su correspondiente cuestionario y, por otro, otorgar a cada agrupamiento la misma numeración que en el pre-test. Contábamos, como en la evaluación inicial, con cinco carpetas, una por cada aula; lo que nos permitía clasificar y organizar los cuestionarios de manera fragmentada e independiente. El procedimiento seguido, para cada una de las carpetas fue el que especificamos a continuación:

1. Unir y grapar la pregunta abierta y el cuestionario utilizando las claves secretas. Nos centramos en las claves que habían escrito en estas pruebas, olvidándonos de momento de las aportadas en el pre-test. Nuestro objetivo era agrupar los post-test completos de cada sujeto.
2. Separar los cuestionarios y preguntas abiertas que no tenían clave o que ésta no coincidía, para posteriormente agruparlos teniendo en

cuenta el sexo del sujeto, la caligrafía y el descarte. En este caso encontramos más cuestionarios sin clave. A fin de garantizar la correcta distribución y asociación de las dos mediciones, contamos con la colaboración de otros dos investigadores para la toma de decisiones al respecto. Al término de esta tarea fueron grapados.

3. Posteriormente, tuvimos que otorgar a cada post-test la numeración dada en el pre-test, utilizando nuevamente las claves. Esta tarea fue también compleja, ya que había post-test sin claves o con otras nuevas. Por ello, comenzamos numerando aquellos post-test en los que se indicaban claves que aparecieron previamente en el pre-test.
4. Con la ayuda de otros dos investigadores, se buscaron las correspondencias entre los pre-test y los post-test que habían quedado sin numerar. Par ello se utilizaron los siguientes criterios de forma conjunta:
 - a) Usar variables coincidentes como el sexo o el número de hermanos para identificar a un mismo sujeto.
 - b) Comprobar otras variables como la edad, pues debían tener la misma o un año más en el post-test.
 - c) Ver el parecido razonable entre algunas claves del pre-test y el post-test. *Como por ejemplo: Qhui con Qhuy*
 - d) Contrastar la caligrafía así como la forma de tachar o contestar en las distintas escalas.
 - e) El propio descarte y la exclusión de los criterios anteriores.
5. Finalmente, numeramos todos los post-test; teniendo de esta manera la evaluación inicial y final para cada sujeto.

▪ NUMERACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA:

Como en el pre-test y en el post-test, los cuestionarios de satisfacción estaban separados por aulas; de esta manera pudimos organizarles y numerales de forma independiente. En este caso, tuvimos que numerar estos cuestionarios atendiendo a la numeración dada en el pre-test y en el post-test. El procedimiento seguido fue mi similar al descrito en el apartado anterior.

1. En primer lugar, utilizando el sistema de claves, numeramos aquellos cuestionarios que indicaban claves que ya conocíamos porque habían aparecido en el pre-test o en el post-test. Separamos aquellos pocos cuestionarios que no podían ser numerados de forma directa.

2. Con la ayuda de nuestros colaboradores, buscamos las correspondencias de los cuestionarios de satisfacción sin numerar con los pre-test y los post-test. Para ello utilizamos los criterios descritos con anterioridad: variables como sexo o edad, parecidos razonables en las claves, la caligrafía y los emparejamientos por descartes. De esta manera, numeramos todos los cuestionarios de satisfacción.

Una vez concluimos con la unión y numeración de todas las mediciones (pre-test, post-test, y satisfacción) comenzamos la informatización de los datos.

5.5.2. PARTICULARIDADES EN LAS RESPUESTAS

En la informatización y codificación de los datos también hubo que tomar decisiones, y resolver algunas dificultades con las que no contábamos. Nos encontramos algunos cuestionarios en los que se marcaban dos o más puntuaciones distintas en un mismo ítem. Tuvimos que buscar un criterio único para codificarlos, que garantizase el rigor científico en esta labor. Por ello, decidimos elegir aquella puntuación que fuera menos favorable a los intereses de nuestra investigación. Nuestra forma de actuar en esos casos fue la siguiente:

✓ *Ejemplo: Ante el enunciado “La educación sexual es peligrosa”; el alumno puntúa con 4 y 5. El investigador elige la opción 5 porque es la menos adecuada para sus intereses de confirmación de la hipótesis planteada.*

Se utilizó este criterio en todos los cuestionarios: pre-test, post-test y satisfacción; como vemos en las Tablas 5.9 y 5.10 En éstas se especifican los cuestionarios en los que se han hallado varias puntuaciones a un mismo ítem. Las tablas reflejan además la escala en la que se encuentra el ítem sometido al criterio elegido y la puntuación seleccionada.

Tabla 5.9. Codificación de la evaluación final, post-test y cuestionario de satisfacción: puntuaciones sometidas a criterio

SUJETO	ESCALA	Ítems	PUNTUACIONES DADAS	PUNTACIONES OTORGADAS
16	BCCS	Ítem 28	3 y 4	3
31	NA-MI	Ítem 30	1 y 5	1
32	ESIES	Ítem 16	3 y 5	3
45	NA-MI	Ítem 1	3 y 4	3
		Ítem 16	3 y 4	4
		Ítem 18	2 y 3	3
46	BCCS	Ítem 32	4 y 5	5
48	ATSS	Ítem 17	2 y 3	3
49	BCCS	Ítem 15	3 y 4	3
50	BCCS	Ítem 32	4 y 5	4
52	BCCS	Ítem 8	2 y 4	2
53	ATSS	Ítem 24	3 y 4	3
70	BCCS	Ítem 15	2, 3 y 4	4
82	NA-MI	Ítem 4	3 y 4	4
90	ATSS	Ítem 19	3 y 4	3
	BCCS	Ítem 28	2 y 3	2
		Ítem 37	3 y 4	4
91	ESIES	Ítem 16	3 y 4	3
101	ESIES	Ítem 15	1 y 2	1
111	ATSS	Ítem 6	2 y 3	2
		Ítem 15	3 y 4	3
	BCCS	Ítem 26	3 y 4	3
		Ítem 29	2 y 3	2
		Ítem 30	2 y 3	3
	NA-MI	Ítem 18	3 y 4	4
	ESIES	Ítem 18	3 y 4	3
		Ítem 19	3 y 4	3
		Ítem 20	3 y 4	3
113	BCCS	Ítem 15	2, 3 y 4	4
115	BCCS	Ítem 8	2 y 4	2
		Ítem 12	1 y 3	1
133	ESIES	Ítem 14	2 y 4	2
		Ítem 18	1 y 4	1
138	NA-MI	Ítem 21	3 y 5	3

Tabla 5.10. Codificación de la evaluación inicial: puntuaciones sometidas a criterio

SUJETO	ESCALA	Ítems	PUNTUACIONES DADAS	PUNTACIONES SELECCIONADAS
32	ATSS	Ítem 21	0	1
39	ATSS	Ítem 5	1 y 2	2
43	ATSS	Ítem 19	4 y 5	4
51	BCCS	Ítem 34	1 y 3	1
55	ATSS	Ítem 19	3 y 4	3
	DSS	Ítem 7	2 y 3	2
90	ATSS	Ítem 14	1 y 2	2
110	BCCS	Ítem 28	3 y 4	3
111	ATSS	Ítem 4	3 y 4	3
		Ítem 6	1 y 2	2
		Ítem 10	3 y 4	3
		Ítem 12	2 y 3	3
		Ítem 15	4 y 5	4
	BCCS	Ítem 4	4 y 5	4
		Ítem 21	3 y 4	3
		DSS	Ítem 5	3 y 4

5.5.3. MORTALIDAD EXPERIMENTAL Y CUESTIONARIOS NO VALIDOS

El sistema de claves nos permitió controlar tanto la mortalidad experimental como la aparición de sujetos en el post-test que no habían sido evaluados previamente. Por ello, a fin de garantizar la homogeneidad en la muestra, descartamos aquellos sujetos de los que no contábamos con las mediciones previas y posteriores a la intervención educativa. Concretamente eliminamos por este motivo tres casos. Uno de ellos, perteneciente al grupo control, carecía de evaluación inicial o pre-test. Los otros dos casos eliminados formaban parte del grupo experimental y carecían de post-test.

Descartamos también aquellos sujetos en los que detectamos falta de sinceridad en las respuestas. Observamos que principalmente en el post-test aparecían cuestionarios en los que se señalaba siempre una misma valoración, se marcaban las puntuaciones para dibujar figuras o simplemente se mostraba desinterés y burla. Aquellos sujetos que contestaban de esta manera en el pre-test volvían a hacerlo en el post-test. Por su parte, hubo sujetos que posiblemente

por la desmotivación y la fatiga que aparece ante la aplicación de la misma prueba, respondieron con sinceridad en el pre-test pero no el post-test. En cualquier caso, para incrementar la validez de nuestro estudio fueron eliminados todos estos sujetos, como observamos en la Tabla 5.11.

Tabla 5.11. Cuestionarios eliminados del estudio

	AULA	Nº DE ELIMINADOS	ID. (Número de caso)	MOTIVO DE ELIMINACIÓN :		
				NO TENER PRE-TEST	NO TENER POST-TEST	NO SINCERIDAD EN RESPUESTAS
EXPERIMENTAL	3º ESO A	0	-			
	3º ESO C	12	58		X	
			60			X
			61		X	
			68			X
			74			X
			80			X
			81			X
			82			X
			83			X
			84			X
			85			X
	86			X		
	3º ESO E	3	31			X
35					X	
52					X	
CONTROL	3º ESO B	1	111			X
			142	X		
	3º ESO D	2	129			X
			138			X
Total		19		1	2	16

5.6. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS 18. Como ya explicamos en el capítulo anterior utilizamos en la exploración inicial estadística descriptiva, principalmente el estudio de frecuencias y porcentajes. Para

comparar el grupo experimental con el grupo control y las mediciones previas a la intervención con las mediciones posteriores a la misma empleamos tanto estadística paramétrica, como estadística no paramétrica, dependiendo de la distribución de contraste. Utilizamos fundamentalmente las pruebas para dos o más muestras independientes y las pruebas para dos muestras relacionadas (ver capítulo 4).

5.6.1. ESCALAS Y VALORES PERDIDOS

Tuvimos que establecer una pauta de actuación en torno a los valores perdidos (ausencia de respuestas) que aparecieron en nuestra base de datos. Se dio prioridad a las indicaciones que proporcionaban los distintos autores sobre sus escalas. Nuestra intención era asumir esos criterios y aplicarlos además a nuestro Bloque General de Conocimientos y Creencias sobre Sexualidad.

La única recomendación que encontramos se realizaba para la ATSS; Diéguez *et al.* (2005:54) afirman que *“cuando existen ítems en blanco, no tenerlos en cuenta sesga la puntuación del sujeto, ya que supone asignar un 0 al ítem. Existen algunos procedimientos para subsanar esto, pero no convendría utilizarlos si el número de ítems en blanco es superior a 6, en cuyo caso convendría desechar la Escala. El procedimiento con una mejor relación entre precisión y coste de cálculo tal vez sea el de asignar a ese ítem, la media de las puntuaciones obtenidas en el resto de los ítems. Si la corrección se realiza de manera manual, se asigna la media de las puntuaciones obtenidas en los ítems del tipo al que pertenezca el ítem en blanco (directos o inversos)”*.

Por ello, aplicamos este criterio en la ATSS. Completamos con la medias de las puntuaciones dadas por el sujeto en los ítems directos y en los inversos, salvo en aquellos casos que tenían más de 6 respuestas en blanco.

En el resto de las escalas y en el Bloque General de Conocimientos y Creencias sobre Sexualidad (BCCS) adaptamos la pauta descrita; aplicando un principio de proporcionalidad entre el número máximo de valores perdidos señalados por Diéguez *et al.* (2005) y el tamaño de la escala ATSS. Establecimos una fórmula para determinar el número máximo de ítems sin responder que debía tener cada escala para aplicar el procedimiento de asignación de medias expuesto; como vemos a continuación:

$$\text{Nº máximo de valores perdidos} = \frac{\text{Nº de ítems que posee la escala} \times 6}{28}$$

En consecuencia, las pautas que utilizamos para completar los ítems sin responder y el resultado que obtuvimos al calcular el número máximo de valores perdidos que podía tener cada escala para no ser desechada, fueron de forma pormenorizada las siguientes:

1. En el Bloque General de Conocimientos y Creencias sobre Sexualidad (BCCS) se utilizó el criterio de sustitución de los valores perdidos por las medias directas e inversas de cada sujeto cuando éstos no superaban los 8.
2. En el Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975), como estaba formado por 30 ítems, completamos los valores perdidos con la media directa o inversa del sujeto según procediera, si estos no superaban los 6.
3. En la *Double Standard Scale* (Caron, Davis, Halteman y Stickle, 1993) asignamos la media de las puntuaciones obtenidas cuando había dos o menos valores perdidos.
4. En la *Escala de Satisfacción de la Intervención en Educación Sexual*, (ESIES) formada por 20 ítems, completamos los valores perdidos con la media si estos no superaban los 4.

Capítulo 6. RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN INICIAL

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra definitiva está formada por aquellos sujetos de los que poseemos tanto la medición previa a la intervención (pre-test) como la medición posterior a la misma (post -test). Además, se han retirado de la muestra, como ya explicamos en el capítulo anterior, todos los individuos que mostraban falta de sinceridad en las respuestas en alguno de los dos cuestionarios. Por todo ello la muestra, al inicio de la investigación, está constituida por 123 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años.

Sin hacer distinción entre grupo experimental y grupo control, la edad media de los participantes es de 14,18 años, con una desviación típica de 0,72. La distribución global de la muestra en función del sexo es bastante homogénea; el 44,72% de los adolescentes estudiados son varones y el 55,28% restante son mujeres (Tabla 6.1).

Como señalamos en los capítulos anteriores, el grupo experimental estaba formado por el alumnado de tres aulas y el grupo control por los adolescentes de las dos aulas restantes. Por ello, existe una mayor representación en la muestra de los adolescentes que formaban parte de grupo experimental (58,06%), respecto a sus compañeros del grupo control (41,93%) (Tabla 6.2). En cuanto a la distribución en las distintas aulas, observamos en la Tabla 6.3 que en cada una de ellas hay aproximadamente un 20% del alumnado. No obstante,

cabe señalar dos excepciones que aparecen en el grupo experimental. En primer lugar, nos encontramos con un menor número de alumnos en 3º de ESO C, debido a la supresión de aquellos cuestionarios en los que apreciamos falta de sinceridad. En segundo lugar, descubrimos en 3º de ESO A la situación inversa. Contamos con la totalidad del alumnado matriculado en esta aula, es decir, 30 alumnos. Nos parece un dato relevante ya que en este grupo no fue desechado ningún cuestionario.

La edad media de los adolescentes que forman el grupo experimental es ligeramente superior a la edad media de la muestra, es de 14,29 (DT= 0,73). En el grupo control por su parte la edad media es sensiblemente inferior, siendo 14,02 (DT=0,67). Respecto a la relación de varones y mujeres en cada grupo, nos encontramos una distribución equilibrada en el grupo experimental. De los 71 adolescentes 36 son chicas y los otros 35 restantes son chicos. En el grupo control, sin embargo, la proporción de mujeres es mayor (61,54%); son 20 chicos y 32 chicas (Gráficos 6.1, 6.2 y 6.3). Aparecen diferencias significativas en la edad entre g. control y experimental

Tabla 6.1. Distribución de la muestra en función del sexo.

	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO (%)
VARÓN	55	44,72
MUJER	68	55,28
<i>Total</i>	123	100

Tabla 6.2. Distribución de la muestra en función del grupo al que pertenecen.

	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO (%)
EXPERIM.	71	57,72
CONTROL	52	42,28
<i>Total</i>	123	100

Tabla 6.3. Distribución de la muestra en del grupo y la clase a la que pertenecen

		CLASES	VALOR ABSOLUTO (nº de adolescentes)	VALOR RELATIVO Porcentaje (%)
GRUPO EXPERIMENTAL		3º DE ESO A	30	24,39
		3º DE ESO C	17	13,82
		3º DE ESO E	24	19,51
GRUPO CONTROL		3º DE ESO B	26	21,14
		3º DE ESO D	26	21,14
<i>Total</i>			123	100

Gráfico 6.1. Distribución de la muestra en función del sexo

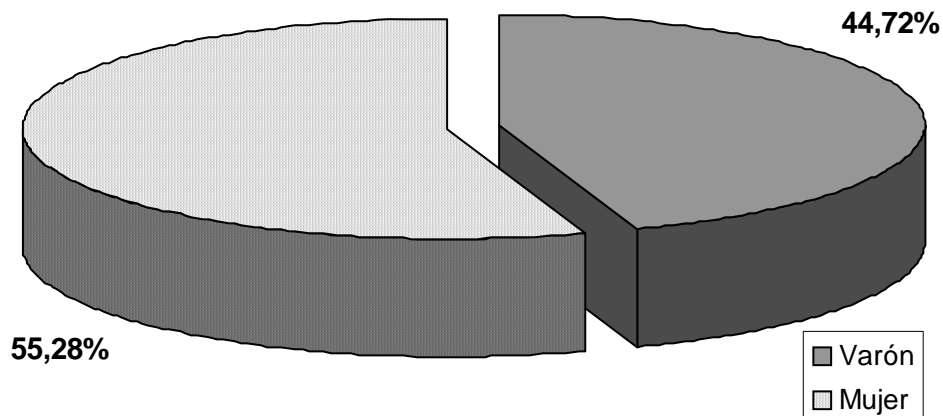


Gráfico 6.2. Distribución del grupo experimental en función del sexo

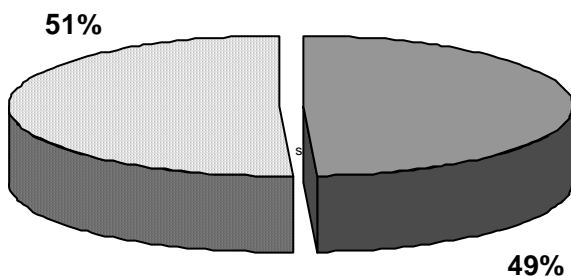
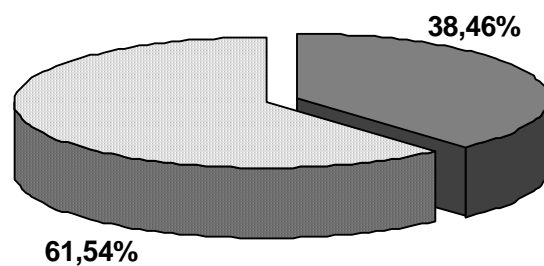


Gráfico 6.3. Distribución del grupo control en función del sexo



6.1.1. SITUACIÓN FAMILIAR

La familia supone el primer núcleo de socialización de la persona. Como primeros y principales educadores ejercen un papel primordial en todos los aspectos relacionados con el desarrollo psicosexual de sus hijos. Por ello, hemos estudiado algunas características de las familias de los adolescentes que conforman la muestra.

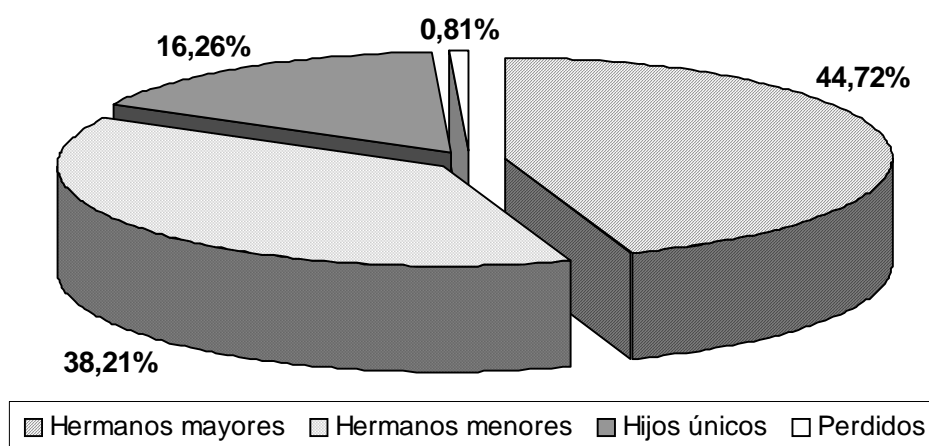
En general, las familias estudiadas responden a un modelo tradicional de agrupamiento familiar: padre, madre e hijos. El 87,80% de la muestra manifiesta vivir con sus dos progenitores. Un 11,38% de los adolescentes estudiados declara convivir habitualmente con su madre pero no con su padre. Tan sólo en un 0,81% nos encontramos la situación inversa, adolescentes que cohabitan con su padre pero no con su madre. No hemos encontrado ningún caso de jóvenes que no convivan con alguno de sus dos progenitores.

Debido a la importancia que pueden tener los hermanos o hermanas en la transmisión de conocimientos y actitudes sobre sexualidad, hemos analizado este aspecto. El 16,26 % de los adolescentes son hijos únicos. En consecuencia un 83,74% de los chicos y chicas de la muestra no sólo comparte experiencias y vivencias con sus padres, sino que también lo hace con al menos un hermano o hermana. No obstante, hemos de subrayar que entre los adolescentes que tienen algún hermano/a, un 53,92% ocupan el primer lugar, es decir, son los hermanos mayores. El 46,08% restante poseen algún hermano de mayor edad, que actúa o puede actuar como modelo de referencia en diversos aspectos vinculados a la sexualidad.

De forma global, la muestra se distribuye en función de los hermanos de la siguiente manera: el 16,26% de la muestra son hijos únicos, un 44,72% de los adolescentes de la muestra son hermanos mayores puesto que ocupan el primer lugar entre sus hermanos; y finalmente 38,21% de los chicos y chicas de la muestra son hermanos menores (Gráfico 6.4).

Otro aspecto que puede influir en la forma de entender la sexualidad es la convivencia con otros familiares, como pueden ser los abuelos, las nuevas parejas de los progenitores e incluso los tíos o los cuñados. Sin embargo esta circunstancia es poco frecuente en nuestra muestra. El 91,87% de los adolescentes estudiados no convive con abuelos ni con otros familiares. Entre los que se da esta circunstancia, nos encontramos un 4,88% que vive al menos un abuelo; un 2,44% que cohabita con otro familiar principalmente nuevas parejas de sus padres o madres; y un 0,81% que convive tanto con un abuelo como con otro familiar.

Gráfico 6.4. Distribución en relación a la posición entre los hermanos



El análisis de los modelos familiares de la muestra, así como de todas las variantes existentes, nos descubre un contexto familiar predominantemente tradicional. La mayor parte de los chicos y chicas con los que se ha trabajado viven con sus dos progenitores y tienen algún hermano. Son pocos los casos de adolescentes con familias desestructuradas o reestructuradas. No obstante, es una realidad que también existe y que no debemos despreciar.

6.2. FORMACIÓN PREVIA SOBRE SEXUALIDAD

6.2.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

¿De dónde obtienen la información sobre sexualidad los adolescentes? Gran parte de los estudios sobre sexualidad adolescente han tratado de dar respuesta a esta pregunta. Nosotros hemos querido no sólo actualizar los datos en torno a las fuentes de información, sino estudiar si la intervención educativa provoca cambios en la utilización de distintas fuentes de información.

Los datos revelan que los adolescentes estudiados acostumbran a informarse de sexo, principalmente, a través de sus amigos y los medios de comunicación de masas (Tabla 6.4). Un 16,10% de los encuestados declara recibir siempre la información de sus amigos y un 30,51% dice recibirla de sus amigos con bastante frecuencia. Tan sólo el 9,32% de los adolescentes no recibe nunca información sobre sexo de sus amigos. Es ésta, por tanto, la principal fuente de información que utilizan nuestros adolescentes para conocer y aproximarse al mundo del sexo. Internet, por su parte, constituye una vía de información importante para los jóvenes de estas edades. Un 31,67% de ellos consultan siempre o casi siempre la red. Sin embargo, más de un 50% no la emplean o lo hacen con poca frecuencia. Podemos decir, que aunque se está extendiendo su uso aún no es popular. La televisión desempeña también un papel relevante en la formación sexual de los adolescentes de la muestra. Un 31,67% declara usarla siempre o con bastante frecuencia. No obstante, al igual que con Internet, el porcentaje de chicos y chicas que no la utiliza o lo hace pocas veces es amplio, el 38,33%. Otra fuente de conocimientos e información son las revistas. De esta manera, encontramos un 28,33% de adolescentes que las consultan con una frecuencia elevada (siempre o bastantes veces); aunque un 55,93% manifiesta la situación inversa: no leerlas o hacerlo en pocas ocasiones.

Gráfico 6.5. Consulta de distintas fuentes de información

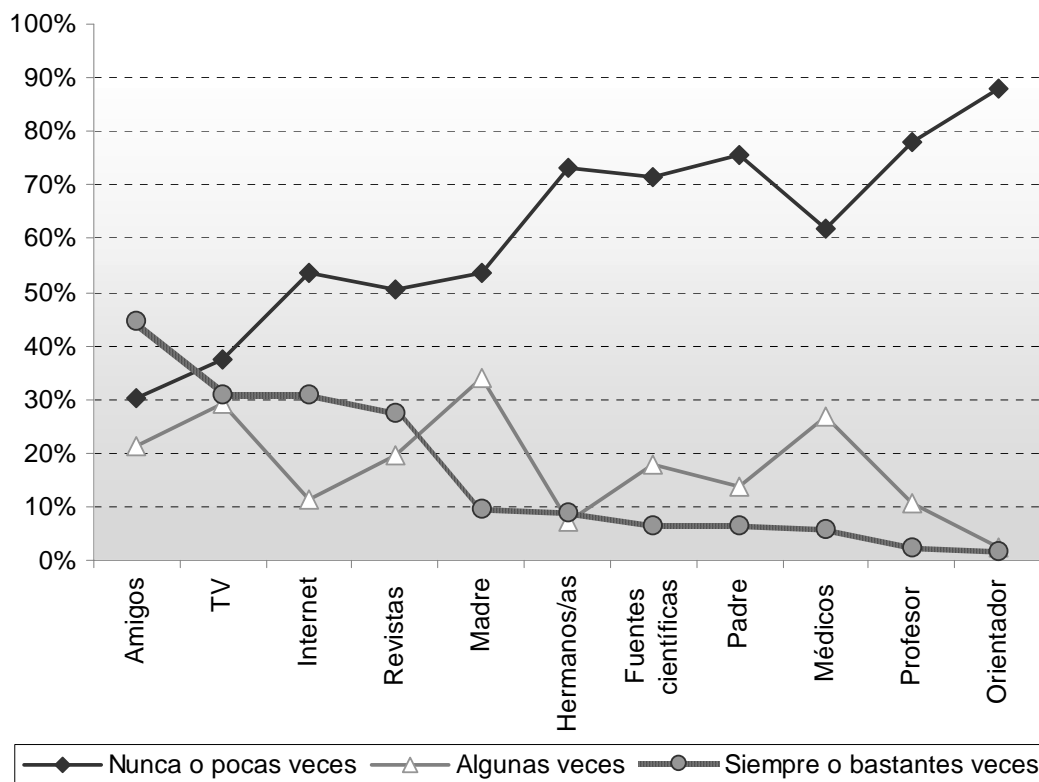


Tabla 6.4. Frecuencia con la que utilizan las distintas fuentes de información sobre sexualidad (valores relativos).

Fuente de información sobre sexualidad	Nunca o Pocas veces	Algunas veces	Siempre o Bastantes veces
PADRE	78,81%	14,41%	6,78%
MADRE	55,00%	35,00%	10,00%
HERMANOS/AS	81,82%	8,18%	10,00%
AMIGOS	31,36%	22,03%	46,61%
PROFESORES	85,71%	11,61%	2,68%
ORIENTADOR	95,58%	2,65%	1,77%
MÉDICOS O PERSONAL SANITARIO	65,52%	28,45%	6,03%
TV	38,33%	30,00%	31,67%
REVISTAS	51,67%	20,00%	28,33%
INTERNET	55,93%	11,86%	32,21%
FUENTES CIENTÍFICAS	74,58%	18,64%	6,78%

* Tabla elaborada a partir de porcentajes válidos

Como vemos en el Gráfico 6.5, las fuentes de información más empleadas no están generalizadas entre la mayoría de los adolescentes. Nos parece muy relevante esta circunstancia puesto que sólo las amistades suponen un verdadero referente informativo.

Observamos también en el gráfico anterior, una importante ausencia de consultas con fuentes de información pertinentes y veraces como son la familia, la escuela, el personal sanitario o los libros científicos. El 82,30% de los adolescentes nunca ha recibido información sobre sexo de su orientador; y el 13,27% declara haber sido informado de estas cuestiones por el orientador del centro en pocas ocasiones. El resto de profesorado tampoco supone una fuente de información para su alumnado. De esta manera, el 85,71% de los chicos y chicas no ha recibido ningún tipo de información por parte de los docentes o la ha recibido en pocas ocasiones. Los adolescentes tampoco consultan temas de sexualidad con los distintos miembros de la familia. En el caso de hablar o conocer cuestiones de sexualidad a través de los hermanos, observamos que el 81,82% declara no hablar nunca con sus hermanos. Sin embargo, debemos recordar que más de un 15% de la muestra eran hijos únicos y que cerca del 50% de la muestra ocupaban el primer lugar entre sus hermanos, es decir, eran hermanos mayores. Lógicamente, las consultas sobre sexo no se harán a hermanos menores puesto que *a priori* tendrán menor conocimiento sobre estos temas. Son más importantes, por lo tanto, las bajas tasas encontradas en el caso de los padres y, en menor medida, de las madres. El 47,46 % de los participantes nunca ha tratado temas de sexo con su padre, y un 31,36% ha hablado con su padre de estas cuestiones en pocas ocasiones. Hemos de señalar que un 11,38% de la muestra no vive habitualmente con su padre, lo que puede dificultar el tratamiento de estas cuestiones. En el caso de las madres, la comunicación sobre sexualidad es mayor. Un 24,17% de los adolescentes nunca ha hablado con su madre de sexo y un 30,83% dice tratar en pocas ocasiones estos temas con su madre.

Pese a su accesibilidad, los libros u otras fuentes científicas tampoco constituyen una vía de conocimiento sobre sexualidad para los adolescentes estudiados. Un 41,53% de estos jóvenes nunca consulta este tipo de fuentes, y las utilizan con poca frecuencia el 33,05%. Los adolescentes tampoco obtienen la información de médicos o personal sanitario; ya que el 65,52% no les preguntan nunca o lo hacen en pocas ocasiones.

En resumen, los adolescentes se informan de las cuestiones vinculadas a la sexualidad principalmente a través de sus amigos. Tres de cada diez de los adolescentes estudiados utilizan con una elevada frecuencia los medios de co-

municación de masas. En consonancia, encontramos una baja tasa de consultas a fuentes de información veraces y de calidad. En la escuela, por ejemplo, los chicos y chicas de la muestra no interrogan este tipo de cuestiones o lo hacen en pocas ocasiones. La familia tampoco supone una alternativa para la información de estos adolescentes; puesto que nunca o en pocas ocasiones se habla de sexo. Se aprecia una mayor confianza de los hijos e hijas con sus madres, en relación a la comunicación con los padres varones. Finalmente, respecto a otras fuentes de índole científica como los propios médicos o los libros nos encontramos nuevamente con tasas de consulta muy bajas.

6.2.2. EDUCACIÓN SEXUAL PREVIA

Explicamos en los primeros capítulos que la Educación Sexual aún no tiene cabida en el marco de la Educación Formal y que su puesta en práctica está supeditada a las buenas intenciones de los docentes y otros profesionales. Por ello es relevante conocer si los adolescentes de la muestra han recibido previamente Educación Sexual, y analizar el papel que han jugado la escuela, la Educación No Formal o la Educación Informal.

En este sentido, los resultados obtenidos son esperanzadores ya que más de la mitad de los chicos y chicas de la muestra poseen algún tipo de formación sexual previa. El 58,47% de los adolescentes estudiados declara haber recibido Educación Sexual con anterioridad. En contraposición, el 41,53% restante no ha sido objeto de ninguna acción educativa relacionada con la sexualidad humana. Como vemos en el Gráfico 6.6, un 39,83% de adolescentes manifiesta haber sido formado en la escuela o instituto. Por su parte, un 9,32% declara haber recibido esta formación fuera de la escuela, es decir, una educación de carácter No Formal o incluso Informal. Nos encontramos además, un 9,32% de los adolescentes que ha sido objeto de Educación Formal y No formal, ya que ha sido formado tanto en el centro escolar, como fuera de éste.

Aunque aparentemente estos resultados nos indican que existe Educación Sexual, no debemos olvidar que en muchas ocasiones nos estamos refiriendo a una o dos sesiones. Por ello contemplamos este aspecto preguntando acerca del número de horas que habían recibido.

El número de adolescentes que contestó a esta cuestión fue muy reducido, tan sólo 59. No obstante, sus respuestas resultan esclarecedoras, ya que son el

reflejo de una realidad educativa con bastantes carencias. Los datos muestran como en pocos casos se imparten unidades superiores a cuatro horas (Gráfico 6.7). El 72,88% de los estudiantes que contestaron a esta pregunta recibieron como máximo una hora de Educación Sexual. Menos del 15% (13,56%) de los adolescentes asistieron a clases de hora y media o dos horas. A un 3,39% de los jóvenes interrogados se les impartió entre 2 y 3 horas de Educación Sexual. Sólo el 10,16% de los adolescentes recibieron una formación igual o superior a las cuatro horas. Es notoria la escasez de tiempo que se dedica a la formación en estos temas. Podemos afirmar que aunque la escuela se haga cargo de determinados aspectos de la sexualidad humana, lo hace de forma superficial y no continuada.

Gráfico 6.6. Existencia o ausencia de Educación Sexual previa y modalidades.

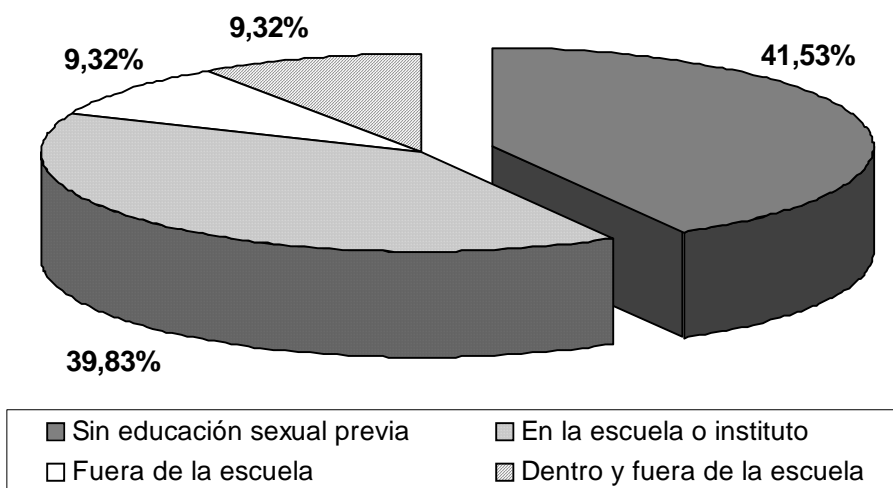
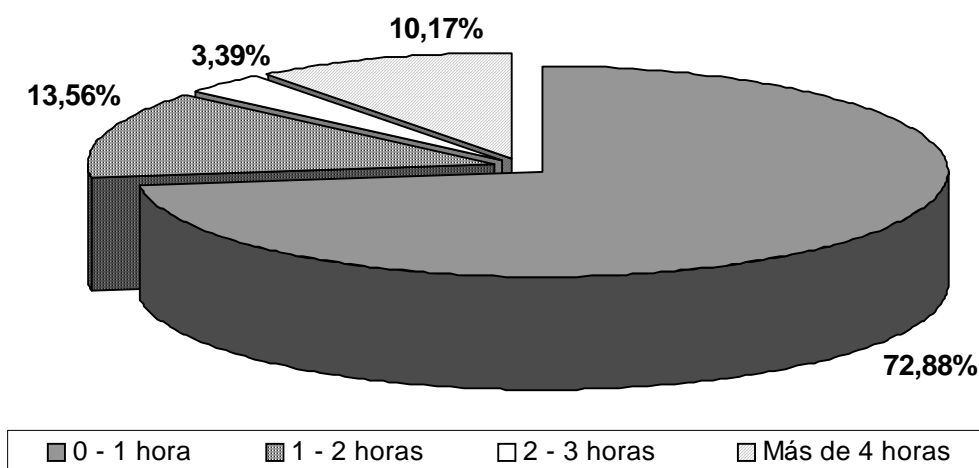


Gráfico 6.7. Número de horas recibidas de Educación Sexual



6.2.3. EXPERIENCIA SEXUAL

La experiencia sexual de los adolescentes de la muestra es un aspecto que analizamos debido a dos razones sumamente distintas. Por un lado, es un tema controvertido; puesto que desde algunas corrientes se relaciona la educación sexual con una iniciación sexual más prematura. Controlar esta variable con el pre-test y el post-test nos permite constatar si la experiencia sexual se incrementa de forma significativa en el grupo experimental, en el grupo control o en ambos grupos. En definitiva, nos dará una respuesta a este asunto tan polémico para algunos. Por otro lado, el nivel de experiencia sexual del alumnado incide en el desarrollo del programa, ya que es una fuente de conocimiento e información. Medir y evaluar este aspecto aporta una descripción más profunda de las características de los adolescentes, bien sean del grupo experimental o del grupo control. Asimismo, posibilita explicaciones fundadas sobre determinados aspectos de la práctica educativa.

La mayor parte de los adolescentes estudiados en el momento del pre-test se encontraban en los primeros niveles de experiencia sexual descritos por Schofield (1965). En la Tabla 6.5 observamos que el 30,89% de los adolescentes de la muestra carecían de experiencia sexual. Cerca de la mitad de la muestra, el 47,15%, se encontraban en el nivel II: Besos y caricias. Un porcentaje considerable de adolescentes había alcanzado niveles de intimidad próximos al coito; ya que el 13,01% de la muestra declaraba estar en el nivel III correspondiente al "petting". Habían accedido a las relaciones coitales el 4,88% de la muestra, siendo en su mayoría relaciones con una única pareja (3,25%).

Tabla 6.5. Experiencia sexual de la muestra, del grupo experimental y del grupo control.

	TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		G. CONTROL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NINGUNA	38	30,89	12	16,90	26	50,00
BESOS Y CARICIAS	58	47,15	41	57,75	17	32,69
"PETTING"	16	13,01	14	19,72	2	3,85
RELACIONES COITALAES CON UNA PAREJA	4	3,25	1	1,41	3	5,77
RELACIONES COITALAES CON VARIAS PAREJAS	2	1,63	1	1,41	1	1,92
<i>Perdidos</i>	5	4,07	2	2,82	3	5,77
TOTAL	123	100,00	71	100,00	52	100,00

Podemos ver también, en la Tabla 6.5, los niveles de experiencia sexual de los adolescentes del grupo experimental y del grupo control. La mayor parte del grupo experimental (57,75%) se encontraba en el segundo nivel de experiencia sexual: Besos y caricias. El resto del grupo se hallaba principalmente en los niveles I y III. Tan sólo dos adolescentes declaraban haber mantenido relaciones sexuales coitales, uno de ellos con más de un compañero o pareja sexual.

En el grupo control, el 50% manifestaba no tener experiencia sexual alguna. Un 32,69% se situaba con una experiencia limitada a besos y caricias. Menos del 4% había experimentado relaciones sexuales sin penetración. Si embargo, cuatro adolescentes del grupo control, el 7,69%, declaraban haber practicado el coito; tres de ellos con una única pareja.

En definitiva, gran parte de los adolescentes estudiados se encontraban en los primeros niveles de experiencia sexual. En general, las experiencias más íntimas se limitaban a unos pocos; siendo más común el coito en el grupo control y el “*petting*” en el grupo experimental.

6.2.4. AUTOVALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Conocer cómo valoran los adolescentes sus propios conocimientos sobre sexualidad es otra de las cuestiones que nos interesaba conocer, debido a las posibles implicaciones que esta autopercepción puede tener. Determinar, por ejemplo, la posible relación entre el conocimiento auto-percibido y el demostrado en el test; o estudiar su influencia en la evaluación pre-test / post-test. Por ello, incluimos una pregunta sobre la valoración de sus conocimientos. En este apartado sólo describimos la situación global de la muestra en el pre-test. Más adelante analizaremos la relación existente entre ésta y otras variables.

En general, la mayoría de los adolescentes considera que tienen un nivel medio de conocimientos sobre sexualidad. De esta manera, observamos en el Gráfico 6.8, que el 32,23% valora sus conocimientos sobre sexualidad como buenos y un 47,93% considera que son regulares. Creen que poseen un nivel excelente de conocimientos el 6,61% de los adolescentes. En contraposición, nos encontramos con un 11,57% del alumnado que valora insuficientes sus co-

nocimientos. Tan sólo dos sujetos (el 1,65%) señalan sus conocimientos como muy insuficientes.

La valoración en los grupos experimental y control es similar. El 50,98% de los adolescentes del grupo control consideraba que su nivel de conocimientos era regular y el 21,57% lo valoraba como bueno. En el grupo experimental, estos porcentajes son sensiblemente superiores. Así encontramos que el 45,71% evaluaba sus conocimientos como regulares y el 40% como buenos. Sin embargo, sólo un 1,43%, es decir, un sujeto, creía que poseía un nivel excelente de conocimientos. En contraposición, en el grupo control, este porcentaje se eleva al 13,73%

En resumen, el 80,17% de los adolescentes de la muestra considera que posee un nivel intermedio de conocimientos sobre sexualidad. No obstante, existe una tendencia positiva en las valoraciones como refleja claramente el Gráfico 6.9.

Gráfico 6.8. Autovaloración de los conocimientos sobre sexualidad: Porcentajes válidos.

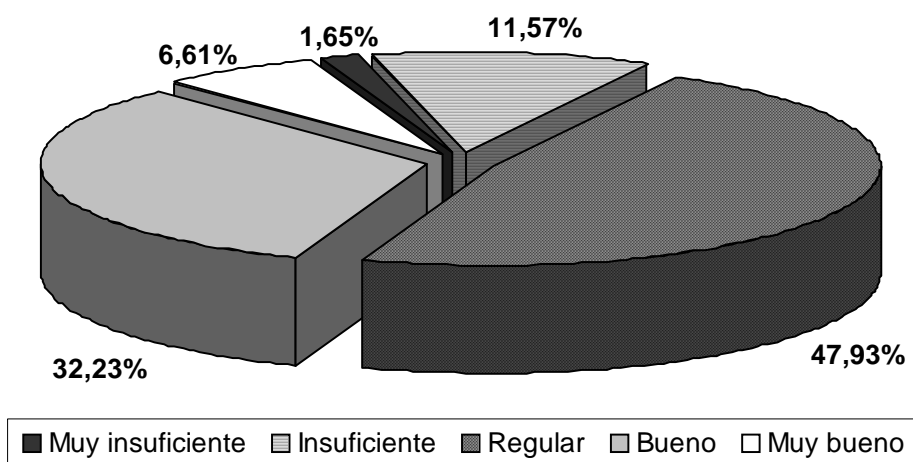
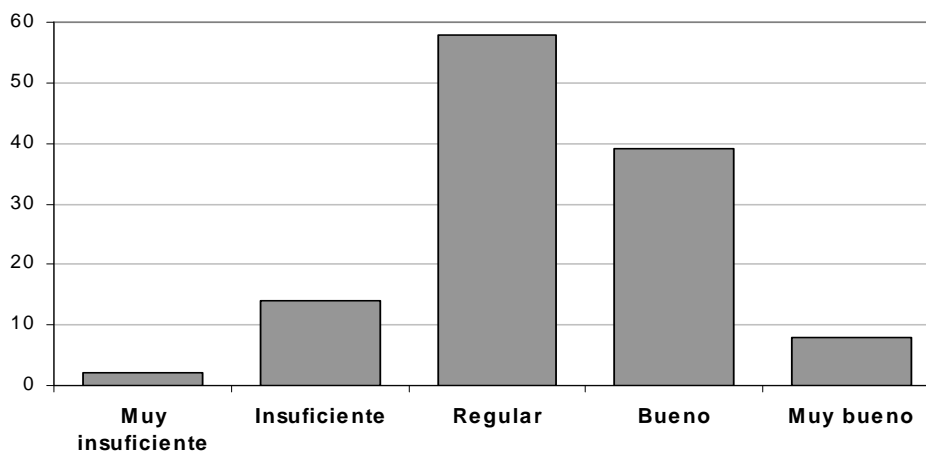


Gráfico 6.9. Autovaloración de los conocimientos sobre sexualidad: Valores absolutos



6.3. BLOQUE DE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD

Hemos visto como valoran los adolescentes sus conocimientos sobre sexualidad, pero debemos analizar como son en realidad esos conocimientos. Para ello, el instrumento de evaluación cuenta con un bloque con 39 ítems sobre estas cuestiones, como ya explicamos de forma detallada en el capítulo 4. A continuación, mostramos los resultados obtenidos en este bloque; describiendo en primer lugar, las respuestas dadas a los distintos ítems, y analizando, en segundo lugar, el bloque de forma global.

6.3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD

6.3.1.1. Ítems de formulación directa

El Bloque de conocimientos y creencias sobre sexualidad (BCCS) está formado por ítems de formulación directa e ítems de formulación inversa. En primer lugar, mostraremos los resultados obtenidos en los ítems directos, es decir, aquellos en los es deseable un mayor grado de acuerdo con el enunciado.

En la Tabla 6.6 encontramos los porcentajes validos encontrados en cada una de las opciones de respuesta (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo).

Observamos en la tabla cierta confusión en los adolescentes de la muestra en torno al embarazo y las circunstancias en las que se produce. Menos de la mitad de la muestra considera posible un embarazo en las primeras relaciones coitales. Encontramos que sólo un 42,98% de la muestra está de acuerdo (puntuaciones 4 o 5) con el enunciado del ítem 4 *“La primera vez que una chica mantiene relaciones sexuales con penetración puede quedarse embarazada”*. Observamos que son muchos los adolescentes indecisos ante este enunciado, el 34,71% de la muestra. En consonancia con estos resultados, descubrimos que sólo 35,04% de los chicos y chicas estudiados identifica el riesgo de embarazo durante el periodo menstrual (ítem 28). Además, cerca de la mitad de la muestra, un 45,30%, señala la opción *“indeciso”* para valorar el enunciado de este ítem. En los ítems 34 y 33 se tratan también cuestiones vinculadas con el embarazo y su prevención, aunque de forma menos explícita. Encontramos una

predominancia de las puntuaciones intermedias en las valoraciones al ítem 34 *“Es buena la planificación para las relaciones sexuales”*. De esta manera, sólo un 36,16% de los adolescentes está de acuerdo con el enunciado del ítem (puntuaciones 4 o 5); siendo mayor el valor de los adolescentes que se muestran indecisos (38,66%). Los resultados obtenidos en el ítem 33 *“Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal”* son similares. El 46,16% de la muestra está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el enunciado y un 47,86% señala la opción *“indeciso”*. No obstante, debemos subrayar que sólo un 5,98% de los adolescentes indica disconformidad con el ítem (puntuaciones 1 o 2). Se evidencia en todos los casos vaguedad y/o incorrección en sus conocimientos sobre embarazo.

Otro aspecto que analizamos con el *BCCS* son los conocimientos y mitos en torno a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y su prevención. Para ello contamos con los ítems 16, 21, 35, 38 y 12. Este último, cuyo enunciado es *“El alcohol y las drogas multiplican las posibilidades de llevar a cabo prácticas de riesgo”*, hace referencia también al riesgo de embarazo. La mayor parte de los adolescentes consideran el riesgo añadido que implica la embriaguez producida por el uso de alcohol o drogas. De esta manera encontramos que el 77,05% de los adolescentes está de acuerdo con el ítem (puntuaciones 4 o 5). Respecto al ítem 16, descubrimos que la mayor parte de los adolescentes (el 84,55%) está en algún grado de acuerdo (puntuaciones 4 o 5) con su enunciado *“Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo”*. Los adolescentes de la muestra saben que el SIDA puede afectar a cualquier persona independientemente de su situación económica o su orientación sexual. Por ello, el 73,17% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem 21 y el 73,98% muestra también su conformidad (puntuaciones 4 o 5) con el ítem 38. Finalmente, en el ítem 35 encontramos un resultado más adversos. Sólo un 34,71% conoce el riesgo de transmisión de enfermedades mediante el sexo oral sin protección. El 41,32% de los adolescentes señala la opción de *“indeciso”* (puntuación 3) ante el enunciado del ítem *“Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) pueden transmitirse enfermedades, como por ejemplo el SIDA.”* Podemos decir, que ciertos mitos están bastante superados; no obstante los adolescentes aún desconocen las vías de transmisión de las ITS.

El *BCCS* plantea ítems relacionados con distintas prácticas sexuales: masturbación, coito, *“petting”* y sexo oral. Los ítems directos referidos a estas cuestiones son el 8, el 26, el 29 y el 31. En tres de ellos los resultados son positivos, puesto que más de la mitad de la muestra está de acuerdo en algún grado con

sus enunciados. Por ejemplo, el 67,22% de los adolescentes se muestra conforme con el ítem 8 *“La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres”*. De la misma manera, en el ítem 26 *“Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella”* se sitúa de acuerdo (puntuaciones 4 o 5) el 89,35% de los chicos y chicas con los que hemos trabajado. Por su parte, el 57,38% del alumnado estudiado considera aceptable el sexo oral (ítem 29). En contraposición, descubrimos una visión reduccionista de las relaciones sexuales; así sólo un 34,71% de los adolescentes está de acuerdo con el ítem 31 *“Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el “petting” (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales”*. Estos resultados reflejan una aceptación mayoritaria de las distintas conductas sexuales. No obstante, se evidencia una visión parcial de la sexualidad puesto que los besos o el *“petting”* no son considerados relaciones sexuales.

Los ítems restantes engloban aspectos variados relacionados con la forma de entender o comprender la sexualidad humana. Una visión ajustada e integrada del hecho sexual humano debería admitir la existencia de sexualidad en todos los momentos de la vida. En este sentido, observamos menos del 40% de los adolescentes contempla la sexualidad en la etapa de la vejez. El 38,33% está de acuerdo (puntuaciones 4 o 5) con el ítem 5 *“Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo”* y el 34,71% se muestra conforme con el enunciado del ítem 14 *“Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual”*. No obstante, los porcentajes de adolescentes indecisos en estos dos ítems son elevados, ya que la vejez se aleja de su conocimiento vivencial.

La igualdad entre varones y mujeres es otro aspecto que debe imperar tanto en las relaciones adultas, como en las relaciones adolescentes. La mayoría de los chicos y chicas estudiados considera importante en el reparto de las tareas domésticas; así encontramos que el 84,55% está de acuerdo en algún grado (puntuaciones 4 o 5) con el ítem 20. Finalmente, el ítem 37 alude a la dimensión cognitiva de la sexualidad. El 44,83% de los adolescentes está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el enunciado: *“El cerebro es un órgano sexual muy importante”*. Un porcentaje igual de adolescentes se muestra indeciso ante este enunciado. Por el contrario, el 10,34% no considera importante el cerebro, pese a su importante papel en el hecho sexual humano.

Tabla 6.6. Puntuaciones de la muestra a los ítems directos del BCCS.

ÍTEMS DIRECTOS	GRADO DE ACUERDO CON EL ÍTEM Valores relativos (%)					Nº de Perdidos
	1	2	3	4	5	
Ítem 4. La primera vez que una chica mantiene relaciones (...) con penetración puede quedarse embarazada.	10,74	11,57	34,71	28,10	14,88	2
Ítem 5. Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo.	10,83	10,83	40,00	25,83	12,50	3
Ítem 8. La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.	2,46	4,92	25,41	33,61	33,61	1
Ítem 12. El alcohol y las drogas multiplican las posibilidades de llevar a cabo prácticas de riesgo.	0,82	4,92	17,21	35,25	41,80	1
Ítem 14. Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.	4,96	6,61	53,72	22,31	12,40	2
Ítem 16. Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.	2,44	1,63	11,38	29,27	55,28	0
Ítem 20. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.	2,44	0,81	12,20	27,64	56,91	0
Ítem 21. Cualquiera puede contagiarse de SIDA, independientemente de su orientación sexual.	4,07	4,07	18,70	25,20	47,97	0
Ítem 26. Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.	0,82	1,64	8,20	27,87	61,48	1
Ítem 28. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).	12,82	6,84	45,30	19,66	15,38	6
Ítem 29. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.	6,56	6,56	29,51	25,41	31,97	1
Ítem 31. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el "petting" (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales.	10,74	10,74	41,32	28,10	9,09	2
Ítem 33. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.	5,13	0,85	47,86	23,08	23,08	6
Ítem 34. Es buena la planificación para las relaciones sexuales.	7,56	17,65	38,66	25,21	10,92	6
Ítem 35. Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) pueden transmitirse enfermedades...	14,88	9,09	41,32	15,70	19,01	2
Ítem 37. El cerebro es un órgano sexual muy importante.	5,17	5,17	44,83	24,14	20,69	7
Ítem 38. Cualquier persona puede contagiarse de SIDA independientemente de su nivel socioeconómico.	6,50	1,63	17,89	24,39	49,59	0

* Se ha trabajado con porcentajes válidos, es decir, sin contar los valores perdidos.

Tabla 6.7. Puntuaciones de la muestra a los ítems inversos del BCCS.

ÍTEMS DIRECTOS	GRADO DE ACUERDO CON EL ÍTEM Valores relativos (%)					Nº de Perdidos
	1	2	3	4	5	
Ítem 1. La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.	24,59	20,49	43,44	4,10	7,38	1
Ítem 2. El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales.	7,32	18,70	42,28	23,58	8,13	0
Ítem 3. Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.	47,15	24,39	21,95	2,44	4,07	0
Ítem 6. La mujer debe ser quien se encargue del cuidado (...) de los hijos.	69,92	20,33	2,44	2,44	4,88	0
Ítem 7. La sexualidad comienza con el primer coito.	19,01	13,22	50,41	10,74	6,61	2
Ítem 9. La única sexualidad correcta es la (...) que se da entre un hombre y una mujer.	26,23	23,77	22,13	12,30	15,57	1
Ítem 10. Un mismo condón (...) puede ser utilizado varias veces.	81,15	12,30	4,10	0,82	1,64	1
Ítem 11. Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.	3,28	4,10	31,97	31,97	28,69	1
Ítem 13. Es adecuado que una esposa mantenga relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no le apetece a ella.	56,91	21,14	13,82	4,07	4,07	0
Ítem 15. El orgasmo es fundamental en una relación sexual.	3,36	6,72	40,34	36,97	12,61	4
Ítem 17. La masturbación es una práctica que sólo realizan las personas solteras. (...)	40,98	30,33	24,59	3,28	0,82	1
Ítem 18. La “marcha atrás” es una forma eficaz de evitar embarazos.	18,80	24,79	36,75	12,82	6,84	6
Ítem 19. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	0,83	3,31	44,63	33,06	18,18	2
Ítem 22. Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.	-	0,88	68,42	13,16	17,54	9
Ítem 23. La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (...).	37,82	15,97	32,77	7,56	5,88	4
Ítem 24. El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo pervertido.	30,89	21,95	34,96	4,88	7,32	0
Ítem 25. Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.	6,72	7,56	31,93	37,82	15,97	4
Ítem 27. Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.	8,26	15,70	60,33	9,09	6,61	2
Ítem 30. El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales.	70,49	13,11	10,66	2,46	3,28	1
Ítem 32. Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres.	9,02	9,84	34,43	29,51	17,21	1
Ítem 36. Tener un cuerpo “bello” es importante en una relación sexual.	25,41	23,77	19,67	17,21	13,93	1
Ítem 39. Los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres.	78,69	9,84	5,74	3,28	2,46	1

* Se ha trabajado con porcentajes validos, es decir, sin contar los valores perdidos

6.3.1.2. Ítems de formulación inversa

El BCCS cuenta con 22 ítems de formulación inversa, es decir, aquellos en los que una menor aceptación del enunciado corresponde a una concepción más adecuada de la sexualidad humana. En la tabla anterior mostramos los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Observamos en la Tabla 6.7 que los adolescentes de la muestra sostienen, en general, falsas creencias sobre la respuesta sexual humana. Los ítems 1, 15, 19, 22 y 27 abordan aspectos relacionados con ésta. En todos ellos, menos de la mitad de la muestra está en algún grado en desacuerdo con sus enunciados. El 45,08% de los adolescentes no está de acuerdo (puntuaciones 1 o 2) con el ítem 1 “*La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.*” No obstante, sólo un 11,48% valora con puntuaciones 4 o 5 el enunciado del ítem. El 10,08% de los chicos y chicas no considera el orgasmo como fundamental en una relación sexual (ítem 15). La mayor parte los jóvenes estudiados sobrevaloran la importancia del orgasmo. En concordancia con esto descubrimos otros mitos relacionados con el orgasmo. Sólo el 4,14% de los adolescentes se muestra contrario en algún grado al ítem 19 “*El orgasmo es fundamental en una relación sexual*”. Una situación similar encontramos en el ítem 22 “*Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.*”, puesto que están en desacuerdo o total desacuerdo el 0,88%. Finalmente, el 23,96% del alumnado estudiado se muestra disconforme con el enunciado del ítem 27 “*Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.*”. En este caso, la mayor parte de los adolescentes están indecisos, es decir, no tienen una opinión definida sobre este aspecto de la respuesta sexual femenina.

Los ítems 2, 7, 17, 24 y 25 abordan aspectos relacionados con distintas conductas sexuales. Se presta, en ellos, especial interés a la práctica del coito, debido a que está rodeada de mitos y creencias. El 26,02% de los adolescentes no considera el coito lo fundamental en una relación sexual (ítem 2). Por el contrario, un porcentaje mayor de los jóvenes estudiados (31,71%) otorga excesiva importancia a esta práctica. Asimismo, encontramos que el 53,79% de los y las adolescentes identifica coito con relación sexual completa (ítem 25); siendo un grupo reducido de alumnos el que no acepta este mito, el 14,28% de la muestra. Por su parte, el 23,96% es consciente de que la sexualidad no comienza con el primer coito, por ello valoran con 1 o 2 el ítem 7. Ante este ítem el 50,41% de los adolescentes está indeciso, no teniendo una opinión definida sobre este aspecto. En el ítem 17 “*La masturbación es una práctica que sólo realizan las personas solteras (sin pareja)*” los resultados son más favorables. El 71,31% valora con 1 o 2 este enunciado, siendo reducido en porcentaje de adolescentes que

está de acuerdo con el ítem (el 4,10%). En general, al igual que en el apartado sobre ítems de formulación directa, encontramos una mayoritaria aceptación del sexo oral. El 52,84% no considera pervertido el sexo oral (ítem 24); además el porcentaje de alumnos que acepta el enunciado del ítem es reducido, el 12,20% de la muestra.

La prevención de ITS y de embarazos está también presente en los ítems de formulación inversa del BCCS (ítems 10, 11, 18, 23 y 30). El 93,45% de los adolescentes saben que los preservativos no son reutilizables, por ello valoran con 1 o 2 el ítem 10 *“Un mismo condón (preservativo masculino) puede ser utilizado varias veces”*. El conocimiento que tienen los jóvenes estudiados sobre la píldora anticonceptiva es ligeramente inferior. Encontramos que un 53,79% de la muestra en desacuerdo o en total desacuerdo con el ítem 23 *“La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)”*. Siendo amplio el porcentaje de adolescentes indecisos, el 32,77%. En cuanto al *“coitus interruptus”* es contemplado como un método contraceptivo por el 19,66% de los jóvenes estudiados. Por ello, un 43,59% de los adolescentes es contrario (puntuaciones 1 o 2) al enunciado del ítem 18 *“La “marcha atrás” es una forma eficaz de evitar embarazos.”* Los otros dos ítems sobre prevención y anticoncepción son menos explícitos. En el ítem 11 *“Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural”* encontramos que sólo un 7,38% de la muestra no está conforme con el enunciado, ya que lo valora con puntuaciones 1 o 2. La mayor parte de los adolescentes (60,66%) está de acuerdo o totalmente de acuerdo con este ítem. Se descubre una predisposición hacia las relaciones no planificadas, y por tanto, con mayor probabilidad de asumir riesgos. Por último, señalar que el 83,60% de los jóvenes estudiados no está conforme con el ítem 30 *“El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales”*. No obstante, un 5,74% de la muestra cree que el SIDA no afecta a las personas heterosexuales, es decir, posee una percepción errónea de riesgo, alejada de la mayoría de la población.

Los ítems restantes (Tabla 6.7) representan creencias relacionadas con una visión tradicional y patriarcal de la sexualidad (Barberá, 1998; Bosch y Ferrer, 2005). En general, observamos una ligera tendencia a la no asunción de estas ideas. El 71,54% de los chicos y chicas se muestra contrario al enunciado del ítem 3 *“Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.”* De igual manera, el 88,53% de los adolescentes no considera que los hombres merezcan mejor puestos de empleo que las mujeres (ítem 39). En consonancia con estos resultados, encontramos que el 90,25% del alumnado estudiado reconoce que la crianza de los hijos es una cuestión tanto de madres como de padres, por ello

se posiciona en contra (puntuaciones 1 o 2) del ítem 6. El 78,05% de los jóvenes estudiados está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el ítem 13 “*Es adecuado que una esposa mantenga relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no le apetece a ella*”. No obstante, los valores de adolescentes indecisos (13,82%) o conformes con esta idea (8,14%) son todavía demasiado elevados. Por otro lado, sólo la mitad de la muestra valora con 1 o 2 el ítem 9 “*La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer.*” El 50% restante o está de acuerdo o indeciso, es decir, aún subsiste un enfoque heterosexual y reduccionista de la sexualidad. Finalmente, los ítems 32 y 36 abordan estas cuestiones de forma menos explícita. Se opone al primero de ellos (*Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres*) el 18,86% de los jóvenes estudiados. El 46,72% de los adolescentes sostiene esta creencia, ya que valora con 4 o 5 el ítem. Respecto al imperativo de la belleza, encontramos que el 49,18% no considera importante el atractivo del cuerpo en una relación sexual (ítem 36). Sin embargo, un 31,14% de los chicos y chicas de la muestra da excesiva importancia al aspecto puesto que está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem.

c) Comparación entre grupo experimental y el grupo control

A lo largo de este apartado, hemos explorado las creencias y los conocimientos sobre sexualidad que declaran los adolescentes de la muestra antes de la intervención educativa. La descripción de ítems realizada ha sido general, no haciéndose ninguna distinción entre los grupos experimental y control. No obstante, debemos descubrir si estos conocimientos y creencias son comunes a ambos grupos; siendo así, similar la situación de partida, previa a la implantación del programa de Educación Sexual.

En los Gráficos 6.10 y 6.11, que presentamos a continuación, hemos representado la frecuencia con la que aparecen las valoraciones deseadas tanto en conjunto de la muestra, como en los grupos experimental y control. Por ello, aparecen dos gráficos de barras. Por un lado, el que corresponde a los ítems de valoración directa, donde se han representado los porcentajes válidos de las contestaciones totalmente de acuerdo y de acuerdo. Por otro, el correspondiente a los ítems de formulación inversa, en el que se han representado los porcentajes válidos de las contestaciones en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Gráfico 6.10. Puntuaciones (4 o 5) a los ítems directos del BCCS: Muestra, Grupo Experimental y Grupo Control

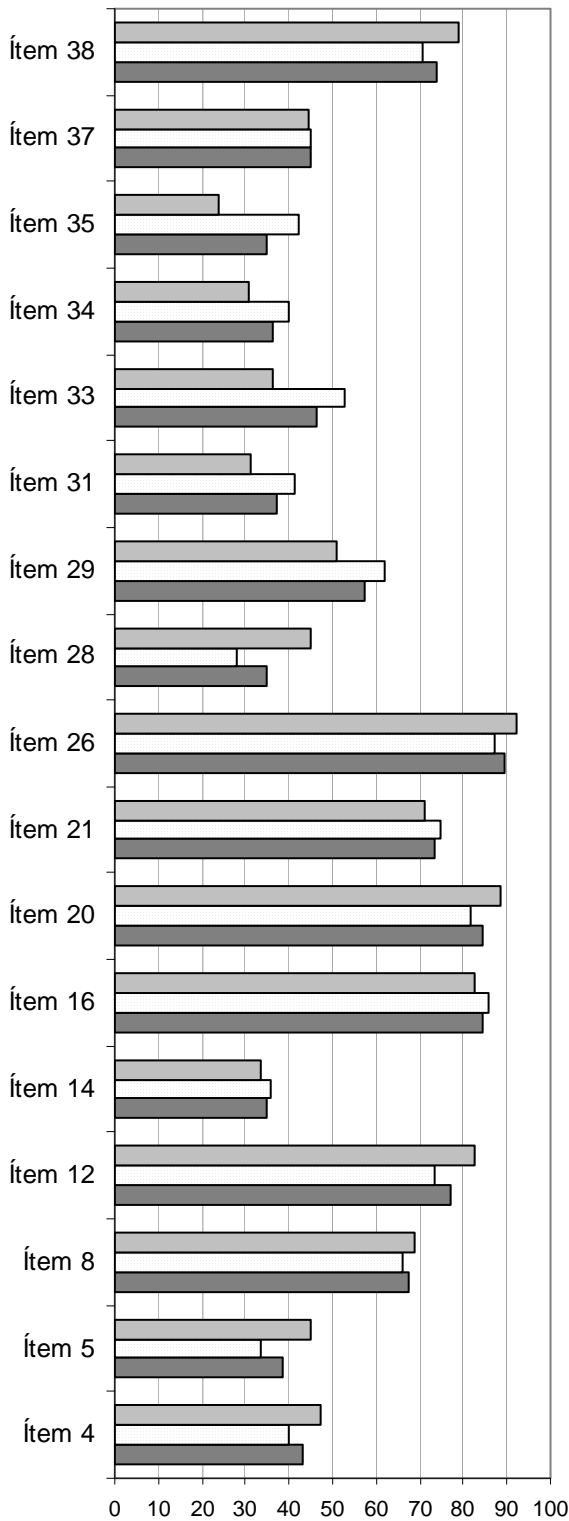


Gráfico 6.11. Puntuaciones (1 o 2) a los ítems inversos del BCCS: Muestra, G. Experimental y G. Control.

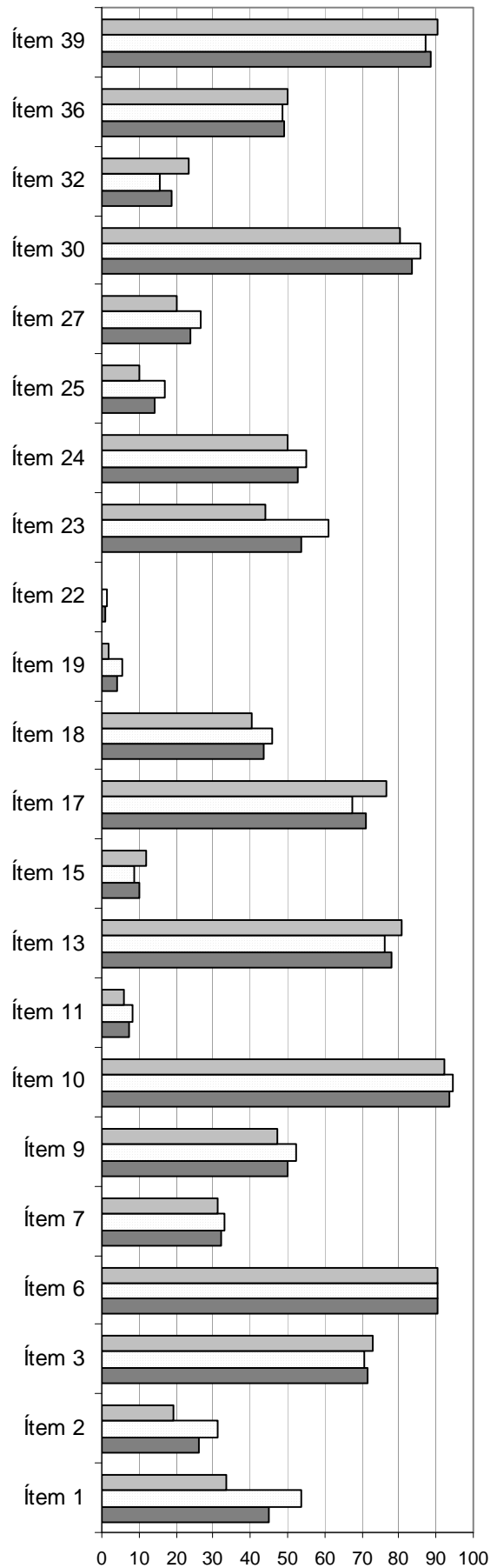


Tabla 6.8. Diferencias encontradas entre el grupo experimental y el grupo control en cuatro ítems del BCCS

	Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilat.)
Ítem 12	EXPERIMENTAL	56,13	3985,50	1429,50	3985,50	-2,11	< 0,05
	CONTROL	68,97	3517,50				
Ítem 26	EXPERIMENTAL	56,61	4019,00	1463,00	4019,00	-2,09	< 0,05
	CONTROL	68,31	3484,00				
Ítem 35	EXPERIMENTAL	66,23	4702,00	1404,00	2679,00	-2,04	< 0,05
	CONTROL	53,58	2679,00				
Ítem 1	EXPERIMENTAL	55,31	3927,00	1371,00	3927,00	-2,41	< 0,05
	CONTROL	70,12	3576,00				

No se aprecian en los gráficos diferencias extremas en el porcentaje de adolescentes de cada grupo (experimental y control) que valoran adecuadamente cada ítem. Observamos, como ya indicamos en la descripción de los ítems directos e inversos, una necesidad de intervención importante a la vista de la baja tasa de respuesta correcta en 19 de los 39 ítems del BCCS. Concretamente en los ítems 1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 22, 25, 28, 31, 32, 34, 35, 36 y 37.

Hemos contemplado las puntuaciones deseadas en cada uno de los ítems. Debemos analizar las posibles diferencias entre el grupo experimental y el grupo control. Para ello, hemos aplicado la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov a cada uno de los ítems a fin de conocer si la distribución de contraste se ajusta a la normal. En todos ellos han aparecido diferencias estadísticamente significativas entre la distribución normal y la distribución de las puntuaciones ($p < 0,01$). En consecuencia, hemos utilizado estadística no paramétrica, aplicando la U de Mann-Whitney para muestras independientes, en este caso grupo experimental y grupo control (Tabla 6.8). No aparecen diferencias estadísticamente significativas en el 89,74% de los ítems del BCCS. No obstante, en cuatro ítems encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$).

Aparecen diferencias significativas en los ítems directos 12, 26 y 35. Los adolescentes del grupo control están más de acuerdo que sus compañeros del grupo experimental con el ítem 12 *“El alcohol y las drogas multiplican las posibilidades de llevar a cabo prácticas de riesgo”* ($p < 0,05$). Estos alumnos, aceptan también en mayor grado que sus homólogos del grupo experimental ($p < 0,05$) el enunciado del ítem 26 *“Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser*

quién decida sobre ella. En contraposición, encontramos que son los adolescentes del grupo experimental quienes más perciben el riesgo de infecciones con el sexo oral, por ello aparecen diferencias significativas ($p < 0,05$) en el ítem 35 “Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) pueden transmitirse enfermedades, como por ejemplo el SIDA.” Finalmente, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el ítem de formulación inversa “La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.” Los chicos y chicas del grupo experimental rechazan más que los jóvenes del grupo control esta idea.

En resumen, la evaluación inicial de los ítems del BCCS evidencia unas condiciones similares en el grupo experimental y del grupo control. Son pocas las diferencias entre ambos encontradas. En dos de los ítems donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas, son los adolescentes del grupo control quienes muestran un conocimiento más adecuado. En contraposición, en los otros dos ítems, son los alumnos del grupo experimental quienes demuestran una mayor comprensión de los mismos. En definitiva, los conocimientos y creencias demostrados son similares en los dos grupos.

6.3.2. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL BCCS

En el capítulo anterior explicamos que en el BCCS, después del análisis de frecuencias, se aplicó el criterio de sustitución de los valores perdidos por las medias directas e inversas de cada sujeto (Diéguez *et al.*, 2005).

Analizando el BCCS como escala, presenta un nivel de fiabilidad aceptable, ya que para toda la muestra tiene un Alfa de Cronbach de 0,74. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos una distribución de contraste normal, con un valor extremo absoluto bastante moderado, -0,07 (Tabla 6.9).

Las puntuaciones obtenidas en el BCCS oscilan entre 103 y 166,26; es decir, de un nivel limitado de conocimientos a un nivel alto. La media se sitúa en el valor 138,07 con una desviación típica de 12,54. Esto indica un nivel global de conocimientos suficiente pero no excelente.

Gráfico 6.12. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en el BCCS del Pre-test

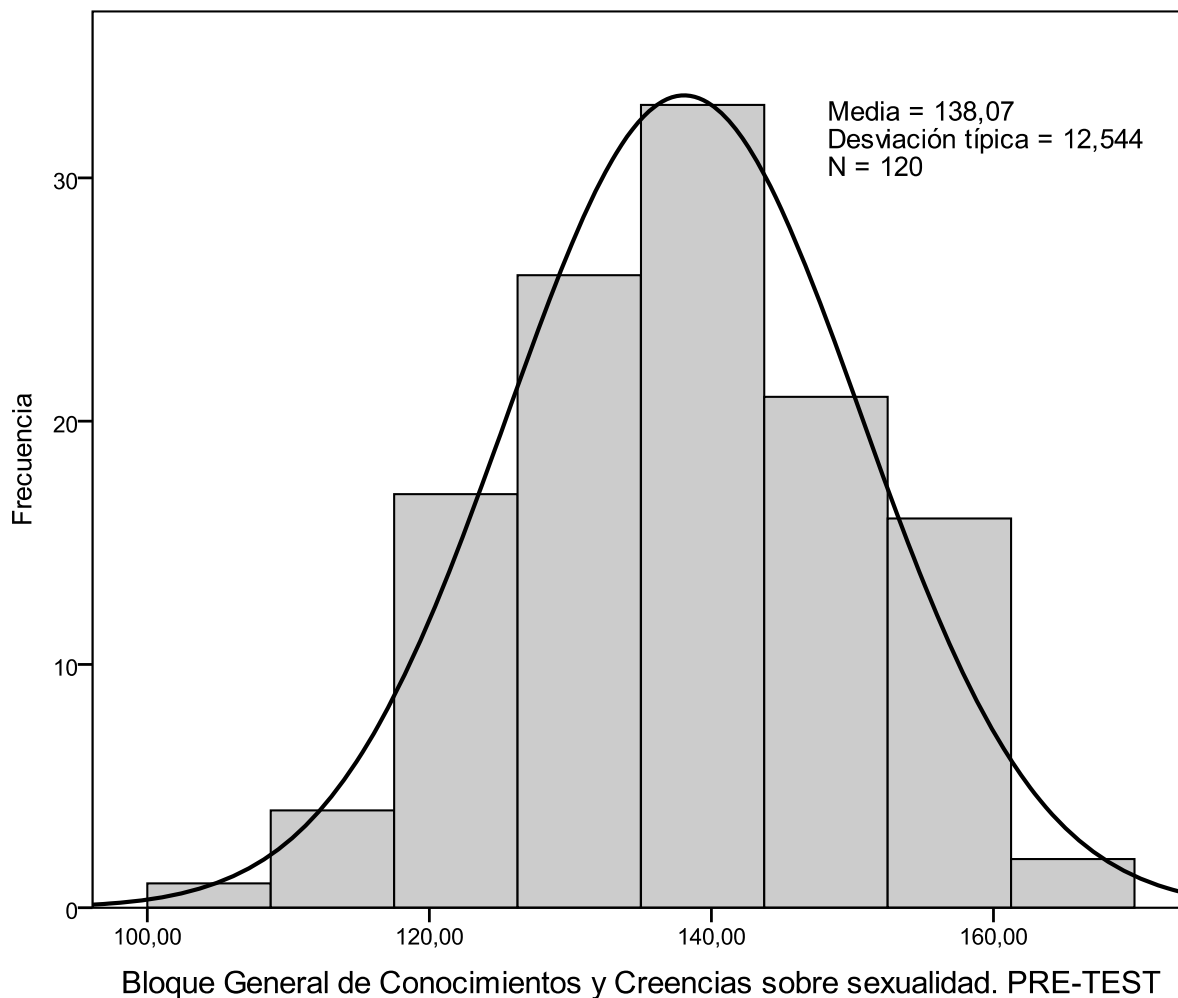


Gráfico 6.13. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el BCCS

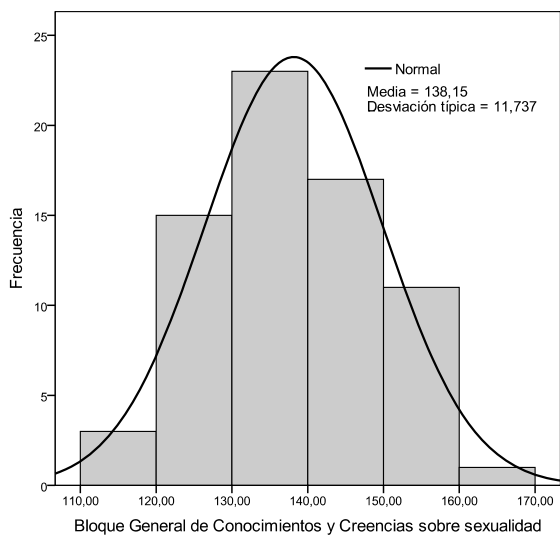


Gráfico 6.14. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en el BCCS

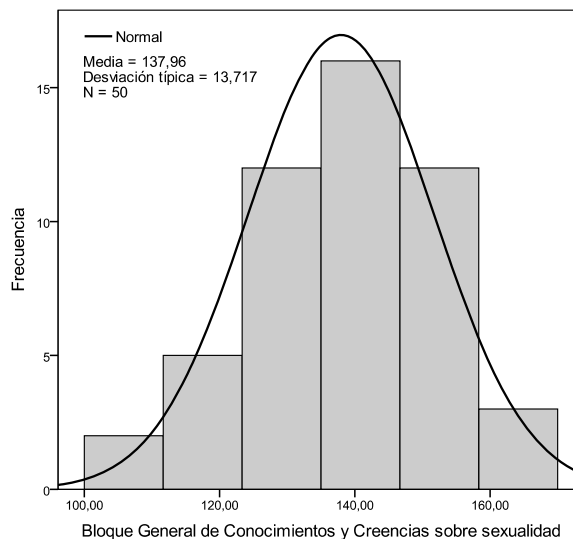


Tabla 6.9. Distribución y resultados en el BCCS: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		103,00		112,00		103,00	
Máximo		166,26		160,00		166,26	
Media		138,07	1,15	138,15	1,40	137,96	1,94
Desv. típ.		12,54		11,74		13,72	
Varianza		157,36		137,77		188,15	
Asimetría		-0,03	0,22	0,04	0,29	-0,09	0,34
Curtosis		-0,38	0,44	-0,64	0,57	-0,23	0,66
Diferencias más extremas	Absoluta	0,07		0,08		0,07	
	Positiva	0,06		0,08		0,07	
	Negativa	-0,07		-0,08		-0,07	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,73		0,67		0,52	
Sig. asintót.		0,66		0,77		0,95	
N		120,00		70,00		50,00	

Respecto a la distribución, ya hemos dicho que se ajusta a la curva normal (Gráfico 6.12). Encontramos una ligera curtosis negativa; esto implica una menor concentración de las puntuaciones en torno a la media (138,07) y unas colas más gruesas hasta las puntuaciones máximas y mínimas (103 y 166,26). Por otro lado, descubrimos una reducida asimetría negativa (-0,03), lo que muestra una cola izquierda sensiblemente más larga. Se evidencia, por lo tanto, una ligera tendencia hacia puntuaciones inferiores a la media, es decir, a niveles insuficientes de conocimientos.

Los resultados obtenidos en la escala analizando de forma independiente los grupos experimental y control son similares a los encontrados para toda la muestra. En el grupo experimental encontramos, también, una buena consistencia interna, con Alfa de Cronbach de 0,73. En el grupo control este coeficiente aumenta al valor 0,76. Podemos afirmar que esta escala es fiable puesto que los coeficientes son superiores a 0,70 en ambos grupos. Aplicamos, asimismo, la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos en los dos grupos, experimental y control, una distribución de contraste normal con unos valores extremos moderados (Tabla 6.9).

En el grupo experimental las puntuaciones obtenidas oscilan entre 112 y 160; siendo 138,15 la media (DT=11,74). Como ocurría con la muestra, en general los adolescentes de este grupo poseen un nivel de conocimientos intermedio o suficiente. Por otro lado, la distribución de los resultados del *BCCS* en el grupo experimental se corresponde con la curva normal (Gráfico 6.13). No obstante, observamos que las puntuaciones se concentran menos entorno a la media, en este caso 138,15. En el caso de la asimetría, la cola más larga se encuentra en la derecha; lo que nos está indicando una ligera mejor noción sobre sexualidad en los chicos y chicas que conforman el grupo experimental.

El rango encontrado en las puntuaciones del grupo control es mayor, ya que éstas oscilan entre 103 y 166,26. La media en este caso es de 137,96 con una desviación típica de 13,72 (Tabla 6.9). El nivel de conocimientos de este grupo es similar al encontrado con toda la muestra. En este caso, la distribución de los resultados del *BCCS* también se corresponde con la curva normal (Gráfico 6.14). No obstante, observamos que las puntuaciones se concentran menos entorno a la media. Al igual que en la muestra, la asimetría negativa nos indica una cola izquierda más larga, es decir, una suave tendencia hacia puntuaciones inferiores a la media.

**Tabla 6.10. Diferencias en función del sexo en los resultados del *BCCS*:
Muestra, grupo experimental y grupo control**

	Sexo	N	Media	DT	t	gl	Sig. asintót. (bilateral)
TODA LA MUESTRA	VARÓN	54,00	136,25	13,90	-1,44	118,00	0,152
	MUJER	66,00	139,56	11,21			
GRUPO EXPERIMENTAL	VARÓN	35	134,16	11,26	-3,01	68,00	0,004
	MUJER	35	142,15	10,95			
GRUPO CONTROL*	VARÓN	19	140,12	17,46	0,78	26,77	0,442
	MUJER	31	136,64	10,94			

* No se han asumido varianzas iguales: la prueba de Levene ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas

De todo lo expuesto en este apartado se desprende que entre el grupo experimental y el grupo control no existen diferencias en los conocimientos y creencias sobre sexualidad demostrados en el BCCS. No obstante, hemos aplicado la Prueba T de comparación de medias para muestras independientes (grupo experimental y grupo control) y no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,94$).

De igual manera, hemos empleado la Prueba T de comparación de muestras para determinar si existen diferencias en función del sexo. Como podemos ver en la Tabla 6.10, no se encuentran diferencias significativas entre los chicos y chicas de la muestra. Estas diferencias aparecen en el grupo experimental; es decir, las alumnas de este grupo poseen un nivel mayor de conocimientos que sus compañeros varones ($p < 0,01$). En el grupo control, por el contrario, son los adolescentes varones quienes poseen mejores conocimientos, sin alcanzar las diferencias significativas. Por todo ello, no podemos afirmar que exista una situación diferencial entre los y las adolescentes en el BCCS.

6.4. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD (ATSS)

A lo largo de este trabajo hemos insistido en la importancia que tienen las actitudes hacia la sexualidad y en la relación de la erotofilia con la vivencia de una sexualidad saludable, libre de riesgos físicos o emocionales. Por ello, hemos medido el nivel de liberalismo vs. conservadurismo en las actitudes hacia la sexualidad con la *Escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS)* de Fisher y Hall (1988) ampliada por López (28 ítems-ATSS) y validada por Diéguez, López Castedo, López y Sueiro (2001).

La escala presenta un nivel de fiabilidad bueno, ya que para toda la muestra tiene un Alfa de Cronbach de 0,83. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos una distribución de contraste normal con unos valores extremos bastante moderados, siendo el valor absoluto de 0,05 (Tabla 6.11).

Las puntuaciones obtenidas en la escala oscilan entre 74 y 134; es decir, de un nivel medio a un nivel alto de liberalismo en las actitudes hacia la sexualidad. La media se sitúa en el valor 104,26 con una desviación típica de 12,87. Podemos decir, por lo tanto, que los adolescentes de la muestra poseen actitudes positivas hacia la sexualidad, aunque estas aparecen en un grado moderado.

Respecto a la distribución, ya hemos dicho que se ajusta a la curva normal (Gráfico 6.15). No obstante, encontramos una ligera curtosis negativa; esto implica una menor concentración de las puntuaciones en torno a la media (104,26) y unas colas más gruesas hasta las puntuaciones máximas y mínimas (134 y 74). La asimetría es casi inapreciable con un valor de 0,02, lo que evidencia una cola derecha sensiblemente más larga; es decir, nos indica nuevamente la predominancia de actitudes positivas.

Los resultados obtenidos en la escala analizando de forma independiente los grupos experimental y control son similares a los encontrados para toda la muestra. En el grupo experimental encontramos, también, una consistencia interna buena, con Alfa de Cronbach de 0,82. En el grupo control este coeficiente aumenta al valor 0,85. Podemos afirmar que esta escala es fiable puesto que los coeficientes son altos en ambos grupos. Aplicamos con el archivo segmentado la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos en los dos grupos, experimental y control, una distribución de contraste normal con unos valores extremos moderados (Tabla 6.11).

Tabla 6.11. Distribución y resultados en la 28 ítems-ATSS: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		74,00		74,00		78,00	
Máximo		134,00		134,00		131,00	
Media		104,26	1,16	104,10	1,44	104,49	1,94
Desv. típ.		12,87		12,11		13,96	
Varianza		165,59		146,57		194,84	
Asimetría		0,02	0,22	-0,12	0,28	0,14	0,33
Curtosis		-0,56	0,43	-0,21	0,56	-0,89	0,65
Diferencias más extremas	Absoluta	0,05		0,05		0,11	
	Positiva	0,05		0,04		0,11	
	Negativa	-0,04		-0,05		-0,06	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,52		0,43		0,78	
Sig. asintót.		0,95		0,99		0,58	
N		123,00		71,00		52,00	

Gráfico 6.15. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en la ATSS en el Pre-test

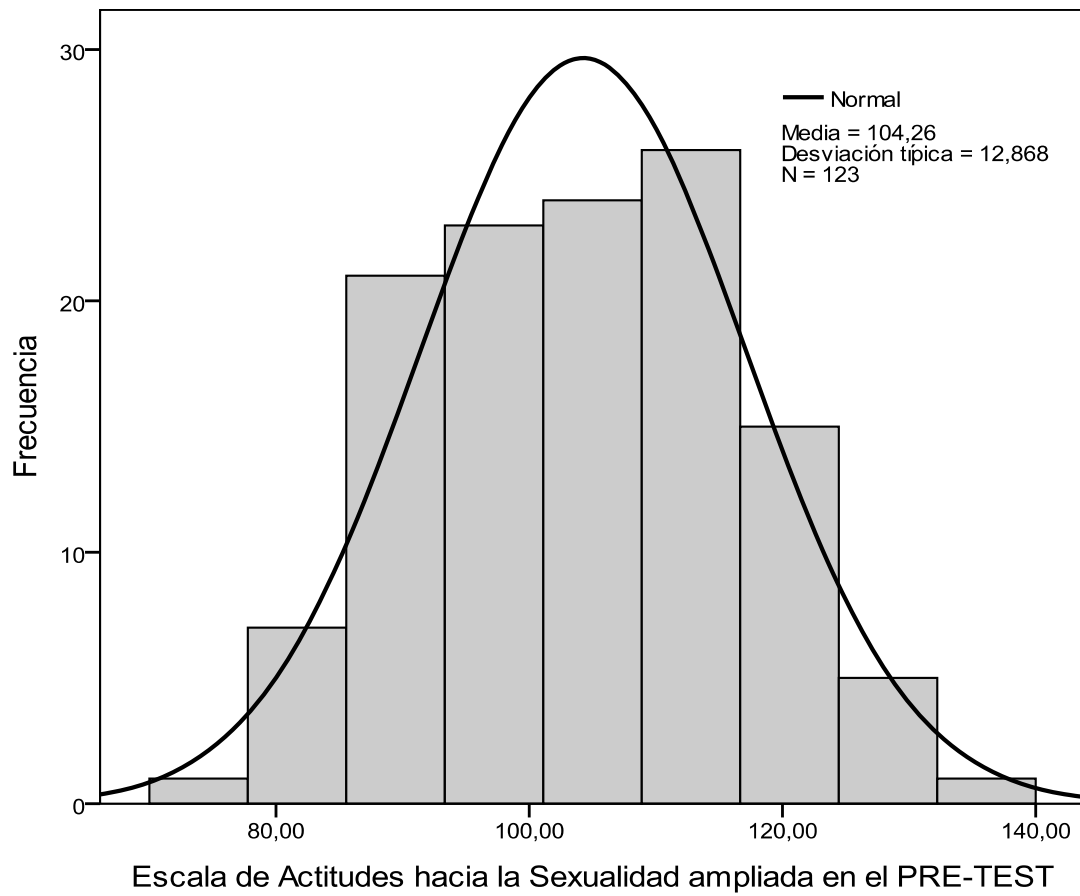


Gráfico 6.16. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en la ATSS

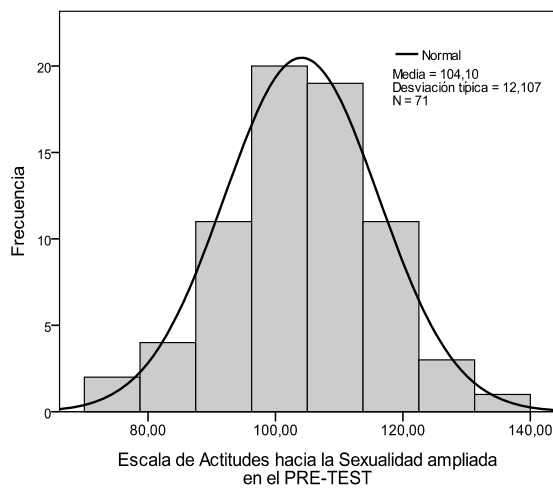
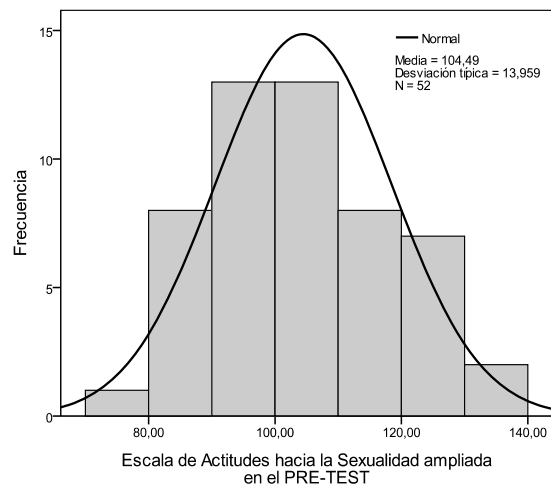


Gráfico 6.17. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en la ATSS



Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental oscilan entre 74 y 134; siendo 104,10 la media (DT=12,11). Como ocurría con la muestra, en general los adolescentes de este grupo poseen actitudes moderadamente positivas; ya que sus puntuaciones se encuentran entre niveles intermedios y niveles altos de liberalismo en las actitudes hacia la sexualidad.

Como hemos anticipado, la distribución de los resultados de la escala en el grupo experimental se corresponde con la curva normal (Gráfico 6.16). Por ello los valores de asimetría y curtosis son cercanos a 0. No obstante, al igual que en toda la muestra, observamos que las puntuaciones se concentran menos entorno a la media, en este caso 104,10. En el caso de la asimetría, la cola más larga se encuentra en la izquierda; lo que nos está indicando unas actitudes sensiblemente menos positivas que las encontradas para toda la muestra.

En las puntuaciones del grupo control encontramos un rango menor, ya que oscilan entre 78 y 131. La media en este caso es de 104,49 con una desviación típica de 13,96 (Tabla 6.11). Las actitudes hacia la sexualidad en este grupo son similares a las encontradas en toda la muestra, es decir, tímidamente positivas; a caballo entre posiciones semi-conservadoras y posiciones liberales. Por otro lado, en este grupo, la distribución de las puntuaciones en la escala se ajusta a la normalidad (Gráfico 6.17). En este caso, encontramos una curtosis negativa de 0,89, es decir, una menor concentración de los valores respecto a su media (104,49). La asimetría es prácticamente inapreciable, pero su valor (0,14) nos está indicando una tendencia más erotofílica en las actitudes de este grupo.

Tabla 6. 12. Diferencias en función del sexo en los resultados de la 28 ítems-ATSS: Muestra, grupo experimental y grupo control

	Sexo	N	Media	DT	t	gl	Sig. asintót. (bilateral)
TODA LA MUESTRA	VARÓN	55,00	107,99	14,01	2,98	121,00	0,004
	MUJER	68,00	101,25	11,08			
GRUPO EXPERIMENTAL	VARÓN	35,00	104,79	13,56	0,47	69,00	0,638
	MUJER	36,00	103,42	10,65			
GRUPO CONTROL	VARÓN	20,00	113,58	13,29	4,30	50,00	0,000
	MUJER	32,00	98,81	11,21			

De todo lo expuesto en este apartado podemos colegir que entre el grupo experimental y el grupo control no existen diferencias en las actitudes hacia la sexualidad. No obstante, hemos aplicado la prueba T de comparación de medias para muestras independientes (grupo experimental y grupo control) y no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,87$).

El género y los roles asignados a cada sexo pueden incidir en la forma de entender la sexualidad, es decir, en las actitudes hacia ésta. Por ello, hemos analizado la relación existente entre la variable "sexo" y la 28 ítems-ATSS (2001), aplicando la Prueba T para muestras independientes. Como podemos ver en la tabla siguiente, los adolescentes varones poseen actitudes más erotofílicas que sus compañeras, encontrándose para toda la muestra diferencias significativas ($p < 0,01$). En el grupo experimental, las adolescentes poseen también actitudes menos positivas que los varones; sin embargo no aparecen diferencias estadísticamente significativas. En consecuencia, entre los y las adolescentes del grupo control existen diferencias significativas ($p < 0,01$). En resumen, la evaluación inicial de las actitudes hacia la sexualidad revela una situación diferencial entre los chicos y las chicas de la muestra, siendo estas últimas quienes poseen actitudes menos erotofílicas.

6.5. ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA MASTURBACIÓN (NA-MI)

Una de las conductas sexuales más frecuentes en la adolescencia es la masturbación. Pese a ello, como ya hemos visto, en demasiadas ocasiones los adolescentes sienten culpabilidad o ansiedad (Abramson y Mosher, 1975; Avendaño e Íberico, 2009; Ortega *et al.*, 2005; Perla *et al.*, 2008; Sierra *et al.*, 2010;). En consecuencia es inexcusable el estudio de las actitudes hacia esta práctica sexual. Para este cometido utilizamos el *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI)*; Abramson y Mosher, 1975).

La escala presenta una buena consistencia interna. El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,87 para toda la muestra excluyendo a cinco sujetos que no respondían a más de 6 ítems de la escala. Para conocer la distribución de contraste de la escala aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrándonos con una distribución normal con unos valores extremos bastante moderados, siendo el valor absoluto de 0,09 (Tabla 6.13).

**Tabla 6.13. Distribución y resultados en NA-MI:
Muestra, grupo experimental y grupo control.**

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		36,00		43,00		36,00	
Máximo		108,00		96,00		108,00	
Media		76,62	1,19	75,93	1,39	77,54	2,08
Desv. típ.		12,95		11,39		14,82	
Varianza		167,68		129,69		219,68	
Asimetría		-0,58	0,22	-,50	0,29	-0,70	0,33
Curtosis		0,92	0,44	,02	0,58	1,24	0,66
Diferencias más extremas	Absoluta	0,09		0,08		0,11	
	Positiva	0,04		0,04		0,06	
	Negativa	-0,09		-0,08		-0,11	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,94		0,65		0,80	
Sig. asintót.		0,34		0,80		0,54	
N		118,00		67,00		51,00	

Nos encontramos con un rango de 72 en las puntuaciones a la escala, puesto que oscilan entre 36 y 108, es decir, entre la ausencia de actitudes negativas hacia la masturbación y la presencia de este tipo de actitudes. La media tiene un valor de 76,62 con una desviación típica de 12,95.

Respecto a la distribución, como ya hemos indicado, se corresponde con la curva normal (Gráfico 6.18). No obstante, encontramos una curtosis de 0,92; esto implica una mayor concentración de las puntuaciones en torno a la media (76,62) y unas colas más estrechas hasta las puntuaciones máximas y mínimas (108 y 36). En este caso, la mayor parte de la muestra carece de actitudes predominantemente positivas hacia la masturbación. Los datos evidencian una concentración de las puntuaciones en posturas intermedias, es decir, a caballo entre las actitudes erotofóbicas hacia la masturbación y las erotofílicas. Sin embargo, encontramos una ligera asimetría negativa, es decir, una cola izquierda más larga. Esto sugiere la existencia de cierta tendencia hacia a las actitudes positivas, aunque de manera moderada.

Gráfico 6.18. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en el NA-MI del Pre-test

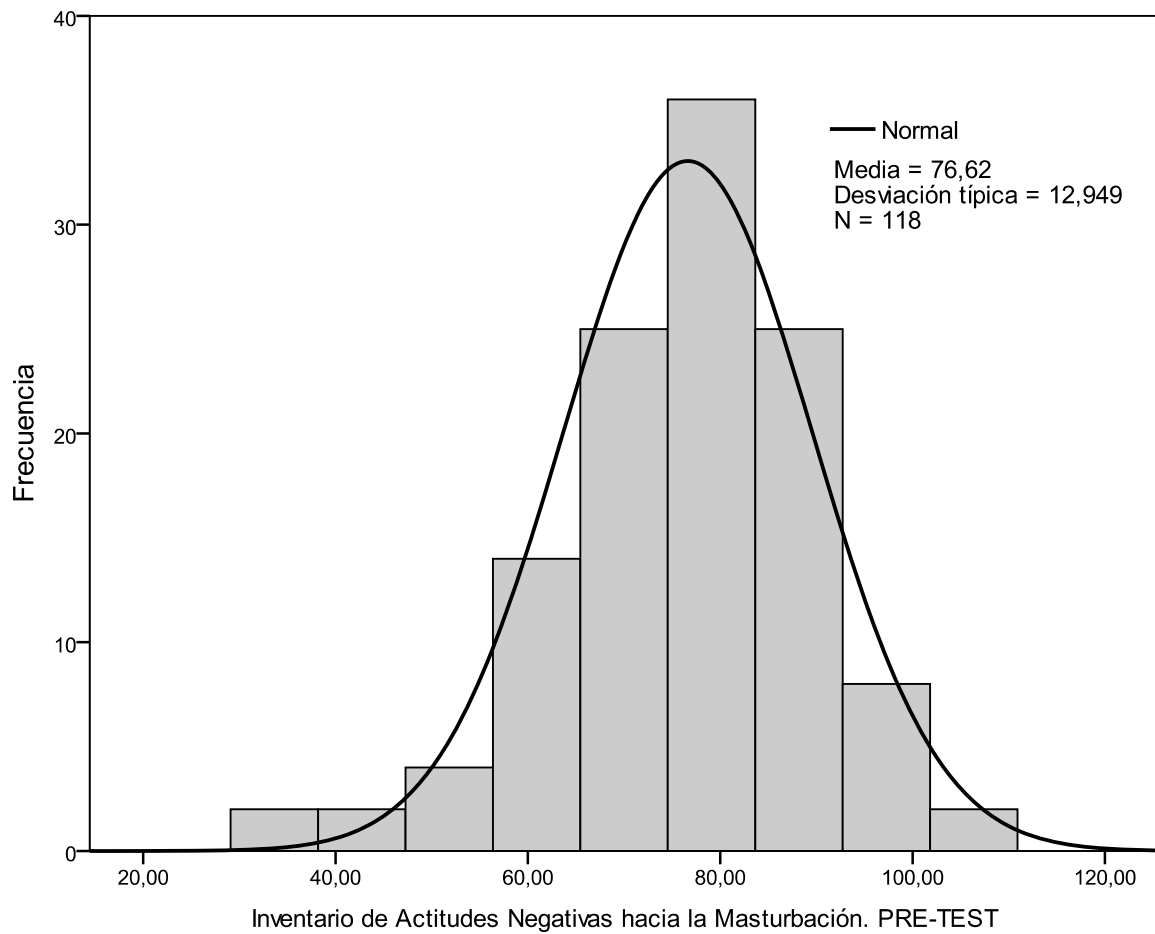


Gráfico 6.19. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el NA-MI

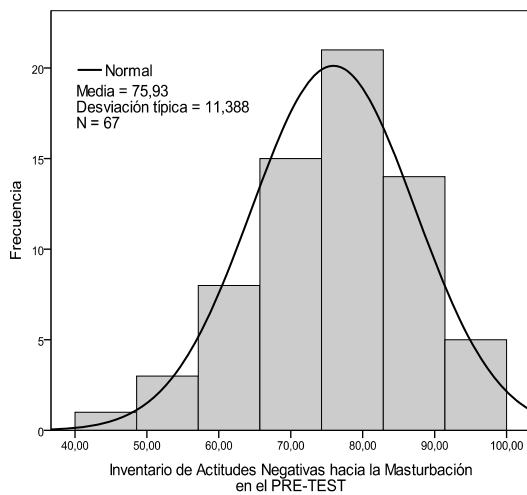
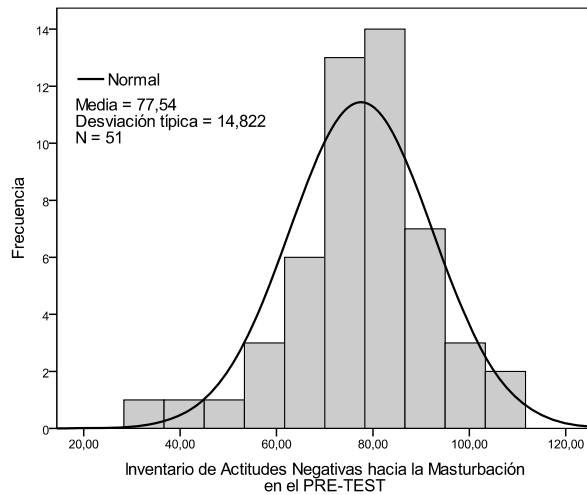


Gráfico 6.20. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en el NA-MI



Hemos analizado también, el *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975)*, considerando de forma independiente a cada uno de los grupos: Experimental y control. En ambos casos la escala presenta un nivel elevado de fiabilidad. En el grupo experimental el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,84. En el grupo control, por su parte, la consistencia interna aumenta, con un valor Alfa de Cronbach de 0,89. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov para cada uno de los grupos encuentra una distribución de contraste normal, como vemos en la Tabla 6.13.

Como hemos anticipado, la distribución de las puntuaciones dadas al *NA-MI* en el grupo experimental se corresponde con la curva normal (Gráfico 6.19). Las puntuaciones obtenidas oscilan entre 43 y 96; por lo que el rango, 53 en este caso, es menor que el encontrado en toda la muestra. La media se sitúa en 75,93 (DT=11,39), ligeramente por debajo a la obtenida de forma conjunta con el grupo control. Observamos en la Tabla 6.13 un valor de curtosis positivo y muy reducido (0,02), que apunta una leve concentración de las puntuaciones en torno a la media. La asimetría, por su parte, es algo mayor y negativa, lo que nos indica una ligera tendencia hacia actitudes positivas a la masturbación.

En el grupo control, los resultados obtenidos son similares. La distribución de las puntuaciones se ajusta también a la normalidad (Gráfico 6.20). En este caso, encontramos una curtosis más amplia con un valor de 1,24; evidenciándose una mayor concentración de las puntuaciones alrededor de la media. Debemos subrayar que la media es 77,54 (DT=14,82) lo que implica una mayor nivel de actitudes negativas hacia la masturbación. Además, el rango y las puntuaciones máximas y mínimas coinciden con los valores encontrados para toda la muestra. Finalmente, la asimetría negativa es más amplia y nos indica nuevamente una tendencia a las actitudes erotofílicas hacia la masturbación.

En resumen, las actitudes hacia la masturbación son moderadas, aunque existe una ligera afinidad con las actitudes positivas. Esta circunstancia aparece tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Por ello, no aparecen diferencias significativas entre ellos al aplicar la Prueba T de comparación de medias para dos muestras independientes ($p = 0,51$).

Una de las cuestiones que hemos subrayado en nuestra exposición teórica es la existencia de una situación diferencial en relación a la masturbación entre los y las adolescentes. Esta circunstancia se evidencia, por ejemplo, en la menor incidencia de esta práctica entre las chicas. De todo esto, se desprende una relación entre la variable "sexo" y las actitudes hacia la masturbación. Por ello,

Tabla 6. 14. Diferencias en función del sexo en los resultados del NA- MI: Muestra, grupo experimental y grupo control

	Sexo	N	Media	DT	t	gl	Sig. asintót. (bilateral)
TODA LA MUESTRA	VARÓN	53,00	69,64	12,90	-6,04	116,00	0,000
	MUJER	65,00	82,32	9,90			
GRUPO EXPERIMENTAL	VARÓN	34,00	71,52	11,98	-3,48	65,00	0,001
	MUJER	33,00	80,47	8,80			
GRUPO CONTROL	VARÓN	20,00	66,28	14,11	-5,13	49,00	0,000
	MUJER	32,00	84,23	10,72			

hemos aplicado nuevamente la prueba T de comparación de medias para dos muestras independientes, en este caso varones y mujeres. En la Tabla 6.14 observamos que las actitudes negativas hacia esta práctica son superiores en las mujeres de la muestra en comparación con sus compañeros varones, apareciendo diferencias significativas ($p < 0,01$). Esta mayor erotofilia de los varones hacia la masturbación aparece tanto en el grupo experimental como en el grupo control. En ambos casos, las adolescentes poseen actitudes significativamente más negativas que sus homólogos varones ($p < 0,01$).

6.6. ADHESIÓN AL DOBLE ESTÁNDAR SEXUAL (DSS)

Hemos incidido, en la explosión teórica, en la importancia de la promoción de relaciones interpersonales saludables, basadas en la igualdad entre varones y mujeres. Las relaciones de pareja de los y las adolescentes pueden verse influenciadas por la existencia en la sociedad de unos patrones sexuales diferenciados en función del sexo; según los cuales unas conductas son apropiadas para los varones pero no para las mujeres, y viceversa. Por ello hemos aplicado la Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993), a fin de medir el grado de adhesión al estándar tradicional de los adolescentes de la muestra.

La escala no presenta una consistencia interna suficiente. El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,58 para toda la muestra excluyendo a cinco sujetos que no respondían a más de 6 ítems de la escala. En el grupo experimental encontramos un Alfa de Cronbach de 0,55. La fiabilidad en el grupo control se incrementa al 0,60. En la Tabla 6.15 podemos observar que la fiabilidad de la escala no aumenta de forma considerable eliminando algún ítem. Por ello, hemos desechado esta medición de nuestro estudio. Consideramos que los enunciados de los diez ítems han sido interpretados de forma diferente por los distintos adolescentes. Además, algunos de éstos anotaron en sus cuestionarios observaciones que mostraban cierta contradicción y disconformidad con los enunciados. Por ejemplo, una adolescente (sujeto 10 de la investigación) indica en los márgenes del cuestionario “*que machista se nota que lo ha hecho un tío*”.

Tabla 6.15. Fiabilidad para toda la muestra de la DSS eliminando elementos.

ÍTEM DE LA DSS	MEDIA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORRIGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
<i>Se espera que una chica tenga menos experiencia sexual que su pareja.</i>	24,61	19,29	0,46	0,50
<i>Una chica que tiene relaciones sexuales con muchos chicos tiene menos probabilidades de que se la tome en serio.</i>	23,35	21,96	0,18	0,58
<i>Una chica nunca debería parecer que tiene ganas de tener una relación sexual.</i>	24,70	20,32	0,46	0,51
<i>Es importante que el chico tenga experiencia sexual para que enseñe a la chica.</i>	24,18	20,17	0,39	0,52
<i>Una "buena" chica debería poner límites a los chicos.</i>	23,45	22,03	0,16	0,58
<i>Es importante para un chico tener muchas relaciones sexuales para tener experiencia.</i>	24,12	21,84	0,23	0,56
<i>En las relaciones sexuales los chicos deberían adoptar el rol dominante y las chicas deberían asumir el rol pasivo.</i>	24,54	21,10	0,32	0,54
<i>Es aceptable para una chica que lleve condones.</i>	24,68	22,81	0,14	0,58
<i>Es peor para una chica acostarse con cualquiera que para un chico.</i>	23,79	20,23	0,33	0,53
<i>Está bien para un chico iniciar la relación sexual.</i>	23,42	24,65	-0,03	0,61

6.7. MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS

Una cuestión capital en la evaluación del programa es determinar que medidas para evitar embarazos conocen los adolescentes. Es fundamental precisar que aportan los programas educativos en este sentido. El alumnado al término del programa no sólo deberá enumerar más medidas, sino que les otorgará un grado de eficacia más ajustado. Por ello, hemos medido en la evaluación previa este aspecto, como podemos observar en la Tabla 6.16.

Entre todas las aportaciones de los adolescentes de la muestra se reúnen 29 medidas para evitar embarazos, alguna de ellas de dudosa eficacia, como por ejemplo “*tener cuidado*”. No obstante, todas y cada una de ellas resultan interesantes de modo ilustrativo. Además, reflejan algunos mitos (por ejemplo, la medida 16 “*estar seguro/a antes de mantener relaciones sexuales*”) y confusión, véase las medidas 22 y 23 (“*Mantener relaciones sexuales durante la regla*” y “*No mantener relaciones sexuales durante la regla*”). En cualquier caso, éstas son medidas expresadas por una minoría de la muestra. Por ello, de ahora en adelante, vamos a trabajar sobre aquellas que son señaladas por más del 10% de la muestra.

El 95,12% de los adolescentes de la muestra mencionan el preservativo como medida anticonceptiva. Sin embargo, 9 de estos jóvenes no indican el grado de eficacia la misma; es decir, no la puntúan de cero a diez (Tabla 6.17). En cualquier caso, el rango encontrado en las valoraciones dadas por la muestra es amplio; ya que oscilan entre 5 y 10. La media en este caso es de 8,47 (DT=1,17). La segunda medida más propuesta por el alumnado es la píldora anticonceptiva. Un 9,57% (n=9) de los adolescentes que la propusieron se abstuvieron de realizar valoraciones en cuanto a su eficacia. La media otorgada a la garantía y seguridad de esta medida es de 7,60 (DT=1,73). El rango de eficacia encontrado es muy amplio (8); puesto que las puntuaciones oscilan entre 2 y 10. Esto puede deberse a un desconocimiento del fundamento hormonal que rige su funcionamiento. El 26,83% de la muestra indica el diafragma como medida para evitar embarazos. De ellos, 29 valoran la eficacia del mismo. La media es 6,79 con una desviación típica de 1,86. Nuevamente aparece un rango cuantioso en las valoraciones, siendo el mínimo 3 y el máximo 10. La vasectomía es una medida propuesta por menos del 20% de los adolescentes estudiados. En este caso, el rango es ligeramente inferior, oscilando las valoraciones entre 5 y 10. La media es 9,32 con una desviación típica de 1,25. La quinta medida más enunciada por la muestra es la “*marcha atrás*” o “*coitus interruptus*”. El 19,51% de los adolescentes contemplan el coito interrumpido como medida anticonceptiva. No

obstante, la media en la eficacia otorgada es 3,23 (DT=2,43) y las valoraciones oscilan entre 0 y 8. La anticoncepción de emergencia es propuesta por el 17,07% de los jóvenes estudiados. Tres de los adolescentes que indican como medida la píldora del día después no la valoran con ninguna nota. La media es 8,06 (DT=1,39). Finalmente, el 15,45% de los adolescentes mencionan la abstinencia como medida preventiva. En este caso, los 17 alumnos que valoran su seguridad coinciden en que es la máxima, es decir, indican una eficacia de 10.

Tabla 6.16. Medidas para evitar embarazos propuestas por los adolescentes de la muestra

MEDIDAS PARA EVITAR ENMBARAZOS		Nº DE SUJE- TOS	VALOR RE- LATIVO (%)
1	PRESERVATIVO MASCULINO (CONDÓN)	117,00	95,12
2	PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	94,00	76,42
3	DIAFRAGMA	33,00	26,83
4	VASECTOMÍA	24,00	19,51
5	"MARCHA ATRÁS"	24,00	19,51
6	PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS	21,00	17,07
7	ABSTINENCIA	19,00	15,45
8	LIGADURA DE TROMPAS	10,00	8,13
9	DIU.	7,00	5,69
10	ANILLO VAGINAL.	6,00	4,88
11	"PETTING"	5,00	4,07
12	PARCHE HORMONAL	4,00	3,25
13	ESPERMICIDAS	3,00	2,44
14	PRESERVATIVO FEMENINO	3,00	2,44
15	ANTICONCEPTIVOS	3,00	2,44
16	ESTAR SEGURO/A ANTES DE MANTENER RELACIONES SEXUALES	3,00	2,44
17	MÉTODO OGINO	2,00	1,63
18	ABORTO	2,00	1,63
19	TEMPERATURA BASAL	1,00	0,81
20	MÉTODO BILLINGS	1,00	0,81
21	TENER CUIDADO	1,00	0,81
22	MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA REGLA	1,00	0,81
23	NO MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA RE- GLA	1,00	0,81
24	CAMBIO DE SEXO	1,00	0,81
25	CASTRAR AL VARÓN O A LA MUJER	1,00	0,81
26	NO USAR PÍLDORAS	1,00	0,81
27	NO EYACULAR	1,00	0,81
28	MENOPAUSIA	1,00	0,81
29	HOMOSEXUALIDAD	1,00	0,81
TOTAL		123,00	100,00

Tabla 6.17. Eficacia dada a las medidas para evitar embarazos propuestas por la muestra

	EFICACIA OTORGADA				
	MEDIA	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	N.
PRESERVATIVO MASCULINO (CONDÓN)	8,47	1,17	5,00	10,00	108,00
PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	7,60	1,73	2,00	10,00	85,00
DIAFRAGMA	6,79	1,86	3,00	10,00	29,00
VASECTOMÍA	9,32	1,25	5,00	10,00	22,00
"MARCHA ATRÁS"	3,23	2,43	0,00	8,00	22,00
PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS	8,06	1,39	5,00	10,00	18,00
ABSTINENCIA	10,00	0,00	10,00	10,00	17,00

En resumen, los adolescentes de la muestra enuncian diversas medidas para evitar embarazos. Si embargo, se evidencia una mayor dificultad a la hora de otorgar el grado de eficacia a las mismas. Por ello, algunos no responden a este apartado. Entre los que sí lo hacen, observamos variedad en sus valoraciones; hallándose, en consecuencia, rangos bastante amplios. Los resultados obtenidos en algunas de las medidas resultan especialmente interesantes. La vasectomía, por ejemplo, es un método definitivo que rara vez no funciona; sin embargo la eficacia otorgada por los adolescentes es de 9,32 (DT=1,25). Los métodos hormonales más propuestos son la píldora anticonceptiva y píldora del día después. Pese a ser la primera más eficaz y recomendable, la media de la valoraciones es mayor en la segunda. En este último caso destacamos dos circunstancias. Por una lado, una valoración más acertada en la píldora del día después, ya que su eficacia real es del 85% durante las primeras 72 horas (Sánchez y Lozano, 2001). Y, por otro lado, una infravaloración de la píldora anticonceptiva, posiblemente debida a una tendencia de muchos jóvenes a sobrestimar las virtudes de un método anticonceptivo de urgencia. Con todo, los resultados muestran aspectos positivos; ya que la mayor parte del alumnado indica el preservativo como primera medida para evitar embarazos. Consideramos fundamental este hecho, ya que el condón protege además, de las ITS. No obstante, la eficacia de la medida es mayor a la expresada por la muestra, lo que demuestra nuevamente la existencia de una necesidad educativa.

Otro aspecto relevante en la evaluación inicial de las medidas para evitar embarazos que conocen los adolescentes, es determinar si éstas son enunciadas en proporciones similares por aquellos que pertenecen al grupo experimental y por los que constituyen el grupo control; es decir, examinar si existen diferencias entre ambos grupos. Para ello, al ser una variable dicotómica, hemos realizado tablas de contingencia aplicando el Chi-Cuadrado. No aparecen dife-

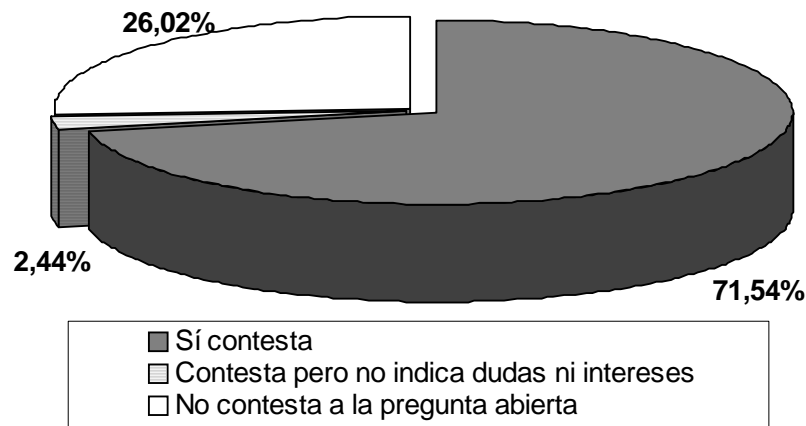
rencias significativas entre los dos grupos en la mayoría de las medidas. Sin embargo, un 35,21% de los alumnos del grupo experimental proponen el diafragma, frente a un escaso 15,38% del grupo control, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El diafragma es más conocido por el grupo experimental. Por todo ello podemos afirmar que, en general, los adolescentes del grupo control y del grupo experimental conocen y enuncian las mismas medidas para evitar embarazos.

6.8. PREGUNTA ABIERTA

Desde una perspectiva psicopedagógica, conocer los intereses y las ideas previas del alumnado se torna fundamental para poder desarrollar cualquier intervención educativa. Por otro lado, existen barreras a la hora de expresar las dudas referidas a la sexualidad, como por ejemplo la vergüenza. El carácter escrito de la pregunta abierta incluida en el cuestionario permite descubrir estas dudas, así como superar o minimizar los posibles obstáculos en la expresión de intereses o interrogantes.

No todos los adolescentes contestaron a este primer apartado del cuestionario (Gráfico 6.21). Un 26,02% de la muestra no escribió nada en la pregunta abierta. Por el contrario, el 71,54% del alumnado (88 sujetos) indicó sus intereses, opiniones y dudas. Encontramos además, tres chicas que a pesar de que sí escribieron en la pregunta abierta, no indicaron ningún aspecto relacionado con la sexualidad. Hemos codificado por lo tanto, las respuestas dadas por 88 adolescentes, de los cuales 45 eran varones (51,14%) y 43 eran mujeres (48,86%). A continuación transcribimos los comentarios escritos por ellos, reproduciendo su lenguaje y expresiones. Incluimos las observaciones que hemos considerando pertinentes. No obstante, en un futuro deberemos, mediante un acuerdo interjueces, agrupar los comentarios escritos por los encuestados según la temática; a fin de realizar un análisis pormenorizado de estas cuestiones. Con todo, presentamos de manera anecdótica las respuestas aportadas por el alumnado. Estos comentarios corroboran algunos de los resultados obtenidos a lo largo del capítulo. Además, resultan útiles para comprender tanto el escenario en que se llevo a cabo el programa, como la propia sexualidad de los adolescentes.

Gráfico 6.21. Índice de respuesta a la pregunta abierta



En las tablas 6.18 y 6.19 aparecen las respuestas dadas por los chicos a la pregunta abierta. Como podemos ver, los adolescentes varones tienen bastante curiosidad por “*la primera vez*”; especialmente los del grupo control. Muchas de las preguntas hacen referencia a la primera relación coital. Los adolescentes están muy interesados en reconocer cuál es el momento más idóneo o la edad más pertinente para tener esta experiencia (Véanse por ejemplo, los comentarios escritos por los sujetos 73 o 6 del grupo experimental, o los sujetos 115 y 136 del grupo control). Muestran preocupación asimismo, por las posibles molestias o dolores que pueda ocasionar el coito a su pareja sexual, como podemos observar en las palabras de los alumnos 1 y 56 del grupo experimental, o su compañero con identificador 134 del grupo control. En consonancia con esto, encontramos preguntas referidas a la respuesta sexual humana, principalmente la femenina. Estas son indicadas, en su mayoría, por los varones del grupo experimental. En cualquier caso, observamos que los chicos quieren saber cómo excitar y dar placer a su pareja sexual (Ej. Sujetos 59 y 32 del grupo experimental). No obstante, también quieren profundizar en su propia respuesta apareciendo preguntas sobre la eyaculación o las poluciones nocturnas por ejemplo (véanse los casos 17, 24 y 72 del grupo experimental y 139 del grupo control). Son frecuentes asimismo, los comentarios sobre la anatomía sexual tanto masculina como femenina, destacando aquellos referidos al pene, su tamaño y otros aspectos como la fimosis (ver sujeto 19 del grupo experimental).

La masturbación es otro de los temas más comunes entre sus preguntas, siendo más interrogada en el grupo control. En general, los adolescentes de-

sean saber si es conveniente y saludable masturbarse, así como las posibles “contraindicaciones” de una práctica reiterada de esta conducta (Ej. Sujetos 106 o 133 del grupo control). La prevención de END e ITS así como, las medidas anticonceptivas y el preservativo son también temas repetidos en las respuestas de la muestra. No obstante, la mayor parte de las preguntas sobre estos aspectos las formulan los chicos del grupo experimental, como podemos ver en los comentarios escritos por los sujetos 9 o 62 de este grupo.

Como podemos ver en las tablas aparecen otras temáticas de forma repetida. Existe bastante curiosidad por las distintas prácticas sexuales, tanto convencionales, sexo oral o “*petting*”; como no convencionales sexo anal, sadomasoquismo, etc. Además, se evidencia una visión sesgada de la sexualidad; ya que aparecen preguntas sobre posturas, pornografía, juegos y juguetes sexuales.

En resumen, los adolescentes varones estudiados se muestran interesados por aspectos activos de la sexualidad: respuesta sexual humana, prácticas sexuales (coito y masturbación principalmente), anatomía sexual y zonas erógenas, y prevención de embarazos e ITS.

En las tablas 6.20 y 6.21 se reproducen los comentarios y preguntas que realizaron en este apartado del cuestionario las chicas de la muestra. Son tres los aspectos sobre los que más interrogan las adolescentes: la *primera vez*, el embarazo y los métodos para evitarlo. Aparecen numerosas preguntas relacionadas con la primera experiencia coital. A diferencia de los varones, las adolescentes muestran preocupación por los posibles dolores y sangrado (Véanse las aportaciones de las chicas 8 y 76 del grupo experimental, y sus compañeras 117 y 130 del grupo control).

La mayor parte de las chicas plantean alguna pregunta relacionada con el embarazo, las circunstancias en las que se produce o la forma de evitarlo. Son representativas, por ejemplo, las palabras de las chicas 53 y 15 del grupo experimental. Las adolescentes quieren conocer las circunstancias en las que se produce el embarazo y descartar los riesgos de determinadas prácticas, como el “*petting*” (véanse los comentarios de las participantes 46 del grupo experimental o 94 del grupo control). En consonancia con esto, son frecuentes tanto las preguntas en torno a la eficacia del preservativo y la píldora, como aquellas otras que reclaman información sobre otros métodos anticonceptivos (Ej. Casos 11 y 13 del grupo experimental o 125 del grupo control). No sólo la anticoncepción preocupa a las adolescentes; ya que aparecen preguntas sobre las ITS y su

prevención, siendo más comunes en el grupo control (ver caso 42 del grupo experimental y 131 del grupo control).

Las distintas prácticas sexuales son también una cuestión de interés entre las jóvenes de estas edades, aunque en menor medida que entre los varones. Encontramos algunas preguntas sobre el coito (Ej. Caso 76 del grupo experimental), la masturbación (ver casos 44 y 128, grupos experimental y control respectivamente), el “*petting*” (Ej. Participante 47 del grupo experimental), el sexo oral (Ej. Caso 42 del grupo experimental y 127 grupo control), el sexo anal (Ej. El caso 15 del grupo experimental) e incluso parafilias (véanse casos 8 y 30 del grupo experimental).

Son pocas las preguntas relacionadas con la respuesta sexual humana. Algunas de ellas están relacionadas con la fase de excitación y los preliminares. No obstante, resultan llamativas las preguntas referidas al orgasmo puesto que abordan dos cuestiones relevantes. Por un lado, interrogan acerca de lo que se siente con el orgasmo; lo que evidencia que aún no lo han experimentado (Ver el caso 2 del grupo experimental). Y por otro, algunas chicas preguntan como fingir el orgasmo (Ej., Participante 76 del grupo experimental). de la misma manera, encontramos pocas preguntas sobre la anatomía sexual de ambos sexos.

En resumen las adolescentes no se muestran interesadas por aspectos activos de la sexualidad. En contraposición a sus coetáneos varones, sus preguntas están orientadas a los aspectos preventivos y/o peligrosos de la sexualidad: embarazo, dolor en las relaciones coitales e ITS.

Tabla 6.18. Respuestas dadas a la pregunta abierta por los varones del grupo experimental.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
NINGUNO	18	13	Si tal como las mujeres pierden la fertilidad a una edad avanzada ¿Los hombres tambien la pierden, es decir pierden el poder de eyacular? ¿La práctica del sexo anal, puede provocar el embarazo? ¿Siente la mujer dolor en su primera relación sexual? ¿Por qué? La masturbación muchas veces al día, ¿puede provocar impotencia? Si se utiliza el preservatido ¿se necesitan más medidas o ya se previene?
	26	14	Me gustaría poder manejar más vocabulario, y conocer más conceptos y acciones relacionadas con la sexualidad para no ser tan autosuficiente y estar más seguro en este tema. Prefiría poder comprender e indagar en su estudio, y en el tipo de formación que nos produce. Me gustaría saber más sobre lo que parece obvio y aprender lo que todavía desconocemos.
	28	14	Me gustaría aumentar mis conocimientos sobre la sexualidad.
	48	14	Posturas Camasutra. Punto G
	49	14	Posturas Kamasutra. Posición punto G
	73	14	¿Como sabes que ha llegado el momento? ¿por que es tan importante la protección si quieres tener descendencia? ¿cuando parar o retroceder?
BESOS Y CARICIAS	1	14	¿Se sufre algún riesgo practicando sexo oral? ¿Cómo hay que tratar a la chica la primera vez y cómo hacerlo bien (vamos sin que pase nada malo)? ¿Cuál es el sitio ideal para guardar los preservativos? ¿Las duele mucho a las chicas?
	3	15	¿Como se hace una felación femenina? ¿Si estas embarazada puedes mantener relaciones sexuales ¿El sexo oral es mejor y da más placer con goma? ¿Como se tiene sexo entre mujeres? ¿y hombres? ¿Cual es lo mas rapido para calentar a una chica o chico?
	5	14	¿Qué es más seguro los preservativos o la píldora?
	6	14	¿La primera vez duele? ¿Que metodos son los más eficaces para la protección? ¿Cuales son las edades más frecuentes para la primera vez?
	9	14	¿Cuál es el porcentaje de riesgo de que una chica se quede embarazada si no usa condón? ¿Por qué son tan caros? Pienso que, ya que la sociedad se queja tanto de que los jóvenes no usamos condón, podrían regalarlos, porque 10€ es mucho.
	14	14	Métodos para tener relaciones sexuales sin usar preservativo. Cuantas relaciones (sexuales) puede tener una persona en una noche.
	16	14	Me interesa conocer cosas sobre la mujer y sobre el hombre. Pero sobre todo sobre la mujer. Lo mas placentero para cada uno. Cosas sobre el sexo oral. Como alcanzar el punto G femenino. Querría ver distintos juguetitos eróticos para hombres y mujeres. Todo sobre la fimosis.
	17	14	Me gustaría aprender sobre Educacion Sexual: Íntegramente el cuerpo de la mujer. Conocer detenidamente algún vocabulario especial: como el punto G o la libido. Descubrir más cosas sobre mi cuerpo P.D.: Soy un tio. Lo más placentero para cada sexo. Curiosidades sobre el sexo oral. Que se nos muestren distintos objetos necesarios en la práctica. Algunos trucos conocidos. Que es la fimosis.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
BESOS Y CARICIAS	19	14	¿Masturbarse, es bueno o malo? ¿Hasta que edad crece el pene? Si chupas el coño, ¿te pueden entrar infecciones? ¿Se puede usar la viagra a nuestra edad? ¿Cuántas veces a la semana es bueno eyacular? ¿Si tienes fimosis (te han operado) tienes hijos? ¿Te da el mismo gusto si tienes (has tenido) fimosis? ¿Si la tienes pequeña puedes tener hijos?
	20	14	Durante los tres años que llevo en el instituto hemos tenido dos o tres clases de sexología. A lo largo de estas clases nos han explicado y nos hemos enterado muy bien de este tema. ¿La primera vez duele? ¿Como puede durar más el orgasmo? Vocabulario más tecnico ¿Que es la fimosis?
	22	14	¿La primera vez duele? ¿El condón es siempre eficaz? ¿es peligroso el sexo oral?
	39	14	Existe el punto G?
	43	14	Como seducir a las chicas y dejar de ser tímido
	59	16	A una mujer ¿que es lo que normalmente más le gusta que le hagan en la cama? ¿Cuál es la mejor forma de empezar con una tia antes del sexo? ¿Influye mucho el tamaño y el grosor del pene? Si es así, ¿cuáles son las medidas normales?
	62	15	Me gustaría saber sobre todo lo que nos puede perjudicar de la sexualidad y lo que podemos hacer para evitarlo y disfrutar más de ello y aprender sobre todas las protecciones para evitar malas experiencias.
77	14	Como funcionan los métodos de prevención, problemas posibles que estos originan o pueden originar. Posibles enfermedades de transmisión sexual.	
"PETTING"	4	15	¿El sadomasokismo se considera una forma de acer el amor? ¿Si te corres en la boca te pueden entrar infecciones? ¿Si te depilas el coño, es más posible que se rompa el condon? ¿Qué es lo más rapido para calentar a una chica? ¿A qué sabe el semen? Como se tiene sexo entre dos mujeres ¿Y entre hombres? ¿Qué hay que estudiar para ser actor porno? ¿Cuánto te tiene que medir para ser actor porno
	24	14	¿Es bueno masturbarse? ¿Hasta que edad crece el pene? ¿Que es la marcha atrás? ¿Es buena la viagra? ¿Cada cuanto tiempo es bueno eyacular? ¿Influye la fimosis en la vida sexual?
	32	15	Donde esta el punto G? el Y? el K? Es efectiva la marcha atras? Las tias no se corren sin preliminares? Como hacer q a una tia le guste?
	54	14	Me gustaria tener aspectos de todo. Me interesaria saber todas las posturas del kamasutra
	56	14	¿Por que las chicas sangran la 1ª vez? Alguna postura chula ¿Por qué a los hombres no se les desarrollan las bufas?
	72	15	Porqué ocurren las eyaculaciones involuntarias por la noche, ¿Dónde esta el punto G de la mujer? ¿y el del hombre? ¿Porque lubrican las mujeres? ¿Qué las pone cachondas a las mujeres?
COITO CON UNA ÚNICA PAREJA	71	16	Ha mi me gustaría informarme sobre todo tipo de cosas relacionadas con la sexualidad todo tipo de formas para dar placer a la chica y todo tipo de juegos eroticos. Todas las formas y posturas para realizar el acto sexual.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 6.19. Respuestas dadas a la pregunta abierta por los varones del grupo control.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
I	115	14	¿Qué es lo que se siente al hacer el amor? ¿Qué edad es la adecuada para hacer el amor? ¿Es buena la masturbación? ¿Qué es una orgía? ¿Es bueno follar? ¿Es necesario usar condón?
	135	14	¿Hacer el coito es saludable? Me interesa el coito La dudas es que es el punto G
NINGUNO	93	14	¿Se puede tener sexo sin penetración? ¿Los ancianos tienen sexo?
	106	14	Si te masturbas te quedas ciego?
	120	14	Media de edad que tienen las personas cuando tienen relaciones sexuales. Diferencia de edad entre los hombres y las mujeres.
	126	14	Cuántas veces hay que correrse dentro del coño para dejarla embarazada.
	136	13	En general, solo me interesaría saber: ¿Cuál es la edad idónea para empezar las relaciones sexuales, o el modo seguro de practicarlas?
	139	13	¿Quiénes tienen orgasmos? ¿Qué pasa cuando se produce una erección? ¿Porqué les duelen tanto los golpes a los chicos en la "zona"?
	141	14	¿Es verdad que las eyaculaciones (mamadas) mejoran la salud? ¿Cómo se hace una cubana? ¿Se te puede acabar el semen masturbándote? ¿Las películas porno son legales?
BESOS Y CARICIAS	113	14	¿Si te masturbas te quedas ciego?
	119	13	¿Cuál es la edad idonía para mantener relaciones?
	121	14	¿Cuál es la edad idonía para mantener relaciones sexuales?
	122	14	Me gustaría recibir más información sobre todo lo relacionado al sexo. Como por ejemplo, ¿cual es la edad media en la que se suele empezar a practicar el sexo?; ¿Como se hace?
	124	14	¿Donde esta "el punto G"? ¿Cuál es la edad media para perder la virginidad? ¿Es bueno masturbarse a diario?
	134	13	La primera vez ¿Hay qué tener cuidado para que a la chica no le duela? ¿Donde está el punto G? ¿Es buena la masturbación diaria? ¿Cuánto dura un orgasmo? ¿Cuál es la edad media de pérdida de la virginidad?
COITO CON UNA ÚNICA PAREJA	133	13	¿Como es la penetración del hombre a la mujer? Masturbación de hombre y mujer. ¿Es necesario masturbarse todos los días?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 6.20. Respuestas dadas a la pregunta abierta por las mujeres del grupo experimental.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
I	53	13	Si una chica y un chico estan en una piscina y al chico le sale un espermatozoide y la chica está en el mismo agua. ¿Puede quedarse embarazada? ¿Duele al hacerlo la primera vez?
NINGUNO	79	16	Me gustaria saber para que sirven los preliminares y que se suele hacer. Porque la primera vez, para las chicas, suele doler. Para que sirve usar diferentes posturas? Cuales son? Cuantos metodos efectivos, aparte del preservativo y la pildora, anticonceptivos hay? Que es el liquido blanco que sale aveces de la vagina?
BESOS Y CARICIAS	8	.	¿La primera vez duele? ¿Qué es más eficaz la pildora o el preservativo? ¿Cuál es la edad media para perder la virginidad? ¿Qué puedes hacer si te quedas embarazada? ¿Y si te violan? ¿Qué es un orgasmo?
	11	14	¿Cuáles son los metodos anticonceptivos más comunes? ¿El primer contacto sexual es doloroso?
	12	14	Para las chicas: ¿la primera vez duele? Si te quedas embarazada, ¿qué puedes hacer? ¿Qué es más eficaz, la pildora o el condón? ¿Cuál es la edad media para perder la virginidad? ¿Es peligroso el sexo oral?
	13	14	Es mejor la píldora o el preservativo? Como conseguir píldoras Qué hacer si te quedas embarazada
	15	14	¿La primera vez duele? ¿La chica sangra? ¿En el sexo oral o anal se necesita preservativo? ¿El día anterior y el posterior a la regla te puedes quedar embarazada? ¿Qué es mejor la píldora o el preservativo? ¿Existe alguna postura para no quedarse embarazada? ¿Se te puede quedar el condón dentro?
	21	14	Me gustaria saber si es verdad que la primera vez duele. Y si en el sexo oral se necesita protección. Si hay algun periodo de tiempo en el que no te puedes quedar embarazada.
	23	14	¿Qué riesgo hay de quedarse embarazada usando preservativo? ¿No hay ayudas para adquirir protección?
	25	15	¿Por qué cuando te introducen el pene en la vagina se sangra? ¿Cómo se hace el sexo oral?
	27	14	¿La 1ª vez duele? ¿sangras? ¿En el sexo oral o anal se necesita condón? ¿El día anterior y el posterior a la regla te puedes quedar embarazada? ¿Qué es mejor la píldora o el condón? ¿Existe alguna posición en la que no te quedas embarazada? ¿Se te puede quedar el condón dentro?
	37	14	¿Se puede realizar el sexo teniendo el periodo? ¿Te puedes quedar embarazada si tomas la píldora?
	42	13	¿A que edad media se pierde la virginidad? ¿Es malo tragarse el semen (lefa) del chico cuando se practica sexo oral? ¿Cuántas formas hay de contrarar una venerea? ¿A qué sabe la lefa?
44	14	¿Cuales son las medidas medias del pene? ¿Que es el sexo oral y como se practica? ¿Es malo masturbarse? ¿El orgasmo si se finge pasa algo? ¿Pasa algo si el chico chupa la vagina a la chica? ¿Cuantos kakis puedes hechar al día? ¿Que es mejor el anillo vaginal o los condones de sabores?	
45	14	¿Duele la primera vez? ¿Cómo...?	

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
BESOS Y CARICIAS	57	14	¿Como se produce un orgasmo? ¿Duele al hacerlo la primera vez? ¿Los condones de sabores tienen algún adictivo?
	63	15	A mi me gustaría recibir información de todo un poco, porque es mejor conocerlo todo un poco mejor que solo algunas cosas de las que tengas dudas
	66	14	¿A que años es más normal y natural perder la virginidad? ¿Puede perjudicar hacerlo muy pronto? ¿Es bueno mantener relaciones sexuales? ¿Es malo mantener relaciones sexuales? ¿Es malo ser virgen?
	69	14	Los efectos secundarios de la píldora, Si tienes la regla puedes hacer el amor o ocurre algo.
	70	14	Si tienes la regla puedes hacerlo?
	76	16	1. ¿Por qué la primera vez de hacerlo duele? 2. ¿Por qué se suele sangrar? 3. ¿La primera vez que lo haces te puedes quedar embarazada? 4. ¿Cuándo pares (dar a luz) duele? 5. ¿Qué es el morbo? 6. ¿Qué es el coito? 7. ¿Cuándo duele más con polla grande o pequeña? 8. ¿Qué es la marcha atrás? 9. ¿Por un beso te puede entrar el SIDA? 10. ¿Es fácil fingir un orgasmo?
"PETTING"	10	14	¿Cuáles son los metodos anticonceptivos más comodoss y seguros? ¿Si tomas la pildora se te regulan las reglas? ¿Si se nos rompe un condón qué hacemos?
	29	14	¿cómo se hace?
	30	15	¿Si lo haces al revés (boca abajo) te quedas embarazada? ¿El sexo oral se hace con gomita o sin gomita? ¿Se considera que el sadomasoquismo es una forma de realizar sexo? ¿Por qué el punto "G" de los chicos esta en el ano?
	33	14	¿Se puede contraer el SIDA con el sexo oral? ¿Es perjudicial la masturbación? ¿Es peligroso realizar el acto sexual a los 14 años aunque se use preservativo? ¿Se puede realizar el acto sexual en la ducha, piscina, playa, etc?
	46	13	¿Por qué no se puede realizarel acto sexual con preservativos de sabores? ¿Te puedes quedar embarazada haciendo petting? ¿Te puedes quedar embarazada sin usar condón pero tomando la píldora? ¿Es malo follar en sitios que no sea una cama?
	47	14	¿Se puede quedar embarazada despues de hacer petting? ¿Es malo que te toquen tus partes? ¿Es malo hacer el amor con 14 años aunque se use preservativo?
RELACIONES COITALES CON VARIAS PAREJAS	2	16	¿Qué es un orgasmo? ¿Por qué suelen las mujeres sangrar la 1ª vez? ¿Por qué la gente siente la necesidad de realizar el acto sexual?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 6.21. Respuestas dadas a la pregunta abierta por las mujeres del grupo control.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	DUDAS Y COMENTARIOS*
-	127	14	¿Qué es el sexo oral? En el sexo oral te puedes quedar enparazada?
NINGUNO	108	14	Si dos personas lo hacen, y el chico es portador del SIDA, y la mujer se queda embarazada ¿el hijo también nacera con el virus?
	117	13	¿Duele mucho la 1ª vez? ¿Se puede hacer algo para que no te duela?
	118	14	¿Qué es el sexo oral? ¿Qué edad es la adecuada para mantener una relación sexual? ¿Pueden las mujeres utilizar preservativos?
	131	14	Las precauciones para no tener enfremdades sexuales, que creo que tiene que haber más información sobre ese tema.
	137	14	Intereses: métodos anticonceptivos; ¿qué es el punto G?, explicar lo de la eyaculación precoz, hasta donde llega el petting.
	140	14	Me gustaria recibir más información sobre las precauciones a la hora de hacer e amor y no quedar embarazada. Y en caso de un embarazo no deseado a que o quien recurrir.
BESOS Y CARICIAS	94	14	Te puedes quedar embarazada aunque el pene no se meta dentro de ti?
	125	15	¿Se puede quedar una chica embarazada teniendo la regla? Una vez utilizado el preservativo ¿puede volverse a utilizar? ¿o ya no es fiable?
	128	14	Que si al hacerlo, el chico tiene que estar masturbado o no hace falta que este. ¿Es bueno hacerlo varias veces o no es bueno? ¿A qué edad es caonsejable tener las primeras relaciones sexuales?
	132	14	Dudas sobre la reproducción.
PETTING	116	14	El sexo oral si se hace sin condon se pueden contraer enfermedades benerias.
	130	14	¿A qué saben los condones de colores? ¿Duele mucho? ¿Se puede hacer el amor con la regla?
COITO CON UNA ÚNICA PAREJA	98	15	La marcha atras es fiable?
COITO CON VARIAS PAREJAS	91	17	Enfermedades de transmisión sexual. Síntomas.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Capítulo 7. EVALUACIÓN FINAL, COMPARACIÓN Y RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo presentamos los resultados obtenidos en la evaluación final del programa, es decir, detallamos el análisis de los datos extraídos del post-test y del cuestionario de satisfacción con el programa. En primer lugar, comparamos la evolución, en el grupo experimental y en el grupo control, de los distintos aspectos que son medidos con el instrumento de evaluación: pre-test/post-test. En segundo lugar, incluimos los resultados de la evaluación del diseño y desarrollo del programa, efectuada mediante el cuestionario de satisfacción por el alumnado del grupo experimental.

7.1. FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

7.1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Una de nuestras hipótesis de investigación, enunciadas en el capítulo 4, hacía referencia al uso de fuentes de información (sobre sexo) apropiadas y veraces como pueden ser padres, madres, profesores, sanitarios o libros científicos. Según esta hipótesis los adolescentes del grupo experimental, tras la aplicación del programa utilizarán más que sus compañeros este tipo de fuentes.

Tabla 7.1. Frecuencia con la que utilizan las distintas fuentes de información sobre sexualidad (valores relativos). POST-TEST

<i>Fuente de información sobre sexualidad</i>	Nunca o Pocas veces	Algunas veces	Siempre o Bastantes veces
PADRE	75,21%	19,01%	5,79%
MADRE	54,10%	31,97%	13,93%
HERMANOS/AS	82,46%	8,77%	8,77%
AMIGOS	21,01%	32,77%	46,22%
PROFESORES	74,58%	16,10%	9,32%
ORIENTADOR	88,89%	6,84%	4,27%
MÉDICOS O PERSONAL SANITARIO	56,20%	28,93%	14,88%
TV	38,84%	29,75%	31,40%
REVISTAS	40,50%	30,58%	28,93%
INTERNET	51,26%	17,65%	31,09%
FUENTES CIENTÍFICAS	67,50%	21,67%	10,83%

** Tabla elaborada a partir de porcentajes válidos*

A nivel global el análisis descriptivo muestra una situación similar a la encontrada para toda la muestra en el pre-test (Tabla 7.1). Las fuentes de información más consultadas siguen siendo los amigos y los medios de comunicación de masas. Un 14,29% de los encuestados declara recibir siempre la información de sus amigos y un 31,93% dice recibirla de sus amigos con bastante frecuencia. En este caso, la televisión es la segunda vía de información. El 31,40% de los adolescentes declara usarla siempre o casi siempre. Un 31,09% de los adolescentes consultan con bastante frecuencia la red (puntuaciones 4 o 5). Sin embargo, el 51,26% no la emplean o lo hacen en raras ocasiones. Nuevamente, la cuarta fuente más consultada son las revistas. Un 28,33% de adolescentes las leen con una frecuencia elevada (siempre o bastantes veces); aunque un 55,93% manifiesta la situación inversa.

Apreciamos en la Tabla 7.1 un ligero incremento en la utilización de la mayoría de las fuentes de información fiables y/o aconsejables. Los adolescentes hablan más de sexo con sus madres, sus profesores e incluso el orientador del centro. Se informan en mayor medida mediante médicos y personal sanitario, e incluso consultan otras fuentes de carácter científico como los libros.

Tabla 7.2. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para la consulta de información a ALGÚN PROFESOR/A en el *post-test* en relación al *pre-test*

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GRUPO EXPERIMENTAL	Rangos negativos	11 ^a	15,82	174,00	-2,79 ^d	0,005
	Rangos positivos	26 ^b	20,35	529,00		
	Empates	25 ^c				
	Total	62				
GRUPO CONTROL	Rangos negativos	9 ^a	13,39	120,50	-1,25 ^d	0,211
	Rangos positivos	16 ^b	12,78	204,50		
	Empates	22 ^c				
	Total	47				

a. Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *post-test* < Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *pre-test*.

b. Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *post-test* > Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *pre-test*.

c. Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *post-test* = Frecuencia con la que se consulta algún profesor en el *pre-test*.

d. Basado en los rangos negativos.

Aplicamos, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon en cada una de las fuentes de información, para descubrir las posibles diferencias existentes entre el *pre-test* y el *post-test*. Utilizamos estadística no paramétrica, porque la prueba de Kolmogorov-Smirnov detecta en cada una de las fuentes de información diferencias significativas con la distribución de contraste normal ($p < 0,01$).

El análisis mostró diferencias significativas entre el *pre-test* y el *post-test*, en tres de las fuentes de información consideradas por nosotros como adecuadas y veraces: profesores, orientador/a y médicos u otro personal sanitario.

Los adolescentes del grupo experimental hablan de sexo con algún profesor con mayor frecuencia en el *post-test* que en el *pre-test*; apareciendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Sin embargo, entre los chicos y chicas del grupo control no existen diferencias entre el *pre-test* y el *post-test* en la frecuencia con la que consultan la información sobre sexo a algún profesor (Tabla 7.2).

Observamos en la Tabla 7.3. que el alumnado del grupo experimental declara informarse a través del orientador del centro con más frecuencia en el *post-test* que en el *pre-test*; encontrándose diferencias significativas entre am-

bas mediciones ($p < 0,05$). Por el contrario, en el grupo control, no aparecen diferencias significativas entre el pre-test y el post-test en la frecuencia con la que se consultan al orientador temas relacionados con la sexualidad.

Tabla 7.3. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para la consulta de información al ORIENTADOR en el *post-test* en relación al *pre-test*

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GRUPO EXPERIMENTAL	Rangos negativos	6 ^a	7,00	42,00	-1,98 ^d	0,047
	Rangos positivos	12 ^b	10,75	129,00		
	Empates	42 ^c				
	Total	60				
GRUPO CONTROL	Rangos negativos	7 ^a	6,00	42,00	-0,70 ^d	0,485
	Rangos positivos	7 ^b	9,75	63,00		
	Empates	34 ^c				
	Total	48				

a. Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *post-test* < Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *pre-test*.

b. Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *post-test* > Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *pre-test*.

c. Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *post-test* = Frecuencia con la que se consulta al orientador en el *pre-test*.

d. Basado en los rangos negativos.

Tabla 7.4. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para la consulta de información a MÉDICOS U OTRO PERSONAL SANITARIO en el *post-test* en relación al *pre-test*

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GRUPO EXPERIMENTAL	Rangos negativos	13 ^a	15,96	207,50	-2,07 ^d	0,039
	Rangos positivos	23 ^b	19,93	458,50		
	Empates	29 ^c				
	Total	65				
GRUPO CONTROL	Rangos negativos	9 ^a	16,39	147,50	-1,60 ^d	0,110
	Rangos positivos	20 ^b	14,38	287,50		
	Empates	21 ^c				
	Total	50				

a. Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *post-test* < Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *pre-test*.

b. Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *post-test* > Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *pre-test*.

c. Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *post-test* = Frecuencia con la que se consulta a médicos o personal sanitario en el *pre-test*.

d. Basado en los rangos negativos.

En la Tabla 7.4. se muestra la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la consulta de información a médicos u otro personal sanitario. Como en los dos casos anteriores, en el grupo experimental se hayan diferencias significativas entre el post-test y el pre-test en la utilización de esta fuente de información ($p < 0,05$); es decir, los adolescentes del grupo experimental, después de la intervención educativa, consultan en mayor medida sus dudas al personal sanitario. En el grupo control, en cambio, no se encuentran diferencias significativas entre el pre-test y el post-test en la frecuencia con la que se informan de sexo a través del personal sanitario.

Los adolescentes del grupo experimental, es decir, aquellos que participaron en el programa, han incrementado el uso de tres fuentes directas de carácter veraz y adecuado: profesores, orientador y médicos o personal sanitario. La mayor frecuencia en la consulta de estas fuentes no aparece en el grupo control, por lo que podemos relacionar esta mejora con el programa "SOMOS". No obstante, no se han producido cambios destacables en el uso de otras fuentes como los libros o los amigos.

7.1.2. EXPERIENCIA SEXUAL

Una de las cuestiones más polémicas y debatidas en relación a la Educación Sexual es la posible influencia de estos programas en la experiencia sexual de aquellos que participan en ellos. Saber si las intervenciones educativas provocan un acceso mayor o más temprano a distintas experiencias sexuales se torna fundamental. Por ello, el nivel de experiencia sexual de los adolescentes de la muestra es un aspecto medido y evaluado en esta investigación.

A fin de responder a los interrogantes descritos, hemos aplicado tanto en el grupo experimental como en el grupo control, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para descubrir las posibles diferencias existentes entre el nivel de experiencia sexual señalado en el pre-test y el declarado en el post-test. Utilizamos estadística no paramétrica, porque la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov detecta en el nivel de experiencia sexual diferencias significativas con la distribución de contraste normal ($p < 0,01$).

Tabla 7.5. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en la experiencia sexual declarada en el post-test en relación al pre-test

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GRUPO EXPERIMENTAL	Rangos negativos	1 ^a	8,00	8,00	-3,72 ^d	0,000
	Rangos positivos	18 ^b	10,11	182,00		
	Empates	48 ^c				
	Total	67				
GRUPO CONTROL	Rangos negativos	1 ^a	7,00	7,00	-3,15 ^d	0,002
	Rangos positivos	13 ^b	7,54	98,00		
	Empates	33 ^c				
	Total	47				

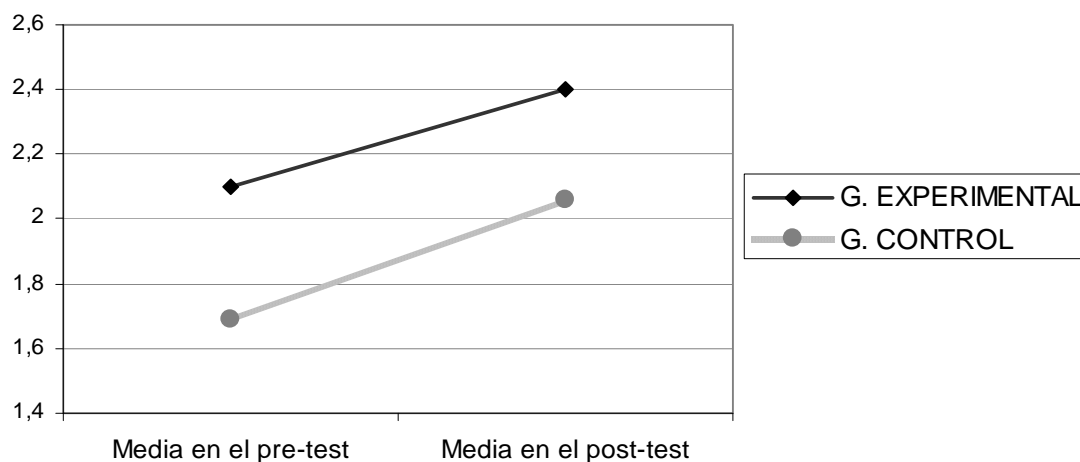
a. Nivel de experiencia sexual en el post-test < Nivel de experiencia sexual en el pre-test.

b. Nivel de experiencia sexual en el post-test > Nivel de experiencia sexual en el pre-test.

c. Nivel de experiencia sexual en el post-test = Nivel de experiencia sexual en el pre-test.

d. Basado en los rangos negativos.

Gráfico 7.1. Experiencia sexual declarada en el post-test en relación al pre-test (Grupos experimental y Grupo control).



En la Tabla 7.5 observamos que tanto en el grupo experimental, como en el grupo control la experiencia sexual se ha incrementado de forma significativa ($p < 0,01$). Los adolescentes de ambos grupos declaran poseer una mayor experiencia sexual en el post-test en comparación con el pre-test. Podemos decir, por tanto, que los adolescentes aumentan de forma progresiva su experiencia sexual independientemente si han participado o no en el programa “SOMOS”. Además, en el Gráfico 7.1., elaborado con las medias encontradas en pre-test y post-test, podemos ver cómo la evolución en la experiencia sexual en

ambos grupos es similar. No obstante, en el gráfico se aprecia también que la pendiente es mayor en el grupo control.

En definitiva, el programa realizado por nosotros no incide en la experiencia sexual del alumnado. Los adolescentes independientemente del grupo en el que se hallen, incrementan de forma secuencial y progresiva su experiencia sexual.

7.1.3. AUTOVALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

La autovaloración que hacen los propios adolescentes sobre sus conocimientos de sexualidad nos parece relevante debido a la posible relación de ésta con otras variables. Profundizaremos en esta cuestión en el apartado 7.8. A continuación presentamos el análisis estadístico correspondiente a la evolución de la autovaloración del nivel de conocimientos en los grupos experimental y control. Hemos usado estadística no paramétrica, porque la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov encuentra diferencias significativas con la distribución de

Tabla 7.6. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en la Autovaloración del Nivel de conocimientos sobre sexualidad declarada en el *post-test* en relación al *pre-test*

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GRUPO EXPERIMENTAL	Rangos negativos	5 ^a	20,00	100,00	-4,73 ^d	0,000
	Rangos positivos	35 ^b	10,57	720,00		
	Empates	30 ^c				
	Total	70				
GRUPO CONTROL	Rangos negativos	8 ^a	8,50	68,00	-3,15 ^e	1,000
	Rangos positivos	8 ^b	8,50	68,00		
	Empates	34 ^c				
	Total	47				

a. Autovaloración del nivel de conocimientos en el *post-test* < Autovaloración del nivel de conocimientos en el *pre-test*.

b. Autovaloración del nivel de conocimientos en el *post-test* > Autovaloración del nivel de conocimientos en el *pre-test*.

c. Autovaloración del nivel de conocimientos en el *post-test* = Autovaloración del nivel de conocimientos en el *pre-test*.

d. Basado en los rangos negativos.

e. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

contraste normal ($p < 0,01$). Por todo ello, hemos aplicado ambos grupos la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para descubrir las posibles diferencias existentes entre el nivel de conocimientos señalado en el pre-test y el declarado en el post-test.

Gráfico 7.2. Frecuencia de respuesta en la autovaloración del nivel de conocimientos del Grupo Experimental en el pre-test y en el post-test

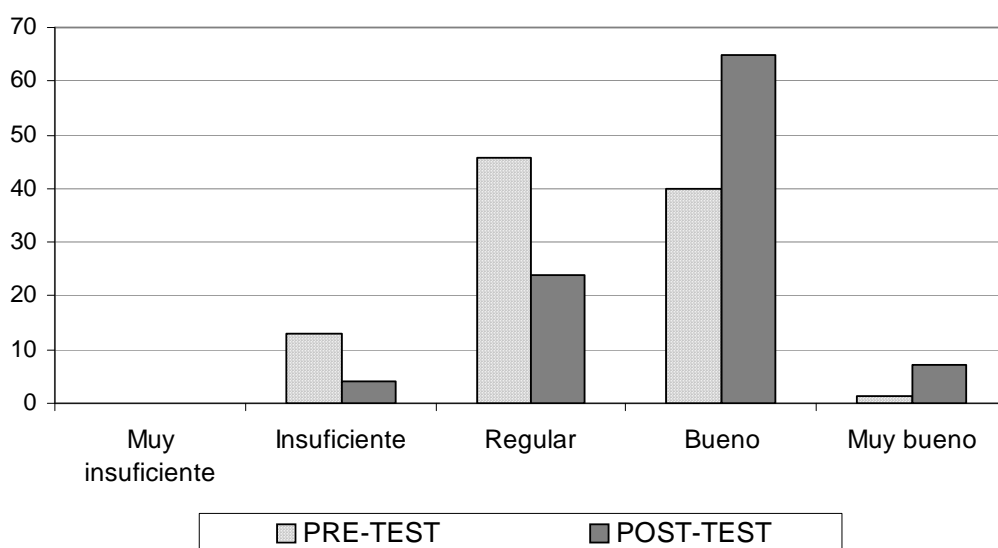
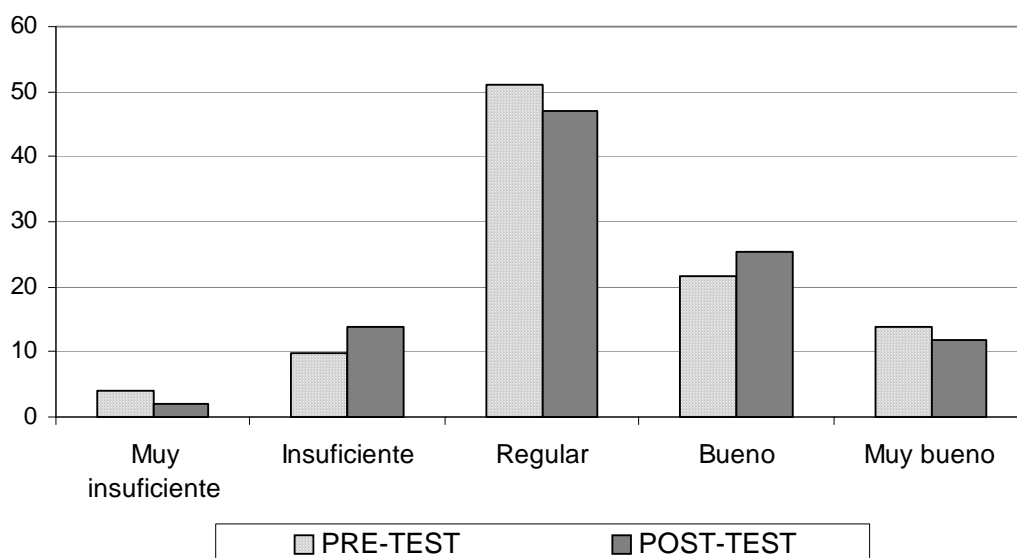


Gráfico 7.3. Frecuencia de respuesta en la autovaloración del nivel de conocimientos del Grupo Control en el pre-test y en el post-test



Los adolescentes del grupo experimental valoran con mayor puntuación sus conocimientos en el post-test que en pre-test, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, ($p < 0,01$); es decir, el alumnado de este grupo percibe después del programa un mejor y más adecuado conocimiento de la sexualidad humana. Por el contrario, en el grupo control no hay diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test.

7.2. BLOQUE DE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD (BCCS)

7.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS CREENCIAS

Evaluamos mediante el Bloque de Conocimientos y Creencias sobre Sexualidad (BCCS) aspectos variados relacionados con la sexualidad y los mitos existentes en torno a ella. El BCCS está compuesto, como ya hemos detallado en capítulos anteriores, por 39 ítems. A continuación, presentamos las Tablas 7.7 y 7.8 que reflejan los valores relativos en las respuestas correctas a cada uno de los ítems.

Podemos observar en ambas tablas, mayores porcentajes de adolescentes pertenecientes al grupo experimental que señalan estar de acuerdo en algún grado (puntuaciones 4 o 5) con los ítems directos y estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con los enunciados de los ítems inversos. Sin embargo, en algunos casos las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control no son muy amplias.

En la Tabla 7.7 aparecen reflejados los adolescentes que se mostraron de acuerdo o totalmente de acuerdo con los ítems directos del BCCS; es decir, aquellos que demostraron mejores conocimientos en este tipo de ítems. Podemos ver en esta tabla, una tasa baja de acierto en algunos ítems, incluso entre los alumnos que asistieron al programa. De esta manera, encontramos que menos del 50% de los adolescentes del grupo experimental están de acuerdo en algún grado con los ítems 4 y 28 que hacen referencia a circunstancias en las que se puede producir

Tabla 7.7. Valores relativos obtenidos en el Grupo Experimental y en el Grupo Control en los ítems directos del BCCS.

ÍTEMS DIRECTOS	DE ACUERDO Y TOTALMENTE DE ACUERDO CON EL ÍTEM (PUNTUACIONES 4 Y 5) <i>Valores relativos (%)</i>	
	EXPERIMENTAL	CONTROL
Ítem 4. <i>La primera vez que una chica mantiene relaciones sexuales con penetración puede quedarse embarazada.</i>	47,89	34,00
Ítem 5. <i>Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo.</i>	56,34	44,00
Ítem 8. <i>La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.</i>	74,65	64,71
Ítem 12. <i>El alcohol y las drogas multiplican las posibilidades de llevar a cabo prácticas de riesgo.</i>	77,46	80,00
Ítem 14. <i>Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.</i>	54,29	41,18
Ítem 16. <i>Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.</i>	91,42	90,20
Ítem 20. <i>Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.</i>	81,69	86,00
Ítem 21. <i>Cualquiera puede contagiarse de SIDA, independientemente de su orientación sexual.</i>	80,29	74,00
Ítem 26. <i>Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.</i>	85,72	92,16
Ítem 28. <i>Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).</i>	47,88	28,00
Ítem 29. <i>Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.</i>	69,02	62,74
Ítem 31. <i>Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el “petting” (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales.</i>	74,65	36,00
Ítem 33. <i>Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.</i>	81,69	50,00
Ítem 34. <i>Es buena la planificación para las relaciones sexuales.</i>	39,43	26,00
Ítem 35. <i>Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) pueden transmitirse enfermedades...</i>	61,97	34,00
Ítem 37. <i>El cerebro es un órgano sexual muy importante.</i>	53,53	43,13
Ítem 38. <i>Cualquier persona puede contagiarse de SIDA independientemente de su nivel socioeconómico.</i>	78,88	80,00

* Se ha trabajado con porcentajes validos, es decir, sin contar los valores perdidos.

Tabla 7.8. Valores relativos obtenidos en el Grupo Experimental y en el Grupo Control en los ítems inversos del BCCS.

ÍTEMS INDIRECTOS	TOTALMENTE EN DESACUERDO O EN DESCUERDO CON EL ÍTEM (PUNTUACIONES 1 Y 2) <i>Valores relativos (%)</i>	
	EXPERIMENTAL	CONTROL
Ítem 1. <i>La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.</i>	54,93	44,00
Ítem 2. <i>El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales.</i>	70,42	35,29
Ítem 3. <i>Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.</i>	81,69	80,39
Ítem 6. <i>La mujer debe ser quien se encargue del cuidado (...) de los hijos.</i>	87,32	92,16
Ítem 7. <i>La sexualidad comienza con el primer coito.</i>	64,79	28,00
Ítem 9. <i>La única sexualidad correcta es la (...) que se da entre un hombre y una mujer.</i>	64,79	58,82
Ítem 10. <i>Un mismo condón (...) puede ser utilizado varias veces.</i>	94,37	96,08
Ítem 11. <i>Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.</i>	11,27	11,76
Ítem 13. <i>Es adecuado que una esposa mantenga relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no le apetece a ella.</i>	83,10	78,43
Ítem 15. <i>El orgasmo es fundamental en una relación sexual.</i>	21,13	17,65
Ítem 17. <i>La masturbación es una práctica que sólo realizan las personas solteras. (...)</i>	77,46	72,55
Ítem 18. <i>La “marcha atrás” es una forma eficaz de evitar embarazos.</i>	61,97	59,18
Ítem 19. <i>El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.</i>	10,00	2,04
Ítem 22. <i>Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.</i>	22,54	2,00
Ítem 23. <i>La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (...).</i>	69,01	60,00
Ítem 24. <i>El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo pervertido.</i>	71,01	60,00
Ítem 25. <i>Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.</i>	41,43	7,84
Ítem 27. <i>Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.</i>	47,14	22,00
Ítem 30. <i>El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales.</i>	84,29	88,00
Ítem 32. <i>Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres.</i>	43,66	23,53
Ítem 36. <i>Tener un cuerpo “bello” es importante en una relación sexual.</i>	63,38	64,71
Ítem 39. <i>Los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres.</i>	90,14	92,16

* Se ha trabajado con porcentajes validos, es decir, sin contar los valores perdidos.

un embarazo. Estos porcentajes se reducen considerablemente en el grupo control, no superando el 35%. Descubrimos una situación similar el ítem 34 *“Es buena la planificación para las relaciones sexuales”*; sólo un 34,43% del alumnado del grupo experimental está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el enunciado. En el grupo control este valor se reduce hasta el 26%. En definitiva, estos ítems reflejan creencias y mitos arraigados en los adolescentes. A la vista de los resultados podemos decir que no fueron superados ni eliminados tras el programa en el grupo experimental.

En la Tabla 7.8 encontramos la tasa de aciertos del grupo experimental y del grupo control en los distintos ítems inversos, es decir, el porcentaje de adolescentes de ambos grupos que se mostraron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en cada uno de los enunciados. Al igual que en la Tabla 7.7, observamos varios ítems en los que se evidencia desconocimiento, ya que aparecen porcentajes inferiores al 50% en los dos grupos. De esta manera encontramos que tan sólo el 11,27% del los alumnos del grupo experimental se muestran disconformes con el enunciado del ítem 11 *“Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural”*.

Los resultados expuestos en la tabla anterior evidencian la existencia de mitos en torno al orgasmo. Pese a la formación recibida sólo un 10% de los adolescentes del grupo experimental rechaza el ítem 19 *“El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez”* y un 22,54% de este mismo grupo no considera que existan dos tipos de orgasmos femeninos (ítem 19). No obstante, estos valores son considerablemente inferiores en el grupo control, hallándose alrededor del 2% en ambos casos.

Respecto al coito y el deseo sexual de varones y mujeres, descubrimos también, la persistencia de falsas creencias; aunque en menor grado que en los casos anteriores. Así entre el 40% y el 50% del alumnado del grupo experimental está en algún grado en desacuerdo con los ítems 25, 27 y 32. En el grupo control, sin embargo, son menos los adolescentes que rechazan estos ítems; encontrando unos porcentajes que no superan el 25%.

Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de falsas creencias, sobre las que es necesario incidir aún más. No obstante, resulta necesario conocer la evolución de ambos grupos en estos y en los demás ítems del BCCS.

7.2.2. COMPARACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS CREENCIAS EN EL PRE-TEST Y EL POST-TETS

Como hemos indicado en el apartado anterior es imprescindible conocer la evolución y posible mejora de los dos grupos en cada uno de los ítems del BCCS. Para ello, hemos analizado, en primer lugar, las distribución de contraste de cada ítem mediante la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov; encontrándose en todos ellos diferencias significativas entre sus puntuaciones y la distribución de contraste normal ($p < 0,01$). Esto nos conduce a la utilización de estadística no paramétrica. Por ello hemos aplicado a todos los ítems la prueba de rangos con signo de Wilcoxon; a fin de descubrir las posibles diferencias existentes entre las respuestas dadas en el pre-test y en el post-test.

7.2.2.1. Conocimientos y creencias sobre prevención y anticoncepción

Tras aplicar la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en ítems que abordan aspectos relacionados con la anticoncepción y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Tabla 7.9). En el ítem 18 *“La macha atrás es una forma eficaz de evitar embarazos”* aparecen diferencias significativas entre el pre-test y el post-test tanto en el grupo experimental, como en el grupo control ($p < 0,01$). En ambos casos la valoración dada por los adolescentes a este enunciado es menor en el post-test. Aunque no podamos atribuir al programa educativo esta mejora de conocimientos, puesto que es común en los dos grupos; resulta satisfactoria la disminución de esta falsa creencia.

Encontramos nuevamente diferencias estadísticamente significativas en el ítem 33, cuyo enunciado hace referencia a la forma correcta de colocar un condón. En este caso los alumnos del grupo experimental señalan mayor grado de acuerdo con el ítem en el post-test en comparación con el pre-test, hallándose diferencias significativas ($p < 0,01$). Sin embargo, estas diferencias, no aparecen en el grupo control ($p = 0,791$). Podemos decir, por lo tanto, que el programa educativo que recibieron los adolescentes del grupo experimental ayudó a éstos a saber que *“para un uso correcto del preservativo es necesario dejar un espacio en su extremo para el fluido seminal”* (Tabla 7.9).

La prueba de rangos con signo de Wilcoxon evidenció diferencias entre el pre-test y el post-test en ítems sobre prevención de ITS. De esta manera encontramos que alumnado del grupo experimental acepta en mayor grado el ítem 35 en el post-test que el pre-test,

Tabla 7.9. Ítems del BCCS sobre prevención y anticoncepción en los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el PRE-TEST y el POST-TEST.

		Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
ÍTEM 18. "La marcha atrás es una forma eficaz de evitar embarazos"	G.E.	Rangos negativos	33 ^a	23,55	777,00	-3,02 ^d	0,003
		Rangos positivos	12 ^b	21,50	258,00		
		Empates	25 ^c				
		Total	70				
	G.C.	Rangos negativos	20 ^a	16,90	338,00	-2,66 ^d	0,006
		Rangos positivos	9 ^b	10,78	97,00		
		Empates	16 ^c				
		Total	45				
ÍTEM 33. "Para un correcto uso del preservativo..."	G.E.	Rangos negativos	11 ^a	24,18	266,00	-3,42 ^d	0,001
		Rangos positivos	37 ^b	24,59	910,00		
		Empates	22 ^c				
		Total	70				
	G.C.	Rangos negativos	9 ^a	16,28	146,50	-2,66 ^d	0,791
		Rangos positivos	14 ^b	9,25	129,50		
		Empates	22 ^c				
		Total	45				
ÍTEM 35. "Practicando, sin preservativo, sexo oral..."	G.E.	Rangos negativos	13 ^a	24,27	315,50	-2,70 ^d	0,007
		Rangos positivos	34 ^b	23,90	812,50		
		Empates	24 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	6 ^a	13,00	78,00	-1,86 ^d	0,064
		Rangos positivos	17 ^b	11,65	198,00		
		Empates	25 ^c				
		Total	48				
ÍTEM 38. "Cualquier persona puede contagiarse de SIDA..."	G.E.	Rangos negativos	10 ^a	14,20	142,00	-1,96 ^d	0,050
		Rangos positivos	20 ^b	16,15	323,00		
		Empates	41 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	12 ^a	12,92	155,00	-0,15 ^d	0,883
		Rangos positivos	12 ^b	12,08	145,00		
		Empates	26 ^c				
		Total	50				

GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) Y GRUPO CONTROL (G.C.)

- a. La puntuación del ítem en el post-test < La puntuación del ítem en el pre-test.
- b. La puntuación del ítem en el post-test > La puntuación del ítem en el pre-test.
- c. La puntuación del ítem en el post-test = La puntuación del ítem en el pre-test.
- d. Basado en los rangos positivos

apareciendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones ($p < 0,01$). Los adolescentes del grupo experimental, tras la aplicación del programa, reconocen en mayor medida el riesgo de contagio de cualquier ITS practicando sexo oral sin preservativo. En el grupo control, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre ambas mediciones ($p = 0,064$).

En concordancia con estos resultados, observamos que los adolescentes del grupo experimental mejoran sus respuestas, en el post-test en comparación con el pre-test, en el ítem 38 *“Cualquier persona puede contagiarse de SIDA, independientemente de su nivel socioeconómico”*. En este caso, encontramos diferencias que rozan la significatividad ya que $p = 0,050$. En el grupo control, por el contrario, no se aprecian mejoras entre la evaluación previa (pre-test) y la evaluación final (post-test). Podemos decir, por lo tanto, que el programa educativo refuerza la idea de que cualquiera puede contagiarse de SIDA.

7.2.2.2. Mitos sobre las relaciones sexuales y el coito

De igual manera que en el apartado anterior, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon evidenció diferencias significativas en varios ítems que hacen referencia a distintos mitos sobre las relaciones sexuales (Tabla 7.10).

En el ítem 2 *“El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales”* encontramos diferencias significativas en ambos grupos. Los adolescentes del grupo experimental rechazan en mayor medida el enunciado de este ítem en el post-test que en pre-test, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones ($p < 0,01$). También disminuye la aceptación del ítem en el post-test entre el alumnado del grupo control; encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el post-test y el pre-test ($p < 0,05$). Podemos decir, por lo tanto, que se produce una mejora considerable y generalizada en esta creencia, pero que no puede ser asociada directamente con nuestro programa.

Tras aplicar la prueba de rangos con signo de Wilcoxon al ítem 7 *“La sexualidad comienza con el primer coito”*, descubrimos diferencias estadísticamente significativas entre el post-test y el pre-test en el grupo experimental ($p < 0,01$). Sin embargo, en el grupo control no aparecen estas diferencias. Los y las adolescentes del grupo experimental rechazan significativamente más el post-test el enunciado del ítem. Podemos decir, que el programa “SOMOS” ha promovido con éxito la eliminación y/o disminución de esta falsa creencia.

Tabla 7.10. Ítems del BCCS que abordan mitos sobre las relaciones sexuales en los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el PRE-TEST y el POST-TEST.

		Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
ÍTEM 2. "El coito ... es lo más importante en las relaciones sexuales"	G.E.	Rangos negativos	42 ^a	25,26	1061,00	-5,02 ^d	0,000
		Rangos positivos	6 ^b	19,17	115,00		
		Empates	23 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	20 ^a	16,55	331,00	-2,55 ^d	0,011
		Rangos positivos	9 ^b	11,56	104,00		
		Empates	22 ^c				
		Total	51				
ÍTEM 7. "La sexualidad comienza con el primer coito"	G.E.	Rangos negativos	34 ^a	22,65	770,00	-3,74 ^d	0,000
		Rangos positivos	9 ^b	19,56	176,00		
		Empates	27 ^c				
		Total	70				
	G.C.	Rangos negativos	13 ^a	13,58	176,50	-0,78 ^d	0,438
		Rangos positivos	11 ^b	11,23	123,50		
		Empates	25 ^c				
		Total	49				
ÍTEM 25. "Una relación sexual completa es ... realiza penetración"	G.E.	Rangos negativos	34 ^a	24,71	840,00	-2,64 ^d	0,008
		Rangos positivos	14 ^b	24,00	336,00		
		Empates	21 ^c				
		Total	69				
	G.C.	Rangos negativos	9 ^a	11,17	100,50	-0,88 ^e	0,380
		Rangos positivos	13 ^b	11,73	152,50		
		Empates	26 ^c				
		Total	48				
ÍTEM 31. "Los besos, ... y el petting se consideran relaciones sexuales"	G.E.	Rangos negativos	9 ^a	22,28	200,50	-3,51 ^e	0,000
		Rangos positivos	35 ^b	22,56	789,50		
		Empates	26 ^c				
		Total	70				
	G.C.	Rangos negativos	13 ^a	16,92	220,00	-1,12 ^e	0,264
		Rangos positivos	20 ^b	17,05	341,00		
		Empates	16 ^c				
		Total	49				

GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) Y GRUPO CONTROL (G.C.)

- a. La puntuación del ítem en el post-test < La puntuación del ítem en el pre-test.
 b. La puntuación del ítem en el post-test > La puntuación del ítem en el pre-test.
 c. La puntuación del ítem en el post-test = La puntuación del ítem en el pre-test.
 d. Basado en los rangos positivos e. Basado en rangos negativos

En concordancia con estos resultados, encontramos diferencias significativas entre el post-test y el pre-test en el ítem 25 “*Una relación sexual completa es aquélla que se realiza con penetración*”. El alumnado que participó en nuestro programa rechaza en el post-test significativamente más que en el pre-test el enunciado del ítem ($p < 0,01$). En el grupo control, por el contrario, no aparecen diferencias significativas entre ambas mediciones.

Finalmente, aparecen también diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación inicial (pre-test) y la evaluación final (post-test) en el ítem 31 “*Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el petting (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales*”. De esta manera, los alumnos que participaron en el programa reconocen significativamente más la variedad de relaciones sexuales en el post-test ($p < 0,01$). En el grupo control, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas ($p = 0,264$).

En resumen el programa educativo “SOMOS” ayuda de forma significativa a desterrar ideas reduccionistas de la sexualidad que la vinculan exclusivamente al coito; así como a reconocer otras prácticas sexuales gratificantes en sí mismas y con entidad propia como el “*petting*”.

7.2.2.3. Creencias sobre el orgasmo

El BCCS cuenta con ítems sobre falsas creencias vinculadas al orgasmo. En dos de ellos aparecen diferencias significativas entre el post-test y el pre-test al aplicar la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (Tabla 7.11).

En el post-test, en comparación con el pre-test, el alumnado del grupo experimental se muestra significativamente más disconforme con la idea de la existencia de dos tipos de orgasmos femeninos (ítem 22); siendo $p < 0,01$. En el grupo control, sin embargo, no aparecen diferencias significativas en la valoración del ítem entre ambas mediciones. En consonancia con estos resultados, encontramos diferencias significativas entre post-test y pre-test en la estimación que hacen del ítem 27 los adolescentes pertenecientes al grupo experimental. Éstos rechazan, después del programa, significativamente más la idea de que las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo ($p < 0,01$). En el grupo control, por el contrario, no aparecen diferencias entre la puntuación dada al ítem en el pre-test y la señalada en el post-test.

Tabla 7.11. Ítems del BCCS sobre el orgasmo en los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el PRE-TEST y el POST-TEST

		Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
ÍTEM 22. "Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y..."	G.E.	Rangos negativos	24 ^a	19,81	475,50	-3,56 ^d	0,000
		Rangos positivos	9 ^b	9,50	85,50		
		Empates	35 ^c				
		Total	68				
	G.C.	Rangos negativos	6 ^a	3,83	23,00	-1,58 ^d	0,114
		Rangos positivos	1 ^b	5,00	5,00		
		Empates	38 ^c				
		Total	45				
ÍTEM 27. "Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo"	G.E.	Rangos negativos	30 ^a	21,15	634,50	-2,75 ^d	0,006
		Rangos positivos	11 ^b	20,59	226,50		
		Empates	29 ^c				
		Total	70				
	G.C.	Rangos negativos	8 ^a	9,25	74,00	-0,12 ^e	0,903
		Rangos positivos	9 ^b	8,78	79,00		
		Empates	31 ^c				
		Total	48				
GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) Y GRUPO CONTROL (G.C.)							

- a. La puntuación del ítem en el post-test < La puntuación del ítem en el pre-test.
- b. La puntuación del ítem en el post-test > La puntuación del ítem en el pre-test.
- c. La puntuación del ítem en el post-test = La puntuación del ítem en el pre-test.
- d. Basado en los rangos positivos.
- e. Basado en los rangos negativos.

Observamos en el alumnado que participó en el programa educativo una mejora significativa en éstas creencias vinculadas al orgasmo y íntimamente relacionadas con un conocimiento científico de la Respuesta Sexual Humana.

7.2.2.4. Creencias relacionadas con el sexismo y la moral patriarcal

Como ya hemos expuesto en los primeros capítulos, la sexualidad está plagada de *scripts* y *roles sexuales*, por ello el programa y el BCCS abordan estos aspectos. En la Tabla 7.12 podemos ver como entre el post-test y el pre-test aparecen diferencias significativas en tres ítems relacionados con el sexismo y la moral patriarcal.

Los adolescentes del grupo experimental rechazan en mayor medida el enunciado de este ítem 3 (*Los hombres poseen cualidades superiores a las mu-*

jeros) en el post-test que en pre-test, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones ($p < 0,01$). En el grupo control, no encontramos una disminución significativa en el post-test de esta creencia. Podemos decir que participar en el programa ayuda a eliminar esta creencia sexista.

Tabla 7. 12. Ítems del BCCS que reflejan creencias sexistas y/o tradicionales en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el PRE-TEST y el POST-TEST.

		Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Ítem 3. "Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres"	G.E.	Rangos negativos	32 ^a	20,00	640,00	-2,85 ^d	0,004
		Rangos positivos	9 ^b	24,56	221,00		
		Empates	30 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	12 ^a	8,04	96,50	-0,98 ^d	0,330
		Rangos positivos	5 ^b	11,30	56,50		
		Empates	34 ^c				
		Total	51				
Ítem 9. "La única sexualidad correcta ... un hombre y una mujer"	G.E.	Rangos negativos	31 ^a	22,19	688,00	-3,12 ^d	0,002
		Rangos positivos	11 ^b	19,55	215,00		
		Empates	29 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	14 ^a	10,61	148,50	-2,19 ^d	0,028
		Rangos positivos	5 ^b	8,30	41,50		
		Empates	31 ^c				
		Total	50				
Ítem 32. "Los hombres experimentan más deseo sexual que las mujeres"	G.E.	Rangos negativos	38 ^a	25,64	974,50	-4,44 ^d	0,000
		Rangos positivos	9 ^b	17,06	153,50		
		Empates	24 ^c				
		Total	71				
	G.C.	Rangos negativos	13 ^a	12,04	156,50	-0,58 ^d	0,564
		Rangos positivos	10 ^b	11,95	119,50		
		Empates	27 ^c				
		Total	50				
GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) Y GRUPO CONTROL (G.C.)							

- a. La puntuación del ítem en el post-test < La puntuación del ítem en el pre-test.
- b. La puntuación del ítem en el post-test > La puntuación del ítem en el pre-test.
- c. La puntuación del ítem en el post-test = La puntuación del ítem en el pre-test.
- d. Basado en los rangos positivos

Tras aplicar la prueba de rangos con signo de Wilcoxon al ítem 9 “*La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer*”, descubrimos diferencias estadísticamente significativas entre el post-test y el pre-test en el grupo experimental ($p < 0,01$). Sin embargo, en el grupo control no aparecen estas diferencias. Los y las adolescentes del grupo experimental rechazan significativamente más el post-test el enunciado del ítem. El programa por lo tanto, ha contribuido con éxito a la eliminación y/o disminución de esta creencia.

Aparecen también, en el grupo experimental diferencias significativas entre el post-test y el pre-test en el ítem 32 “*Los hombres experimentan más deseo sexual que las mujeres*”. Nuevamente los alumnos que recibieron el programa “SOMOS” muestran una mayor disconformidad con el ítem en el post-test que en el pre-test, encontrándose entre las dos mediciones diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). En el grupo control, por el contrario, no existen diferencias destacables. Son los adolescentes del grupo experimental quienes demuestran una evolución óptima en relación a este mito vinculado al sexismo y al desconocimiento de la Respuesta Sexual Humana.

Podemos afirmar que el programa contribuye con éxito eliminar los prejuicios y las creencias sexistas que se reflejan en los ítems descritos.

7.2.2.5. Percepción y aceptación de la sexualidad en la vejez

El análisis estadístico realizado muestra en el alumnado del programa diferencias entre la evaluación inicial y la evaluación final en los ítems referidos a la sexualidad en la vejez (Tabla 7.13). De esta manera, los adolescentes del grupo experimental aceptan significativamente más en el post-test el ítem 5 “*Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo*” ($p < 0,01$). En el grupo control, sin embargo, no aparecen diferencias significativas al aplicar la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. En consonancia con estos resultados, los chicos y chicas que participaron en el programa incrementan su grado de acuerdo con el ítem 14 “*Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual*”, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre el post-test y el pre-test ($p < 0,01$). En contraposición, en el grupo control la valoración de este ítem no experimenta una evolución relevante. A la vista de estos datos, podemos afirmar que el programa “SOMOS” ha favorecido una mayor aceptación de la sexualidad en la tercera edad.

Tabla 7.13. Ítems sobre la sexualidad en la vejez del BCCS en los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el PRE-TEST y el POST-TEST.

		Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
ÍTEM 5. "Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo"	G.E.	Rangos negativos	3 ^a	15,50	46,50	-3,99 ^d	0,000
		Rangos positivos	27 ^b	15,50	418,50		
		Empates	39 ^c				
		Total	69				
	G.C.	Rangos negativos	10 ^a	14,40	144,00	-0,83 ^d	0,407
		Rangos positivos	16 ^b	12,94	207,00		
		Empates	23 ^c				
		Total	49				
ÍTEM 14. "Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual"	G.E.	Rangos negativos	9 ^a	26,39	237,50	-2,62 ^d	0,009
		Rangos positivos	32 ^b	19,48	623,50		
		Empates	28 ^c				
		Total	69				
	G.C.	Rangos negativos	9 ^a	12,33	111,00	-0,53 ^d	0,597
		Rangos positivos	13 ^b	10,92	142,00		
		Empates	28 ^c				
		Total	50				
GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) Y GRUPO CONTROL (G.C.)							

- a. La puntuación del ítem en el post-test < La puntuación del ítem en el pre-test.
- b. La puntuación del ítem en el post-test > La puntuación del ítem en el pre-test.
- c. La puntuación del ítem en el post-test = La puntuación del ítem en el pre-test.
- d. Basado en los rangos negativos.

7.2.3. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL BCCS

Tras realizar el análisis descriptivo del BCCS y las pruebas de rangos con signo de Wilcoxon en los distintos ítems, aplicamos el criterio de sustitución de los valores perdidos por las medias directas e inversas de cada sujeto (Diéguez *et al.*, 2005).

El BCCS presenta un buen nivel de fiabilidad (George y Mallery, 1995), ya que para toda la muestra tiene un Alfa de Cronbach de 0,84. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos una distribución de contraste normal, con un valor extremo absoluto bastante moderado, -0,06. (Tabla 7.14).

Gráfico 7.4. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en el BCCS del Post-test

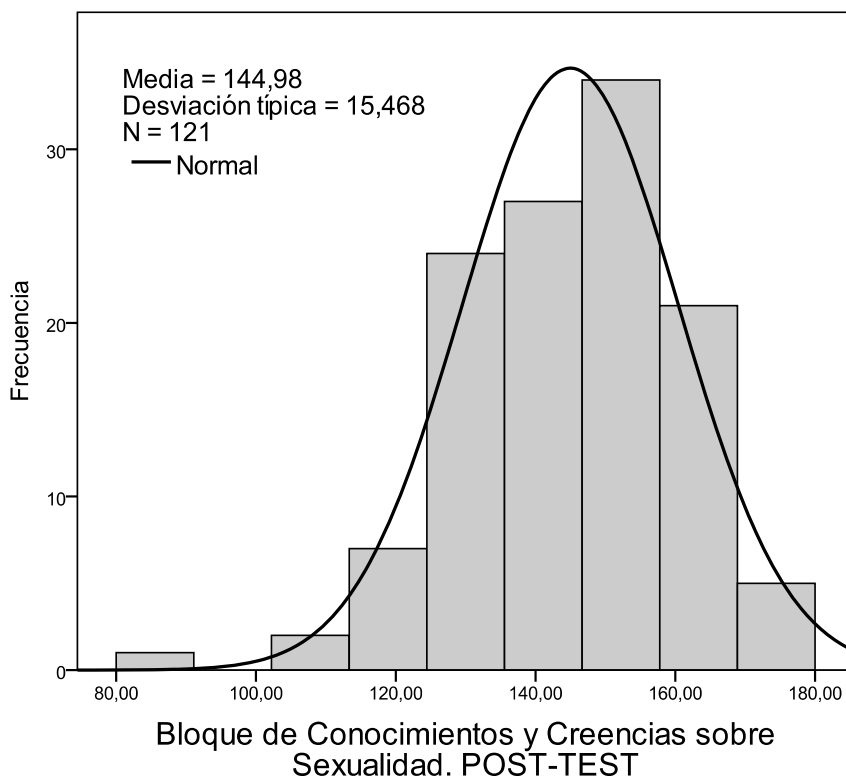


Tabla 7.14. Distribución y resultados en el BCCS del Post-test: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		91,00		114,00		91,00	
Máximo		178,00		178,00		165,00	
Media		144,98	1,41	148,19	1,70	140,41	2,26
Desv. típ.		15,47		14,34		15,99	
Varianza		239,25		205,74		255,80	
Asimetría		-0,48	0,22	-0,13	0,29	-0,77	0,34
Curtosis		0,45	0,44	-0,49	0,56	0,69	0,66
Diferencias más extremas	Absoluta	0,06		0,07		0,10	
	Positiva	0,04		0,07		0,06	
	Negativa	-0,06		-0,07		-0,10	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,67		0,61		0,71	
Sig. asintót.		0,76		0,85		0,70	
N		121,00		71,00		50,00	

Gráfico 7.5. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el BCCS del Post-test

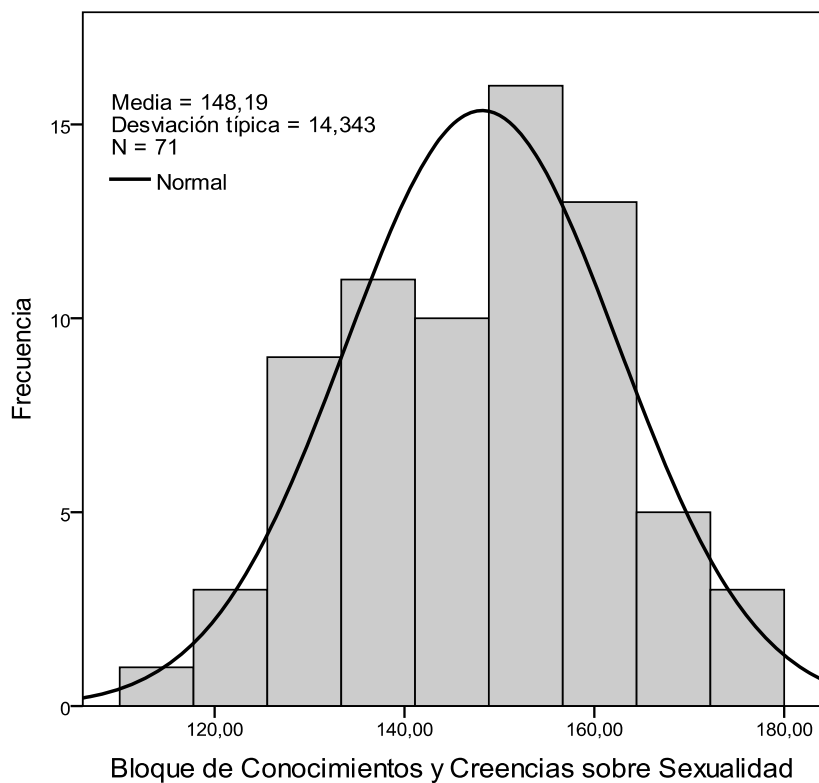
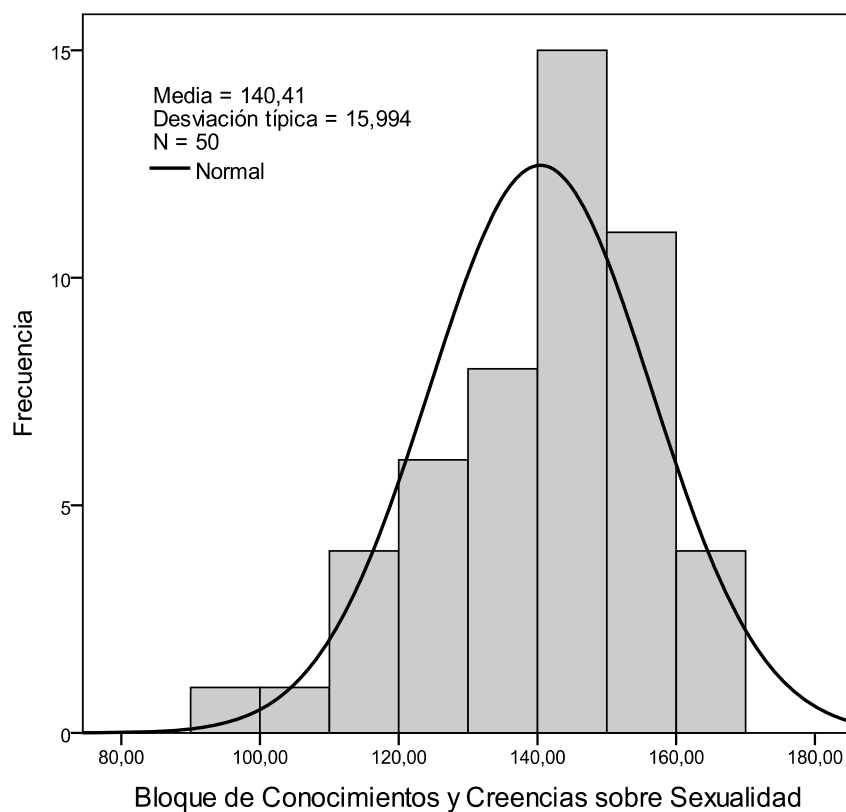


Gráfico 7.6. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en el BCCS del Post-test



Las puntuaciones obtenidas para toda la muestra en el BCCS oscilan entre 91 y 178; es decir, desde un nivel insuficiente de conocimientos hasta un nivel sobresaliente. La media se sitúa en el valor 144,98 con una desviación típica de 15,47; lo que evidencia un nivel global de conocimiento bueno. Como ya hemos anticipado la distribución se ajusta a la curva normal (Gráfico 7.4). No obstante, encontramos curtosis positiva; esto implica una mayor concentración de las puntuaciones en torno a la media (144,98) y unas colas más estrechas hasta las puntuaciones máximas y mínimas (91 y 178). Por otro lado, descubrimos una leve asimetría negativa (-0,48), lo que muestra una cola izquierda sensiblemente más larga. Se evidencia, por lo tanto, una ligera tendencia hacia puntuaciones inferiores a la media, es decir, a niveles menores de conocimientos.

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, analizamos en los dos grupos todas estas cuestiones. En el grupo experimental encontramos una buena consistencia interna, con Alfa de Cronbach de 0,83. La distribución se ajusta también, a la curva normal. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov no detecta diferencias significativas entre la BCCS y la distribución de contraste normal, con un valor extremo absoluto de 0,07 (Tabla 7.14). Sin embargo, observamos una ligera curtosis negativa que nos indica que las puntuaciones se concentran menos en torno a la media, en este caso 148,19. En el caso de la asimetría, aunque casi inapreciable nos indica una cola izquierda mínimamente más larga.

Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental oscilan entre 114 y 178; siendo 148,19 la media (DT=14,34); lo que evidencia unos conocimientos buenos por parte de los adolescentes de este grupo. Además todos estos valores son superiores a los obtenidos en toda la muestra,

La fiabilidad del BCCS en el grupo control es igualmente buena, con un Alfa de Cronbach de 0,84. Aplicamos también, en este grupo, la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y descubrimos, consecuentemente, una distribución de contraste normal, con un valor extremo absoluto de 0,10. No obstante, se aprecia una ligera curtosis positiva que nos indica que las puntuaciones se concentran entorno a la media del grupo, en este caso 140,41 (DT =15,99). La asimetría es apreciable, he indica una cola izquierda más larga, es decir, una tendencia hacia valores inferiores a la media. Las puntuaciones, por su parte, oscilan entre 91 y 165, lo que nos indica un nivel de conocimientos inferior al encontrado en el grupo experimental y en toda la muestra.

7.2.4. COMPARACIÓN DEL BCCS EN EL PRE-TEST Y EL POST-TEST

Atendiendo a los objetivos de nuestra investigación y teniendo en cuenta la distribución normal del BCCS, aplicamos la prueba de T para dos muestras relacionadas a cada uno de los grupos (Tabla 7.15).

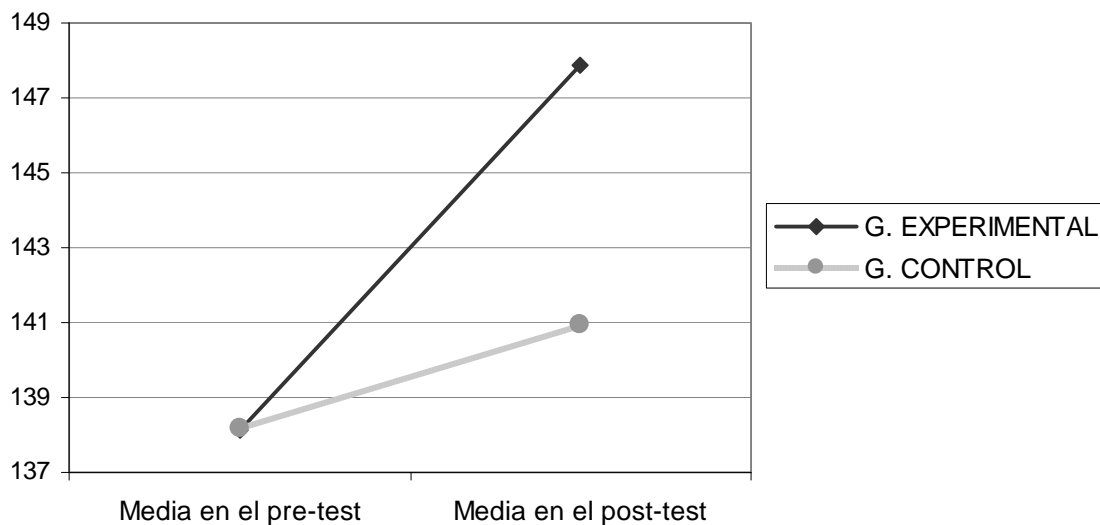
Los alumnos del grupo experimental obtienen en el post-test una puntuación media de 147,88 (DT=14,20). En el pre-test, la media obtenida es significativamente más baja ($p < 0,01$), siendo 138,15 (DT=11,74). En el grupo control observamos también diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones, aunque son de menor significación ($p < 0,05$). En el pre-test, la media era similar a la hallada en el grupo control, concretamente 138,17 (DT=13,96). El post-test, aunque se produce un incremento, no es tan notable como el encontrado en el grupo experimental, siendo la media 140,93 (DT=16,12).

Podemos decir que, en general los y las adolescentes mejoran con el tiempo y la experiencia su nivel de conocimientos y creencias sobre sexualidad. Con todo el programa “SOMOS” parece haber favorecido un mayor incremento en los conocimientos de aquellos alumnos que participaron en él (Gráfico 7.7)

Tabla 7.15. Comparación del BCCS entre el PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control.

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		BCCS PRE-TEST	BCCS POST-TEST	BCCS PRE-TEST	BCCS POST-TEST
ESTADÍSTICOS	N	70,00	70,00	48,00	48,00
	Media	138,15	147,88	138,17	140,93
	DT	11,74	14,20	13,96	16,12
CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS	Correlación	0,63		0,83	
	Sig.	0,000		0,000	
DIFERENCIAS RELACIONADAS	Media	-9,73		-2,76	
	DT	11,42		8,96	
PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS	t	-7,12		-2,13	
	gl	69,00		47,00	
	Sig. asint. (bilateral)	0,000		0,038	

Gráfico 7.7. Evolución en el BCCS del grupo experimental y el grupo control.



7.3. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD (ATSS)

7.3.1. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA ATSS

Al igual que en la evaluación inicial, hemos medido el nivel de liberalismo vs. conservadurismo en las actitudes hacia la sexualidad con la *Escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS)* de Fisher y Hall (1988) ampliada por López (28 ítems-ATSS) y validada por Diéguez, López Castedo, López y Sueiro (2001).

La escala presenta un nivel de fiabilidad bueno, ya que para toda la muestra tiene un Alfa de Cronbach de 0,84. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y encontramos una distribución de contraste normal (Tabla 7.16).

Para toda la muestra, las puntuaciones oscilan entre 77 y 138; es decir, de un nivel medio a un nivel excelente de liberalismo en las actitudes hacia la sexualidad. La media se sitúa en el valor 106,36 con una desviación típica de 13,19.

Respecto a la distribución se ajusta a la curva normal, aunque existe una ligera curtosis negativa, que indica una menor concentración en torno a la media (Gráfico 7.8).

Tabla 7.8. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en la ATSS del Post-test

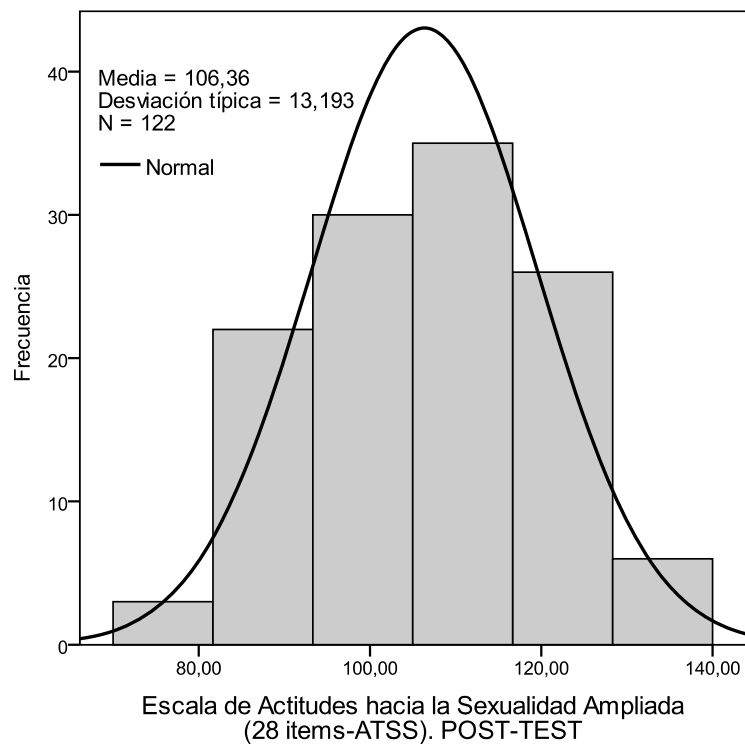


Tabla 7.16. Distribución y resultados en la ATSS del Post-test: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		77,00		81,00		77,00	
Máximo		138,00		126,00		138,00	
Media		106,36	1,19	106,84	1,42	105,69	2,07
Desv. típ.		13,19		11,98		14,81	
Varianza		174,06		143,54		219,48	
Asimetría		0,02	0,22	-0,34	0,28	0,33	0,34
Curtosis		-0,59	0,44	-0,86	0,56	-0,45	0,66
Diferencias más extremas	Absoluta	0,07		0,09		0,09	
	Positiva	0,07		0,09		0,09	
	Negativa	-0,06		-0,08		-0,07	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,78		0,71		0,61	
Sig. asintót.		0,58		0,69		0,85	
N		122,00		71,00		51,00	

Gráfico 7.9. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el ATSS del Post-test

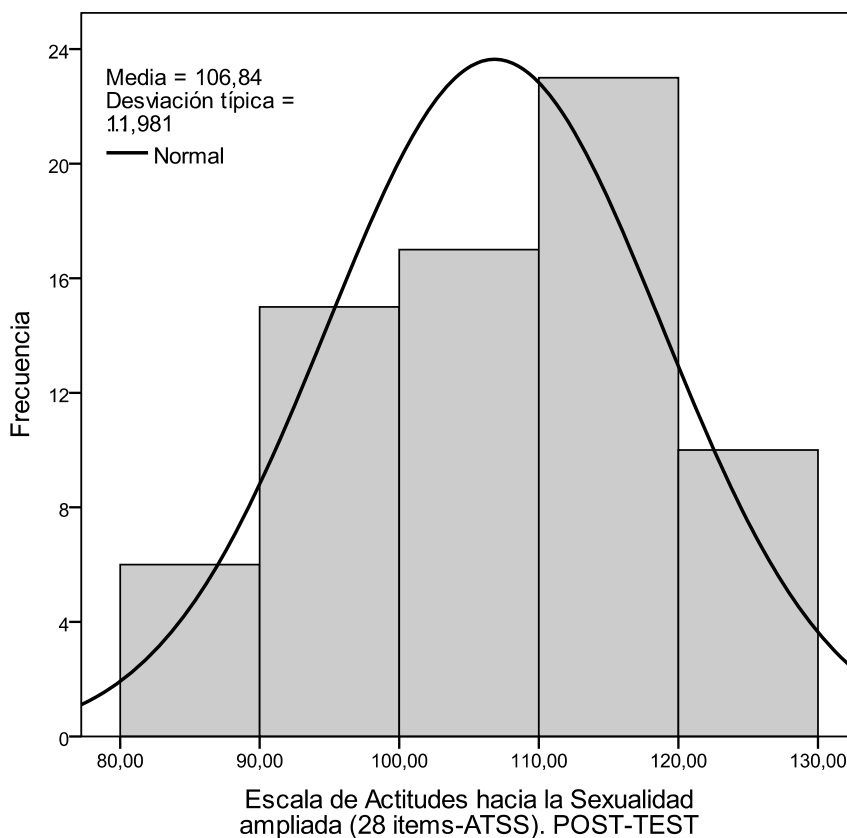
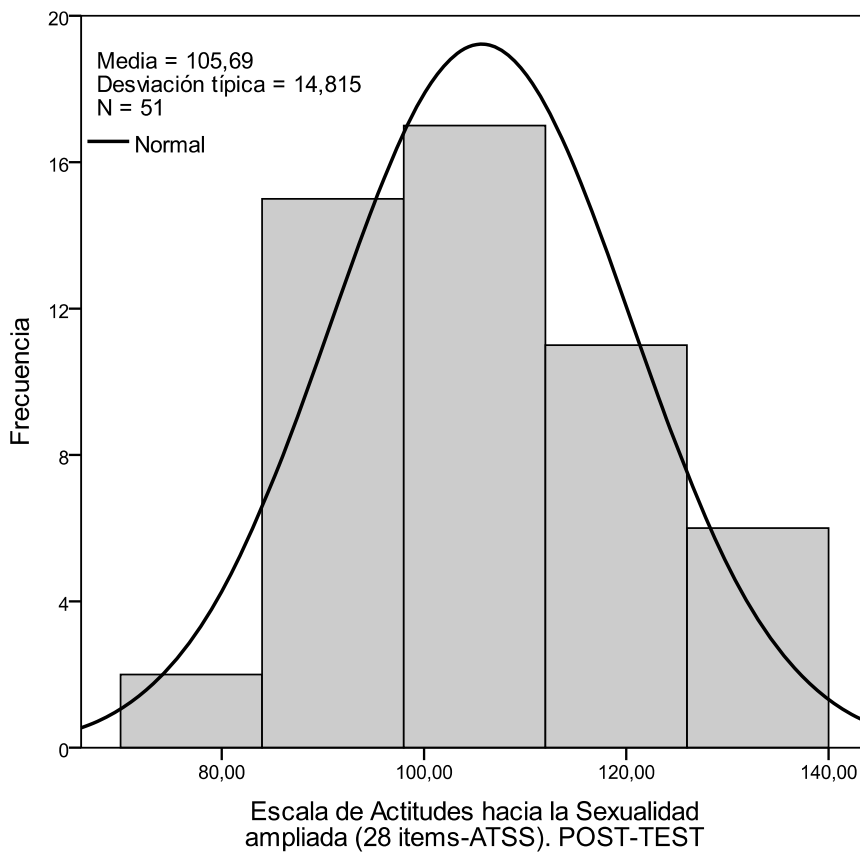


Gráfico 7.10. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en el ATSS del Post-test



Dada la naturaleza de este trabajo, hemos analizado la fiabilidad y la distribución de la escala en cada uno de los grupos. La consistencia interna de la escala en el grupo experimental es buena, con un Alfa de Cronbach de 0,82. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov no encuentra diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo experimental a la ATSS y la distribución normal de contraste (Tabla 7.16).

Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental oscilan entre 81 y 126; es decir, de un nivel medio a un nivel notable de liberalismo en las actitudes hacia la sexualidad. La media se sitúa en el valor 106,36 con una desviación típica de 13,19.

Respecto a la distribución, se ajusta a la curva normal, aunque existe una ligera curtosis negativa, que indica una menor concentración en torno a la media y unas colas más gruesas. Se aprecia una leve asimetría negativa, que evidencia una cola izquierda más larga; es decir, una tendencia hacia puntuaciones más bajas en la escala (Gráfico 7.9).

En el grupo control, la consistencia interna de la escala es más elevada, con un Alfa de Cronbach de 0,82. En este caso tampoco aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones a la ATSS y la distribución normal, al aplicar la Prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 7.16).

Las puntuaciones encontradas en la escala son más extremas que en el grupo experimental, dado que oscilan entre 77 y 138. En este grupo aparecen sujetos con niveles superiores tanto de conservadurismo como de liberalismo. La media se sitúa en el valor 105,69 con una desviación típica de 14,81..

La distribución se ajusta a la curva normal por lo que podemos aplicar estadística paramétrica. No obstante, apreciamos una leve curtosis negativa, que indica una menor concentración en torno a la media y unas colas más gruesas. Encontramos asimismo una leve asimetría positiva, que evidencia una cola derecha más larga; es decir, una tendencia hacia actitudes más positivas (Gráfico 7.10).

7.3.2. COMPARACIÓN DE LA ATSS EN EL PRE-TEST Y EL POST-TEST

Teniendo en cuenta el objeto de nuestra investigación, aplicamos a la ATSS la prueba T para muestras relacionadas. Comparamos el pre-test y el post-test, tanto en el grupo experimental, como en grupo control; a fin de conocer la evolución en sus actitudes hacia la sexualidad.

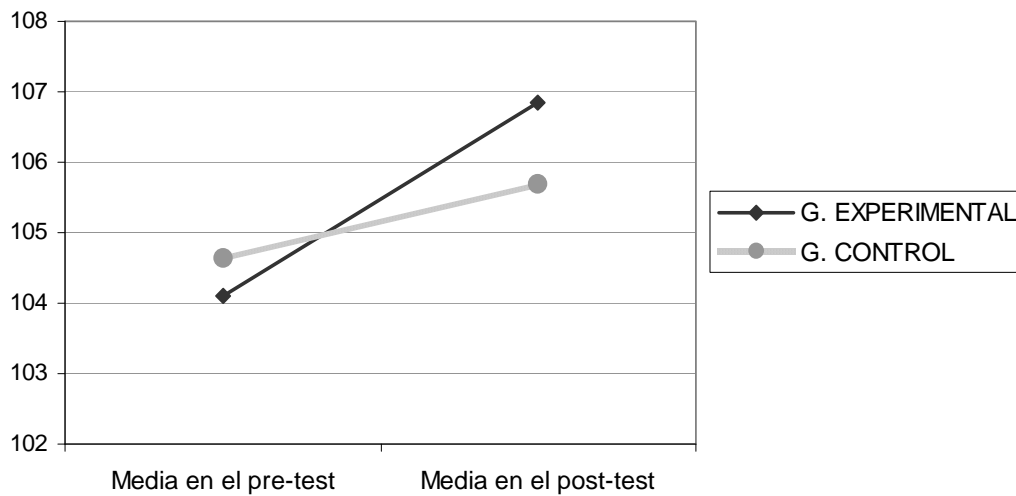
Como podemos observar en el Tabla 7.17, el grupo experimental aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones ($p < 0,01$). Antes de participar en el programa, la media en esta escala era de 104,10 (DT=12,10). En el post-test, la media asciende hasta 106,84 (DT=11,98); es decir, se produce un incremento en actitudes positivas hacia la sexualidad. En el grupo control, por el contrario, no aparecen diferencias significativas entre las dos mediciones.

Podemos decir por lo tanto, que entre los adolescentes que participaron en el programa "SOMOS" se produce una mejora considerable en sus actitudes hacia la sexualidad. Sin embargo, no encontramos este incremento de erotofilia entre los adolescentes del grupo control.

Tabla 7.17. Comparación en la ATSS entre el PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control.

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		ATSS PRE-TEST	ATSS POST-TEST	ATSS PRE-TEST	ATSS POST-TEST
ESTADÍSTICOS	N	71,00	71,00	51,00	51,00
	Media	104,10	106,84	104,64	105,69
	DT	12,10	11,98	14,05	14,81
CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS	Correlación	0,72		0,72	
	Sig.	0,000		0,000	
DIFERENCIAS RELACIONADAS	Media	-2,74		-1,05	
	DT	9,07		10,86	
PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS	t	-2,54		-0,69	
	gl	70,00		50,00	
	Sig. asint. (bilateral)	0,013		0,492	

Gráfico 7.11. Evolución en la ATSS del grupo experimental y el grupo control.



7.4. ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA MASTURBACIÓN (NA-MI)

7.4.1. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL NA-MI

Debido a la importancia que tiene en la sexualidad adolescente, hemos evaluado las actitudes negativas hacia la masturbación. Para ello administramos el *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI; Abramson y Mosher, 1975)*.

En el post-test, la escala presenta un nivel de fiabilidad excelente; con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,92. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la distribución de contraste de la escala. No aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones al inventario y la distribución normal; encontrándose un valor extremo absoluto de 0,08. La escala se ajusta a la normalidad; pudiendo utilizar, por lo tanto, estadística paramétrica (Tabla 7.18).

Encontramos un amplio rango en las puntuaciones a la escala, siendo éste de 83. El mínimo obtenido en el inventario se sitúa en 33 y el máximo en 116. Nos encontramos en la muestra desde adolescentes que carecen de actitudes negativas hacia la masturbación, hasta jóvenes que presentan niveles elevados de este tipo de actitudes. La media tiene un valor de 72,56 con una desviación típica de 15,87.

Gráfico 7.12. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en el NA-MI del Post-test

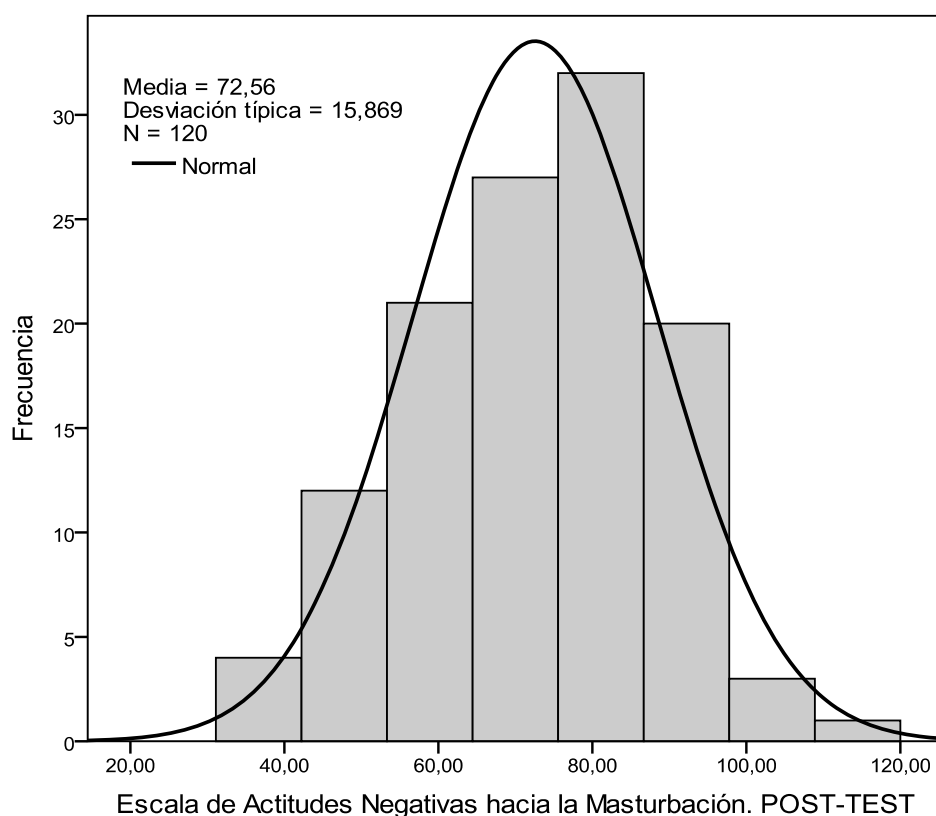


Tabla 7.18. Distribución y resultados en el NA-MI del Post-test: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		33,00		43,00		33,00	
Máximo		116,00		104,00		116,00	
Media		72,56	1,45	70,90	1,69	74,97	2,55
Desv. típ.		15,87		14,24		17,85	
Varianza		251,84		202,72		318,69	
Asimetría		-0,15	0,22	0,08	0,29	-0,48	0,34
Curtosis		-0,35	0,44	-0,76	0,56	0,02	0,67
Diferencias más extremas	Absoluta	0,08		0,08		0,09	
	Positiva	0,05		0,08		0,09	
	Negativa	-0,08		-0,08		-0,13	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,82		0,66		0,94	
Sig. asintót.		0,51		0,78		0,35	
N		120,00		71,00		49,00	

Gráfico 7.13. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el NA-MI del Post-test

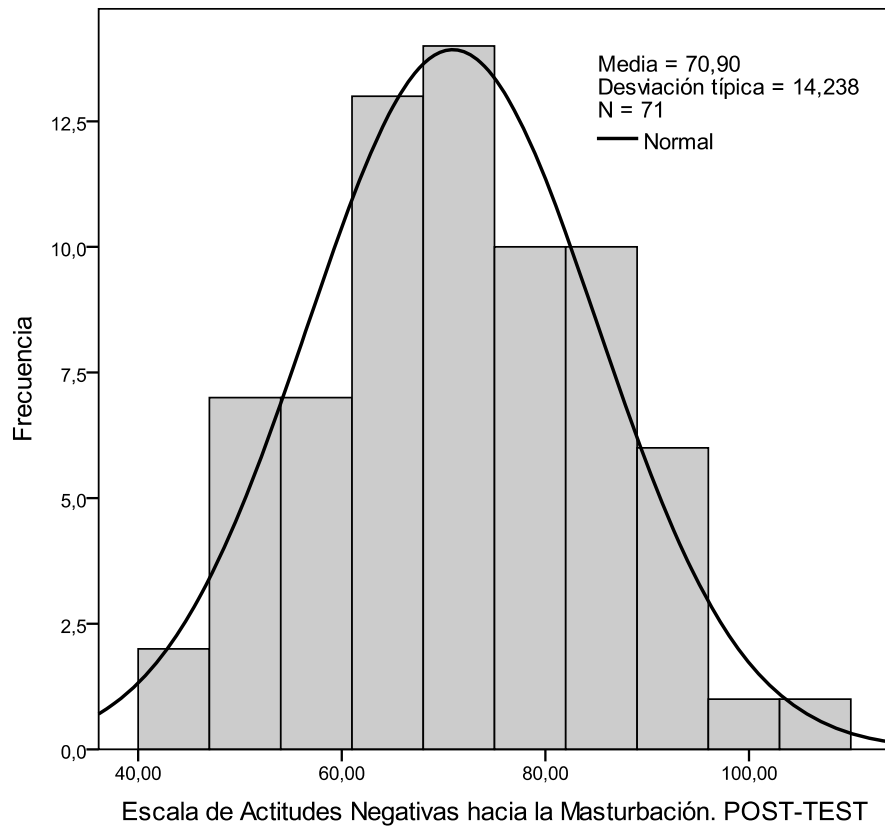
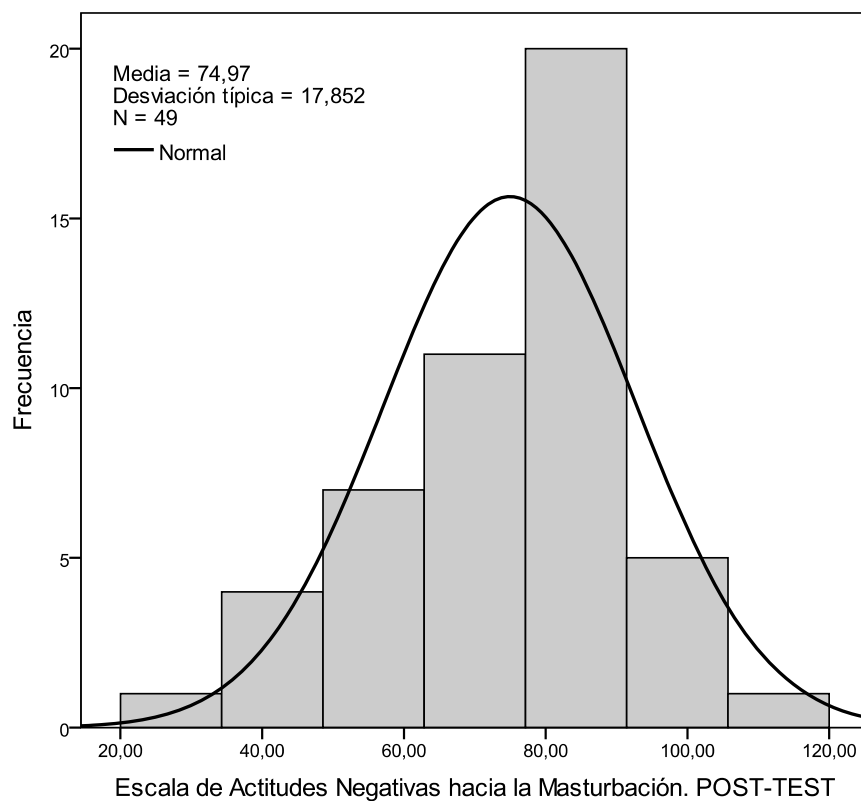


Gráfico 7.14. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en el NA-MI del Post-test



Aunque la distribución se ajusta a la normalidad, se aprecia una ligera curtosis negativa que evidencia una menor concentración en torno a la media, en este caso 72,55 (DT = 15,85). Se observa asimismo, una leve asimetría negativa que nos indica una suave tendencia hacia puntuaciones menores en la escala, es decir, hacia niveles superiores de actitudes erotofílicas hacia la masturbación (Gráfico 7.12)

La escala, en el grupo experimental, presenta un nivel de fiabilidad excelente; aunque sensiblemente inferior al encontrado en toda la muestra, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,90. Tras aplicar la Prueba de Kolmogorov-Smirnov en este grupo, no se descubren diferencias significativas entre las puntuaciones al inventario y la distribución de constaste normal; encontrándose un valor extremo absoluto de 0,08 (Tabla 7.18).

Las puntuaciones obtenidas en el NA-MI oscilan entre 43 y 104; es decir, desde niveles reducidos de actitudes negativas hacia la masturbación, hasta niveles apreciables de este tipo de actitudes. La distribución se ajusta a la normal (Gráfico 7.13). No obstante, se observa una leve curtosis negativa que indica una menor concentración en torno a la media, en este caso 70,90 (DT = 14,24). La asimetría es prácticamente despreciable, como podemos ver en la Tabla 7.18.

En el grupo control, la consistencia interna de la escala es sensiblemente mayor, con un Alfa de Cronbach es de 0,93. La Prueba de Kolmogorov-Smirnov, nuevamente, no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en el NA-MI y la distribución de contraste normal (Tabla 7.18).

Las puntuaciones al inventario oscilan entre 33 y 116; es decir, desde niveles casi inexistentes de actitudes negativas, hasta niveles elevados de este tipo de actitudes. La media, en este grupo, está situada en 74,97 (DT=17,85). Podemos observar, además, una ligera asimetría negativa que indica una cola izquierda más larga, es decir, una tendencia hacia puntuaciones inferiores en el inventario (Gráfico 7.14).

7.4.2. COMPARACIÓN DEL NA-MI EN EL PRE-TEST Y EL POST-TEST

Aplicamos al NA-MI la prueba T para muestras relacionadas, tanto en el grupo experimental, como en grupo control; a fin de conocer la evolución en sus actitudes negativas hacia la masturbación.

Como podemos observar en el Tabla 7.19, en el grupo experimental aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test ($p < 0,01$). El alumnado de este grupo obtiene una puntuación inferior en el

Gráfico 7.15. Evolución en el NA-MI del grupo experimental y el grupo control

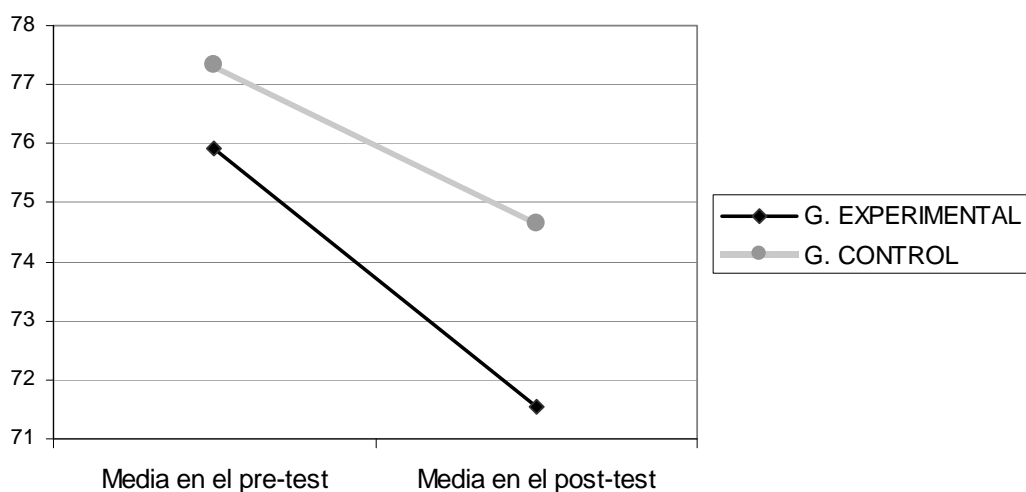


Tabla 7.19. Comparación en el NA-MI entre el PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control.

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		NA-MI PRE-TEST	NA-MI POST-TEST	NA-MI PRE-TEST	NA-MI POST-TEST
ESTADÍSTICOS	N	67,00	67,00	48,00	48,00
	Media	75,93	71,55	77,33	74,66
	DT	11,39	14,08	15,11	17,90
CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS	Correlación	0,50		0,78	
	Sig.	0,000		0,000	
DIFERENCIAS RELACIONADAS	Media	4,38		2,67	
	DT	12,97		11,23	
PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS	t	2,76		1,65	
	gl	66,00		47,00	
	Sig. asint. (bilateral)	0,007		0,106	

post-test, con una media de diferencias relacionadas de 4,38 (DT=12,97). En el grupo control, por el contrario, no se encuentran diferencias significativas al aplicar la prueba T para muestras relacionadas ($p = 0,106$). En los adolescentes de este grupo se produce un descenso en las actitudes negativas hacia la masturbación, sin embargo no es de carácter significativo (Gráfico 7.15)

Podemos decir, a la vista de los resultados, que nuestro programa educativo ayuda a eliminar y/o disminuir las actitudes negativas hacia la masturbación (Gráfico 7.15).

7.5. ADHESIÓN AL DOBLE ESTÁNDAR SEXUAL (DSS).

7.5.1. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA DSS.

En el capítulo anterior detallamos los problemas que encontramos en la fiabilidad de la escala en el pre-test. En la evaluación inicial, la DSS presentaba coeficiente Alfa de Cronbach de 0,58, es decir, una consistencia interna pobre. No obstante, en el post-test se volvió a aplicar la Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993), a fin de garantizar el paralelismo en el instrumento de medida.

La escala, en este caso, presenta una consistencia interna aceptable, con un Alfa de Cronbach para toda la muestra de 0,74. Aplicamos a la DSS la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer si la distribución se ajusta a la normalidad. Al igual que en las escalas anteriores, no aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas y la distribución de contraste normal (Tabla 7.20).

La escala DSS mide la adhesión al estándar sexual tradicional. Las puntuaciones en este caso, oscilan entre 10 y 49; es decir, de una nula aceptación de los roles sexuales tradicionales, a una plena aprobación del doble patrón sexual. En consonancia, la media de la escala para toda la muestra se sitúa en 25,03 (DT=6,40); indicando niveles intermedios de adhesión al estándar sexual tradicional.

Gráfico 7.16. Distribución de las puntuaciones de toda la muestra en la DSS del Post-test

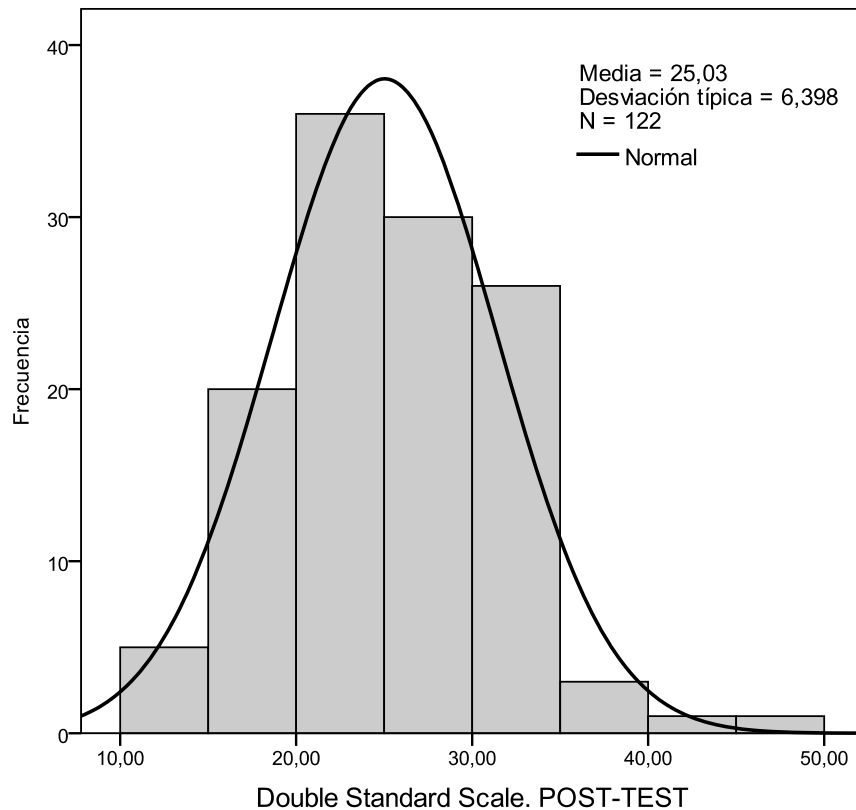


Tabla 7.20. Distribución y resultados en la DSS del Post-test: Muestra, grupo experimental y grupo control.

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.	Estadístico	Error Típ.
Mínimo		10,00		11,00		10,00	
Máximo		49,00		43,00		49,00	
Media		25,03	0,58	24,90	0,69	25,21	1,01
Desv. típ.		6,40		5,82		7,18	
Varianza		40,93		33,90		51,53	
Asimetría		0,37	0,22	0,09	0,29	0,55	0,33
Curtosis		0,97	0,44	0,37	0,56	1,19	0,66
Diferencias más extremas	Absoluta	0,06		0,08		0,06	
	Positiva	0,06		0,08		0,06	
	Negativa	-0,05		-0,07		-0,05	
Z Kolmogorov-Smirnov		0,71		0,70		0,43	
Sig. asintót.		0,70		0,71		0,99	
N		122,00		71,00		51,00	

Aunque la distribución se ajusta a la normalidad, se observan tanto curtosis como asimetría positivas. Los resultados obtenidos en la DSS se concentran en torno a la media ($M= 25,03$; $DT=6,40$). Además, nos encontramos una cola derecha más larga, es decir, una tendencia hacia niveles superiores de adhesión al doble estándar sexual tradicional (Gráfico 7.16).

En el grupo experimental, la escala presenta una menor consistencia interna, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,70. La fiabilidad es aceptable. Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, y nuevamente no se hallaron diferencias significativas con la distribución normal de contraste, con un valor extremo absoluto de 0,08 (Tabla 7.20). Se aprecia una ligera curtosis positiva que evidencia una mayor concentración de las puntuaciones en torno a la media, en este caso 24,90 ($DT=5,82$) (Ver Gráfico 7.17).

Las puntuaciones obtenidas en este grupo oscilan entre 11 y 43; es decir, del rechazo absoluto al doble patrón sexual, a una gran aceptación de los roles sexuales tradicionales. La media es inferior a la obtenida para toda la muestra, siendo 24,90 ($DT=5,82$), evidenciándose de este modo una menor adhesión al estándar sexual tradicional.

En el grupo control, la fiabilidad de la escala es sensiblemente mejor a la encontrada tanto el grupo experimental como en toda la muestra. El Alfa de Cronbach, en este caso es, 0,78. La DSS en este grupo presenta también una distribución de contraste normal; ya que la Prueba de Kolmogorov-Smirnov no detecta diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones a la escala y la normalidad (Tabla 7.20).

El rango de puntuaciones obtenidas en este grupo es muy amplio; puesto que oscilan entre 10 y 49. Nos encontramos, por lo tanto, con adolescentes que no aceptan el doble rol sexual y otros que, sin embargo, lo comparten: Aparecen niveles máximos de adhesión al estándar sexual tradicional. La media es ligeramente superior a la obtenida en el grupo experimental; su valor es 25,21 ($DT=5,82$).

La distribución se ajusta a la normalidad. En este grupo se aprecian tanto curtosis como asimetría positivas. Como podemos ver el Gráfico 7.18, las puntuaciones se concentran alrededor de la media, en este caso 25,21 ($DT=5,82$). Además, la cola derecha es sensiblemente más larga, evidenciándose una tendencia hacia niveles superiores en la escala.

Gráfico 7.17. Distribución de las puntuaciones del Grupo Experimental en el DSS del Post-test

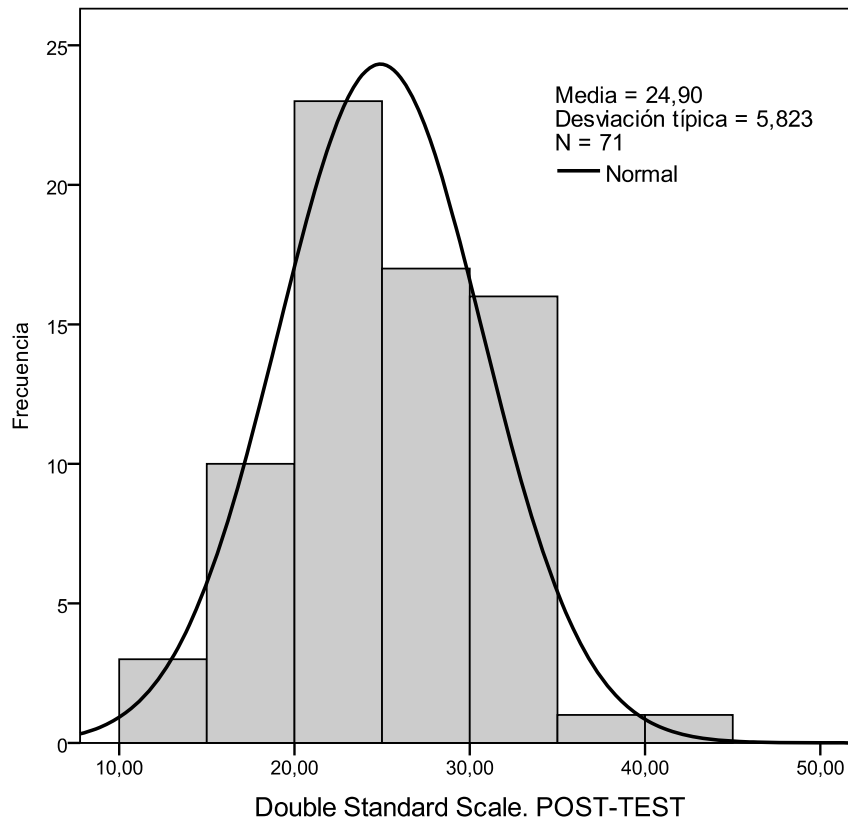
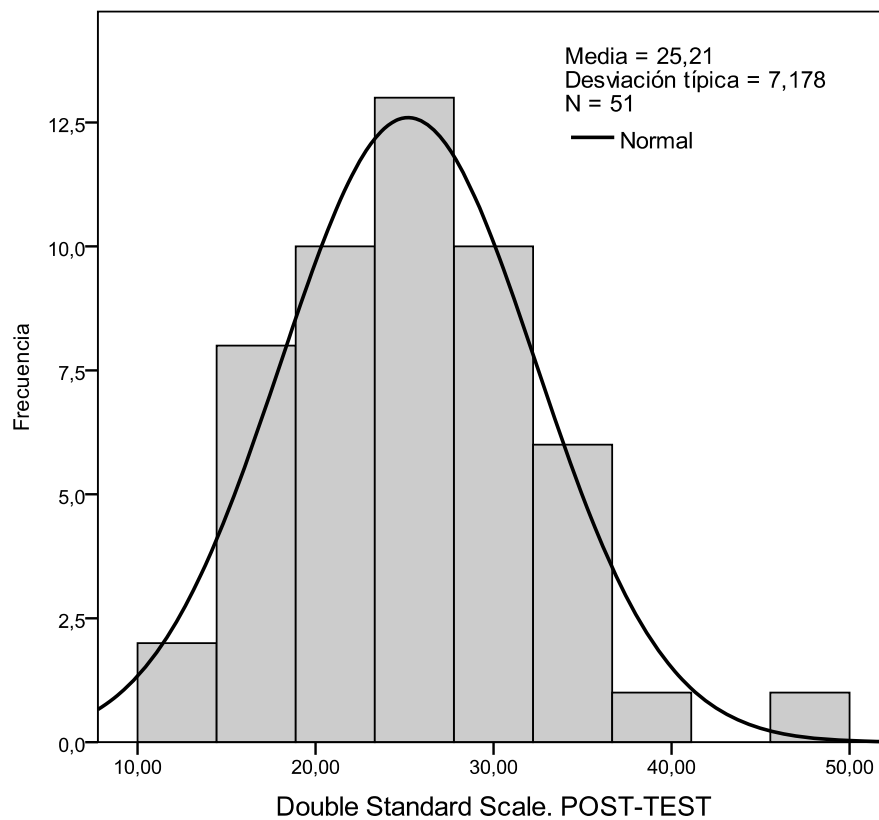


Gráfico 7.18. Distribución de las puntuaciones del Grupo Control en la DSS del Post-test



7.5.2. COMPARACIÓN DE LA DSS EN EL PRE-TEST Y EL POST-TEST

Aplicamos a la DSS la prueba T para muestras relacionadas, y observamos que en ambos grupos hay una disminución significativa en la adhesión al estándar sexual tradicional.

En el grupo experimental la puntuación media obtenida en la escala en el pre-test era 26,44 (DT=4,49) En el post-test, este valor es disminuye hasta 24,96 (DT=5,90); hallándose diferencias significativas entre ambas mediciones ($p < 0,05$). Se produce, por lo tanto, una disminución en la adhesión al estándar sexual tradicional. En el grupo control encontramos también, diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test ($p < 0,05$). En la evaluación inicial, la media en la escala era 27,15 (DT=5,76). En el post-test este valor se reduce a 25,33 (DT=7,30). En este caso, se produce también una mejora considerable es sus actitudes hacia la igualdad en la sexualidad de varones y mujeres (Tabla 7.21).

Estos resultados reflejan una mejora importante en ambos grupos. No podemos por ello, atribuir esta menor adhesión al estándar sexual tradicional al programa educativo. Es posible que el desarrollo y la experiencia hayan resultado determinantes para la disminución de las medias en la DSS. No obstante, debemos recordar que la escala en el pre-test presentaba una insuficiente fiabilidad, y que por lo tanto, la comparación entre ambas mediciones puede verse comprometida.

Gráfico 7.19. Evolución en la DSS del grupo experimental y el grupo control

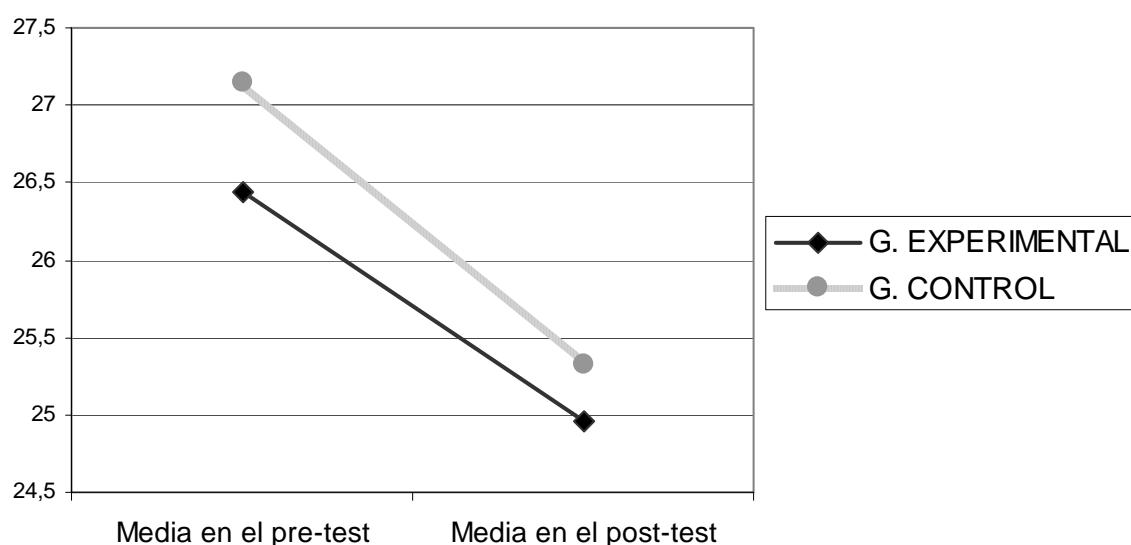


Tabla 7.21. Comparación en la DSS entre el PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control.

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		DSS PRE-TEST	DSS POST-TEST	DSS PRE-TEST	DSS POST-TEST
ESTADÍSTICOS	N	69,00	69,00	49,00	49,00
	Media	26,44	24,96	27,15	25,33
	DT	4,49	5,90	5,76	7,30
CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS	Correlación	0,55		0,59	
	Sig.	0,000		0,000	
DIFERENCIAS RELACIONADAS	Media	1,48		1,82	
	DT	5,07		6,07	
PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS	t	2,42		2,10	
	gl	68,00		48,00	
	Sig. asint. (bilateral)	0,018		0,041	

7.6. MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS

Una de las cuestiones evaluadas en este estudio fueron las medidas para evitar embarazos que enuncian los adolescentes y la eficacia que otorgan a dichas medidas. Como podemos observar en la Tabla 7.22, entre todas las aportaciones de la muestra se reúnen 35 medidas para evitar embarazos, aunque algunas de ellas son de dudosa o inexistente eficacia, como por ejemplo “*que la chica se sitúe abajo*”. Este tipo de medidas son propuestas por una minoría de la muestra. Las plasmamos en la tabla porque resultan interesantes a modo ilustrativo; ya que evidencian tanto mitos, como aprendizajes confusos o no consolidados, véanse las medidas 15 o 22 (“Castración del varón y la mujer” y “una especie de ancla”). En ambos casos, las medidas son eficaces pero el vocabulario que utilizan para designarlas es inapropiado. Los dos adolescentes que proponen la “*castración*”, por ejemplo, se refieren a la vasectomía y ligadura de trompas; ya que indican que se le realice al hombre o a la mujer. La medida 22 “*especie de ancla*”, es indicada por una chica del grupo experimental que aunque reconoce el mecanismo y la forma del dispositivo intrauterino (DIU), no ha aprendido o no recuerda el nombre científico-técnico del mismo. En cualquier caso, la mayor parte de las medidas que aparecen en la Tabla 7.22 son anecdó-

ticas e irrelevantes desde el punto de vista científico, ya que desde la 15 hasta la 35 son sugeridas por menos de 5 adolescentes entre los dos grupos.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente nos vamos a centrar en el análisis de aquellas medidas que son enunciadas por más del 10% de toda la muestra, es decir, las doce primeras medidas que aparecen en la Tabla 7.22.

Al igual que en el en el pre-test, el preservativo y la píldora anticonceptiva son las dos medidas más propuestas tanto por los adolescentes de grupo experimental, como por sus compañeros del grupo control. En ambos casos encontramos porcentajes similares a los obtenidos en la evaluación inicial. El condón es citado por el 97,18% del alumnado del grupo experimental y por un 92,31% del grupo control. Respecto a la eficacia otorgada al preservativo masculino, es adecuada en ambos grupos. De los 69 adolescentes del grupo experimental que sugieren esta medida, 66 valoran su eficacia, siendo 9,03 (DT=0,86) la media entre las distintas puntuaciones. En el grupo control encontramos una evaluación similar de la eficacia. En este caso, dos adolescentes que enuncian la medida no indican su eficacia. La media obtenida en las valoraciones dadas por los adolescentes de este grupo es 8,77 (DT=0,91). La píldora anticonceptiva, por su parte, es propuesta por el 80,28% de los adolescentes del grupo experimental y el 71,15% de aquellos que conforman en grupo control. Respecto a la eficacia otorgada a esta medida, nuevamente encontramos valores similares a los obtenidos en el pre-test. En el grupo experimental, son 53 los alumnos que evalúan la eficacia de la píldora anticonceptiva. La media obtenida entre sus puntuaciones es 7,23 (DT=1,59). En el grupo control son 35 los alumnos que valoran la eficacia de esta medida. La media obtenida en este grupo es 7,53 (DT=1,25). Podemos decir por lo tanto, que el preservativo masculino y la píldora anticonceptiva son medidas populares y correctamente evaluadas por los adolescentes de nuestro estudio. No obstante, estos resultados no son atribuibles al programa educativo puesto que en la evaluación inicial encontramos unos valores similares.

Tanto en el grupo experimental como en el control observamos que aumenta el porcentaje de alumnos que proponen el diafragma como medida para evitar embarazos, siendo más acusado el incremento en el grupo experimental. En el post-test, un 59,15% de los adolescentes de este grupo indican el diafragma, frente a un 35,21% que lo señalaban en el pre-test. En el grupo control proponían esta medida en el pre-test un 15,38%; ascendiendo al 25% en el post-test. Respecto a la eficacia otorgada al diafragma nos encontramos valoraciones similares en los dos grupos. En el grupo experimental, la media de las

puntuaciones dadas por los 38 adolescentes que evalúan la eficacia de esta medida es 7,18 (DT=1,29). En el grupo control sólo valoran la eficacia del diafragma 11 adolescentes, hallándose una media de 7,38 (DT=1,57). A la vista de estos resultados podemos afirmar que en ambos grupos existe un conocimiento adecuado y similar de la eficacia medida. Con todo, es probable que el programa “SOMOS” haya favorecido e incidido en el mayor recuerdo de esta medida entre los alumnos que asistieron al mismo.

La “marcha atrás” es una medida que en el post-test es considerablemente más enunciada que en el pre-test. Un 52,11% del alumnado del grupo experimental proponen esta medida después de haber participado en el programa educativo; sin embargo, en el pre-test el porcentaje era 19,72%. Asimismo, en el grupo control se produce un incremento, aunque no tan acusado, entre los dos momentos de estudio. En el pre-test, la “marcha atrás” es sugerida por el 19,23% de los adolescentes de este grupo. En post-test este valor aumenta al 32,69%. Aunque en el grupo experimental encontramos un importante aumento de la tasa de propuesta de la “marcha atrás” como medida para evitar embarazos, los adolescentes de este grupo evalúan más baja la eficacia de la medida. En este caso, todos los que escribieron la medida valoraron su eficacia, siendo la media 2,99 (DT=2,94). En el grupo control también evalúan la eficacia de la “marcha atrás” todos los adolescentes que la proponen, siendo la media 3,79 (DT=2,26). A la vista de los resultados podemos decir que, el programa educativo ha contribuido tanto a un mayor conocimiento de la práctica del coito interrumpido, como a una valoración más baja de la eficacia de esta medida.

En la Tabla 7.22 podemos apreciar que en el grupo experimental se incrementan considerablemente los porcentajes de algunas medidas. Con todo, debemos tener en cuenta que la recogida de información sobre las posibles medidas para evitar embarazos está condicionada por el recuerdo y la expresión de las mismas en el momento de contestar el test. Observamos también en la tabla, que los adolescentes del grupo control apenas enuncian el resto de medidas, siendo propuestas principalmente por sus compañeros del grupo experimental. Teniendo en cuenta esto, nos parece reseñable el aumento de alumnos del grupo experimental que proponen medidas como la ligadura de trompas, el DIU, el parche hormonal, el preservativo femenino o los espermicidas. Por ello, vamos a describir con detalle estos resultados.

Tabla 7.22. Medidas para evitar embarazos enunciadas por el grupo experimental y el grupo control en el PRE-TEST y en el POST-TEST

MEDIDAS PARA EVITAR ENMBARAZOS		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
1	CONDÓN	94,37%	97,18%	96,15%	92,31%
2	PÍLD. ANTICONCEPTIVA	77,46%	80,28%	75,00%	71,15%
3	DIAFRAGMA	35,21%	59,15%	15,38%	25,00%
4	"MARCHA ATRÁS"	19,72%	52,11%	19,23%	32,69%
5	LIGADURA DE TROMPAS	9,86%	35,21%	5,77%	1,92%
6	DIU.	4,23%	35,21%	7,69%	7,69%
7	PARCHE HORMONAL	5,63%	35,21%	0,00%	0,00%
8	VASECTOMÍA	25,35%	32,39%	11,54%	1,92%
9	PRESERV. FEMENINO	2,82%	21,13%	1,92%	3,85%
10	ANILLO VAGINAL.	5,63%	16,90%	3,85%	3,85%
11	ESPERMICIDAS	1,41%	16,90%	3,85%	1,92%
12	PÍLD. DEL DÍA DESPUÉS	21,13%	15,49%	11,54%	9,62%
13	"PETTING"	7,04%	11,27%	0,00%	0,00%
14	ABSTINENCIA	14,08%	5,63%	17,31%	7,69%
15	CASTRACIÓN	0,00%	2,82%	1,92%	1,92%
16	MASTURBACIÓN	0,00%	2,82%	0,00%	0,00%
17	MÉTODO OGINO	1,41%	1,41%	1,92%	3,85%
18	ABORTO	1,41%	1,41%	1,92%	1,92%
19	Tª BASAL	1,41%	1,41%	0,00%	1,92%
20	MÉTODO BILLINGS	1,41%	1,41%	0,00%	0,00%
21	TENER CUIDADO	1,41%	1,41%	0,00%	0,00%
22	ESPECIE DE ANCLA	0,00%	1,41%	0,00%	0,00%
23	SEXO ORAL	0,00%	1,41%	0,00%	0,00%
24	SEXO ANAL	0,00%	1,41%	0,00%	0,00%
25	BOLSAS, GLOBOS...	0,00%	1,41%	0,00%	0,00%
26	ANTICONCEPTIVOS	1,41%	0,00%	3,85%	3,85%
27	ESTAR SEGURO/A	4,23%	0,00%	0,00%	0,00%
28	MANTENER RELACIONES DURANTE LA REGLA	1,41%	0,00%	0,00%	0,00%
29	NO MANTENER RELACIONES DURANTE LA REGLA	0,00%	0,00%	1,92%	0,00%
30	CAMBIO DE SEXO	1,41%	0,00%	0,00%	0,00%
31	NO USAR PÍLDORAS	1,41%	0,00%	0,00%	0,00%
32	NO EYACULAR	0,00%	0,00%	1,92%	1,92%
33	MENOPAUSIA	0,00%	0,00%	1,92%	0,00%
34	HOMOSEXUALIDAD	0,00%	0,00%	1,92%	0,00%
35	LA CHICA SE SITÚE ABAJO	0,00%	0,00%	0,00%	1,92%
N		71,00	71,00	52,00	52,00

Gráfico 7.20. Medidas propuestas por el Grupo Experimental. Pre-test y Post-test

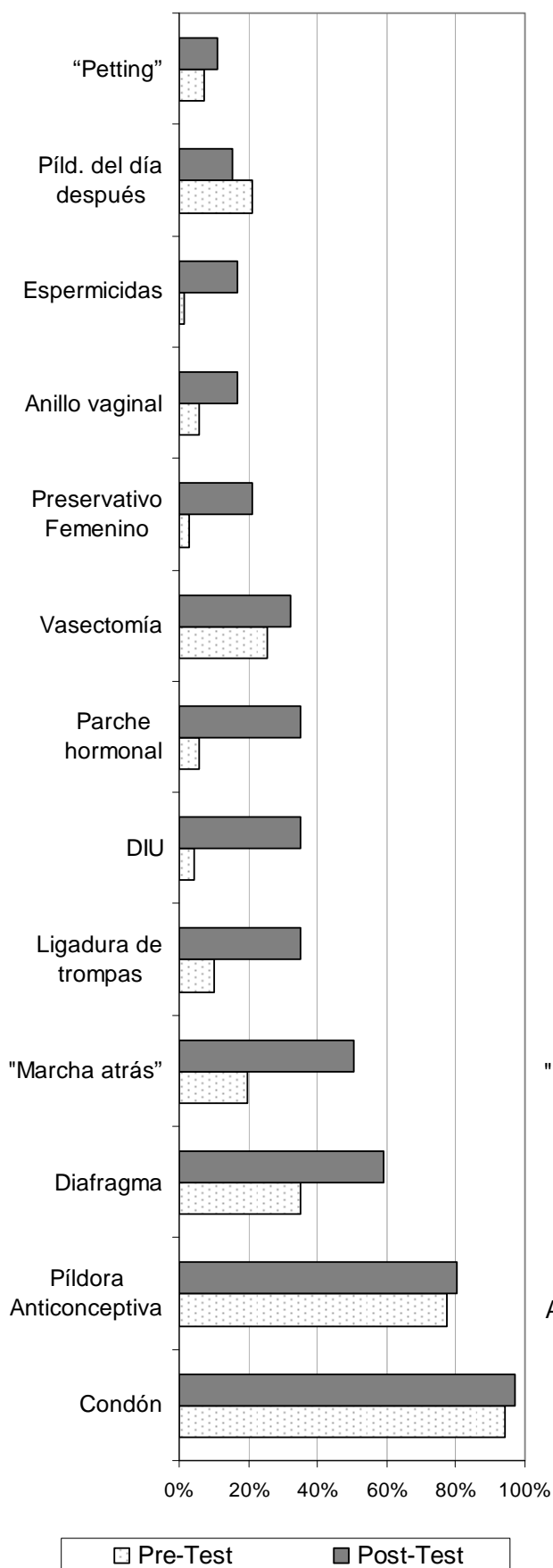
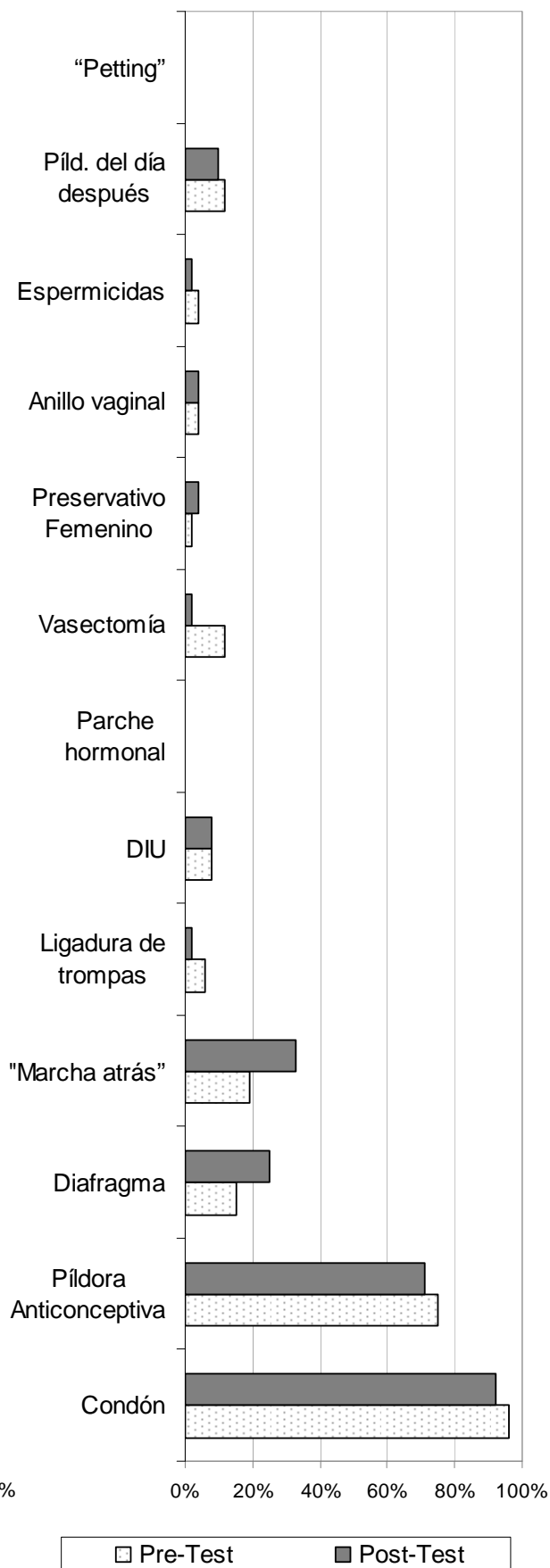


Gráfico 7.21. Medidas propuestas por el Grupo Control. Pre-test y Post-test



En el caso de la ligadura de trompas, un 35,21% de los adolescentes del grupo experimental plantean la medida después de haber participado en el programa. En el pre-test, sin embargo, la proponía un 9,86% de este grupo. En el grupo control, sólo una persona la enuncia esta medida en el post-test; lo que supone un descenso en relación al pre-test, ya que en dicha evaluación era sugerida por un 5,77% de los adolescentes de este grupo. Por último, cabe indicar la valoración, que hacen los chicos y chicas que participaron en el programa, de la eficacia de la ligadura de trompas como medida anticonceptiva. En este grupo, la media obtenida es 9,70 (DT=0,91), siendo 24 los adolescentes que evalúan la eficacia. En el grupo control, el único alumno que indica la medida la valora con un 10. El programa educativo parece estar interviniendo de forma positiva en el conocimiento y/o expresión de la ligadura de trompas como método para evitar embarazos. Con todo, los sujetos del grupo control que enuncian la medida tanto en el pre-test (tres personas), como en el post-test (una única persona), conocen la gran eficacia de la misma.

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos dónde más se aprecia un incremento en la tasa del alumnos del grupo experimental que lo proponen en el post-test. En el grupo control, sin embargo, los porcentajes se mantienen constantes en los distintos momentos de evaluación; siendo en ambos casos el 7,69% del grupo. Como hemos indicado, en el grupo experimental se produce un aumento notable de esta medida. En el pre-test sólo un 4,23% de los alumnos de este grupo sugería el DIU. En el post-test, este valor aumenta en más de 30 puntos, ascendiendo al 35,21%. Además, estos adolescentes juzgan eficaz el método, con una media de 7,32 (DT=1,27). Con todo, sus compañeros del grupo control consideran mayor su eficacia, siendo la media 8,88 (DT=1,03). No debemos olvidar, sin embargo, que sólo cuatro jóvenes de este grupo evalúan la eficacia de la medida. En cualquier caso, podemos colegir que el programa "SOMOS" ha promovido el conocimiento y difusión de esta medida; favoreciendo así su mayor recuerdo en el post-test.

Encontramos una situación similar con el parche hormonal. Un 35,21% de los adolescentes del grupo experimental lo sugiere en el post-test, mientras que en el pre-test enunciaba esta medida sólo un 5,63% de este grupo. En el grupo control ningún alumno propone el parche hormonal, ni en el pre-test, ni en el post-test. Respecto a la eficacia otorgada al parche hormonal, la media obtenida después de la intervención educativa es 6,57 (DT=1,83). Cabe señalar que tres adolescentes no puntúan la eficacia de la medida. El programa parece haber incidido de forma positiva en el conocimiento y recuerdo del parche hormonal como medida para evitar embarazos. Además, en el post-test, en relación a la

evaluación inicial, los adolescentes del grupo experimental consideran mayor la eficacia de este método anticonceptivo. Con todo, esta valoración aún podría ser superior, dado que el parche hormonal es una medida eficaz para prevenir embarazos no deseados.

Otras medidas que son enunciadas en el post-test por el grupo experimental en mayor proporción que en el pre-test son el preservativo femenino, el anillo vaginal y los espermicidas. En los tres casos son pocos los adolescentes que las plantean, pero el incremento en relación a la evaluación inicial es importante. El preservativo femenino, por ejemplo, es sugerido por el 21,13% de los alumnos después de participar en el programa educativo. En contraste, antes de la intervención sólo la planteaba el 2,28%. En el grupo control las tasas son inferiores. En el post-test sólo un 3,85% de los adolescentes lo sugiere; produciéndose un ligero ascenso en relación al pre-test, en el que sólo una persona lo indica. Respecto al anillo vaginal descubrimos una situación similar. Tras la intervención educativa un 16,90% de los adolescentes lo enuncia, mientras que en el pre-test es recordado por un 5,83%. En el grupo control, sin embargo, únicamente dos alumnos lo anotan (3,85%), tanto en el pre-test como en el post-test. Finalmente, observamos un considerable aumento en la mención, por parte del alumnado del grupo experimental, de los espermicidas. En el pre-test eran propuestos por un único adolescente (1,41%). En el post-test, sin embargo, el 16,90% de los adolescentes enuncian los espermicidas. En contraposición, en el grupo control se produce un descenso entre el post-test y el pre-test. En la evaluación inicial, los proponen dos alumnos (3,85%). Sin embargo en el post-test sólo un alumno lo sugiere (1,92%).

La eficacia otorgada a las tres medidas descritas es adecuada aunque no contamos con casos suficientes, siendo más notoria la carencia en el grupo control. En cualquier caso, a modo ilustrativo exponemos estos resultados. En el caso del preservativo femenino, la eficacia media otorgada en el post-test por los 15 alumnos del grupo experimental que lo proponen es 8,27 (DT=1,28). Este valor es superior al que encontramos en el pre-test, dado que el único adolescente que valora la eficacia del preservativo antes de la intervención le otorga un 7. En el grupo control tanto en el pre-test la única persona que lo propone le considera su eficacia de 9. Asimismo, en el post-test la media de las dos únicas valoraciones es 9 (DT=1,41). En el caso del anillo vaginal, la eficacia media encontrada en el post-test es 7,25 (DT=1,28) entre valoraciones dadas por 8 alumnos del grupo experimental. En el pre-test la media es superior, aunque sólo evaluaron la eficacia de la medida 5 sujetos, siendo 8 (DT=1,22). En el grupo control encontramos una situación similar. En el pre-test son 3 alumnos quienes

indican el grado de eficacia siendo la media 8 (DT=1). En el post-test, nuevamente la media coincide con el grupo experimental, es decir, la media de obtenida de las dos únicas evaluaciones de eficacia es 7,25 (DT=1,06). Por último, la eficacia de los espermicidas es valorada en el post-test por 10 alumnos del grupo experimental y uno del grupo control. Entre los adolescentes que participaron en el programa la media obtenida es 6,75 (DT=1,66). En el pre-test, sin embargo, la única adolescente que evalúa la eficacia de los espermicidas le otorga un 4. Como ya hemos indicado en el post-test sólo un estudiante del grupo control valora la eficacia de los espermicidas, puntuándola con un 8. En el pre-test, sin embargo, la media obtenida entre las dos únicas valoraciones de eficacia es 8 (DT=2,83).

Podemos decir que el programa “SOMOS” ha favorecido el mayor recuerdo y la expresión de las medidas anteriormente detalladas (preservativo femenino, el anillo vaginal y los espermicidas) en los adolescentes que participaron en él. Además, en éstos se aprecia una ligera mejora en cuanto a la evaluación de la eficacia de estas tres medidas. Con todo, no debemos olvidar que son pocos los adolescentes que valoran la eficacia de estas medidas.

En contraposición a lo descrito en este apartado, la expresión y valoración de la píldora del día después como medida para evitar embarazos disminuye en el post-test (Véanse la Tabla 7.22, los Gráficos 7.20 y 7.21). En el grupo experimental las tasas de sugerencia de esta medida se reducen de un 21,13% en el pre-test a un 15,49% en el post-test. Además, la eficacia otorgada también disminuye. En el pre-test, 13 adolescentes de este grupo evaluaban el grado de eficacia de esta medida, obteniéndose una media de 7,85 (DT=1,34). En el post-test son 11 los alumnos que puntúan la eficacia, siendo en este caso 6,18 (DT=1,66) la media obtenida. En el grupo control, también se aprecia una menor tasa de proposición de la píldora del día después en el post-test. En la evaluación inicial fue propuesta por un 11,54% de este grupo. La eficacia media obtenida en esta evolución fue 8,60 (DT=1,52); no obstante sólo 5 adolescentes indicaron el nivel de eficacia. En el post-test, sin embargo, la píldora del día después es enunciada por el 9,62% de los alumnos de este grupo. En este caso, cuatro adolescentes valoran el nivel de eficacia de esta, siendo la media 7,50 (DT=2,08). En líneas generales disminuye la aceptación o propuesta de la píldora del día después. Esta circunstancia es más notoria en el grupo experimental, aunque se produce levemente en el grupo control.

Por último, es necesario describir la situación encontrada con el “*petting*” como otra posible medida para evitar embarazos. Tanto en el pre-test como en

el post-test, esta práctica sexual no es propuesta por el alumnado del grupo control. En el grupo experimental, por el contrario, es propuesta por el 7,04% del alumnado antes de participar en el programa y por el 11,27% después de haber participado en el mismo. Aunque el incremento no es notable supone una mejora importante dada la plasticidad y versatilidad de esta práctica ante posibles situaciones de riesgo. En cuanto a la eficacia otorgada por los adolescentes a esta medida en ambas mediciones es elevada. En el pre-test, por ejemplo, son 5 los jóvenes que evalúan este aspecto, obteniéndose una media de 9,80 (DT=0,45). En el post-test el número de alumnos que valoran la eficacia del “*petting*” asciende a 8, hallándose una media de 9,75 (DT=0,71). En ambos casos las valoraciones son acertadas. El programa “SOMOS” incide en la práctica del “*petting*” y quizás por ello aumentan sensiblemente las tasas de propuesta de esta práctica. Con todo, no se produce un contundente incremento.

En resumen, los adolescentes estudiados, después de participar en el programa, enuncian más medidas adecuadas para evitar embarazos, como por ejemplo el DIU, la ligadura de trompas o el parche hormonal. No obstante, el método anticonceptivo y preventivo por antonomasia, el condón, es reconocido de forma similar por los dos grupos en los distintos momentos de evaluación. Respecto al nivel de eficacia otorgado a las distintas medidas, también observamos una mejor valoración de este aspecto después del programa.

7.7. PREGUNTA ABIERTA

Al igual que en el capítulo anterior, detallamos las respuestas dadas por los adolescentes en la pregunta abierta del cuestionario. En este caso, los comentarios escritos nos permiten conocer qué dudas e interrogantes persisten después del programa, cuáles han sido superados y otras nuevas cuestiones que hayan podido surgir a raíz del programa.

Nuevamente nos encontramos ante adolescentes que no contestan a este apartado del cuestionario: El 21,14% de la muestra. También aparecen en el post-test chicos y chicas que plantean observaciones pero no preguntas o intereses. Éstos suponen el 15,45% de la muestra. No obstante, la mayor parte de los jóvenes (63,41% de la muestra) contestan interrogando dudas, intereses u otras cuestiones que para ellos se tornan fundamentales (Gráfico 7.22). Como podemos observar en los Gráficos 7.23 y 7.24, son principalmente los adoles-

centes del grupo experimental quienes más se animan a escribir en esta pregunta. Por un lado, el 69,01% de este grupo plantea dudas, frente al 55,77% de grupo control. Además, un 23,94% del alumnado que participó en el programa escribe otro tipo de observaciones, mientras que este tipo de cuestiones sólo son planteadas por el 3,85% de sus compañeros del grupo control.

A continuación presentamos la transcripciones literales de los comentarios escritos por el alumnado de ambos grupos, reproduciendo el lenguaje y las expresiones que aparecen en los cuestionarios. Exponemos además, las observaciones y apuntes que hacen aquellos adolescentes que no plantean dudas pero sí contestan a esta pregunta. Incluimos, a lo largo de este apartado, diversas consideraciones que hemos estimado oportunas para una mejor comprensión en esta pregunta. Como ya explicamos en el capítulo anterior, es necesario realizar un análisis pormenorizado de los distintos comentarios en función de la temática

Gráfico 7.22. Índice de respuesta a la pregunta abierta del Post-Test e toda la muestra

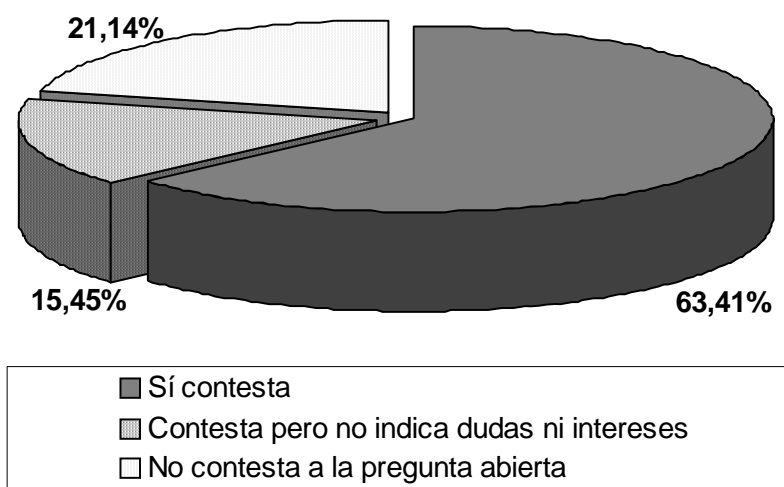


Gráfico 7.23. Índice de respuesta a la pregunta abierta del Post-Test en el Grupo Experimental

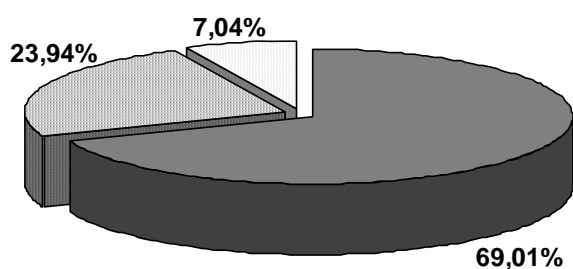
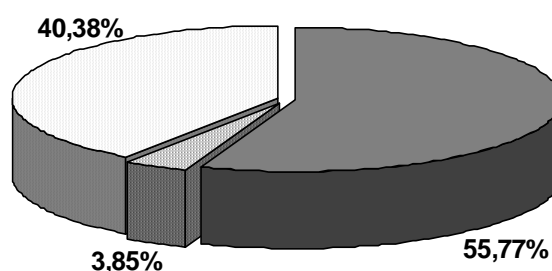


Gráfico 7.24. Índice de respuesta a la pregunta abierta del Post-Test en el Grupo Control



mediante un acuerdo interjueces. Tarea que queda abierta para el futuro. En cualquier caso, las transcripciones que mostramos aportan una mayor explicación del funcionamiento del programa, además de permitir un conocimiento más cercano de la vivencia de la sexualidad de estos adolescentes.

Las Tablas 7.23 y 7.24 reflejan las respuestas dadas en el pre-test y en el post-test por cada uno de los adolescentes varones de los dos grupos (experimental y control). De esta manera podemos comparar y conocer la evolución en sus dudas e intereses.

En el grupo experimental son muchos los alumnos que después de haber participado en el programa plantean preguntas relacionadas con el preservativo. Algunas de éstas evidencian confusión y desconocimiento en aspectos tan relevantes como la imposibilidad de reutilizar los condones, o la exigencia de utilizarlo si se practica sexo oral o anal (véase alumno cuyo identificador es 3). No obstante, la mayor parte de las preguntas en el post-test sobre los preservativos aluden a aspectos tan variados como su fecha de caducidad o la posibilidad de que los regalásemos (ver por ejemplo, los comentarios escritos por los sujetos 5 y 49). En el grupo control sin embargo, tan sólo un alumno plantea en el post-test un comentario referido al condón y su utilización (ver en la Tabla 7.24 el alumno 119).

Al igual que sucediera en el pre-test, los adolescentes del grupo control plantean bastantes preguntas sobre *“la primera vez”*; véanse por ejemplo, los comentarios escritos por los sujetos con identificador 121, 122 o 115 (Tabla 7.24). En el grupo experimental, por el contrario, son menos los adolescentes que se interesan por cuestiones vinculadas a *“la primera vez”*. Observamos, además, que en este grupo se produce un descenso en el planteamiento de preguntas sobre estas temáticas en el post-test. En este grupo han desaparecido los comentarios referidos a las posibles molestias o dolores que pueda ocasionar el coito tanto a su pareja sexual como a ellos mismos. Con todo, aparecen algunas, como las planteadas por los alumnos con identificador 6, 9 o 17 (Tabla 7.23). La edad sigue constituyendo en el post-test una preocupación importante, tanto en el grupo experimental como en el grupo control (véanse por ejemplo los comentarios escritos por los sujetos 6 o 17 del grupo experimental, o los sujetos 120 y 136 del grupo control).

En consonancia con lo expuesto hasta ahora, en el grupo experimental se aprecia una disminución en las preguntas referidas a la respuesta sexual humana, principalmente la femenina, y a la anatomía sexual. Incluso un alumno plan-

tea la necesidad de tratar más en profundidad en los hombres estas cuestiones (ver alumno 59). En el grupo control, estas cuestiones apenas aparecían en el pre-test, encontrando una situación similar en el post-test.

En el post-test la masturbación constituye nuevamente un tema de gran interés para los adolescentes. Pese a ser tratado ampliamente en el programa educativo, aparece en las preguntas del grupo experimental. En general, los adolescentes de este grupo siguen planteándose la conveniencia de esta práctica, así como sus posibles “contraindicaciones”, como podemos observar en los comentarios escritos por los alumnos 19 y 20. Entre los adolescentes del grupo control, la masturbación preocupa menos, apareciendo tan sólo un comentario sobre este tema (alumno 115).

Por último, en relación al pre-test aparecen en ambos grupos muchas preguntas sobre las posturas, el Kamasutra y el punto G. Además, suelen estar planteadas de manera conjunta como podemos observar en los comentarios anotados por los alumnos 49 del grupo experimental y 113 del grupo control. En el grupo experimental, observamos un incremento en la curiosidad por las posibles Infecciones de Transmisión Sexual (ver por ejemplo los comentarios del alumno 26 o el 28) Además, en ocasiones, los comentarios están vinculados a determinadas prácticas como el sexo oral o el sexo anal (ver por ejemplo alumnos 3 y 5); llegando incluso a preguntar el riesgo que implican prácticas como la masturbación o el “*petting*” (alumnos 1 y 22, por ejemplo).

En líneas generales podemos decir que, aún participando en el programa, los varones del grupo experimental mantienen algunas de sus preocupaciones y dudas iniciales, como las distintas prácticas y posturas sexuales (sexo oral, sexo anal, masturbación, etc.). Apreciamos además un mayor interés en el post-test por las Infecciones de Transmisión Sexual y su prevención. Aparecen incluso, preguntas que de forma explícita fueron contestadas a lo largo del programa. Cabe una reflexión al respecto ya que desconocemos si estas preguntas son indicadas por una carencia del programa, o porque son cuestiones que les preocupan especialmente. En cualquier caso, parece que el programa ha contribuido al mayor interés por la salud o espíritu saludable. Además, observamos cierta mejora en el vocabulario utilizado apareciendo términos como “*petting*”, anticonceptivos, masturbación, relaciones sexuales, excitación, coito, preservativos, etc. Por otro lado, en el grupo control las preguntas realizadas en el post-test son similares a las que plantearon en el pre-test, lo que puede deberse a la no intervención con este grupo. En concordancia, observamos además una disminución en la cantidad de dudas y cuestiones planteadas.

Tabla 7.23. Respuestas dadas a la pregunta abierta por los varones del grupo experimental

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
NINGUNO	48	14	PRE-TEST	Posturas Camasutra. Punto G
			POST-TEST	Posturas del camasutra. Saber donde esta el punto g.
	49	14	PRE-TEST	Posturas Kamasutra. Posición punto G
			POST-TEST	Conocer las posturas del Kamasutra. Saber dónde está el punto G femenino ¿Vais a regalar condones?
BESOS Y CARICIAS	1	14	PRE-TEST	¿Se sufre algún riesgo practicando sexo oral? ¿Cómo hay que tratar a la chica la primera vez y cómo hacerlo bien (vamos sin que pase nada malo)? ¿Cuál es el sitio ideal para guardar los preservativos? ¿Las duele mucho a las chicas?
			POST-TEST	¿Qué riesgos implica practicar sexo anal u oral? ¿Qué riesgos implica la masturbación femenina?
	3	16	PRE-TEST	¿Como se hace una felación femenina? ¿Si estas embarazada puedes mantener relaciones sexuales ¿El sexo oral es mejor y da más placer con goma? ¿Como se tiene sexo entre mujeres? ¿y hombres? ¿Cual es lo mas rapido para calentar a una chica o chico?
			POST-TEST	Cada vez que se mantienen relaciones sexuales en un mismo tiempo hay que cambiarse el preservativo? Para penetrar en el ano se necesita condón? Para mantener relaciones orales es necesario ponerse preservativo? Cual es el anti-conceptivo más seguro? Si se rompe el condón en el acto sexual que hay que hacer.
	5	15	PRE-TEST	¿Qué es más seguro los preservativos o la píldora?
			POST-TEST	¿Qué pasa si quieres tener relaciones sexuales y no tienes protección? ¿Caducan los preservativos? ¿Para practicar sexo oral es necesario usar protección? ¿Es bueno para la salud practicar sexo?
	6	14	PRE-TEST	¿La primera vez duele? ¿Que metodos son los más eficaces para la protección? ¿Cuales son las edades más frecuentes para la primera vez?
			POST-TEST	Asuntos sobre la primera vez en la que hay una relación sexual. Peligros del sexo anal. los peligros que hay en la primera relación sexual. tiempo de caducidad de los preservativos.
	9	14	PRE-TEST	¿Cuál es el porcentaje de riesgo de que una chica se quede embarazada si no usa condón? ¿Por qué son tan caros? Pienso que, ya que la sociedad se queja tanto de que los jóvenes no usamos condón, podrían regalarlos, porque 10€ es mucho
			POST-TEST	La verdad es que no tengo demasiadas dudas sobre sexualidad. Me gustaría aprender más sobre como estar seguro en la primera vez y el petting. También sobre el desarrollo del cuerpo masculino y las etapas de la adolescencia.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
BESOS Y CARICIAS	17	14	PRE-TEST	Me gustaría aprender sobre Educación Sexual: Íntegramente el cuerpo de la mujer. Conocer detenidamente algún vocabulario especial: como el punto G o la libido. Descubrir más cosas sobre mi cuerpo P.D.: Soy un tio. Lo más placentero para cada sexo. Curiosidades sobre el sexo oral. Que se nos muestren distintos objetos necesarios en la práctica. Algunos trucos conocidos. Que es la fimosis.
			POST-TEST	INFORMACIÓN QUE NECESITAMOS: Me gustaria recibir mas información sobre la primera relación de una persona ¿Cómo fue? ¿Estuvo bien?... Trucos interesantes para conseguir una excitación más notable en el sexo opuesto Tipos de sexo (sexo seguro incluido) Saber qué edad es la más propicia para tener relaciones sexuales Creo que ya nos han metido bastante por.. ... los ojos lo del sexo seguro. Pero, ¿realmente es seguro al 100%?
	18	14	PRE-TEST	Si tal como las mujeres pierden la fertilidad a una edad avanzada ¿Los hombres tambien la pierden, es decir pierden el poder de eyacular? ¿La práctica del sexo anal, puede provocar el embarazo? ¿Siente la mujer dolor en su primera relación sexual? ¿Por qué? La masturbación muchas veces al día, ¿puede provocar impotencia? Si se utiliza el preservativo ¿se necesitan más medidas o ya se previene?
			POST-TEST	Preservativos, Masturabación, Facilidad de Embarazo, Mentiras sobre la prevención del embarazo, Que nos regalen preservativos
	19	14	PRE-TEST	¿Masturbarse, es bueno o malo? ¿Hasta que edad crece el pene? Si chupas el coño, ¿te pueden entrar infecciones? ¿Se puede usar la viagra a nuestra edad? ¿Cuántas veces a la semana es bueno eyacular? ¿Si tienes fimosis (te han operado) tienes hijos? ¿Te da elmismo gusto si tienes (has tenido) fimosis? ¿Si la tienes pequeña puedes tener hijos?
			POST-TEST	En la otra encuesta también puse dudas pero no me las han resuelto. Bueno me gustaría conocer, a partir de cuantas veces es malo cascarme pajas por semana. A partir de cuantos años te empieza a crecer el pene, si es beuno tener semen en tus calzoncillos durante más de dos horas. Me gustaría poder saber las respuestas a estas preguntas. Nada más. Cómo afecta una operación de fimosis en cualquier aspecto sexual.
	20	14	PRE-TEST	Durante los tres años que llevo en el instituto hemos tenido dos o tres clases de sexología. A lo largo de estas clases nos han explicado y nos hemos enterado muy bien de este tema. ¿La primera vez duele? ¿Como puede durar más el orgasmo? Vocabulario más tecnico ¿Que es la fimosis?
			POST-TEST	Me gustaria saber si los hombres tenemos algún punto G. Cual es la medida media del pene a los 14 años? Puedes coger alguna infección/enfermedad al ingerir semen ajeno? Hay algunos sintomas(efectos secundarios al masturbarse? Que es la prostata?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*	
BESOS Y CARICIAS	24	15	PRE-TEST	¿Es bueno masturbarse? ¿Hasta que edad crece el pene? ¿Que es la marcha atrás? ¿Es buena la viagra? ¿Cada cuanto tiempo es bueno eyacular? ¿Influye la fimosis en la vida sexual?	
			POST-TEST	Me gustaría saber acerca de las enfermedades de transmisión sexual. También que es la fimosis. Y si tiene alguna consecuencia la masturbación en la edad adulta. Qué es la próstata	
	26	14	PRE-TEST	Me gustaría poder manejar más vocabulario, y conocer más conceptos y acciones relacionadas con la sexualidad para no ser tan autosuficiente y estar más seguro en este tema. Prefería poder comprender e indagar en su estudio, y en el tipo de formación que nos produce. Me gustaría saber más sobre lo que parece obvio y aprender lo que todavía desconocemos.	
			POST-TEST	Me gustaría saber si el sexo oral produce algún tipo de enfermedad contagiosa. También me gustaría conocer más a fondo estas enfermedades de transmisión sexual, ETS. Sería conveniente ofrecer más datos como porcentajes sobre enfermedades o uso del preservativo, etc...	
	28	14	PRE-TEST	Me gustaría aumentar mis conocimientos sobre la sexualidad.	
			POST-TEST	Me gustaría saber un poco más de información sobre algunos temas, sobre el sida, y algunas enfermedades relacionadas. Y este año he aprendido mucho sobre las prevenciones.	
	59	17	PRE-TEST	A una mujer ¿que es lo que normalmente más le gusta que le hagan en la cama? ¿Cuál es la mejor forma de empezar con una tia antes del sexo? ¿Influye mucho el tamaño y el grosor del pene? Si es así, ¿cuáles son las medidas normales?	
			POST-TEST	Las dudas sobre sexualidad mas o menos quedaron resueltas en el programa de educación sexual, aunque estaría bien que se centraran un poco más en los hombres, ya que casi siempre se habla de las mujeres.	
	PETTING	16	14	PRE-TEST	Me interesa conocer cosas sobre la mujer y sobre el hombre. Pero sobre todo sobre la mujer. Lo mas placentero para cada uno. Cosas sobre el sexo oral. Como alcanzar el punto G femenino. Querría ver distintos juguetitos eróticos para hombres y mujeres. Todo sobre la fimosis.
				POST-TEST	me gustaria saber algo sobre el sexo seguro y también me gustaría informarme de los problemas que puede tener el hombre y la mujer a la hora de tener relaciones sexuales. Me gustaría saber como excitar al hombre y a la mujer. Algo sobre el aborto. Y algo que me llama la atención es la fimosis...: ¿Que es? ¿Es un problema? ¿Ventajas o inconvenientes? masturbación de los hombres y de las mujeres...
		22	14	PRE-TEST	¿La primera vez duele? ¿El condón es siempre eficaz? ¿es peligroso el sexo oral?
				POST-TEST	Las diferentes enfermedades que se pueden contraer tanto como con el sexo coital, oral o petting

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
PETTING	54	15	PRE-TEST	Me gustaria tener aspectos de todo. Me interesaria saber todas las posturas del kamasutra
			POST-TEST	Posturas del kamasutra, ¿Dónde esta el punto g? ¿Obsequiareis condones gratis? ¿Cual es la edad a la que se aconseja practicar el coito? ¿Es aconsejable practicar sexo? ¿Porque este tipo de cursos no se dieron con anterioridad?
	56	14	PRE-TEST	¿Por que las chicas sangran la 1ª vez? Alguna postura chula ¿Por qué a los hombres no se les desarrollan las bufas?.
			POST-TEST	Más posturas para hacerlo, saber donde está el punto g. Que nos den condones.
	77	14	PRE-TEST	Como funcionan los métodos de prevención, problemas posibles que estos originan o pueden originar. Posibles enfermedades de transmisión sexual.
			POST-TEST	-Porqué hay que usar el condón como método anticoncepción -Que pasa durante el embarazo -Cuales son las partes sexuales -Como funciona la píldora -Cómo funciona los anti-espermicidas (o algo asi) -Cuales son las enfermedades más importantes -Cuales son las enfermedades menos importantes -Porque esto es tan importante?
RELACIONES COITALES CON UNA ÚNICA PAREJA	4	15	PRE-TEST	¿El sadomasokismo se considera una forma de acer el amor? ¿Si te corres en la boca te pueden entrar infecciones? ¿Si te depilas el coño, es más posible que se rompa el condon? ¿Qué es lo más rapido para calentar a una chica? ¿A qué sabe el semen? Como se tiene sexo entre dos mujeres ¿Y entre hombres? ¿Qué hay que estudiar para ser actor porno? ¿Cuánto te tiene que medir para ser actor porno
			POST-TEST	Me interesa poco porque todo lo que nos enseñaron ya me lo savia. un pensiente en el coño da morbo?
	14	14	PRE-TEST	Métodos para tener relaciones sexuales sin usar preservativo. Cuantas relaciones (sexuales) puede tener una persona en una noche.
			POST-TEST	¿Puede una chica tener relaciones cuando tiene la regla?
	71	16	PRE-TEST	Ha mi me gustaría informarme sobre todo tipo de cosas relacionadas con la sexualidad todo tipo de formas para dar placer a la chica y todo tipo de juegos eroticos. todas las formas y posturas para realizar el acto sexual.
			POST-TEST	Donde se pueden conseguir preserbativos gratis.
RELACIONES COITALES CON VARIAS PAREJA	32	15	PRE-TEST	Donde esta el punto G? el Y? el K? Es efectiva la marchaa-tras? Las tias no se corren sin preliminares? Como hacer q a una tia le guste?
			POST-TEST	El 69 se considera sexo?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 7.24. Respuestas dadas a la pregunta abierta por los varones del grupo control

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
NINGUNO	106	14	PRE-TEST	Si te masturbas te quedas ciego?
			POST-TEST	Kamasutra. Riesgos.
	120	14	PRE-TEST	Media de edad que tienen las personas cuando tienen relaciones sexuales. Diferencia de edad entre los hombres y las mujeres.
			POST-TEST	Cuáles son los métodos anticonceptivos. Edad media con la que se empiezan las relaciones sexuales
	136	14	PRE-TEST	En general, solo me interesaría saber: ¿Cuál es la edad idónea para empezar las relaciones sexuales, o el modo seguro de practicarlas?
			POST-TEST	¿A qué edad se suele empezar a mantener relaciones sexuales? ¿Cuál sería la adecuada?
	141	15	PRE-TEST	¿Es verdad que las eyaculaciones (mamadas) mejoran la salud? ¿Cómo se hace una cubana? ¿Se te puede acabar el semen masturbándote? ¿Las películas porno son legales?
			POST-TEST	¿Como se da un beso con lengua?
BESOS Y CARICIAS	92	15	PRE-TEST	¿Se puede tener sexo sin penetración? ¿Los ancianos tienen sexo?
			POST-TEST	Kamasutra. Riesgos.
	93	14	PRE-TEST	¿La primera vez duele? ¿Que metodos son los más eficaces para la protección? ¿Cuales son las edades más frecuentes para la primera vez?
			POST-TEST	Kamasutra. Riesgos.
	113	15	PRE-TEST	¿Si te masturbas te quedas ciego?
			POST-TEST	Los riesgos del kamasutra.
	121	14	PRE-TEST	¿Cuál es la edad idonía para mantener relaciones sexuales?
			POST-TEST	Como es la 1ª vez
	122	14	PRE-TEST	Me gustaría recibir más información sobre todo lo relacionado al sexo. Como por ejemplo, ¿cual es la edad media en la que se suele empezar a practicar el sexo?; ¿Como se hace?
			POST-TEST	Me gustaría saber más sobre cómo se debería hacer el amor, detalladamente.
	134	14	PRE-TEST	La primera vez ¿Hay que tener cuidado para que a la chica no le duela? ¿Donde está el punto G? ¿Es buena la masturbación diaria? ¿Cuánto dura un orgasmo? ¿Cuál es la edad media de pérdida de la virginidad?
			POST-TEST	La primera vez que haces el amor, si la chica es virgen, ¿Hay que tener algún cuidado especial?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
PETTING	115	14	PRE-TEST	¿Qué es lo que se siente al hacer el amor? ¿Qué edad es la adecuada para hacer el amor? ¿Es buena la masturbación? ¿Qué es una orgía? ¿Es bueno follar? ¿Es necesario usar condón?
			POST-TEST	¿En que consiste el coito? ¿Cómo pueden ser la penetración? ¿Qué se siente al follar? ¿Cuándo se follo por primera vez? ¿Es buena la masturbación? ¿Punto g? ¿En que consiste masturbarse?
	119	14	PRE-TEST	¿Cuál es la edad idonía para mantener relaciones?
			POST-TEST	La utilización del preservativo.
	139	14	PRE-TEST	¿Quienes tienen orgasmos? ¿Qué pasa cuando se produce una erección? ¿Porqué les dueen tanto los golpes a los chicos en la "zona"?
			POST-TEST	¿Es peligroso hacerlo en exceso? ¿Qué posibilidad hay de contraer enfermedades?
RELACIONES COINTALES CON VARIAS PAREJA			PRE-TEST	¿Como es la penetración del hombre a la mujer? Masturbación de hombre y mujer. ¿Es necesario masturbarse todos los días?
			POST-TEST	¿La penetración del hombre a la mujer? ¿Punto G? ¿La eyaculación de la mujer?
	32	15	PRE-TEST	¿Hacer el coito es saludable? Me interesa el coito La dudas es que es el punto G
			POST-TEST	Que es el punto G, que es un coito y que es un ovario

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

En las Tablas 7.25 y 7.26 aparecen las transcripciones literales de los comentarios escritos en este apartado por las adolescentes de ambos grupos. Al igual que en las tablas anteriores, podemos ver cuales son las inquietudes de cada alumna, así como la evolución en sus dudas e intereses.

En el post-test la *primera vez*, el embarazo y los métodos para evitarlo vuelven a ser las tres temáticas más planteadas por las adolescentes del grupo experimental, como podemos observar en los comentarios escritos por las alumnas 53, 12 o 11 (Tabla 7.25). Como vemos en la Tabla 7.25, las preguntas relacionadas con estos aspectos aparecen de forma reiterada tanto en el pre-test, como en el post-test; a pesar de haber sido tratados ampliamente en el programa. En este grupo apreciamos además, un incremento en cuestiones relacionadas con métodos anticonceptivos específicos. De esta manera, sorprenden las preguntas sobre la utilidad de los condones de sabores, la efectividad de la píldora del día después o la esponja vaginal (véanse las transcripciones de las alumnas 15, 29, 53 y 12). En el grupo control el embarazo y las distintas formas de evitarlo también son cuestiones ampliamente demandadas en el post-test. Sin embargo, no son muchas las preguntas sobre la “*primera vez*”, ni en esta medición ni en la anterior. Entre las adolescentes de este grupo las tres cuestiones más interrogadas son las posturas sexuales, los métodos anticonceptivos y el embarazo.

No sólo el embarazo, la anticoncepción y la primera experiencia coital preocupan a las alumnas que participaron en el programa. En el post-test éstas plantean varias preguntas sobre las ITS y su prevención, evidenciándose un mayor interés en estos aspectos después de haber participado en el programa educativo. De esta manera podemos señalar los comentarios anotados por las alumnas 79, 45 o 41. En el grupo control, por el contrario, en el post-test no aparece ninguna pregunta concreta y explícita sobre estos temas. Con todo, algún comentario es bastante genérico y podría entenderse que interroga estas cuestiones de forma indirecta (ver por ejemplo, las anotaciones de la alumna 128). En cualquier caso, la evolución respecto a las preguntas sobre las ITS y su prevención en las alumnas del grupo control es inversa a la encontrada con sus compañeras del grupo experimental.

Observamos en la Tabla 7.25 que en el post-test las alumnas del grupo experimental plantean más preguntas relacionadas con la respuesta sexual humana y el placer en las relaciones sexuales, siendo curioso por ejemplo el comentario escrito por la alumna 44. En el grupo control, por el contrario, no en-

contramos apenas anotaciones referidas a estos aspectos ni en el pre-test, ni en el post-test.

En resumen, las adolescentes del grupo experimental mantienen algunas de sus preocupaciones y dudas iniciales, como las referidas a “*la primera vez*” o al embarazo y las distintas medidas para evitarlo. Apreciamos en las alumnas que participaron en el programa, un mayor interés en el post-test por las Infecciones de Transmisión Sexual y su prevención. Por otro lado, aunque en el post-test aparecen más comentarios relacionados con el placer en las relaciones sexuales, sigue muy presente en sus preguntas el miedo a las posibles consecuencias de estas relaciones. Por ello, al igual que sucediera con sus compañeros varones, es conveniente reflexionar acerca de las persistencia de sus dudas, sus intereses y sus miedos. En cualquier caso, parece que el programa ha contribuido al mayor interés por la salud o espíritu saludable. Por otro lado, entre las chicas del grupo control las dudas son similares a las encontradas en el pre-test; apareciendo en esta segunda medición mayor número de preguntas sobre posturas sexuales.

Como muestran las tablas 7.23 y 7.25 muchos de los adolescentes que participaron en el programa mantienen las preguntas que plantearon en la evaluación inicial. Desconocemos si esto se debe a una deficiencia del programa, o al tipo de interrogantes, puesto que parecen constituir elementos fundamentales en la sexualidad de estos adolescentes. Otro de los aspectos reseñables en la creciente preocupación por las ITS y su prevención en los alumnos que participaron en el programa. Por otro lado, debemos recordar que 22 adolescentes del grupo experimental no plantearon dudas en este apartado. Además, la mayor parte de ellos, en vez de preguntas, escribieron otro tipo de observaciones (concretamente 17 adolescentes). Éstas hacen referencia en su mayoría a que carecen de dudas o que las que tenían ya fueron resueltas con las clases recibidas. Aparecen además, otro tipo de comentarios que evidencian las dificultades encontradas a la hora de ejecutar el programa en alguna de las aulas (ver por ejemplo lo apuntado por la alumna 65 del grupo experimental). Creemos que ilustrar estos comentarios, así como los anotados por el grupo control, pueden ser útiles para configurar una mejor explicación de este apartado del programa. Por ello los recogemos en la Tabla 7.27.

Tabla 7.25. Respuestas dadas a la pregunta abierta por las mujeres del grupo experimental

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
NINGUNO	53	14	PRE-TEST	Si una chica y un chico estan en una piscina y al chico le sale un epermatozoide y la chica está en el mismo agua. ¿Puede quedarse embarazada? ¿Duele al hacerlo la primera vez?
			POST-TEST	¿La pildora funcional el mismo dia que te la tomas? Por ejemplo: "si te la tomas por la mañana, ya por la tarde no puedes quedarte embarazada, no? ¿Con la regla se pueden tener relaciones? Supongo que si, pero daría un poco de asco, no?
	79	16	PRE-TEST	Me gustaria saber para que sirven los preliminares y que se suele hacer. Porque la primera vez, para las chicas, suele doler. Para que sirve usar diferentes posturas? Cuales son? Cuantos metodos efectivos, aparte del preservativo y la pildora, anticonceptivos hay? Que es el liquido blanco que sale aveces de la vagina?
			POST-TEST	Hay peligro de contagio en el sexo oral? Se llega igualmente al orgasmo? Que diferentes posturas de sexohay?
BESOS Y CARICIAS	8	14	PRE-TEST	¿La primera vez duele? ¿Qué es más eficaz la pildora o el preservativo? ¿Cuál es la edad media para perder la virginidad? ¿Qué puedes hacer si te quedas embarazada? ¿Y si te violan? ¿Qué es un orgasmo?
			POST-TEST	Las preguntas formuladas en el otro formulario anterior, no nos fueron respondidas, por ello preguntaré las mismas: ¿Qué es un coito? ¿Qué es el sexo oral? ¿Qué método anticonceptivo es más efectivo? ¿Por qué recibimos estas clases de sexología? ¿Qué facilidades podemos tener los menores a la hora de conseguir los anticonceptivos? ¿Y para ser informados sobre el aborto?
	11	14	PRE-TEST	¿Cuáles son los metodos anticonceptivos más comunes? ¿El primer contacto sexual es doloroso?
			POST-TEST	¿La primera vez duele? ¿Los condones de sabores sirven para el sexo anal o solo para el oral?
	12	14	PRE-TEST	Para las chicas: ¿la primera vez duele? Si te quedas embarazada, ¿qué puedes hacer? ¿Qué es más eficaz, la pildora o el condón? ¿Cuál es la edad media para perder la virginidad? ¿Es peligroso el sexo oral?
			POST-TEST	Me gustaría obtener más información sobre: si te quedas embarazada a donde tienes que acudir, cuando, porque no es lo mismo 1 día más tarde que dos semanas, para que te den la píldora. ¿Qué es la "esponja"? Nos lo citaron en clase, pero no explicaron qué era, ni como se debía utilizar, ni cuando... ¿Donde tienes que ir para abortar si sucede? Aunque ya te hallas roto por un golpe la telilla del útero, cuando lo haces por 1ª vez sangras igual?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
BESOS Y CARICIAS	13	15	PRE-TEST	Es mejor la píldora o el preservativo? Como conseguir píldoras Qué hacer si te quedas embarazada
			POST-TEST	Como puedes saber si te has quedado embarazada o no.
	15	14	PRE-TEST	¿La primera vez duele? ¿La chica sangra? ¿En el sexo oral o anal se necesita preservativo? ¿El día anterior y el posterior a la regla te puedes quedar embarazada? ¿Qué es mejor la píldora o el preservativo? ¿Existe alguna postura para no quedarse embarazada? ¿Se te puede quedar el condón dentro?
			POST-TEST	Se puede follar con un condón de sabor o solo es para el sexo oral. Al producirse la penetración hay que quitarse el condón. Cuando haces petting ya no eres virgen. Cuando tienes más probabilidades de quedarte embarazada.
	21	14	PRE-TEST	Me gustaria saber si es verdad que la primera vez duele. Y si en el sexo oral se necesita protección. Si hay algun periodo de tiempo en el que no te puedes quedar embarazada.
			POST-TEST	Me gustaría saber más cosas sobre la primera vez y que hacer. Y si puedes hacerlo estando con la regla.
	23	14	PRE-TEST	¿Qué riesgo hay de quedarse embarazada usando preservativo? ¿No hay ayudas para adquirir protección?
			POST-TEST	¿La primera vez duele? ¿Porque no se puede mantener relaciones teniendo la regla? ¿Quién mantiene antes las relaciones los chicos o las chicas? ¿Que es más eficaz, el preservativo de la mujer o el del hombre? ¿Se siente igual de placer con preservativo que sin él?
	37	14	PRE-TEST	¿Se puede realizar el sexo teniendo el periodo? ¿Te puedes quedar embarazada si tomas la píldora?
			POST-TEST	¿Que es más seguro un condón o una pildora? ¿Con el petting se puede quedar una chica embarazada? ¿Se transmiten enfermedades con el sexo oral?
	44	15	PRE-TEST	¿Cuales son las medidas medias del pene? ¿Que es el sexo oral y como se practica? ¿Es malo masturbarse? ¿El orgasmo si se finge pasa algo? ¿Pasa algo si el chico chupa la vagina a la chica? ¿Cuantos kikis puedes hechar al día? ¿Que es mejor el anillo vaginal o los condones de sabores?
			POST-TEST	¿El petting, xk es + placentero para las mujeres? ¿Practicar sexo oral es bueno y placentero? ¿Mas para las mujeres o los hombres? ¿Por que se fingen los orgasmos? Por las demás cosas, me kedaron todas solucionadas por las anteriores clases.
	45	15	PRE-TEST	¿Duele la primera vez? ¿Cómo...?
			POST-TEST	Me gustaría recibir más información sobre las enfermedades de transmisión sexual y sobre los métodos anticonceptivos.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
BESOS Y CARICIAS	57	15	PRE-TEST	¿Como se produce un orgasmo? ¿Duele al hacerlo la primera vez? ¿Los condones de sabores tienen algún aditivo?
			POST-TEST	Informarme sobre las enfermedades aparte del embarazo las que pueden tener más consecuencias que otras y de estas saber mas cosas sobre todo como se previene. Más información sobre los medios anticonceptivos y esas cosas.
	63	15	PRE-TEST	A mi me gustaría recibir información de todo un poco, porque es mejor conocerlo todo un poco mejor que solo algunas cosas de las que tengas dudas
			POST-TEST	Todas las dudas que tenía ya se aclararon después de haber dado la charla anterior con la otra chica que nos estuvo hablando del tema.
	76	16	PRE-TEST	1. ¿Por qué la primera vez de hacerlo duele? 2. ¿Por qué se suele sangrar? 3. ¿La primera vez que lo haces te puedes quedar embarazada? 4. ¿Cuándo pares (dar a luz) duele? 5. ¿Qué es el morbo? 6. ¿Qué es el coito? 7. ¿Cuándo duele más con polla grande o pequeña? 8. ¿Qué es la marcha atrás? 9. ¿Por un beso te puede entrar el SIDA? 10. ¿Es fácil fingir un orgasmo?
			POST-TEST	¿Cuántas posibilidades tienes de quedarte embarazada usando condón? ¿Duele mucho la primera vez? Sangras? ¿Como se puede no tener SIDA aparte que con el condón? ¿Duele mucho el petting?
PETTING	7	16	PRE-TEST	-
			POST-TEST	Metodos anticonceptivos.
	10	14	PRE-TEST	¿Cuáles son los metodos anticonceptivos más comodos y seguros? ¿Si tomas la pildora se te regulan las reglas? ¿Si se nos rompe un condón qué hacemos?
			POST-TEST	¿Qué hay que hacer la primera vez? ¿Es verdad que la primera vez duele?, ¿y qué las chicas sangran? (Cuando digo 1ª vez quiero decir con penetración) Podriais explicar un poco el tema del sexo tantrico, me lo han intentando explicar alguna vez pero no lo acabo de entender. ¿Puedes quedarte embarazada si practicas sexo estando con la regla? (Creo que si, pero estaria bien que lo explicarais)
	25	16	PRE-TEST	¿Por qué cuando te introducen el pene en la vagina se sangra? ¿Cómo se hace el sexo oral?
			POST-TEST	¿Para qué hemos tenido tantas horas clases de sexualidad? ¿Por qué los chicos tienen más necesidad de hacer sexo? ¿Por qué es más usar que los chicos se toquen?
	29	14	PRE-TEST	¿cómo se hace?
			POST-TEST	Si se pueden mantener relaciones sexuales con condones de sabor. ¿Duele la primera vez?
	41	16	PRE-TEST	-
			POST-TEST	Las enfermedades de transmisión sexual

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
PETTING	30	15	PRE-TEST	¿Si lo haces al revés (boca abajo) te quedas embarazada? ¿El sexo oral se hace con gomita o sin gomita? ¿Se considera que el sadomasoquismo es una forma de realizar sexo? ¿Por qué el punto "G" de los chicos esta en el ano?
			POST-TEST	¿Es bueno o malo tragarse el semen?
	42	14	PRE-TEST	¿A que edad media se pierde la virginidad? ¿Es malo tragarse el semen (lefa) del chico cuando se practica sexo oral? ¿Cuántas formas hay de contrarar una venerea? ¿A qué sabe la lefa?
			POST-TEST	Más información sobre métodos anticonceptivos. El resto de la información me la resolvieron las compañeras 61009 y 63634. Y les agradezco su ayuda.
	47	14	PRE-TEST	¿Se puede quedar embarazada despues de hacer petting? ¿Es malo que te toquen tus partes? ¿Es malo hacer el amor con 14 años aunque se use preservativo?
			POST-TEST	protecciones. Anticonceptivos. Acto sexual.
RELACIONES COITALES CON VARIAS PAREJAS	2	17	PRE-TEST	¿Qué es un orgasmo? ¿Por qué suelen las mujeres sangrar la 1ª vez? ¿Por qué la gente siente la necesidad de realizar el acto sexual?
			POST-TEST	¿Se sangra la primera vez que se realiza el coito? ¿Que pasa con el Limen? ¿Cuáles son los sintomas del embarazo? ¿Hasta cuando se puede realizar el coito si estas embarazada? ¿Es bueno realizarlo en esta época? ¿Cuantos espermias suelta el hombre por cada eyaculación? ¿Por qué a las mujeres les duele cuando les baja la regla?.

Tabla 7.19. Respuestas dadas a la pregunta abierta por las mujeres del grupo control.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS
NINGUNO	89	15	PRE-TEST	
			POST-TEST	El Kamasutra
	117	14	PRE-TEST	¿Duele mucho la 1ª vez? ¿Se puede hacer algo para que no te duela?
			POST-TEST	Me gustaría saber si cuando te quedas embarazada la pildora del día despues sólo sirve para el día despues de tener actividades sexuales.
	123	14	PRE-TEST	No me interesa exponer nada124
			POST-TEST	Se pueden poner 2 condones a la vez para mayor seguridad?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

EXPERIENCIA SEXUAL	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
NINGUNO	131	14	PRE-TEST	Las precauciones para no tener enfermedades sexuales, que creo que tiene que haber más información sobre ese tema.
			POST-TEST	Creo que tiene que haber más información sobre métodos anticonceptivos. Hay muchas cosas que no entiendo sobre la sexualidad. También si sobre a cierta edad ya no se puede hacer el acto sexual o si teniendo la regla te puedes quedar embarazada.
BESOS Y CARICIAS	99	16	PRE-TEST	-
			POST-TEST	el kamasutra.
	100	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	El kamasutra..
	101	15	PRE-TEST	-
			POST-TEST	Me gustaria que me diesen mas información sobre el kamasutra
	128	15	PRE-TEST	Que si al hacerlo, el chico tiene que estar masturbado o no hace falta que este. ¿Es bueno hacerlo varias veces o no es bueno? ¿A qué edad es aconsejable tener las primeras relaciones sexuales?
			POST-TEST	Como hay que hacer todo para que no haya luego ninguna sorpresa. Enseñarnos hacerlo. Métodos.
	132	14	PRE-TEST	Dudas sobre la reproducción.
			POST-TEST	Productos de higiene relacionados con la sexualidad.
	137	14	PRE-TEST	Intereses: métodos anticonceptivos; ¿qué es el punto G?, explicar lo de la eyaculación precoz, hasta donde llega el petting.
			POST-TEST	Intereses: Metodos anticonceptivos, que es la eyaculación precoz. Me gustaria recibir mas información sobre los metodos anticonceptivos femeninos.
140	14	PRE-TEST	Me gustaria recibir más información sobre las precauciones a la hora de hacer e amor y no quedar embarazada. Y en caso de un embarazo no deseado a que o quien recurrir.	
		POST-TEST	Quería conocer más sobre temas de precaución a la hora de impedir tener hijos.	
PETTING	125	15	PRE-TEST	¿Se puede quedar una chica embarazada teniendo la regla? Una vez utilizado el preservativo ¿puede volverse a utilizar? ¿o ya no es fiable?
			POST-TEST	¿Duele la primera vez a todas las chicas? ¿Se sangra? Teniendo el ciclo mensual ¿se pude tener relaciones sexuales? ¿El preservativo es la mejor técnica anticonceptiva?
R. CÓITALES UNA PAREJA	98	16	PRE-TEST	La marcha atras es fiable?
			POST-TEST	¿Como se come un coño? ¿Cuantas posturas hay? ¿Como se hace una cubana?

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 7.27. Otros comentarios escritos por el grupo experimental en la pregunta abierta que no constituyen dudas ni intereses.

SEXO	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
CHICOS	50	15	PRE-TEST	-
			POST-TEST	Ahora mismo no tengo dudas...
	51	16	PRE-TEST	-
			POST-TEST	No tengo ninguna duda sobre sexualidad
	64	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	No tengo preguntas ni dudas.
	72	17	PRE-TEST	Porqué ocurren las eyaculaciones involuntarias por la noche, ¿Dónde esta el punto G de la mujer? ¿y el del hombre? ¿Porque lubrican las mujeres? ¿Qué las pone cachondas a las mujeres?
			POST-TEST	No tengo dudas
	73	14	PRE-TEST	¿Como sabes que ha llegado el momento? ¿por que es tan importante la protección si quieres tener descendencia? ¿cuando parar o retroceder?
			POST-TEST	No tengo dudas
	75	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	- No tengo dudas por ahora
CHICAS	33	15	PRE-TEST	¿Se puede contraer el SIDA con el sexo oral? ¿Es perjudicial la masturbación? ¿Es peligroso realizar el acto sexual a los 14 años aunque se use preservativo? ¿Se puede realizar el acto sexual en la ducha, piscina, playa, etc?
			POST-TEST	Gracias a la ayuda de este programa no tengo dudas :D
	36	15	PRE-TEST	En estos instantes no tengo ninguna duda ya que no tengo tiempo para preguntarme esas cosas.
			POST-TEST	En estos momentos no tengo ningún tipo de dudas o intereses, cuando los tenga se las haré saber. PD: Ya sé todo lo que tengo que saber.
	40	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	No encuentro ninguna duda en estos momentos
	46	14	PRE-TEST	¿Por qué no se puede realizarel acto sexual con preservativos de sabores? ¿Te puedes quedar embarazada haciendo petting? ¿Te puedes quedar embarazada sin usar condón pero tomando la píldora? ¿Es malo follar en sitios que no sea una cama?
			POST-TEST	Gracias a Davinia no tengo dudas ni preguntas :)
	63	15	PRE-TEST	A mi me gustaría recibir información de todo un poco, porque es mejor conocerlo todo un poco mejor que solo algunas cosas de las que tengas dudas
			POST-TEST	Todas las dudas que tenía ya se aclararon despúes de haber dado la charla anterior con la otra chica que nos estuvo hablando del tema

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

SEXO	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
CHICAS	65	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	No me he enterado de nada en clase de sexología por que mis compañeros hacen demasiado ruido y no dejn hablar a la profesora. (Son unos idiotas, no saben nada pero se hacen los listillos)
	66	15	PRE-TEST	¿A que años es más normal y natural perder la virginidad? ¿Puede perjudicar hacerlo muy pronto? ¿Es bueno mantener relaciones sexuales? ¿Es malo mantener relaciones sexuales? ¿Es malo ser virgen?
			POST-TEST	Ya no tengo dudas se contestaron todas.
	67	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	No tengo dudas aunque si que aprendi cosas anteriormente, con las otras clases.
	69	14	PRE-TEST	Los efectos secundarios de la píldora, Si tienes la regla puedes hacer el amor o ocurre algo.
			POST-TEST	No tengo ningun intereses, dudas ni preguntas despues de las clases de sexualidad.
	70	15	PRE-TEST	Si tienes la regla puedes hacerlo?
			POST-TEST	Pues no!!
	78	14	PRE-TEST	-
			POST-TEST	En las otras clases fueron resueltas.

Tabla 7.28. Otros comentarios escritos por el grupo control en la pregunta abierta que no constituyen dudas ni intereses.

SEXO	ID. SUJETO	EDAD	MOMENTO DE EVALUACIÓN	DUDAS Y COMENTARIOS*
CHICAS	114	14	PRE-TEST	No voy a exponer ninguna de mis dudas o intereses sobre sexualiad, ya que, de tenerlos, los trato con las personas de confianza. y con las que considero oportunas.
			POST-TEST	No me parece este el sitio adecuado para exponer este tipo de dudas, tengo personas más cercanas a quién acudir.
	130	15	PRE-TEST	¿A qué saben los condones de colores? ¿Duele mucho? ¿Se puede hacer el amor con la regla?
			POST-TEST	Creo que no tengo ninguna duda, o ahora por lo menos no se me ocurre nada.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

7.8. OTROS ASPECTOS EVALUADOS EN EL ESTUDIO

Como anticipamos en el apartado 7.1.3 resulta interesante conocer la relación que tienen la autovaloración que hacen los propios adolescentes sobre sus conocimientos de sexualidad y los resultados obtenidos en la BCCS. Por ello, una de nuestras hipótesis iniciales consideraba que el alumnado del grupo experimental después del programa ha de presentar un mayor ajuste entre la percepción y valoración de su nivel de conocimientos sobre sexualidad y los conocimientos que demuestren saber. Para evaluar este aspecto elaboramos una nueva variable a partir de la autovaloración y el resultado en la BCCS. Ésta consistía en la diferencia entre ambas mediciones. Para ello, dividimos el resultado de la BCCS entre el número de ítems, en este caso 39. De esta manera obtuvimos un valor entre 1 y 5, que es comparable con los valores señalados en la autovaloración. En cualquier caso, la nueva variable responde a la siguiente fórmula:

$$\text{Variable de Ajuste (VA)} = \text{Autovaloración} - \left(\frac{\text{BCCS}}{39} \right)$$

El ajuste será mayor cuando la diferencia a la que hace alusión la fórmula se aproxime más a cero. Una diferencia positiva evidenciará que es mayor la autovaloración que los conocimientos demostrados en la BCCS. Por el contrario, si el resultado es negativo estará mostrando una mayor puntuación en la BCCS en relación a la propia autovaloración.

Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov tanto a la VA obtenida en el pre-test, como a la VA resultante en el post-test. Hicimos este análisis además, a la muestra de forma conjunta y a cada uno de los grupos de forma independiente (grupo experimental y grupo control). Todas las pruebas descubrieron una distribución de contraste normal, dado que no se encontraron diferencias significativas con la misma (Ver Tabla 7.29).

Para constatar nuestra hipótesis, y teniendo en cuenta que podemos utilizar estadística paramétrica, aplicamos la prueba T para dos muestras relacionadas, en este caso pre-test y post-test (Tabla 7.30). En el grupo experimental encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test ($p < 0,05$), con una media de diferencias relacionadas de 0,20 (DT = 0,72).

Los adolescentes que participaron en el programa ajustan significativamente más en el post-test su autovaloración de los conocimientos a los conocimientos demostrados en la BCCS. En el grupo control, por el contrario, no aparecen diferencias significativas entre la VA del pre-test y la VA del post-test ($p = 0,28$). Además, en este grupo aumenta la diferencia entre la autovaloración de los conocimientos y los resultados obtenidos en la BCCS, es decir, se incrementa el desajuste entre estas dos variables (Ver Gráfico 7.25).

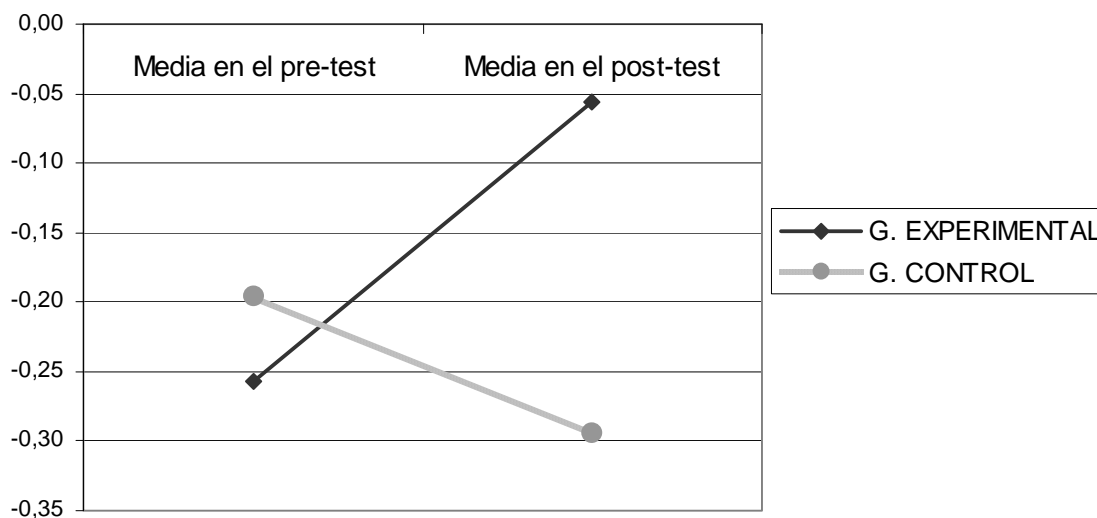
Tabla 7.29. Prueba de Kolmogorov- Smirnov en la VA en el Pre-test y en el Post-test

		TODA LA MUESTRA		G. EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
Media		-0,23	-0,15	-0,26	-0,05	-0,14	-0,23
Desv. típ.		0,88	0,88	0,75	0,70	1,03	1,08
Diferencias más extremas	Absoluta	0,10	0,07	0,09	0,11	0,11	0,09
	Positiva	0,06	0,07	0,06	0,10	0,10	0,09
	Negativa	-0,10	-0,06	-0,09	-0,11	-0,11	-0,07
Z Kolmogorov-Smirnov		1,08	0,71	0,75	0,89	0,74	0,64
Sig. asintót.		0,20	0,54	0,63	0,40	0,64	0,81
N		118,00	121,00	69,00	71,00	49,00	50,00

Tabla 7.30. Comparación del la VA entre el PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control.

		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		VA PRE-TEST	VA POST-TEST	VA PRE-TEST	VAPOST-TEST
ESTADÍSTICOS					
N		69,00	69,00	47,00	47,00
Media		-0,26	-0,06	-0,20	-0,29
DT		0,75	0,71	1,05	1,10
CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS					
Correlación		0,52		0,84	
Sig.		0,000		0,000	
DIFERENCIAS RELACIONADAS					
Media		-0,20		0,10	
DT		0,72		0,61	
PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS					
t		-2,32		1,10	
gl		68,00		46,00	
Sig. asint. (bilateral)		0,023		0,276	

Gráfico7.25. Comparación del las media en la VA del PRE-TEST y el POST-TEST en los grupos experimental y control



Podemos afirmar por lo tanto, que el programa ayuda a ajustar las auto-percepción de los propios conocimientos de sexualidad, a los conocimientos que los adolescentes demuestran en la BCCS.

7.9. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO CON EL PROGRAMA.

7.9.1. DESCRIPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO

La última de nuestras hipótesis hacía referencia a la satisfacción del alumnado con el programa, así como a la consideración de éste como útil para sus vidas. Para evaluar este aspecto aplicamos, como ya indicamos en el capítulo 4, un cuestionario sobre diversos aspectos del programa como objetivos, expectativas, actividades, contenidos, práctica docente, materiales y recursos, clima en el aula, participación y consecución de los aprendizajes. En este caso, son sólo los alumnos del grupo experimental quienes completan este cuestionario: dado que son quienes participaron en el programa.

En primer lugar, mostramos el análisis descriptivo de cada uno de los ítems (Tabla 7.29). Los tres ítems primeros, hacen referencia a una evaluación global

del programa por parte del alumnado. Un 56,06% de los adolescentes está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem 1 *“El programa se ha adecuado a nuestras necesidades”*. Con todo, un 31,82% de los alumnos del grupo experimental se muestra indeciso ante el enunciado del ítem. Respecto al ítem 2 *“El programa ha cumplido con mis expectativas”* el porcentaje de alumnos que está de acuerdo en algún grado con el enunciado del mismo se reduce a un 50%. En este caso, un 19,70% de los adolescentes considera que el programa no ha cumplido sus expectativas. A pesar de ello, para un 62,12% de los adolescentes el programa merece una valoración buena (ítem 3); mostrándose indecisos sobre este aspecto un 25,76% de los chicos y chicas encuestados.

Los ítems siguientes interrogan acerca de los temas tratados, los contenidos, las actividades y los materiales. Observamos en la Tabla 7.29 que un 71,21% del alumnado que participó en el programa considera (puntuaciones 4 o 5) que los temas tratados son útiles para su vida (ítem 4). Tan sólo un 6,06% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el enunciado del ítem. En el caso del ítem 5 *“La exposición de los contenidos ha sido clara”* un 65,15% de los adolescentes se muestra de acuerdo o totalmente de acuerdo. Con todo, a un 33,33% de los alumnos y alumnas la exposición de los contenidos no le resultó clara. Encontramos una evaluación menos favorable de las actividades realizadas en el programa. Sólo un 36,36% de los adolescentes valoran las actividades como atractivas y dinámicas (ítem 6). Un porcentaje similar de alumnos (37,88%) se muestra indeciso ante el enunciado de ítem; además un 25,76% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el ítem. En consonancia con esto, encontramos que un 48,48% de los adolescentes está de acuerdo con el ítem 7 *“Las actividades me han parecido adecuadas para la consecución de los aprendizajes”* y un 40,91% se muestra indeciso. No obstante, sólo un 10,61% de los alumnos no considera adecuadas las actividades. Por otro lado, los materiales y los recursos tampoco son altamente valorados por los alumnos. Menos del 35% de los adolescentes juzga como atractivos y motivadores los materiales empleados en el programa (ítem 8). Un 36,36%, por el contrario, no considera los materiales atractivos. Respecto a la selección de los recursos, un 44,62% del alumnado del programa está conforme con la misma (ítem 9). Un 35,38% no se posiciona, señalando la opción de indeciso.

Tres ítems del cuestionario están destinados a evaluar la práctica docente, es decir, las intervenciones de la profesora encargada en realizar el programa. El primero de ellos, el ítem 10, interroga acerca de la preparación de las clases por parte de la profesora. Un 57,58% de los adolescentes considera que las intervenciones de la profesora han estado preparadas. Un 18,18% del alumnado,

sin embargo, cree que éstas no estuvieron preparadas. Respecto a la amenidad de las exposiciones, son valoradas de esta manera por un 40% del alumnado (ítem 11). Encontramos además una importante indecisión en este aspecto, ya que más del 35% valora el enunciado del ítem con un 3. Un 23,08% de los adolescentes no considera amenas las exposiciones. Por último, el tercer ítem sobre la praxis docente alude al lenguaje de la profesora (ítem 12). En este caso, un 74,24% del alumnado lo considera adecuado, ya que valoran el ítem con puntuaciones 4 o 5. Por el contrario, un 12,12% de los chicos y chicas que participaron en el programa se muestran en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el enunciado del ítem.

La *Escala de Satisfacción de la Intervención en Educación Sexual (ESIES)*: evalúa también la percepción del propio alumno sobre su implicación en el programa. En general la evaluación que de sí mismos hacen es buena, aunque tampoco encontramos porcentajes superiores al 80%. Por ejemplo, en el ítem 13 "*He participado activamente en las dinámicas grupales*" un 57,58% del alumnado está de acuerdo o totalmente de acuerdo. Sin embargo, al igual que en otros ítems, 16,67% de los adolescentes considera que no ha participado activamente en las distintas dinámicas. Encontramos unos valores similares en el ítem 14 "*He atendido a las explicaciones dadas por la profesora*"; así un 56,06% de los encuestados está en algún grado de acuerdo (puntuaciones 4 o 5) con el enunciado del ítem. Considera, por el contrario, que no ha atendido a las explicaciones el 12,12% de los adolescentes. Las valoraciones mejoran cuando se trata de haber escuchado con respeto a los compañeros (ítem 15). En este caso, un 75,38% del alumnado está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem, es decir, considera que ha escuchado con respeto a sus compañeros. Un 9,23% de los adolescentes, sin embargo, está en desacuerdo o en total desacuerdo con el enunciado del ítem. Más del 70% del alumnado ha entendido los conceptos tratados en el programa. Sólo un 7,58% dice no haber entendido los conceptos tratados en el tema; no obstante, ningún adolescente está totalmente en desacuerdo con el enunciado del ítem. Por otro lado, un 51,52% considera haber estado motivado y haber mostrado interés a lo largo del programa (ítem 18). Por el contrario, un 15,15% reconoce falta de interés y motivación. Pese a esto, la mayoría del alumnado (62,12%) está de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem 19 "*Ahora me siento más capaz de dar una respuesta adecuada a los problemas afectivo-sexuales que se me pudieran presentar*". Sólo un 9,09% se muestra disconforme en algún grado (puntuaciones 1 o 2) con el enunciado del ítem.

Tabla 7.29. Distribución y resultados en la ESIES: Grupo experimental.

Ítems	GRADO DE ACUERDO CON EL ÍTEM Valores relativos (%)					N
	1	2	3	4	5	
1. El programa se ha adecuado a nuestras necesidades.	4,55	7,58	31,82	45,45	10,61	66
2. El programa ha cumplido con mis expectativas.	4,55	15,15	30,30	43,94	6,06	66
3. El programa me merece una buena valoración.	3,03	9,09	25,76	59,09	3,03	66
4. Los temas tratados me parecen útiles para nuestra vida.	3,03	3,03	22,73	56,06	15,15	66
5. La exposición de los contenidos ha sido clara.	-	10,77	23,08	56,92	9,23	66
6. Las actividades han sido atractivas y dinámicas.	3,03	22,73	37,88	30,30	6,06	66
7. Las actividades me han parecido adecuadas para la consecución de los aprendizajes.	3,03	7,58	40,91	48,48	-	66
8. Los materiales utilizados me han resultado atractivos y motivadores.	6,06	30,30	28,79	27,27	7,58	66
9. La selección de materiales y recursos me ha parecido acertada.	3,08	16,92	35,38	41,54	3,08	65
10. Las intervenciones de la profesora han estado preparadas.	4,55	13,64	24,24	43,94	13,64	66
11. Las exposiciones de la profesora me han resultado amenas.	3,08	20,00	36,92	33,85	6,15	65
12. La profesora ha utilizado un lenguaje adecuado.	10,61	1,52	13,64	59,09	15,15	66
13. He participado activamente en las dinámicas grupales.	10,61	6,06	25,76	45,45	12,12	66
14. He atendido a las explicaciones dadas por la profesora.	4,55	7,58	31,82	37,88	18,18	66
15. He escuchado con respeto a mis compañeros/as.	3,08	6,15	15,38	52,31	23,08	65
16. He sentido en todo momento libertad para expresar mis opiniones y dudas.	1,54	6,15	26,15	47,69	18,46	65
17. He entendido los conceptos tratados a lo largo del programa.	-	7,58	21,21	51,52	19,70	66
18. La motivación e interés que he mostrado a largo del programa han sido buenas.	1,52	13,64	33,33	36,36	15,15	66
19. Ahora me siento más capaz de dar una respuesta adecuada a los problemas afectivo-sexuales que se me pudieran presentar.	1,52	7,58	28,79	50,00	12,12	66
20. El nivel de participación e interés de mi clase ha sido bueno.	7,58	13,64	31,82	28,79	18,18	66

Otro aspecto que evalúa el cuestionario es la percepción del propio alumno sobre la implicación de sus compañeros en el programa (ítem 20). Menos del 50% del alumnado considera que en su clase la participación y el interés han sido buenos. Además, un 21,21% de los adolescentes evalúan negativamente el ítem (puntuaciones 1 o 2). Aunque estas valoraciones son similares a las encontradas en la percepción de si mismos, observamos una peor evaluación de la participación de los compañeros.

7.9.2. FIABILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (ESIES).

Analizada en conjunto, la *Escala de Satisfacción de la Intervención en Educación Sexual (ESIES)* presenta una buena fiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,89. Las puntuaciones obtenidas en la ESIES oscilan entre 36 y 90; es decir, desde unos niveles intermedios de insatisfacción hasta un nivel elevado de satisfacción. La media se sitúa en el valor 69,87 con una desviación típica de 11,05; lo que evidencia un nivel global de satisfacción medio pero no excelente.

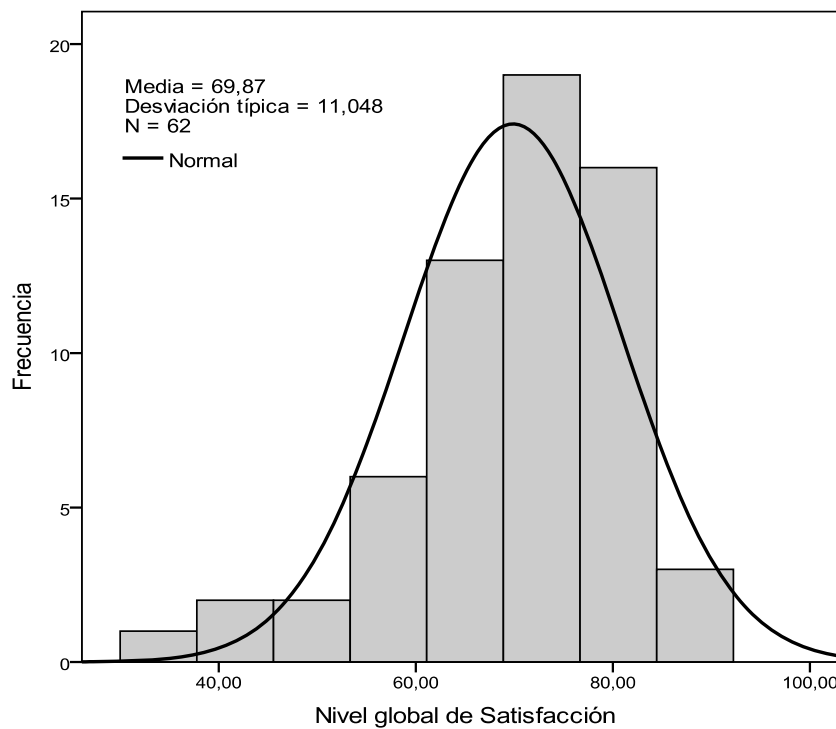
Aplicamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov a la ESIES, y no se encontraron diferencias significativas con la distribución de contraste normal, apareciendo un valor extremo absoluto bastante moderado, 0,09. (Tabla 7.30). La escala se ajusta, por tanto, a la normalidad. No obstante, encontramos curtosis positiva, lo que implica una mayor concentración de las puntuaciones en torno a la media (69,87) y unas colas más estrechas hasta las puntuaciones máximas y mínimas (36 y 90). Por otro lado, descubrimos una leve asimetría negativa (-0,98), lo que muestra una cola izquierda sensiblemente más larga. Se evidencia, por lo tanto, una ligera tendencia hacia puntuaciones inferiores a la media, es decir, a niveles menores de satisfacción (Gráfico 7.26).

En definitiva, aunque encontremos niveles de satisfacción por encima de la puntuación 60, es necesario introducir mejoras en este sentido. Sin embargo, como hemos visto en el apartado anterior, en general el alumnado manifiesta que el programa le merece buena valoración, que ha entendido los contenidos tratados y que lo considera útil para sus vidas. No obstante, a fin de conocer más sobre estas cuestiones incluimos preguntas semiabiertas en el cuestionario, que son transcritas en el siguiente apartado.

Tabla 7.30. Distribución y resultados en la ESIES: Grupo experimental.

	Estadístico	Error típ.		Estadístico	
Mínimo	36,00		Diferencias más extremas	Absoluta	0,09
Máximo	90,00			Positiva	0,09
Media	69,87	1,40		Negativa	-0,09
Desv. típ.	11,05		Z Kolmogorov- Smirnov		0,74
Varianza	122,05		Sig. asintót.		0,64
Asimetría	-0,98	0,30			
Curtosis	1,01	0,60			
N	62,00		N		62,00

Gráfico 7.26. Distribución de las puntuaciones en la ESIES. Grupo experimental



7.9.3. OPINIONES Y VALORACIONES SOBRE EL PROGRAMA

El cuestionario incluía unas preguntas abiertas destinadas a conocer tanto los aspectos que más habían gustado del programa, como aquellos otros que por el contrario no habían gustado, e incluso cualquier otra observación que el alumnado considerara oportuna.

El estudio de este tipo de aspectos requiere un análisis pormenorizado de los distintos comentarios en función de la temática mediante un acuerdo inter-jueces. Las transcripciones que mostramos aportan una mayor explicación del funcionamiento del programa. Además de constatar la diversidad de opiniones, y como un mismo elemento del programa puede ser considerado como atractivo y positivo por algún alumno y negativo por otro.

En la Tabla 7.31 aparecen reflejados los elementos del programa que más han gustado al alumnado. Como podemos observar, son 54 los adolescentes que anotan su opinión en esta pregunta, es decir, el 76,06% de los participantes en el programa. Observamos en la tabla que se repiten comentarios acerca de la satisfacción por aprender cuestiones relacionadas con la sexualidad, por resolver dudas o hablar de determinados temas. En cualquier caso son tres aspectos del programa que más se reiteran: los trabajos y actividades grupales, las exposiciones conjuntas y las explicaciones. Podemos decir, que el trabajo colaborativo y en equipo es valorado positivamente por el alumnado. También resultan atractivas las exposiciones grupales tanto propias, como de los compañeros. Por último., las explicaciones de carácter magistral son consideradas fundamentales.

Observamos una variedad importante en los gustos y preferencias, incluso aparecen alumnos que declaran que no les ha gustado nada del programa. También encontramos alumnado que considera que todo ha estado bien. Más allá de este debate podemos mencionar diversos aspectos que destacan algunos alumnos: El orden y la propia programación, los vídeos, los ejemplos y el reflejo de historias reales, las fichas de aprendizaje, los juegos, etc.

A continuación, en la Tabla 7.32, aparecen reflejados los comentarios anotados por el alumnado en la pregunta “¿Qué es lo que menos te ha gustado del programa?” En este caso son 55 los adolescentes que contestan a esta pregunta, es decir, el 77,46% del grupo experimental.

En este caso son dos los aspectos del programa que más han desagradado: los trabajos y las explicaciones. En este sentido varios alumnos subrayan

que fueron pocas las explicaciones dadas por el profesor y que exigían demasiada deducción por parte del alumnado. Otros adolescentes señalan además, que les resultaron monótonas y aburridas y que la profesora no era buena explicando.

Nuevamente observamos gran variedad de opiniones. Podemos señalar como aspectos que no han gustado al alumnado: Las últimas unidades, las fichas de aprendizaje, el punto de vista e incluso los propios temas tratados. Además, algunos comentarios anotados por el alumnado hacen referencia a la falta de control de la clase y a los problemas de disciplina. Dificultades ya señaladas por nosotros en el capítulo 5.

Por último, mostramos en la Tabla 7.33 las observaciones y sugerencias que los propios alumnos hacen al programa. En este caso sólo 21 adolescentes anotan alguna sugerencia. En general, podemos destacar que los adolescentes subrayan la necesidad de que el programa sea más largo y más práctico; además de que mejore la práctica docente. Por otro lado, son varias las observaciones en torno a los vídeos. En este sentido algunos alumnos indican que es necesario introducir más y otros señalan que los visionados durante el programa no fueron buenos. Con todo, la mayor parte de las observaciones aluden a aspectos que deberían incrementarse en el programa como los juegos, los ejemplos o un mayor ajuste a las dudas, etc.

De todo lo expuesto a lo largo de este apartado podemos extraer varias conclusiones. Existen elementos del programa de carácter polémico puesto que los encontramos tanto en la Tabla 7.31, como en la Tabla 7.32. Las explicaciones por ejemplo, constituyen un aspecto importante para el alumnado, independientemente de si han gustado o no. Este es un factor que debe ser revisado y mejorado en futuras ediciones del programa. Los trabajos y las actividades son valorados también de muy distinta manera. Mientras que encontramos adolescentes que consideran interesante el trabajo con los compañeros y las exposiciones, hay otros que lo evalúan como aburrido, excesivo e incluso una pérdida de tiempo. Por otro lado, determinados recursos y materiales parecen ser útiles y atractivos para el alumnado, como los ejemplos y las historias reales, las representaciones iconográficas sobre sexualidad o el juego de las tarjetas.

Tabla 7.31. Aspectos que más han gustado del programa.

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	ASPECTOS QUE MÁS HAN GUSTADO DEL PROGRAMA*
VARÓN	5	15	Pues el tema de aprender sobre la sexualidad
	6	14	Lo que nos han explicado
	9	14	Lo de los metodos anticonceptivos y lo de la 1ª vez.
	14	15	Los ejemplos
	16	14	Los primeros temas
	17	14	Los temas tratados
	18	14	Las exposiciones conjuntas.
	19	14	La maduración.
	22	14	Aprender sobre este tema que nos interesa.
	24	15	Los trabajos. (no lo pone pero se refiere a grupales)
	26	14	Las dinámicas en grupo
	28	14	Las explicaciones de la profesora.
	32	16	Todo
	39	15	El preservativo
	43	14	Las charlas informativas
	48	14	Cuando estudiamos los aparatos reproductores que me ha venido bien para el examen de Biología
	49	15	Exposición de los temas
	50	15	Las presentaciones de trabajos
	51	16	Todas igual
	54	15	Los trabajos que nos dejaron hacer
	55	14	Las presentaciones.
	56	14	La programación.
	59	17	Las explicaciones de la profesora.
62	15	Nada, nada, NADA	
64	15	Las actividades de clase.	
71	16	todo	
72	16	Los videos	
73	14	Las clases	
75	14	Los videos	
77	15	El interés que mostraba la profesora	
MUJER	10	14	Que he aprendido curiosidades que no sabía.
	12	14	Que nos han resuelto algunas dudas.
	13	15	El orden de todas las explicaciones...
	23	14	Que han repartido hojas para el aprendizaje
	25	16	Los trabajos en grupo, las actividades individuales.
	29	15	Que aprendes

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	ASPECTOS QUE MÁS HAN GUSTADO DEL PROGRAMA*
MUJER	30	15	Las actividades realizadas.
	33	15	Las exposiciones orales de los trabajos que realizamos.
	34	15	La exposición de trabajos y los juegos realizados en clase
	36	16	Los videos
	37	14	Los trabajos que nos han mandado exponer
	40	15	Que nos hayan aclarado dudas
	41	15	El juego en el que tuvimos, con unas imágenes, expresar lo que sentíamos y lo que nos parecía la imagen
	42	14	Explicación de los temas.
	44	15	La programación
	47	14	Algunas explicaciones
	53	14	Ha estado bien todo, muy interesante.
	57	15	Cuando hablabamos de los diversos temas
	63	16	NADA
	66	15	Los textos de experiencias a otras personas
	69	15	Perder tiempo
70	15	Nada, caca.	
76	17	Lo que más me ha gustado en que me he quitado alguna pregunta que no sabía.	
79	16	nada	

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Tabla 7.32. Aspectos que menos han gustado del programa.

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	ASPECTOS QUE MENOS HAN GUSTADO DEL PROGRAMA*
VARÓN	6	14	Las actividades tratadas
	9	14	Lo de las partes de los organos sexuales y eso.
	14	15	Hacer trabajos
	16	14	Los últimos temas
	17	14	Las últimas sesiones
	18	14	Todo me ha gustado.
	19	14	El trabajo.
	22	14	Algunas actividades me han resultado un poco aburridas.
	24	15	La tarea
	26	14	Las explicaciones monótonas y casi iguales en los temas, sólo desde un mismo punto de vista

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	ASPECTOS QUE MENOS HAN GUSTADO DEL PROGRAMA*
	28	14	Me ha gustado todo
	32	16	Nada
	39	15	Nada
	43	14	Las chapas
	48	14	El trabajo del sida.
	49	15	Trabajos y tareas
	50	15	Mucho ruido, mucho jaleo.
	51	16	Ninguna
	54	15	Me ha gustado todo en general
	55	14	Algunos alumnos por el ruido.
	56	14	Que no ha sido muy interesante.
	59	17	Que se hacia todo muy aburrido.
	62	15	La profesora no era muy explicando y nadie la hacia caso.
	64	15	Hacer el trabajo.
	71	16	abeces me aburria.
	72	16	Los ejercicios de hacer en casa.
	73	14	Los trabajos
75	14	Que nos manden ejercicios	
77	15	Las perdidas de tiempo y las regañinas	
MUJER	7	17	Los temas que se han tratado
	8	15	Que no daban o enseñaban el material explicado
	10	14	Que nos han enseñado demasiado la parte científica cuando lo que nos interesa, por lo menos ami, es que nos expliquen lo practico, explicar no que lo hagamos.
	12	14	Hacer el trabajo porque estabamos en exámenes y perdíamos tiempo en hacerlo aunque luego nos servirá en un futuro.
	13	15	La cantidad de hojas en las explicaciones...
	MUJER	15	15
23		14	Que no han utilizado material, y no lo he entendido muy bien.
25		16	Que no nos han explicado nada que más o menos no supiéramos.
27		15	Que la mayoría lo teníamos que deducir, pero ella no nos explicaba (en algunas ocasiones, no muchas) mucho.
29		15	Que aveces era aburrido
30		15	No nos enseñaron objetos sexuales
33		15	La profesora que era un poco pesada
34		15	Nada.
36		16	Los cuestionarios
37		14	Nada. Me ha gustado todo

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	ASPECTOS QUE MENOS HAN GUSTADO DEL PROGRAMA*
MUJER	40	15	Que todo el mundo hiciese lo que quisiera y no prestara atención
	42	14	Un poco aburrida la profesora.
	44	15	No hemos hecho muchas actividades
	53	14	Las fichas para rellenar.
	57	15	Cuando tuvimos que hacer los trabajos.
	63	16	TODOS.
	66	15	Las actividades
	69	15	La profesora
	70	15	todo, caca.
	76	17	Que lo ha explicado poco
79	16	todo	

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía

Tabla 7.33. Observaciones y sugerencias sobre el programa realizadas por el alumnado.

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS AL PROGRAMA*
VARÓN	1	14	Me han gustado los dibujitos nos tendrían que a ver dado una muestra de preservativos.
	19	14	Ha estado bien.
	26	14	Que venga alguien más guapa
	38	16	Poner videos y películas
	48	14	Faltaba en el que nos explicaban todos los métodos anticonceptivos. Que lo vuelvan a repitan.
	49	15	Que lo repitan Ha sido útil para Biología Se aprenden cosas nuevas
	50	15	Me ha parecido interesante, y útil para la vida, aunque alguna cosa más también podían haber explicado.
	56	14	Podría ser más largo y más práctico.
	77	15	Algunas actividades deberían ser más prácticas. Algunas reacciones de la profesora no estaban bien
MUJER	8	15	Me parecería una buena idea que repartieran material, como han hecho en otros centros escolares. No me parece muy bien que nos manden hacer un trabajo de estas clases ya que tenemos otras actividades o exámenes y no teníamos tiempo.
	10	14	Ha sido interesante y pienso que debería seguir haciéndose con los futuros cursos.
	29	15	Más ejemplos y la clase más amena.
	36	16	Más experimentos y menos cuestionarios.

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

SEXO	ID. SU- JETO	EDAD	OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS AL PROGRAMA*
MUJER	37	14	Que los videos que nos pusieron no fueron muy buenos.
	40	15	Atenerse más a las dudas de los alumnos y resolverlas
	44	15	Hacer más actividades prácticas.
	53	14	Más juegos, no sólo explicar.
	57	15	Cosas más divertidas y algún juego más.
	69	15	Me parecio muy mala la actitud de la profesora.
	70	15	Es una tontería. Menos rollo.
	79	16	lo podrias hacer mejor ya que no se resuelven las du

* Citas literales: Incluidas faltas de ortografía.

Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

En este último capítulo presentamos la discusión de los resultados obtenidos en relación a las investigaciones previas sobre Educación Sexual y sexualidad en la adolescencia. Mostramos las principales conclusiones que pueden ser extraídas de nuestro trabajo, así como las limitaciones existentes en el mismo. Finalmente, proponemos algunas líneas de investigación; a fin de generar un nuevo horizonte en esta materia.

8.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1.1. EFICACIA DE OTROS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Son pocos los estudios en nuestro país sobre la eficacia de programas de Educación Sexual. Los resultados obtenidos en nuestro programa, avalan la eficacia de los mismos, ya que tras la intervención se produce una mejora en las actitudes, los conocimientos y las creencias sobre sexualidad. De esta manera se incrementan las actitudes liberales hacia la sexualidad, los conocimientos y creencias sobre sexualidad humana, la propuesta de medidas idóneas para evi-

tar embarazos y el uso de algunas fuentes recomendables de información (escuela y servicios sanitarios). En consonancia con esto, se reducen las actitudes negativas hacia la masturbación y el sostenimiento de creencias reduccionistas de las relaciones sexuales. No encontramos una menor adhesión al estándar sexual tradicional, pero sí un mayor rechazo a determinadas creencias sexistas.

En relación a los conocimientos, las investigaciones previas evidencian un aumento de éstos tras las intervenciones educativas, como sucede en el presente estudio. Así, en el trabajo de Arroyo *et al.* (2008) en que se evaluaba la eficacia de tres talleres realizados a 232 adolescentes alicantinos escolarizados en 4º de ESO, tienen lugar mejoras significativas en sus conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), sexualidad y uso del preservativo. En esa misma comunidad autónoma Hurtado *et al.* (2006) realizaron con 243 alumnos y alumnas de 5º de EPO un programa de Educación Sexual orientado a la prevención de abusos sexuales. Tras la intervención educativa aparecieron diferencias significativas en 7 de las 8 cuestiones interrogadas ($p < 0,05$). Otros programas centrados en los embarazos no deseados y las ITS, obtienen resultados similares. En Toledo, por ejemplo, Callejas *et al.* (2005) encontraron mejoras en los conocimientos sobre el SIDA y los preservativos después de dos charlas sobre estos temas. No debemos olvidar sin embargo, que la información por sí sola, no evita las conductas de riesgo (Bayés *et al.*, 1995; Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; Park *et al.*, 2002; Ubillos, 2001); siendo necesaria la evaluación de otros aspectos como las actitudes. Podemos colegir que la modificación y mejora de los conocimientos es un resultado común, recordemos que son pocas las sesiones que constituyen estas intervenciones educativas.

Es necesario conocer los resultados de programas de mayor duración como Agarimos (Lameiras *et al.*, 2004) o “Un equipo contra el VIH/SIDA” (Fernández y Givaudan, 2000), ya que son más próximos a nuestra propuesta educativa. El primero es desarrollado en los dos ciclos de ESO, y cuenta con más de 125 actividades distribuidas entre ellos. El segundo, aunque no se ha realizado en nuestro entorno, es prolongado y aborda variedad de aspectos. Se compone de 30 sesiones sobre sexualidad, anatomía, fisiología, aspectos sociales, mitos y realidades sobre VIH, actitudes hacia el uso del preservativo, percepción de riesgo, orientación sexual y habilidades para la vida.

Carrera *et al.* (2007) evalúan la eficacia del programa Agarimos en una muestra de 212 estudiantes de 1º de ESO. En este caso, se produce una mejora significativa en el grupo experimental en los conocimientos sobre órganos sexuales y nutrición, coincidiendo con las investigaciones citadas y con la nues-

tra. El programa reduce además, las actitudes sexistas tradicionales medidas con la Escala de Ideología del Rol Sexual (Moya, Navas y Gómez Berrocal, 1991). El mismo programa, en el segundo ciclo muestra una eficacia similar. Así Lameiras, Rodríguez y Carrera (2005) encuentran en una muestra de 119 estudiantes de 4º de ESO, mejoras significativas en la ideología de rol y en el cuestionario sobre conducta alimentaria EAT-26 (Grupo Zarima-Prevención, 1999). En consonancia con estos resultados, Givaudan y Pick (2005) en una muestra de 2064 adolescentes mexicanos con una edad media de 15,97 años (DT=11 meses), descubren una evolución significativa en los conocimientos sobre VIH, tras aplicar el programa “Un equipo contra el VIH/SIDA”. La investigación muestra además, mejoras estadísticamente significativas en las actitudes hacia el uso del condón y en los niveles de autoconfianza para su adquisición y utilización ($p < 0,01$). Tanto el programa Agarimos como éste, son eficaces incrementando los conocimientos de sus alumnos y alumnas. Además ambos provocan una mejora en las actitudes y las creencias, como la Ideología de Rol o las actitudes hacia el uso del preservativo (Carrera *et al.*, 2007; Givaudan y Pick, 2005; Lameiras, Rodríguez y Carrera, 2005). Con todo, el incremento no se produce en otros aspectos referidos a actitudes erotofílicas. El programa Agarimos, por ejemplo, no logra un incremento significativo en la ATSS reducida de 13 ítems (Fisher y Hall, 1998), con el alumnado de 1º de ESO (Carrera *et al.*, 2007). En contraposición, en nuestra investigación las puntuaciones a la ATSS ampliada (Diéguez *et al.*, 2005) aumentan de forma significativa tras la aplicación del programa “SOMOS” ($p < 0,01$). Éste resulta eficaz también en transmisión y promoción de actitudes positivas hacia la masturbación, dados los resultados obtenidos en el *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI)*; Abramson y Mosher, 1975). Sin embargo, no obtenemos los resultados esperados en la Double Standard Scale (Caron *et al.*, 1993), lo que evidencia ciertas carencias en aspectos vinculados al sexismo y los diferentes roles sexuales. No debemos olvidar tampoco que esta escala presenta problemas de fiabilidad en el pre-test. En cualquier caso, creemos que el programa “SOMOS” debe replantearse cuestiones vinculadas al género, ya que son un éxito en otras propuestas como Agarimos (Carrera *et al.*, 2007; Lameiras, Rodríguez y Carrera, 2005). Las futuras ediciones del programa han de tener en cuenta este aspecto, pero han de mantener la esencia de la propuesta realizada, es decir, el carácter positivo que ha permitido una mejora consistente en las actitudes hacia la sexualidad.

La experiencia llevada a cabo nos permite extraer algunas reflexiones sobre la Educación Sexual y su implementación en los currículos. Encontramos ciertas dificultades en la práctica docente. El clima en dos de las tres aulas no era el adecuado, apareciendo conductas disruptivas y falta de orden. Estas mis-

mas dificultades aparecieron en la intervención con el programa Agarimos (Lameiras, Carrera, Núñez y Rodríguez, 2006; Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2006). Al igual que estas autoras, consideramos que la metodología del programa era muy diferente a las rutinas metodológicas que conocen los alumnos, al ser nuestra propuesta eminentemente activa, participativa y colaborativa. Exigía por tanto, una adaptación a una forma de trabajo escolar diferente. En nuestro caso particular, la intervención educativa tuvo lugar en días discontinuos y distanciados en el tiempo, de tal manera que la acomodación a la metodología resulto practicamente imposible. En los trabajos de Lameiras *et al.* (2006) y Rodríguez, Lameiras y Carrera (2006) el clima en el aula mejora en el transcurso del programa, posiblemente porque las sesiones se produjeron más seguidas en el tiempo. Por otro lado, el hecho de que en una de las clases no encontramos dificultades de este tipo, siendo constante la participación y colaboración del grupo nos llevo a preguntarnos cuáles eran las posibles diferencias. Eran dos las circunstancias que concurrían. En primer lugar, estos alumnos se caracterizaban por un buen rendimiento académico. En segundo lugar, la tutora estuvo presente en todas las intervenciones y se mostró muy interesada por el programa. En el resto de los grupos, los tutores ni colaboraron, ni fueron tan siquiera espectadores. Como en el primer aspecto señalado no podemos intervenir, consideramos que desde una perspectiva pedagógica y organizativa es fundamental el segundo aspecto subrayado. La presencia y participación de la tutora facilito un clima de respeto y trabajo, ya que fue la primera que se tomó en serio el programa "SOMOS". Creemos por ello la Educación Sexual debe realizarla el propio profesorado del centro (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De Marinis y Colman, 1995; Fernández Costa, Juárez y Díez David, 1999; Font, 2005; Goldman, 2008; Harimaguada, 1994; López. 2005c; Gómez Zapiain *et al.*, 2000, Urruzola, 1999). En aquellos casos en que esto no sea posible, porque no se sienten cómodos o preparados, deben formar parte de las sesiones, asistiendo, participando y ayudando al especialista que acuda al centro, a fin de garantizar que la Educación Sexual no sea un simple aditivo en las horas de tutoría.

Conocer la opinión del propio alumnado es importante para obtener información sobre algunos aspectos que configuran el proceso de enseñanza-aprendizaje (Ariza *et al.*, 1991; Gómez Zapiain *et al.*, 2000; Guilbert, 1981). En relación a la valoración global del programa "SOMOS", un el 62,12% del alumnado considera que el programa le merece buena valoración. Y Rodríguez, Lameiras y Carrera (2006) en una muestra de 66 adolescentes de 4º de ESO, descubren valores mayores a los encontrados por nosotros, ya que el 87% considera el programa bueno o muy bueno. Este programa aún es más valorado cuando

se trata de adolescentes de menor edad, así Lameiras *et al.* (2006) en una muestra de 92 estudiantes de 1 de ESO, descubren que a un 91% el programa le ha gustado. En cuanto a la metodología y las actividades realizadas, éstas son evaluadas como buenas o muy buenas por cerca del 40% de los adolescentes que participaron en el programa "SOMOS". La metodología es menos aceptada que en los estudios sobre Agarimos, donde cerca del 90% se muestra conforme con ella. Sin embargo, los temas tratados en los dos programas ("SOMOS" y Agarimos) son valorados de forma similar, entre 70 y el 75% de los adolescentes los considera útiles y adecuados (Lameiras *et al.*, 2006; Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2006). A la vista de estos resultados, creemos que las dificultades en el clima y la no adaptación a la metodología participativa, han sido determinantes en la evaluación del programa por parte del alumnado. Sin embargo, más del 60% de los adolescentes del grupo experimental se sienten más capaces de dar respuesta adecuada a las cuestiones relacionadas con su biografía sexual.

Los resultados cuantitativos muestran la eficacia del programa en la mayor parte de las variables estudiadas. Evidencian además la necesidad de perfeccionar el enfoque coeducativo y de género del programa. Consideramos necesario medir estos avances, con otras escalas como la de Ideología del Rol Sexual (Moya, Navas y Gómez Berrocal, 1991), ya que en investigaciones previas no presentan problemas de fiabilidad y han aparecido óptimos resultados (Lameiras, Rodríguez y Carrera; 2005). La evaluación de carácter cualitativo, nos obliga a reflexionar sobre las nuevas metodologías. Aunque son pertinentes y atractivas, a veces se confrontan a los estilos metodológicos que conocen los alumnos (Lameiras *et al.*, 2006; Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2006). Coincidimos con otros autores en la importancia de implicar al profesorado en la Educación Sexual del alumnado, a la vista de nuestro trabajo y otras investigaciones (Fernández Costa, Juárez y Diez David, 1999; Goldman, 2008). El presente trabajo avala la eficacia de la Educación Sexual, aún siendo una propuesta limitada. Debemos preguntarnos por ello, qué consecuencias tendría la Educación Sexual si se realizara a lo largo de la escolaridad obligatoria. Además, éste y otros trabajos (Givaudan y Pick, 2005; Schofield, 1965) demuestran que la Educación Sexual ni es peligrosa, ni incita a mantener relaciones sexuales, ya que en ambos grupos la experiencia sexual aumenta de forma significativa ($p < 0,01$). En definitiva, es el momento de generalizar programas y hacer efectiva la inclusión de la Educación Sexual en los currículos. Esta educación se debe asentar en planteamientos coeducativos y erotofílicos.

8.1.2. DIVERSOS ASPECTOS EVALUADOS EN LA INVESTIGACIÓN.

Dado que no existen apenas programas de Educación Sexual que evalúen su eficacia, consideramos oportuno realizar una reflexión y discusión sobre las actitudes, los conocimientos, las creencias y las fuentes de información que declaran los adolescentes de nuestro estudio.

8.1.2.1. Actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes

Siguiendo las recomendaciones de Diéguez *et al.* (2005) utilizamos la ATSS ampliada para evaluar las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes de nuestra investigación. En la evaluación inicial las puntuaciones a la escala del grupo experimental y del grupo control son similares, la media se sitúa en 104,26 (DT=12,87). En el post-test, observamos un incremento en las puntuaciones medias de ambos grupos, siendo significativo en el grupo experimental, y atribuible por ello a la intervención educativa. En este caso la media asciende a 106,84 (DT=11,98). Estas puntuaciones, son ligeramente inferiores a las encontrados por Diéguez *et al.* (2005) con 1815 jóvenes entre 17 y 19 años, cuya media era 110,83 (DT=12,31). No obstante, nuestros adolescentes son de menor edad. En contraposición, en el estudio llevado a cabo con 562 adolescentes del medio rural gallego escolarizados en ESO, Bach, FP y Garantía Social, Sueiro *et al.* (2004) encuentran niveles mayores de conservadurismo en las actitudes, siendo la puntuación media 80,25 (DT=13,67). El mismo grupo de investigación (Diéguez *et al.*, 2003) descubre unos resultados similares en una muestra de 662 adolescentes y jóvenes de Ourense y Pontevedra, con un media en la escala de 78,32 (DT=14,56). Por su parte Lameiras, Carrera y Rodríguez (2008) en una muestra de 212 estudiantes entre 11 y 13 años hallaron actitudes ligeramente más liberales. En este caso se aplicó la ATSS reducida de 13 ítems (Fisher y Hall, 1998), obteniéndose una media en los varones de 36,65 (DT=4,95) y en las mujeres de 36,26 (DT=5,80).

El estudio de Diéguez *et al.* (2005) evidencia una tendencia a liberalizar las actitudes a medida que se avanza en la adolescencia y juventud, llegando a los niveles mayores de liberalismo en torno a los 25 años. Así los jóvenes de 20 a 22 años obtienen una media de 111,87 (DT=11,46); ascendiendo a 113,01 (DT=11,26) en los que tienen entre 23 y 25 años. Dada la progresión en las actitudes, consideramos razonables los valores obtenidos por nuestra muestra antes de la intervención, puesto que son adolescentes de menor edad (Edad media=14,17, DT=0,72). Por otro lado, los niveles de liberalismo de éstos son con-

siderablemente superiores a los encontrados en los adolescentes gallegos (Diéguez *et al.*, 2003; Sueiro *et al.*, 2004), posiblemente porque no pertenecen al ámbito rural. En este sentido, diversas investigaciones (Dillon y Savage, 2006; Ortega *et al.*, 2005) descubren actitudes más liberales hacia la sexualidad en los adolescentes y los jóvenes que viven en las ciudades, en comparación con sus coetáneos de zonas rurales. Destacamos asimismo el importante incremento en las actitudes de los adolescentes del grupo experimental tras la intervención educativa, alcanzando niveles de liberalismo próximos a los obtenidos por jóvenes de mayor edad. Dada la relación entre los constructos liberalismo-conservadurismo y erotofilia-erotofobia (Sueiro, Diéguez y González, 1998) consideramos fundamental este aumento, ya que las actitudes positivas hacia la sexualidad están vinculadas a la vivencia saludable y satisfactoria de la misma (Bryan, Ayken y West, 1997; Crosby, Yarber y Meyerson, 1999; Diéguez *et al.*, 2003; Fisher *et al.*, 1988, Fuertes *et al.*, 2002; Johnson *et al.*, 1999, Lameiras *et al.*, 2007; McKelvey *et al.*, 1999; Minichiello, Marino y Browne, 2001; Oliva, Serra y Vallejo, 1997; Páez, Ubillos y León, 1996; Ramos *et al.*, 2003; Santín *et al.*, 2003; Smith *et al.*, 1993; Sueiro *et al.*, 2004; Ubillos, 2001; Zubeidat, Ortega y Serra, 2004; Zubeidat *et al.*, 2003). Por ello, éste era uno de los objetivos capitales del programa “SOMOS”, pudiendo afirmar que se ha alcanzado.

8.1.2.2. Actitudes negativas hacia la masturbación y otros aspectos relacionados

La masturbación es un aspecto determinante en esta etapa del desarrollo. La mayoría de los adolescentes comienzan a masturbarse en edades comprendidas entre los 11 y los 14 años (Ballester y Gil, 2006; Barragán, 1989; Diz, Sueiro *et al.*, 2003; Fernández *et al.*, 2006; Fuertes y López, 1997; García Banco, 1994; Gómez Zapiain, 1993; López y Fuertes, 1994; Sueiro *et al.*, 2004). Por ello, resulta fundamental conocer y mejorar las actitudes que poseen chicos y chicas hacia la masturbación, puesto que en demasiadas ocasiones se ha comprobado que existe un desequilibrio entre la práctica de esta conducta y las actitudes hacia la misma (Papalia y Olds, 1997; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004).

Antes de la intervención educativa, la puntuación media de toda la muestra en el *Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI*; Abramson y Mosher, 1975) es 76,62 (DT=12,95). Los adolescentes del grupo experimental poseen actitudes sensiblemente más positivas que sus compañeros del grupo control, ya que obtienen un media de 75,93 (DT=11,39). Estos resultados son

similares a los encontrados por Ortega *et al.* (2005) con una muestra 174 adolescentes cordobeses entre 14 y 17 años, donde la puntuación media en la NAMI era 74,28 (DT=12,64). En ambas investigaciones el rango de edad es idéntico, por lo que los adolescentes estudiados por nosotros poseen peores actitudes hacia la masturbación. Sin embargo, la intervención educativa provoca un descenso significativo de este tipo de actitudes ($p < 0,01$). De esta manera, la puntuación media de los adolescentes del grupo experimental en el post-test se reduce a 70,69 (DT=14,24), situándoles en niveles de actitudes positivas ante esta práctica superiores a los encontrados por Ortega *et al.* (2005). Además, hemos de subrayar, que antes de la intervención educativa menos un 5% de los adolescentes de la muestra declara sentirse mal consigo mismo después de masturbarse. Reduciéndose este valor en el grupo experimental tras participar en el programa al 1,41%. Estos valores son inferiores a los obtenidos en otros estudios (García Blanco, 1994; Heras y Lara, 2009a; Oliva, Serra y Vallejo; 1993); lo que evidencia que en la actualidad los adolescentes presentan menor culpabilidad cuando practican esta conducta. Recordemos por ejemplo el trabajo de González (1989). Éste hace más 20 años encontró porcentajes considerablemente mayores, cercanos al 50% entre chicos y chicas de BUP. Todo esto parece indicar en las dos últimas décadas se han liberalizando las actitudes hacia la masturbación.

Debemos subrayar la mejora en las actitudes hacia la masturbación en los adolescentes que participaron en el programa. Consideramos fundamental este hecho dada la relevancia esta práctica en la adolescencia, ya que sirve para: satisfacer el deseo, aliviar la tensión sexual, ayudar a conocer el propio cuerpo, realizar distintas necesidades en la fantasía, mejorar la autoestima e incluso, superar otro tipo de situaciones caracterizadas por la tensión o la angustia (López y Fuertes, 1994).

8.1.2.3. Adhesión al estándar sexual tradicional y creencias sexistas

La igualdad en las relaciones, la eliminación de creencias sexistas y la promoción de un convivencia sin violencia son un objetivo prioritario de la Educación Sexual, dado que aún hoy este tipo de creencias son sostenidas por algunos adolescentes y jóvenes (Diez-Aguado, 2003; Diez-Aguado y Martínez Arias, 2001; Ferrer *et al.*, 2006, Heras, Carcedo, Guijo y Ubillos, 2007; Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2006; Lameiras y Rodríguez, 2002; Macias y Moya, 2002; Bretón y Buela Casal, 2006).

Después de la intervención educativa, los adolescentes del grupo experimental obtienen una puntuación media de 24,90 (DT=5,82) en la Double Standard Scale (Caron *et al.*, 1993). Sus compañeros del grupo control, obtienen una puntuación sensiblemente mayor 25,21 (DT=7,18). En ambos casos nos encontramos ante niveles medios de adhesión al estándar sexual tradicional. No obstante, se observa una tendencia hacia nuevos modelos y roles sexuales, principalmente en el grupo que intervino en el programa. Estos resultados son coincidentes a los hallados por nosotros (Heras y Lara, 2009a) en alumnos burgaleses escolarizados en el mismo curso escolar donde la media en la escala era 25,50 (DT=5,10). En concordancia, Ubillos y Goiburu (2007) en una muestra de 575 adolescentes guipuzcoanos entre 15 y 17 años, descubren una puntuación media en los varones de 2,66 (DT = 0,56) y las mujeres de 2,37, (DT = 0,61). Esta misma escala aplicada a mujeres peruanas adultas 18 y 64 años, descubre valores similares a los hallados en nuestra muestra: las mujeres que declaraban tener estudios primarios obtenían una puntuación media de 25,17 (DT=6,12), en aquellas que poseían estudios secundarios la media era 25,36 (DT=7,03) y en la caso, de las mujeres con estudios superiores su media descendía a 22,76 (DT=6,21) (Sierra *et al.*, 2010). Las actitudes hacia los roles sexuales de los adolescentes estudiados son acordes a las encontradas en su rango de edad en nuestro entorno. Aunque se detecte una mejora significativa de éstas en el grupo experimental, también tiene lugar un reducción significativa de la adhesión estándar tradicional en el grupo control; por lo que no podemos atribuir este progreso al programa "SOMOS" Además, diversos estudios muestran que la edad y la experiencia contribuyen positivamente a la eliminación de estereotipos (Oliva, Serra, y Vallejo, 1997; Emmerich y Shepard, 1982).

En relación a las creencias sexistas, tanto en la evaluación inicial como en la evaluación final, los ítems referidos a este tipo de creencias son ampliamente rechazados por los adolescentes de los dos grupos (experimental y control). En general, menos del 10% de ellos está conforme con estas creencias. Estos resultados son similares a los obtenidos en Burgos (Heras y Lara, 2009b) en una muestra de 247 sujetos entre 13 y 17 años, salvo en dos de los ítems. De esta manera, un 20,60% de aquellos adolescentes consideraba que los hombres merecían mejores puestos de empleo que las mujeres y un 17,20% sostenía que las mujeres debían mantener relaciones con su marido aunque no les apeteciera. Cabe señalar en contraposición a nuestros hallazgos, que las investigaciones referidas específicamente al sexismo en adolescentes bien sea tradicional o ambivalente, encuentran niveles no despreciables de aceptación de estas creencias (Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2006; Lameiras y Rodríguez, 2002). Esto puede ser debido, a que son pocos los ítems sobre estas cuestiones en el

BCCS, además de evaluar aspectos de carácter más tradicional. No debemos olvidar tampoco que puede estar interviniendo la deseabilidad social, aunque en el resto del bloque, los resultados no parecen estar mediados por ésta.

Hemos de subrayar que, después del programa, en el grupo experimental se produce una disminución significativa de aceptación de dos ítems de la BCCS referidos a este tipo de creencias (ítem 3 “*los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres*” e ítem 32 “*los hombres experimentan más deseo sexual que las mujeres*). En el grupo control no se encuentran diferencias entre los dos momentos de medición en ninguno de los ítems relacionados con sexismo. Consideramos que el programa de Educación Sexual “SOMOS” ha contribuido positivamente a disipar estas creencias sexistas, sostenidas por algunos adolescentes.

8.1.2.4 Conocimientos y creencias sobre sexualidad

Coincidimos con diversos autores (Johnson *et al.*, 1999; Sueiro *et al.*, 2004) en que los adolescentes tienen más conocimientos correctos que incorrectos en cuanto a relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual. No obstante, el nivel de conocimientos obtenido por los adolescentes de nuestra muestra antes de la intervención educativa, es sensiblemente inferior al obtenido en otros estudios, ya que hemos trabajado con individuos de menor edad. Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Santín *et al.*, (2003) con adolescentes entre 14 y 20 años se descubre mediante un cuestionario de 24 ítems que los sujetos están informados en 18 de las cuestiones (porcentajes de aciertos superiores al 50%) y poseen escasos conocimientos en las 6 cuestiones restantes. En el estudio llevado a cabo con adolescentes del medio rural gallego, Sueiro *et al.* (2004) comprobaron que de 17 ítems planteados la media de aciertos se situaba en torno a 12. No obstante, en aquellas investigaciones en las que la edad de los sujetos es más próxima a la que poseen los adolescentes estudiados por nosotros, aparecen unos resultados similares a los obtenidos en la evaluación inicial (Barella, Mesa y Cobeña, 2002; Heras y Lara, 2008a; Heras y Lara, 2008b; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Debemos destacar que, tras la intervención educativa, en la evaluación final o post-test, los adolescentes del grupo experimental alcanzan los niveles de acierto similares a los obtenidos por jóvenes de mayor edad (Santín *et al.*, 2003). El programa realizado contribuye a la mejora de conocimientos de los adolescentes estudiados, aproximando su nivel de comprensión de la sexualidad al de jóvenes con mayor experiencia. Consideramos fundamental este hecho porque puede favorecer una mayor previsión y

planificación ante las relaciones sexuales coitales, así como disponer de otras alternativa sexuales como el “*petting*”. Recordemos que más de la mitad de los adolescentes esperan un tiempo, después de su primera experiencia, para usar métodos de protección; incurriendo en prácticas de riesgo, muchas veces porque la situación surgió de forma inesperada (Hidalgo, Garrido y Hernández, 2000; García Blanco, 1994; Oliva, Serra y Vallejo, 1993; Ramos *et al.*, 2003). Por ello, alcanzar niveles avanzados de conocimientos puede permitir plantearse este tipo de circunstancias, así como disponer de alternativas más seguras. En este sentido, son varios los autores que consideran más efectivas las programaciones de Educación Sexual cuando se anticipan a determinadas conductas sexuales (Gómez-Zapiain, 2005b; Lameiras *et al.* 2004; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004; Ubillos, 2001).

Otros aspecto considerado en las investigaciones previas es la relación existente entre la valoración que tienen los adolescentes de su propio conocimiento y el conocimiento que demuestran en los distintos cuestionarios. Planes *et al.* (2004) en una muestra de 199 adolescentes de 4º de ESO y 1º de Bach no encontraron ninguna relación entre el nivel de conocimientos percibido por ellos y los conocimientos que realmente mostraron. Romero de Casilla (1999), en su tesis doctoral, defiende sin embargo, la existencia de una relación directamente proporcional entre estas variables. Nosotros encontramos esta tendencia antes de la intervención educativa en ambos grupos, aunque en general las valoraciones son ligeramente inferiores a los conocimientos demostrados; lo que contrasta con resultados obtenidos de otras investigaciones. En el trabajo de Planes *et al.* (2004) más del 80% de los chicos y chicas estudiados consideraba tener un nivel elevado de conocimientos. De igual manera, Luque y García Domínguez (1990) en una muestra de 227 adolescentes, cuya edad media era 13,4 años, encontraron que más del 30% de ellos consideraba tener excelentes conocimientos, sin embargo este nivel de conocimientos sólo era demostrado por el 10% de su muestra. En concordancia, en una investigación realizada por nosotros, con 247 adolescentes entre 13 y 17 años, un 64,73% de ellos consideraba tener conocimientos buenos o muy buenos, sin embargo este nivel fue demostrado por el 56,21% de ellos (Heras, 2007). La relación entre conocimiento autopercebido y demostrado no es clara, por lo que es conveniente seguir estudiando y analizando estas dos variables. Cabe señalar que la intervención educativa (programa “SOMOS”) provoca en el grupo experimental un mayor ajuste y proximidad de estas variables: autovaloración y puntuación en la BCCS. Aspecto que consideramos interesante, puesto que los adolescentes son conscientes de lo que conocen en materia de sexualidad y lo que aún desconocen. No sobrevaloran sus conocimientos, situándose en un plano más realista tanto para

continuar con el aprendizaje de cuestiones vinculadas a la sexualidad, como para afrontar su propia biografías sexual.

8.1.2.5. Fuentes de información y educación sexual previa.

Los adolescentes acostumbran a obtener la información sobre sexo de fuentes no científicas y poco fiables. La escuela, la familia o los libros no suponen una alternativa para la obtención de información para muchos de ellos, aspecto que pretendía ser modificado con el programa educativo. El trabajo muestra que tras participar en el programa "SOMOS" los alumnos y alumnas del grupo experimental incrementan de forma significativa el uso de algunas de estas fuentes, concretamente la escuela y los servicios sanitarios (profesores, orientador del centro, médicos u otros profesionales sanitarios). Se produce también un ligero aumento de la utilización de libros y otras fuentes científicas. Con todo, los amigos y amigas son la principal fuente de información para los adolescentes estudiados, independientemente del grupo al que pertenezcan. De esta manera, tanto en la evaluación inicial como en la final, más del 46% de los adolescentes utilizan esta vía de información. Estos resultados son similares a los obtenidos en diversos estudios en los últimos 20 años. En una investigación llevada a cabo en el medio rural gallego por Chas, Diéguez, Diz y Sueiro (2003) con 662 adolescentes, el 15,1% de los adolescentes escolarizados en ESO declaraban recibir la información sobre temas sexuales de sus amigos y amigas. Además, un 33,4% de los estudiantes de ESO encuestados hablaba sobre temas sexuales con sus amigos y amigas. Asimismo, en un estudio en el que se recogieron 962 encuestas, Romero de Castilla, Lora y Cañete (2001) encontraron que el 90,8% de los adolescentes y jóvenes decía poder hablar abiertamente de sexo con sus amigos. García Blanco (1994) descubrió que el 37,4% de los 810 adolescentes interrogados recibía en conversaciones con amigos y amigas la información sobre sexo. Oliva, Serra y Vallejo (1993), con una muestra de 995 adolescentes y jóvenes entre 15 y 21 años de edad, encontraron unos porcentajes ligeramente superiores a los nuestros: El 73,3% manifestaba que los amigos eran su principal fuente de información sexual. Por su parte, Barragán (1989) señala que, en una muestra 1504 adolescentes, el 36% de las mujeres y el 50,7% de los varones escolarizados en EGB y, el 38,2% de las mujeres y el 50,2% de los varones escolarizados en BUP obtuvieron su primera información sexual de sus amistades. Nosotros en una investigación previa encontramos un valor similar al obtenido en el presente trabajo, ya que el 53,2% de los adolescentes estudiados consultaba a sus amigos con bastante o mucha frecuencia (Lara y Heras, 2008).

Los medios de comunicación de masas e Internet son importantes fuentes de información entre los adolescentes estudiados, hayan participado o no en el programa educativo. De esta manera en torno al 30% de ellos, utilizan con bastante frecuencia o siempre estos medios. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos en otras investigaciones. En el trabajo de Oliva, Serra y Vallejo (1993) las revistas y la televisión eran una valiosa fuente de información para el 43,6% y 33,2% de los adolescentes y jóvenes encuestados, respectivamente. En un estudio más reciente realizado en Córdoba, la revistas aparecieron también, como la segunda mayor fuente de información. Sin embargo, la tercera fuente en relevancia para los adolescentes de este estudio eran los profesores; superando al cine y la televisión (Romero de Castilla, Lora y Cañete, 2001). En el estudio de García Blanco (1994) un 20,1% de los adolescentes obtenían la información del cine o la televisión. Chas *et al.*, (2003) señalan que el 14% de los adolescentes escolarizados en ESO conoce las cuestiones relacionadas con el sexo a través de lecturas o películas. Los medios de comunicación de masas son desde hace más de una década una fuente inagotable de información y conocimiento para los adolescentes. En la actualidad Internet se está convirtiendo en otra vía de información destacada, como revelan los resultados de nuestras investigaciones (Lara y Heras, 2008).

Aunque no es el objeto de esta tesis, sentimos la obligación de hacer mención a la Educación Sexual declarada por los adolescentes antes de realizarse el programa "SOMOS". Los resultados de la evaluación inicial evidencian la escasa cabida de este tipo de formación en los currículos escolares. Ubillos y Mayordomo (2003) consideran inexistentes las propuestas firmes de Educación Sexual mediante currículos estandarizados. Nosotros, descubrimos que sólo aproximadamente un 50% de los adolescentes de la muestra (grupo experimental y grupo control) habían recibido Educación Sexual en la escuela; siendo de carácter puntual y no excediendo, en general, las dos horas. Además debemos subrayar que varias investigaciones descubren que entre el 80% y el 100% de los estudiantes considera necesaria la Educación Sexual (Diéguez, *et al.*, 2003; García Blanco, 1994; Lara y Heras, 2008; Romero de Castilla, Lora y Cañete, 2001). Los adolescentes del presente estudio tuvieron la oportunidad de recibir y participar en un programa más prolongado. Con todo, dado el carácter puntual del mismo, demandan una mayor duración y lamentan no haber tenido formación en los cursos anteriores (véanse las sugerencias hechas por ellos). Debemos señalar asimismo, que al margen de la investigación, cuando el post-test ya fue cumplimentado, los adolescentes del grupo control recibieron también formación.

8.1.2.6. Medidas para evitar embarazos.

Las medidas para evitar embarazos habitualmente son interrogadas mediante cuestionarios de conocimientos. Nosotros sin embargo, planteamos una pregunta semiestructurada en la que el propio alumnado debía sugerir la medida y valorar el grado de eficacia de la misma. Más de un 70% de los adolescentes estudiados (grupo experimental y grupo control) desconocen antes de la intervención educativa medidas como el diafragma, el DIU, la ligadura de trompas, la vasectomía, el anillo vaginal o los espermicidas. Estos porcentajes son considerablemente más elevados que los obtenidos en el la investigación de Guerrero, Guerrero, García Jiménez y Moreno López (2008) en una muestra de 67 alumnos con una edad media de 16,3 años (DT=1,01). Podemos decir, que antes de la formación los adolescentes de nuestro trabajo desconocen en mayor grado las medidas para evitar embarazos. No debemos olvidar que éstos tienen menor edad y que la forma de evaluar las medidas no es idéntica. En cualquier caso, los resultados evidencian una mejora considerable en el grupo experimental tras la intervención educativa. Medidas como el diagrama, la ligadura de trompas o el DIU son enunciadas considerablemente más que en le pre-test. Hemos de destacar, que las medidas por antonomasia el condón y la píldora anticonceptiva son planteadas de forma idéntica por los dos grupos, tanto en el pre-test como el post-test, con valores superiores al 90% en el caso del condón y al 70% en el caso de la píldora.

La intervención educativa provoca un aumento en la proposición de medidas adecuadas para evitar embarazos. Salvo en el caso de la píldora del día después, que se produce un descenso, dado que es una medida de emergencia. Además, parece contribuir a una valoración más ajustada de la eficacia de dichas medidas. Por ejemplo, la “marcha atrás”, que aunque se enuncia más es valorada como ineficaz. El programa “SOMOS” tiene un efecto positivo en el conocimiento y recuerdo de medidas para evitar embarazos.

8.1.2.7. Dudas e intereses de los adolescentes.

Desde una perspectiva pedagógica, conocer los intereses del alumnado y detectar las ideas previas acerca de un tema es indispensable para poder diseñar una buena propuesta educativa. Una buena estrategia para descubrir las inquietudes sobre sexo de los adolescentes es plantar preguntas por escrito, puesto que preservan la intimidad y facilitan la sinceridad de los sujetos. Varios autores han utilizado esta estrategia y recomiendan su uso para conocer al

alumnado, su nivel de información y sus demandas (Barragán, 1991; Barberá y Navarro, 2000; Claramunt, Hernansaiz y León, 2004; López, 1995)

En el trabajo hemos plasmado las preguntas que hacen los adolescentes, pero no hemos analizado en profundidad el contenido de las mismas. La “primera vez”, la masturbación, otras conductas sexuales como el sexo oral, las ITS y su prevención son cuestiones muy demandadas por los adolescentes, al igual que en otros estudios (Barberá y Navarro, 2000; Claramunt, Hernansaiz y León, 2004, Heras y Lara, 2008b). En este sentido, Ruiz Sánchez y Sagaseta (2007) apuntan a un cambio en los intereses de los adolescentes. Estos autores consideran que las dudas sobre la “primera vez” están siendo sustituidas por cuestiones más frívolas como prácticas o posturas sexuales. Buena muestra de ello, pueden encontrarse en los capítulos 6 y 7.

Existen evidencias de que las preguntas están muy polarizadas en función del sexo, es decir, son distintas las planteadas por los chicos de las sugeridas por las chicas. En otra investigación (Heras y Lara, 2008c) encontramos que la masturbación, la anatomía masculina (genitales masculinos) y el coito preocupaban significativamente más a los varones. Resultados coincidentes con los encontrados por Barberá y Navarro (2000) tras analizar 1204 preguntas realizadas por chicos y chicas de 13 y 14 años. Las autoras descubrieron estos mismos tres intereses por parte de los varones aunque el coito preocupaba más que los genitales masculinos. En un estudio realizado en la Comunidad Valenciana con 356 adolescentes de 13 a 15 años los temas de interés señalados por los chicos fueron: ETS, formas de relación sexual (posturas), anticonceptivos y respuesta sexual (Claramunt, Hernansaiz y León, 2004). Los varones están, por lo tanto, más preocupados por la “acción”, papel otorgado tradicionalmente a la sexualidad masculina. Así masturbación, coito y genitales (vinculados tradicionalmente a la potencia sexual) ocupan el mayor número de preguntas en estas investigaciones.

Las adolescentes, por el contrario, se muestran más preocupadas por los métodos anticonceptivos, el embarazo, el dolor y el sangrado en las relaciones coitales, y la menstruación (Barberá y Navarro, 2000; Heras y Lara, 2008c). Claramunt, Hernansaiz y León (2004) encuentran además preguntas referidas a relación sexual (posturas).

Los estudios señalados muestran diferencias en las expectativas sobre sexualidad de los y las adolescentes. En general, las chicas están más preocupadas por un posible embarazo, ya que las consecuencias son inevitables para

ellas. Quieren conocer las alternativas para no padecer un embarazo no deseado. Muestran incertidumbre también por los cambios corporales sufridos o por sufrir con la menstruación. Para las chicas la primera vez es también relevante, y motivo de curiosidad. El miedo al dolor, la rotura de himen o el sangrado están muy presentes. Alguna de ellas, además, siente un gran temor ante la posibilidad de experimentar más dolor que placer. Barberá y Navarro (2000) hablan de la existencia de un “erotismo subrogado” en las mujeres. Según estas autoras en las mujeres el placer genital se confina a las relaciones amorosas. Se estaría sosteniendo mediante el miedo. Por un lado temen, como hemos visto, el dolor y las consecuencias. Y por otro, relacionado con el estatus social, temen la segregación y el estigma.

Consideramos que estos aspectos han de ser evaluados en profundidad, ya que no hemos hecho un análisis pormenorizado de las preguntas. A fin de descubrir en que medida el programa modifica y soluciona las dudas, así como determinar la influencia de la socialización de género en este aspecto.

8.2. PRINCIPALES CONCLUSIONES

Partimos en de las hipótesis propuestas en el capítulo 4. En base a ellas extraemos las siguientes conclusiones:

1. Los adolescentes del grupo experimental, tras participar en el programa “SOMOS”, obtienen una puntuación significativamente mayor en las ATSS ($p < 0,01$). Sin embargo, en el grupo control no tiene lugar un aumento significativo en las puntuaciones a esta escala. Podemos atribuir al programa educativo el incremento en las actitudes positivas hacia la sexualidad. Se confirma de esta manera el enunciado de la primera hipótesis: “Tras la intervención educativa, los adolescentes pertenecientes al grupo experimental mejorarán, en relación al grupo control, las actitudes globales hacia la sexualidad”.

2. Los conocimientos y las creencias sobre sexualidad medidos con la BCCS mejoran en el post-test en los dos grupos de adolescentes: experimental y control. En ambos casos la evolución de los conocimientos es estadísticamente significativa, siendo mayor en el grupo experimental ($p < 0,01$). En este caso, el programa “SOMOS” incide favorablemente en la mejora de los conocimientos

y creencias sobre sexualidad, pero no resulta determinante; ya que también se produce un incremento significativo en el grupo control ($p < 0,05$). Consideramos que la experiencia y el paso del tiempo son posiblemente las variables que están interviniendo; provocando tanto una mejora en los conocimientos, como eliminando falsas creencias. Podemos decir por ello, que se confirma parcialmente la hipótesis propuesta: “Los sujetos del grupo experimental después de recibir la formación mejorarán más en su nivel global de conocimientos sobre sexualidad que sus homólogos del grupo control”.

3. El estudio muestra que los adolescentes del grupo experimental, después de haber participado en el programa “SOMOS”, reducen de forma significativa su nivel de actitudes negativas hacia la masturbación ($p < 0,01$). En el grupo control, por el contrario, no se produce un descenso significativo en estas actitudes. Por ello, podemos atribuir la mejora en las actitudes hacia la masturbación a la intervención educativa realizada; verificándose el enunciado de nuestra tercera hipótesis: “En los adolescentes que participen en el programa de Educación Sexual disminuirán las actitudes negativas hacia la masturbación en comparación a sus compañeros del grupo control”.

4. La adhesión al estándar sexual tradicional disminuye en el post-test de forma significativa tanto en el grupo experimental, como en el grupo control ($p < 0,05$). En ambos casos se produce una reducción similar, por lo que ésta no puede ser atribuida al programa “SOMOS”. Debemos recordar no obstante, que en el pre-test la Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993) presentó problemas de fiabilidad.

Respecto a las creencias sexistas el estudio evidencia en el grupo de adolescentes que intervino en el programa “SOMOS” diferencias significativas entre el pre-test y el post-test en dos de ellas ($p < 0,01$). Después del programa, el alumnado del grupo experimental rechaza en mayor grado los enunciados del ítem 3 “*los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres*” y del ítem 32 “*los hombres experimentan mas deseo sexual que las mujeres*”. En otros ítems referidos a creencias sexistas no aparecen diferencias significativas. Sin embargo, la evaluación previa de éstas revelaba un rechazo mayoritario a las mismas, por lo que no existía apenas margen de mejora. En el grupo control no se encuentran diferencias entre los dos momentos de medición en ninguno de los ítems relacionados con sexismo. Todo ello nos permite afirmar que el programa de Educación Sexual “SOMOS” contribuye positivamente a eliminar aquellas creencias sexistas que los adolescentes puedan sostener.

A la vista de estos resultados, podemos decir que ha sido refutada la primera parte de la hipótesis cuarta. Por el contrario, la disminución de creencias sexistas confirma la segunda parte de la hipótesis: "Después de la aplicación del programa, el alumnado del grupo experimental reducirá más su adhesión al estándar sexual tradicional y a creencias sexistas que los adolescentes del grupo control".

5. La investigación muestra que los adolescentes después de la intervención educativa, enuncian en mayor grado medidas adecuadas para evitar embarazos, como el DIU, la ligadura de trompas, la vasectomía, el preservativo femenino, los espermicidas, el parche hormonal o el "petting". Por el contrario, en el grupo control no se produce este importante incremento en la tasa de propuesta de estas medidas. Otras alternativas para evitar embarazos como la píldora del día después o la abstinencia son menos formuladas en el post-test en ambos grupos; siendo notable el descenso de la primera en el grupo experimental.

Respecto al método anticonceptivo y preventivo por antonomasia, el condón, es reconocido ampliamente y de forma similar por los dos grupos en los distintos momentos de evaluación. Situación similar a la encontrada con la píldora anticonceptiva. En ambos casos, la intervención educativa no tiene apenas influencia, ya que la situación de partida o inicial es prácticamente inmejorable.

Se evidencia que el programa "SOMOS" influye positivamente en el recuerdo de medidas anticonceptivas válidas, así como en la reducción de la aceptación de la píldora del día después. No podemos olvidar tampoco que en el grupo experimental se incrementa considerablemente el recuerdo y la expresión de la "marcha atrás" como medida para evitar embarazos, aunque la valoración de la eficacia de la misma se reduce de forma notable.

En relación a este último aspecto, la evaluación de la eficacia de las medidas, observamos un mayor ajuste en las valoraciones realizadas por los alumnos y alumnas que participaron en el programa. Como son pocos los sujetos, principalmente del grupo control, que juzgan la eficacia de las medidas que ellos mismos proponen; no podemos realizar afirmaciones claras sobre la influencia del programa "SOMOS" en estas valoraciones. No obstante, consideramos verificada la quinta hipótesis del estudio: "Los adolescentes que reciban el programa, en comparación a sus compañeros del grupo control, enunciarán un mayor número de medidas para evitar embarazos y valorarán de forma más ajustada el grado de eficacia de las mismas".

6. Los adolescentes del grupo experimental tras participar en el programa “SOMOS” amplían su concepción de las relaciones sexuales, rechazando en mayor grado aquellas creencias que las reducen al coito. Aparecen por ello diferencias significativas ($p < 0,01$) en los ítems 2, 7 y 25 (*El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales; La sexualidad comienza con el primer coito; Una relación sexual completa es aquella que se realiza con penetración*). En el grupo control, por el contrario, no encontramos diferencias en los ítems 7 y 25, aunque si aparecen en el ítem 2 pero con un menor nivel de significatividad ($p < 0,05$). Además, el alumnado que intervino en el programa educativo reconoce como relaciones sexuales los besos, las caricias o el “*petting*”, apareciendo nuevamente diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test. Sin embargo, estas prácticas no son consideradas relaciones sexuales por los chicos y chicas del grupo control.

Dados estos resultados podemos afirmar que se confirma la sexta hipótesis de nuestra investigación: “Tras participar en el programa, los sujetos del grupo experimental ampliarán, en relación al grupo control, su visión de las relaciones sexuales; contemplando dentro de éstas, el “*petting*” y desterrando mitos acerca del coito”.

7. Este estudio muestra cómo los adolescentes que participaron en el programa “SOMOS” mejoran de forma significativa el ajuste entre la valoración de sus conocimientos y aquéllos que demuestran en la BCCS ($p < 0,05$). Por ello, la diferencia entre ambas mediciones disminuye en el post-test. En el grupo control, sin embargo, esta diferencia aumenta, evidenciándose un mayor desajuste en la segunda medición. Todo ello nos permite afirmar que el programa “SOMOS” ha incidido en este aspecto, quedando verificada la hipótesis séptima de nuestra investigación: “El alumnado que intervenga en el programa ajustará más, en comparación con el grupo control, la percepción y valoración de su nivel de conocimientos sobre sexualidad en relación a los conocimientos que demuestren saber”.

8. El uso de fuentes de información consideradas por nosotros como veraces y adecuadas se incrementó considerablemente entre aquellos adolescentes que intervinieron en el programa educativo “SOMOS”. Concretamente hubo un aumento en la consulta a los profesores ($p < 0,01$), al orientador ($p < 0,05$) y a médicos o personal sanitario ($p < 0,05$). En el grupo control por el contrario, no se produce mayor frecuencia en la utilización de este tipo fuentes. Cabe señalar que en el grupo experimental tampoco aparecen cambios destacables en el uso

de otras fuentes, como los libros o los amigos. En cualquier caso podemos atribuir el incremento en la utilización de las fuentes señaladas al programa educativo, ya que éste se produce en el grupo experimental. Por ello consideramos confirmada la octava hipótesis del trabajo: “Tras la aplicación del programa, los adolescentes del grupo experimental incrementarán, en relación a sus compañeros del grupo control, el uso de fuentes de información (sobre sexo) apropiadas y veraces como pueden ser padres, madres, profesores, sanitarios o libros científicos”.

9. Un aspecto inexcusable en la investigación sobre Educación Sexual es determinar si las intervenciones educativas incitan y promuevan las conductas sexuales, es decir, si los adolescentes que participan en los programas incrementan su experiencia sexual a un ritmo mayor que sus coetáneos. Nuestro estudio concluye que el programa “SOMOS” no incide en el nivel de experiencia sexual de los adolescentes. Tanto en el grupo experimental, como en el grupo control, dicho nivel aumenta de forma estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Unos y otros, independientemente de haber recibido la formación, incrementan de forma secuencial y progresiva su experiencia sexual, como indican otros autores (Givaudan y Pick, 2005; Schofield, 1965) Lo que además avala la necesidad de educar por y para la sexualidad antes de que los adolescentes accedan a la relaciones coitales, puesto que incrementan progresivamente su nivel de experiencia sexual (Sueiro, Perdiz y Diéguez, 2005; ONUSIDA, 1997; Ubillos y Navarro, 2003).

Basándonos en estos resultados, podemos afirmar que se verifica la novena hipótesis de nuestra investigación: “El programa de Educación Sexual no afectará al nivel de experiencia sexual del alumnado, ni originará un acceso prematuro a las relaciones sexuales coitales. Por ello, la evolución respecto al nivel de experiencia sexual será similar en ambos grupos”.

10. Como explicamos en el capítulo segundo de esta tesis, resulta prioritario conocer la opinión del propio alumnado sobre el programa educativo. En este sentido, la valoración global del programa por parte del grupo experimentales buena, aunque no excelente, obteniéndose una media de 69,87 (DT=11,05) en una escala ente 20 y 100.

El análisis descriptivo de los distintos ítems del cuestionario revela que el programa es mayoritariamente considerado apropiado a las necesidades del alumnado, así como útil para su vida. Más del 60% del mismo se siente, tras

participar en el programa, más capacitado para responder de forma adecuada ante las posibles dificultades afectivas y sexuales que puedan tener en el transcurso de su vida.

Hemos de señalar también que diversos aspectos metodológicos han de ser revisados como algunos recursos o las propias explicaciones, pues no resultan lo suficientemente atractivos o dinámicos para la mayoría de los y las adolescentes. Por el contrario, otros elementos como el estudio de casos reales o las representaciones iconográficas han sido valorados positivamente por el alumnado, coincidiendo con investigaciones previas (Brewster y Wylie, 2008). Consideramos necesaria una revisión metodológica, aunque atribuimos algunas de éstas dificultades a: la inexperiencia de la docente, la no presencia del tutor/a en dos de las tres clases, y la propia asignación de los grupos por parte del centro.

En cualquier caso, consideramos confirmada la última hipótesis de nuestro estudio: “En general, los/as adolescentes que participen en el programa estarán satisfechos con el mismo (contenidos, metodología, recursos) y lo considerarán útil para sus vidas”.

8.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Aunque los resultados evidencian la eficacia del programa, hemos de señalar algunas limitaciones tanto en la investigación, como en la intervención educativa. En primer lugar, el centro escolar elegido parece ser representativo del resto de centros de la ciudad, ya que se sitúa en una zona urbana en expansión. Su alumnado es heterogéneo, la mayor parte pertenece a hogares con un nivel socioeconómico medio; aunque cuenta con alumnos procedentes de países extranjeros cuyas familias poseen niveles económicos diferentes y culturas diversas. Los resultados son generalizables a este centro, y a otros de características similares, pero quizá no a otro tipo de centros, por ejemplo rurales.

Por otro lado, hubo que eliminar varios sujetos del estudio porque no contestaban con seriedad el cuestionario. Esto nos lleva a plantearnos el posible efecto que tuvo el programa en ellos. Además barajamos que éstos sean los alumnos que peor se adaptaron a la metodología y que mostraron mayor indisciplina. Consideramos que estos adolescentes probablemente estén más tipifi-

cados sexualmente y que sostengan mitos y estereotipos (Díaz Aguado, 2006) Además de tener potencialmente mayor riesgo de incurrir en prácticas de riesgo. Puede que los sujetos eliminados del estudio sean por tanto quienes necesiten en mayor grado la intervención, siendo relevante el resultado de su evaluación, es decir, la información descartada en la investigación.

El carácter novedoso del programa puede suponer otra limitación. Los estudiantes son expuestos a una propuesta educativa que no se haya implementada en el currículo, por lo que ésta se convierte en un espacio de menor trascendencia escolar. Además, los alumnos y alumnas no están acostumbrados a trabajar este tipo de temáticas, lo que exige una adaptación y aceptación de las mismas. Todo ello provoca que el programa no sea tomado tan en serio como otras tareas escolares. Incluso es posible que sea concebido por los adolescentes como un mero aditivo. La ejecución y eficacia del propio programa está condicionada por todos estos aspectos. En este sentido, los resultados del programa Agarimos muestran que el interés por los temas y la actitud positiva son mayores en aquellos alumnos que han realizado durante varios cursos el programa (Rodríguez, Lamieras y Carrera, 2006). Consideramos por ello que habría que integrar de forma más eficaz estas propuestas en los currículos escolares, a fin de evaluarlas sin este tipo de limitaciones.

Finalmente, varios aspectos ligados a la práctica docente han podido influir en los resultados obtenidos. En primer lugar, coinciden la figura de investigador y figura de docente, lo que conlleva ciertas limitaciones. Se han podido enfatizar más algunos contenidos que iban a ser evaluados, aunque no somos conscientes de ello. Podemos afirmar sin embargo que la docente se mostró rígida en el desarrollo de la programación, lo que dificultó la adaptación a las necesidades de alumnado. En todo momento quiso poner en práctica el currículo diseñado y hacerlo de forma similar en todas las clases, a fin de procurar cierta homogeneidad al estudio. Quizás hubiera sido más adecuado incrementar la flexibilidad de currículo y dedicar mayor tiempo a mejorar el clima en el aula. En segundo lugar, la docente no contaba con experiencia profesional en esa etapa educativa, lo que pudo suponer un hándicap y una limitación a la investigación. Creemos que el programa "SOMOS" puede obtener resultados ligeramente diferentes si es llevado a cabo por otro docente, que no intervenga en la investigación y que tenga mayor experiencia profesional en esta etapa educativa.

8.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En un futuro próximo y en el marco de esta investigación, es conveniente evaluar la influencia de determinadas variables en el éxito del programa, como el sexo, el nivel de experiencia sexual declarada antes de la intervención educativa, las fuentes de información o la autovaloración que hacen del propio conocimiento. Hemos de analizar la relación existente entre distintas variables: actitudes hacia la sexualidad (ATSS-ampliada), actitudes negativas hacia la masturbación (NA-MI), conocimientos y creencias del BCCS, satisfacción con el programa mediante la ESIES, etc. Además debemos estudiar en profundidad las respuestas a las distintas preguntas abiertas, para obtener nuevas informaciones sobre este trabajo. Con todo ello, podremos vislumbrar algunos factores que dificultan o que facilitan la intervención educativa, mostrar las posibles relaciones entre ellos e introducir las mejoras educativas que se estimen necesarias.

En cualquier caso, es necesario volver a desarrollar el programa “SOMOS” en contextos diferentes, a fin de determinar los resultados del mismo en diversas situaciones y con otro tipo de alumnado. Proponemos por ejemplo trabajar en el ámbito rural, ya que las actitudes de los adolescentes de estas zonas son más conservadoras que el entorno urbano (Dillon y Savage, 2006; Ortega *et al.*, 2005). Consideramos interesante estudiar la eficacia del programa “SOMOS” en otras zonas de nuestra comunidad autónoma y en otras comunidades españolas. Todo ello nos permitiría obtener una perspectiva más realista de la eficacia del programa.

Las limitaciones relacionadas con la práctica docente, deben ser mejoradas en futuras investigaciones. Recomendamos por ello repetir este estudio con docentes del propio centro, garantizándose mayor experiencia con alumnado adolescente y un mejor manejo de la clase. Se evitarían así posibles sesgos derivados de la coincidencia de investigador y docente. Favoreciendo una mayor inclusión en el currículo, que disminuya el efecto novedoso y eventual del programa. Convendría comparar los resultados que se hallen en las condiciones citadas, con los obtenidos en esta investigación, para intentar descubrir el efecto que tiene la inclusión de los profesores del centro en la eficacia de la Educación Sexual.

Es conveniente revisar el instrumento de evaluación, debido a los problemas de fiabilidad que hemos detectado en la Double Standard Scale (Caron *et al.*, 1993). Aunque no mide la adhesión al estándar sexual tradicional, sino el sexismo ambivalente recomendamos sustituir esta escala por la escala de Ideo-

logía del Rol Sexual (Moya, Navas y Gómez Berrocal, 1991). Recordemos que en investigaciones previas no presenta problemas de fiabilidad (Lameiras, Rodríguez y Carrera; 2005).

La investigación sobre la sexualidad de la gente más joven se ha centrado en el estudio de adolescencia tardía y de la primera juventud; siendo, por ejemplo, numerosos los estudios sobre universitarios. Como indicábamos en las primeras páginas, la edad es una de las variables que mejor predice el inicio de las relaciones sexuales. Al igual que diversos autores (Gómez-Zapiain, 2005b; Lameiras *et al.*, 2004; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004) consideramos que las propuestas educativas en materia de sexualidad deben desarrollarse antes de que inicien determinadas conductas sexuales. Por ello, sigue siendo prioritario investigar en la adolescencia temprana y media. No sólo evaluando propuestas educativas, sino avanzando en el estudio de comportamientos, conocimientos, actitudes, creencias y expectativas en materia de sexualidad de adolescentes de 12 a 16 años. Se ofrece un nicho de información brevemente explorado hasta ahora. Aporta la base teórica (psicológica, sociológica, biológica y pedagógica) necesaria para elaborar y ejecutar programas educativos que se anticipen al inicio de determinadas conductas; favoreciendo así, la práctica de comportamientos saludables y sin riesgo. En este sentido, nos parece una valiosa línea de investigación la detección de las ideas previas sobre sexualidad de los adolescentes. Conocer los intereses y las necesidades educativas de chicos y chicas de estas edades es fundamental para organizar cualquier propuesta educativa. El análisis de preguntas planteadas por los propios alumnos revela aspectos muy interesantes de la sexualidad adolescente (Heras y Lara, 2008c). Sin embargo, son escasos los estudios que utilizan este tipo de técnica para adentrarse en la realidad sexual de los adolescentes contemporáneos. Nosotros animamos desde aquí, a realizar más investigaciones de este tipo que permitan la comparación de los resultados con nuestro estudio y otros trabajos similares (Barberá y Navarro, 2000; Claramunt, Hernansaiz y León, 2004; Heras y Lara, 2008c). En definitiva, hay que seguir investigando la sexualidad en la adolescencia, prestando especial interés a la realidad de los adolescentes de menor edad.

Entendemos que es prioritario el seguir diseñando y evaluando programas de Educación Sexual; ampliando el ámbito de actuación desde la Educación Primaria Obligatoria hasta el final de la Educación Secundaria Obligatoria. Continuaremos trabajando en esta línea, intentando averiguar la eficacia de los programas en las distintas etapas educativas. Defendiendo la inclusión de la Educación Sexual en los currículos escolares y apostando por una educación reali-

zada por el propio profesorado del centro (Ariza *et al.*, 1991; Barragán, 1999; Barragán, 1991; De Marinis y Colman, 1995; Fernández Costa, Juárez y Díez David, 1999; Font, 2005; Goldman, 2008; Harimaguada, 1994; López, 2005c; Gómez Zapiain *et al.*, 2000, Urruzola, 1999). De esta manera, seguiremos investigando en contextos variados, anhelando el día en el que la Educación Sexual no sea algo singular, sino propio de las aulas. Esperando que los estudios al respecto, no cuenten con limitaciones derivadas de la novedad o la discontinuidad. No olvidemos que el programa “SOMOS” es una propuesta parcial y limitada en la que han aparecido buenos resultados. Cabe preguntarse entonces por las posibles consecuencias de una Educación Sexual a lo largo de la escolaridad obligatoria. Quizás sea ésta la línea de investigación más interesante y completa, pero también la más utópica y lejana.

Para concluir este trabajo, queremos animar a los docentes a hacer Educación Sexual, a emprender este reto, pues forma parte del desarrollo integral de la personalidad de nuestro alumnado.

“La educación es el desarrollo en el hombre de toda la perfección de que su naturaleza es capaz” (Immanuel Kant).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABENOZA, R. (1994). *Sexualidad y Juventud. Historias para una guía*. Madrid: Editorial Popular.
- ABRAMSON, P. R. y MOSHER, D. L. (1975). Development of a measure of Negative Attitudes Toward Masturbation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 485-490.
- AGUIRRE, A. (1994). Psicología de la adolescencia. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 5-42). Barcelona: Marcombo.
- AJZEN, I. (1989). Attitude Structure and behavior. En S.R. PRATKANIS, S.J. BRECKLER, y A.G. GREENWALD (Eds), *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Hillsdale: L. Erlbaum.
- ALLEN, C.T., SWAN, S.C. y RAGHAVAN C. (2009). Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1816-1834.
- ÁLVAREZ, J. A., MADUEÑO, R., DÍAZ BLASCO, J. y NÚÑEZ, D. (2003). Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora. *Medicina de Familia*, 4 (1), 20-26.
- AMEZÚA, E. (1973). *Ciclos de educación sexual*. Barcelona. Fontanella.
- AMEZÚA, E. (1978). Una nueva forma de ver y de vivir la sexualidad. *Revista Vida Sanitaria*, 2, 31-38.
- ANIA PALACIO, J M. (2007a) *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Madrid: Secretaría General Técnica del MEC. Subdirección General de Información y Publicaciones.
- ANIA PALACIO, J M. (2007b). Educación para la salud en la adolescencia: un paradigma pedagógico entre profesionales y jóvenes. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 47 (1), 1-4.
- ARIZA, C., CESARI, M. D. y GABRIEL y GALAN, M. R. (1991). *Programa Integrado de Pedagogía Sexual en la escuela*. Madrid: Nancea.
- ARROYO, G., MARTÍNEZ AMORÓS R., CREMADES, A., MARTÍNEZ MARTÍNEZ, P. DIÉZ SALES, G., DIEZ SALESY GALAN, M. R. (2003). Evaluación antes y después de un Programa de Educación afectivo-Sexual en 4ª de ESO en la comarca del Alto y Medio Vinalopó (Alicante). *Sexología Integral*, 5 (3), 107-111.
- BALLESTER, R. y GIL, M.D. (2006). La sexualidad de niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18 (1), 25-30.
- BARBERÁ, E. y NAVARRO, E. (2000). La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 15 (1), 63-75.

- BARELLA, J.L., MESA, I. y COBEÑA, M. (2002). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Medicina de Familia*, 4, 255-260.
- BARRAGAN, F. (1989). Información Sexual. En A. RODRIGUEZ y F. BARRAGAN, *Estudios de sexualidad y amor en Canarias* (pp. 39-57). Universidad de la Laguna.
- BARRAGAN, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- BARRAGÁN, F. (1999). *Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria* (Vols. I-VI). Materiales Curriculares. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia e Instituto de la Mujer, Junta de Andalucía.
- BARRAGAN, F., BREDY, C., RIVERO, Z. y BORJA, C. (1989). *Guía didáctica para la Educación Sexual: de 0 a 20 años*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Gobierno de Canarias. Premio Nacional "Emilia Pardo Bazán" de material didáctico no sexista. Ministerio de Educación y Ciencia.
- BARRAGÁN, F., DE LA CRUZ, J.M., DOBLAS, J.J. y PADRÓN, M.M. (2001). *Violencia de Género y Currículum. Un programa para la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos*. Málaga: Aljibe.
- BARRAGÁN, F., DE LA CRUZ, J.M., DOBLAS, J.J. y PADRÓN, M.M. (2005). *Violencia, Género y Cambios Sociales. Un programa educativo que sí promueve nuevas relaciones de género*. Málaga: Aljibe.
- BARRERO, ML. (2006). *Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria* (Vols. I-VI). *Materiales Curriculares*. Sevilla: Consejería de Educación.
- BAYÉS, R., PASTELLS, S. y TULDRÁ, A (1995). Percepción de riesgo de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*, 33, 22-27.
- BEIZTEGUI, J.L. (2006). Hacia una nueva educación contraceptiva y sexual: reflexiones en torno a la eficacia de la pedagogía contraceptiva actual en las relaciones eróticas de nuestros jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 73, 59-67.
- BELSKY, J., STEINBERG, L. y DRAPER, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62, 647-670.
- BERMÚDEZ, M. P., CASTRO, A., MADRID, J. y BUELA-CASAL, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 89-103

- BIMBELA, J. S. (1995) *Cuidando al cuidador. Counseling para Profesionales de la Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- BIMBELA, J.L., JIMÉNEZ, J.M., ALFARO, N., GUTIÉRREZ, P. y MARCH, J.C. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16 (4), 298-307.
- BOIX, F. (1976). *De la repressió a la psicopedagogia sexual*. Barcelona: Nova Terra.
- BORRILLO, D. (2001). *Homofobia*. Barcelona: Editions Bellaterra.
- BOSCH, E. y FERRER, V. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas del mal amor que mata*. Valencia: Cátedra. Colección Feminismos.
- BRETÓN, J. y BUELA-CASAL, G. (2006). Cuestionario para la evaluación del impacto de las campañas publicitarias sobre prevención del VIH/SIDA. *Psicothema*, 18 (3), 557-564.
- BREWSTER, M. y WYLIE, K. R. (2008). The use of sexually explicit material in clinical, educatiain research settings in the United Kingdom and its relation to the development of psychosexual therapy and sex education, *Sex Education*, 8 (4) 381 – 398.
- BRYAN, A. D., AIKEN, L. y WEST, S. G. (1997) Young women's condom use: The influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounter, and perceived susceptibility to common STDs. *Health Psychology*, 16, 468-479.
- BUHRMESTER, D. (1996). Need fulfilment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. En W. M. BUKOWSKI, A. F. NEWCOMB, y W. W. HARTUP (Eds.). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158–185). Cambridge: Cambridge University Press.
- BYRNE, D. (1983). Sex without contraception. En D. BYRNE y W. R. FISHER (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception* (pp.3-31). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, Inc.
- CALLEJA, S. y OTROS (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 581-589.
- CAMERON, C. (1977). Sex-role attitudes. En S. Oskamp (Ed.), *Attitudes and opinions* (pp. 339-359). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J.C. (1979). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CÁRDENAS, C. (2002). *Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: Cruz Roja Juventud.

- CARON, S.L., DAVIS, C. M., HALTEMAN, W. A. y STICKLE, M. (1998) Double Standar Scale (1993). En C.M. DAVIS, W. YARBER, R. BAUSERMAN, G. SCHREER y S.L. DAVIS, *Handbook of Sexuality-related Measures* (pp. 182-183). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- CARPINTERO, E. y FUERTES, A. (1994). Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicomática*, 31, 52-61.
- CARRERA, M. V., LAMEIRAS, M., FOLTZ, M., NÚÑEZ, A.M. y RODRÍGUEZ, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 739-751.
- CARRETERO, M. (2000). El desarrollo en la adolescencia y en la juventud: Las operaciones formales. En M. CARRETERO, J. PALACIOS y A. MARCHESI, *Psicología evolutiva Vol.3* (pp. 37-93). Madrid: Alianza Editorial.
- CARRETERO, M. (2000). Teorías sobre la adolescencia. En M. CARRETERO, J. PALACIOS y A. MARCHESI, *Psicología evolutiva Vol.3* (pp. 13-35). Madrid: Alianza Editorial.
- CASADO MUÑOZ, R. (2001). *Educación para la salud en jóvenes con discapacidad intelectual*. Burgos: Servicios de publicaciones de la Universidad de Burgos.
- CASCO, F.J. y OLIVA, A. (2005). Valores y expectativas sobre la adolescencia: discrepancias entre padres, profesores, mayores y adolescentes. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (2), 209-220.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1978). *Sexualidad, represión y lenguaje*. Madrid: Ayuso.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1984). *Estudios de Psicopatología Sexual*. Madrid: Alianza.
- CASTILLA, J., BARRIO, G., DE LA FUENTE, L. y BELZA, M.J.. (1998) Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care*, 10, 667-676.
- CHAS, M.D., DIÉGUEZ, J.L., DIZ, M.C. y SUEIRO, E. (2003). Fuentes de información y conocimientos sexuales de riesgo en adolescentes residentes en el medio rural gallego (1ª Parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 41-54.
- CHRISTOPHER, F.S. y ROOSA, M.W. (1990). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: is 'just say no' enough? *Family Relations*, 39, 68-72.
- CISCAR, C. (2008). Educación sexual, aún una asignatura pendiente. *Sexología Integral*, 5 (1), 28-29.

- CLARAMUNT, C., HERNANSAIZ, B. y LEÓN, E. (2004). La salud sexual en la educación: Conocimientos y actitudes en la etapa adolescente. *Informació Psicològica*, 85/86, 50-59.
- COLEMAN, J.C. (1987). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- COLEMAN, J.C. y HENDRY, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- COOK, T.D. y CAMPBELL, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- CORDERO, X. y RODRIGUEZ DE CORDERO, X. (2008). Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística. *Revista Iberoamericana de Educación*, 54, 1- 25 de enero
- CORSI, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- CROSBY, R. A., YARBER, W. L. y MEYERSON, B. (1999). Frequency and predictors of condom use and reasons for not using condoms among low-income women. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 63–70.
- DAVIS, C.M., YARBER, W., BAUSERMAN, R., SCHREER, G. y DAVIS, S.L. (1998). *Handbook of Sexuality-related Measures*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- DE LA CRUZ, C. (2003). *Educación de las Sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual*. Madrid: Cruz Roja Juventud.
- DE MARINIS, D. y COLMAN, O. (1995). *Educación Sexual. Orientaciones didácticas para la Educación Secundaria Obligatoria*. Madrid: Visor.
- DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Res. A/R/48/104). Nueva York: ONU
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 35-44.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. y MARTINEZ ARIAS, R. (2001). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer Serie Estudios nº 73.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (2006). Sexismo, violencia de género y acoso escolar. Propuestas para una prevención integral de la violencia. *Revista de Estudios de Juventud*, 73, 38-57.
- DIÉGUEZ, J. L., DIZ, M.C., SUEIRO, E. y CHAS, M.D. (2003). Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2ª Parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 57-67.

- DIÉGUEZ, J. L., LÓPEZ CASTEDO, A. LÓPEZ, F. y SUEIRO, E. (2001). *Attitudes Howard sexuality. Abstracts Book*. 15th World Congress of Sexology, Paris; p.59.
- DIÉGUEZ, J. L., LÓPEZ CASTEDO, A., SUEIRO, E. y LÓPEZ, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46-56.
- DIÉGUEZ, J. L., SUEIRO, E. y LÓPEZ, F. (2003). The sexual double Standard y variables relacionadas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 67/68, 79-88.
- DILLON, M., y SAVAGE, S. (2006). *Values and religion in rural America: Attitudes toward abortion and same-sex relations*.
http://www.carseyinstitute.unh.edu/documents/Rural_Values_final.pdf.
- DIZ, M.C., SUEIRO, E., CHAS, M.D. y DIÉGUEZ, J. L (2003). Comportamientos sexuales de adolescentes del medio rural gallego (3ª Parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 67/68, 46-60.
- DUNFHY, D. D. (1963). The Social structure of urban adolescent peer groups. *Sociometry*, 26, 230-246.
- DUPRAS, A. y ROUSSEAU, P. (2007). La formation-action des professionnels en éducation à la sexualité. *Sexologies*, 16, 102-111.
- DURÁN, M., MOYA, M., MEGÍAS, J. L. y VIKI, G. T. (2010). Social perception of rape victims in dating and married relationships: The role of perpetrator's benevolent sexism. *Sex Roles*, 62, 505–519
- ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. ECHEBURÚA y P. CORRAL (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- EMERICH, W. y SHEPARD, K. (1982). Development of sex-differentiated preferences during late childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 18, 406-417.
- EPSTEIN, D. y JOHNSON, R. (2000). *Sexualidades e Institución Escolar*. Madrid: Morata.
- EXPÓSITO, F., MOYA, M. y GLICK, P. (1998) Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-169.
- FAJARDO, M. I., VICENTE, F., RUÍZ, I., FAJARDO, F., CEJUDO, M. V. y BREMEJO, M. L. (2008). La importancia de la educación sexual en la aparición de la menarquia y la primera eyaculación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 227-240.
- FEENEY, J. A., y RAPHAEL, B. (1992). Adult attachments and sexuality: Implications for understanding risk behaviours for HIV infection. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 399-407.

- FERNÁNDEZ, E. (1991). *Psicopedagogía de la adolescencia*. Madrid: Narcea.
- FERNÁNDEZ COSTA, S., JUÁREZ, O. y DÍEZ DAVID, E. (1999). Prevención del SIDA en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista española de salud pública*, 73 (6) 687-696.
- FERNÁNDEZ, J., QUIROGA, M. A., y RODRÍGUEZ, A. (2006). Dimensionalidad de la atracción sexual. *Psicothema*, 18, 392-399.
- FERNÁNDEZ, L., INFANTE, A., BARREDA, M., PADRÓN, M. M. y DOBLAS, J. J. (2006). *Jóvenes, sexualidad y género. Estudio cualitativo sobre la sexualidad de las personas jóvenes del ámbito rural*. Málaga: Diputación de Málaga, Área de Juventud y Deportes.
- FERRER, F. (1986). L' Educació sexual a preescolar i E.G.B. Barcelona: CEAC.
- FERRER, J. (1989). Educación sexual para la E.G.B. *Revista Española de Sexología*, 39, 17-29.
- FIERRO, A. (2000). Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia. En M. CARRETERO, J. PALACIOS y A. MARCHESI, *Psicología evolutiva Vol.3* (pp. 95-138). Madrid: Alianza Editorial.
- FISHER, T.D. y HALL, R.G. (1988). A Scale for the comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their parents. *The journal of Sex Research*, 24, 90-100.
- FISHER, W. A. (1986). A psychological approach to human sexuality: the sexual behavior sequence. En D. Byrne y K. Kelley (Eds.), *Alternate approaches to the study of sexual behaviour* (pp. 131-171). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, Inc.
- FISHER, W.A., BYRNE, D., WHITE L. A. y KELLY, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25 (1), 123-151.
- FLAVELL, J. H. (1981). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- FLORES COLOMBINO, A. (2002). *Bases de una sociedad sexualmente sana*. Asunción: 2º Congreso Latinoamericano sobre Salud Sexual y Reproductiva.
- FONT, P. (1990). *Pedagogía de la Sexualidad*. Barcelona: Graó - ICE Universitat de Barcelona.
- FONT, P. (2005). Educación afectiva y sexual en la adolescencia. En J. ALEGRET, M.J. COMELLAS, P. FONT y J. FUNES, *Adolescentes; relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo* (pp.81-118). Barcelona: Editorial Graó.
- FONT, P. y CATALÁN, E. (2000). Presente y futuro de la educación afectivo-sexual. *Aula de Innovación Educativa*, 91, 41-44.

- FORBES, G., JOBE, R. L, WHITE, K. B., BLOESCH, E. y ADAMS CURTIS, L.E. (2005). Perceptions of Dating Violence Following a Sexual or Nonsexual Betrayal of Trust: Effects of Gender, Sexism, Acceptance of Rape Myths, and Vengeance Motivation. *Sex Roles*, 52 (3/4), 165-173.
- FOUCAULT, M. (1976). *Historia de la sexualidad, vol. I, La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FRAGO, S. (1993): ¿De que hablamos cuando hablamos de Educación Sexual? Invitación a una definición de objetivos. *Comunidad Educativa*, 205,15-17.
- FUERTES, A. y LÓPEZ, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- FUERTES, A., MARTÍNEZ, J. L., DE LA ORDEN, V. y CARPINTERO, E. (2002). Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 25 (3), 347-261.
- GARCÍA BLANCO, J. (1994). *Sexualidad y adolescencia (14-17 años)*. Valencia: Promolibro.
- GARCÍA HOZ, V. (1963) *Principios de Pedagogía Sistemática*. Madrid: Rialp.
- GARCÍA J. L. (1993): Educación Sexual en la Escuela: realidad o ilusión. *Comunidad Educativa*, 205, 6-8.
- GARCÍA MADRUGA, J. A. y CORRAL, A. (2001). El pensamiento operatorio formal. En J. A. GARCÍA MADRUGA y P. PARDO, *Psicología Evolutiva. Tomo II* (pp. 284-315). Madrid: UNED.
- GARCÍA RUIZ, M. (2007). Sexualidad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 47 (1), 37-40.
- GARCÍA RUIZ, M. y SUÁREZ, O. (2007). *Programa de Educación Sexual para los Centros de Menores de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias.
- GARCÍA VEGA, E., FERNÁNDEZ, P. y RICO, R. A. (2005). Género y sexo como variables moduladoras del comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 17 (1), 49-56.
- GARCIA WEREBE, M.J. (1979). *La educación sexual en la escuela*. Barcelona: Planeta.
- GILBERT, J. J. (1981). *Guide pédagogique pour les personnels de santé*. Ginebra: OMS.
- GIVAUDAN, M. y PICK, S. (2005). Evaluación del Programa Escolarizado para Adolescentes: "Un Equipo contra el VIH/SIDA". *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (3), 339-346.
- GLICK, P. y FISKE, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.

- GLICK, P. y FISKE, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications of gender inequality. *American Psychologist*, 56 (2), 109-118.
- GOLDMAN, J. D. G. (2008). Responding to parental objections to school sexuality education: a selection of 12 objections. *Sex Education*, 8 (4), 415 - 438.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. (1993). *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud*. Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. (2005a). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (3), 293-308.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. (2005b). Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. En S.A. RATHUS, J. S. NEVID y L. FICHER- RATHUS, *Sexualidad humana* (pp. 289-292). Madrid: Pearson Educación.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. (2009). *Apego y sexualidad. Desde el vínculo afectivo al deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J., DEL CAMPO, A., INZA, A. y IBIACETA, P. (2004). *Programa de educación afectivo-sexual para Asturias*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J., IBACETA, P. y PINEDO, J. (1997). *Proyecto de integración de la educación afectivo-sexual en la Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J., IBACETA, P. y PINEDO, J. (2000). *Programa de educación afectivo-sexual. Guía para el profesorado*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GONZÁLEZ DURO, E. (1976). *Represión sexual, dominación social*. Madrid: Editorial Akal.
- GONZÁLEZ, R. (1989). La conducta sexual en niños y jóvenes. En A. RODRIGUEZ y F. BARRAGAN, *Estudios de sexualidad y amor en Canarias* (pp. 59-96). Universidad de la Laguna.
- GRAY, G. y MONNOT, A. (1998) *Promoción de la Salud en los Centros de Educación Secundaria de Europa. Guía Práctica*. Madrid: Ministerio de Educación y cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GUERRERO, M.D., GUERRERO, M., GARCÍA-JIMÉNEZ, E. y MORENO, A. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10, 433-42.
- HARIMAGUADA, C. (1994). *Educación Afectivo-Sexual en la Etapa Secundaria: Guía para madres y padres*. Gobierno de Canarias. Consejería de Educa-

- ción, Cultura y Deportes. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa.
- HEISE, L.L. (1998). Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 4, 262-290.
- HERAS, D. (2007). *Construcción de un Instrumento Evaluativo de Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad en la Adolescencia* (Diploma de Estudios Avanzados). Universidad de Burgos.
- HERAS, D. y LARA, F. (2008a). Conocimientos y creencias sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de 2º y 3º de ESO de Burgos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 249-358.
- HERAS, D. y LARA, F. (2008b). Transición a la vida adulta y sexualidad: Un estudio sobre las necesidades de los adolescentes más jóvenes. En C. SÁIZ, A. CANTERO, J. J. VELASCO y J. L. CASILLAS, *La orientación como recurso educativo y social* (pp.753-763). Burgos: Asociación Castellano-leonesa de Psicología y Pedagogía.
- HERAS, D. y LARA, F. (2009a). Actitudes e inquietudes sobre sexualidad en la adolescencia: Diferencias de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (2), 261-274.
- HERAS, D. y LARA, F. (2009b). La sexualidad en los primeros años de la adolescencia: Una investigación con chicos y chicas de 2º y 3º de ESO. *Sexología Integral*, 6 (1), 20-25.
- HERAS, D., GUIJO, V. y CARCEDO, R. (2007). El sexismo y la percepción de la violencia de género en una muestra de adolescentes castellanos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 369-379.
- HERNÁNDEZ, B. y BARROSO, J. (1989). Las actitudes sexuales. En A. RODRIGUEZ y F. BARRAGAN, *Estudios de sexualidad y amor en Canarias* (pp. 129-148). Universidad de la Laguna.
- HERNÁNDEZ, G. y JARAMILLO, C. (2006): *La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- HERNÁNDEZ, P. (2005). *Educación del pensamiento y de las emociones*. Madrid: Narcea.
- HERRERA, M.C., EXPÓSITO, F. y MOYA, M. (2009). *Análisis psicosocial de la violencia de género: sexismo, poder y amenaza como factores explicativos* (tesis doctoral). Universidad de Granada.
- HIDALGO, I., GARRIDO, G. y HERNÁNDEZ M. (2000). Health Status and Risk Behavior of Adolescents in the North of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, 351-360.

- HITE, S. (1976). *The Hite Report: A Nationwide Study on Female Sexuality*. New York : Macmillan.
- HURTADO S, M., DONAT, F., PELLICER, R. M., ROYO, A. y RIPOLL, J. (2006). Intervención educativa de promoción de la salud sexual: herramienta de prevención y detección del abuso sexual en niños y adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79/80, 33-46.
- INFANTE, A., PARÍS, A., FERNÁNDEZ, L. y PADRÓN, M. M. (2009). *¿Y tú que sabes de "eso"? Manual de Educación Sexual para Jóvenes*. Málaga: Área de Juventud, Deportes y Formación - Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- INJUVE (1996). *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- INJUVE (2000). *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- INJUVE (2005). *Informe Juventud en España 2008*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- INJUVE (2008). *Informe Juventud en España 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- INSKO, C.A. y SCHOPLER, J. (1987). Categorization, competition and collectivity. En C. HENDRICK (Ed.) *Group processes* (pp. 213-251). Londres: Sage.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2003). *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. Madrid: Autor.
- JIMÉNEZ RÍOS, F. J. (2003), *El valor sexual de la educación integral de la persona* (tesis doctoral). Universidad de Granada.
- JOHNSON, L. S., ROZMUS, C. y EDMISSON, K. (1999). Adolescent sexuality and sexually transmitted diseases: attitudes, beliefs, knowledge, and values. *Journal Pediatrict Nurs*, 14 (3), 177-185.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON (2006). *Guía para la promoción de la salud en los centros docentes de Castilla y León*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid: Autor.
- KINSEY, A. C. y OTROS (1948). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- KINSEY, A. C. y OTROS (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- KOLHBERG, L. (1981). *Essays on moral development, Vol. I: The philosophy of moral development*. Nueva York: Harper and Row.
- KOLODNY, R.C., MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. y BIGGS, M.A. (1982). *Manual de sexualidad humana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- L'ABATE, L y TALMADGE, W.C. (1987). Love, intimacy, and sex. En G.R. WEEKS y L. HOF, *Integrating sex and marital therapy*. Nueva York: Brunner Mazel.

- LABRADOR, F. (1995). *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe.
- LAGARDE, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas y locas*. México: UNAM. Posgrado.
- LAMEIRAS, M. y RODRÍGUEZ, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Revista de psicología social*, 17 (2), 119-127.
- LAMEIRAS, M., CARRERA, M. V., NUÑEZ, A.M. y RODRÍGUEZ, Y. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: una perspectiva cualitativa. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 193-204.
- LAMEIRAS, M., FAÍLDE, J.M., BIMBELA, J. L. y ALFARO, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 4 (2), 401-415.
- LAMEIRAS, M., NUÑEZ, A.M., RODRÍGUEZ, Y., BRETÓN, J, y AGUDELO, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 207-216.
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y. y DAFONTE, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, 255-261
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y., CALADO, M. y GONZALEZ, M. (2004b). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 67-75
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y., OJEA, M. y DOPEREIRO, M. (2004a). *Programa Agarimos. Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y. y CARRERA, M. V. (2005). Evaluación cuantitativa de un programa de educación afectivo-sexual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 73, 48-58.
- LAMEIRAS, M., NUÑEZ, A. M., RODRIGUEZ, Y., BRETÓN, J. y AGUDELO, D. (2006). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios/as gallegos/as. *Clínica y Salud*, 16, 253-267.
- LARA, F. (1994). Desarrollo cognitivo en la adolescencia. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 143-172). Barcelona: Marcombo.
- LARA, F. y HERAS, D. (2008). Formación sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de segundo y tercero de ESO en Burgos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 241-248.

- LENA, A. (Coord.) (2007). *Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios – Instituto Asturiano de la Mujer.
- LEWIS, S. y BOR, R. (1994). Nurses' knowledge of and Attitudes Towards Sexuality and the relationship of these with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 251-59.
- LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006.
- LLANOS, E. (1994). La corporalidad adolescente. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 65-75). Barcelona: Marcombo.
- LONDOÑO, M. L. (1996). *Derechos sexuales y reproductivos. Los más humanos de todos los derechos*. Cali: ISEDER.
- LÓPEZ SOLER, N. (2003). *Curso de Educación Afectivo-Sexual*. A Coruña: Netbiblo
- LÓPEZ, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- LÓPEZ, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- LÓPEZ, F. (1997). *Sexualidad y educación sexual en la deficiencia mental*. Artículo presentado en el Congreso Juventud y Sexualidad. S. C. Tenerife.
- LÓPEZ, F. (2005a). Concepto de sexualidad. En S.A. RATHUS, J. S. NEVID y L. FICHNER- RATHUS, *Sexualidad humana* (pp.3). Madrid: Pearson Educación.
- LÓPEZ, F. (2005b). Prólogo a la edición española. En S.A. RATHUS, J. S. NEVID y L. FICHNER- RATHUS, *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Educación.
- LÓPEZ, F. (2005c). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- LÓPEZ, F. (2005d). *La educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- LÓPEZ, F. y FUERTES, A. (1994). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: EDITORIAL VERBO DIVINO.
- LÓPEZ, F. y OROZ, A. (1999). *Para comprender la vida sexual del adolescente*. Navarra: ESTELLA.
- LOZAIGA, Félix (2008). *Nuevas técnicas didácticas en educación sexual*. Madrid: McGraw-Hill.
- LUENGO, M. A., GÓMEZ-FRAGUELA, J. A., GARRA, A. y ROMERO, E. (2003).
- LUTTE, G. (1991). *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy*. Barcelona: Editorial Herder.
- MACIAS, V. y MOYA, M. (2002). Género y deporte. La influencia de variables psicosociales sobre la práctica deportiva de jóvenes de ambos sexos. *Revista de Psicología Social*, 17 (2), 129-148.

- MARTÍN RIVAS, D. (2001). *La educación para la salud en la escuela en la Unión Europea. Modelos, instituciones y programas* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- MASTER, W. H. y JONHSON, V.E. (1966) *Human Sexual Response*. Toronto; New York: Bantam Books
- MCKELVEY, K. S., AUBRY, K. B. y ORTEGA, Y. K. (1999). History and distribution of lynx in the contiguous United States pp 207-264. En L.F. RUGGIERO, K.B. AUBRY, S.W. BUSKIRK, G.M. KOEHLER, C.J. KREBS, K.S. MCKELVEY y J.R. SQUIRES (Eds.), *Ecology and Conservation of Lynx in the United States*. Colorado: University Press of Colorado and the USDA, Rocky Mountain Research Station.
- MEDIALDEA, C., OTTE, A. y PÉREZ ADÁN, J. (2001). *Curso de educación de la sexualidad para adolescentes (SABE)*. Madrid: Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF).
- MEGÍAS, I., RODRÍGUEZ, E., MÉNDEZ, S. y PALLARÉS, J. (2005). *Jóvenes y sexo: El estereotipo que obliga y el rito que identifica*. Madrid: Fundación de Ayuda a la Drogadicción.
- MILLER, B.C., NORTON, M.C., JENSON, G.O, LEE, TR, CHRISTOPHERSON, C. y KING P.K. (1993). Impact evaluation of Facts and feelings: A home-based video sex education curriculum. *Family Relations* , 42, 392-400.
- MINELLO, N. (1997). *A modo de silabario. Para leer a Michel Foucault*. México: El Colegio de México.
- MINICHELLO, V., MARIÑO, R., BROWNE, J. (2001). Knowledge, risk perceptions and condom usage in male sex workers from three Australian cities. *AIDS Care*, 13, 387-402.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y MINISTERIO DEL INTERIOR (2002) *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: Autor.
- MORALEDA, M. (1994) La psicosexualidad en los adolescentes. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 95-113). Barcelona: Marcombo.
- MORALES, J.F., REBOLLOSO, E. Y MOYA, M. (1994) ACTITUDES. En J.F. MORALES, M. MOYA, E. REBOLLOSO Y OTROS (Eds.) *Psicología social* (pp. 495-524). Madrid: McGraw Hill.
- MORENO RODRÍGUEZ, M. C, MUÑOZ TINOCO, M. V., PÉREZ MORENO, P.J. y SÁNCHEZ QUEIJA, I. (2004). *Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo

- MORENO, A. (2001). La adolescencia como tiempo de cambios. En J. A. GARCÍA MADRUGA y P. PARDO, *Psicología Evolutiva. Tomo II* (pp. 257-283). Madrid: UNED.
- MORENO, P. y LÓPEZ NAVARRO, E. (2001). *Educación sexual. Guía para un desarrollo sano*. Madrid: Grupo Anaya.
- MOSHER, D. L. (1998). Revised Mosher Guilt Inventory. En C.M. DAVIS, W. YARBER, R. BAUSERMAN, G. SCHREER y S.L. DAVIS, *Handbook of Sexuality-related Measures* (pp. 239-293). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- MOSHER, D.L. y CROSS, H. (1971). Sex guilt and premarital sexual experience of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 27-32.
- MOYA M. y PUERTAS S. (2004): Sexismo en el aula. En D. PÁEZ, I. FERNÁNDEZ, S., UBILLOS y E. ZUBIETA, (COORD.) *Psicología social, cultura y educación* (pp. 208-223). Pearson Educación.
- MOYA, M., EXPÓXITO, F. y PADILLA, J. L. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 709-727.
- MOYA, M., NAVAS, M. y GÓMEZ, C. (1991). Escala sobre Ideología del Rol Sexual. *Libro de comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social* (Vol.1, pp. 554-566). Santiago de Compostela.
- MUÑOZ, J. A., MADUEÑO, R., DÍAZ, J. y NÚÑEZ, D. (2003). Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora. *Medicina de Familia*, 1, 20-26.
- NAVARRO-PERTUSA, E., BARBERÁ, E. y REIG, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15, 395-400.
- NAVARRO-PERTUSA, E., REIG FERRER, A., BARBERÁ, E. y FERRER, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 79-96.
- NEIDA, J. (1992): *Transversales. Educación para la salud. Educación sexual*. Madrid: M.E.C.
- NIETO, J. A. (1997a). Sex o no sex. El discurso de la sexualidad en antropología. En M. LAMEIRAS y A. LÓPEZ CASTEDO (Eds.), *Sexualidad y salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 35-47). Santiago de Compostela: Tórculo ediciones.
- NIETO, J. A. (1997b) Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad desde el marco de la salud. En M. LAMEIRAS y A. LÓPEZ CASTEDO (Eds.),

- Sexualidad y salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 9-34). Santiago de Compostela: Tórculo ediciones.
- NIETO, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.
- OCHOA, E. (1995). Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad. En F. LABRADOR, *Guía de la sexualidad* (pp. 20-42). Madrid: Espasa Calpe.
- OLAZÁBAL, J.C., MARCOS, C., LÓPEZ, F. y FUERTES, A. (1990). *Manual de sexualidad en atención primaria*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- OLIVA, A. y PARRA, A. (2004) Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp. 96-123). Madrid: Pearson Educación.
- OLIVA, A., RÍOS, M., ANTOLÍN, L., PARRA, A., HERNANDO, Á. y PERTEGAL, M. Á. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 2010, 33 (2), 1-12
- OLIVA, A., SERRA, L. y VALLEJO, R. (1993). *Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio Cuantitativo*. Universidad de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- OLIVA, A., SERRA, L. y VALLEJO, R. (1997). Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 77, 19-34.
- OLIVEIRA, M. (1998). *Educación sentimental*. Barcelona: Icaria.
- ONUSIDA (1997). *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*. Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre VIH/SIDA.
- ORAÁ, R. (1996). Hábitos sexuales y conducta preventiva de los/as jóvenes de la Rioja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 40, 51-61.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1960). *Constitución de la OMS*. Ginebra: Autor
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: Autor
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1983). "Nuevos Métodos De Educación Sanitaria En La Atención Primaria De Salud". Informes Técnicos, 690. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985). *Informe de la oficina regional para Europa*. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internación sobre Promoción de la Salud. Ginebra: Autor.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993). *La Enseñanza en los Colegios de Habilidades para Vivir*. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: Autor
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28 - 31 January 2002*. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). *El Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Ginebra: Autor.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendación para la acción. Actas de una reunión de consulta*. Guatemala: Autor.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (2003). *Definition and Selection of Competencies (DeSeCo): Theoretical and Conceptual Foundations: Strategy Paper*.
- ORTEGA, V., OJEDA, P., SUTIL, F. y SIERRA J.C. (2005). Culpabilidad sexual en adolescentes: Estudio de algunos factores relacionados. *Anales de Psicología*, 21 (2), 268-275.
- ORTIZ BARÓN, M. J., GÓMEZ ZAPIAIN, J. y APODACA, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 2 (14), 469-475.
- PADRÓN, M. M., FERNÁNDEZ, L., INFANTE, A. y PARÍS, A. (2009). *Libro Blanco sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga*. Málaga: Área de Juventud, Deportes y Formación - Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- PÁEZ, D., UBILLOS, S., y LEÓN, M. (1996). Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el Sida. En N. BASABE, D. PÁEZ, R. USIETO, H. PAICHELER y J. DESCHAMPS, J. *EL DESAFÍO SOCIAL DEL SIDA* (113-133). Madrid: Fundamentos.
- PAPALIA, D. E. y OLDS, S. (1997). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw-Hill.
- PARK, I. U., SNEED, C. D., MORISKY, D. E., ALVEAR, S. y HEARST, N. (2002) correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *Aids Education and Prevention*, 14 (1), 73-83.
- PÉREZ GÓMEZ, A. I. (2007). *La naturaleza de las competencias básicas y sus aplicaciones pedagógicas. Cuadernos de Educación de Cantabria*. Cantabria: Consejería de Educación, Gobierno de Cantabria.

- PÉREZ GONZALEZ, J.C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socio-emocional. *Revista electrónica de investigación psico-educativa*, 6 (2) 523-546.
- PÉREZ JUSTE, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, plantea- lientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 261-287.
- PÉREZ JUSTE, R. (2006). La orientación profesional y la evaluación desde el enfoque de competencias. *Revista mexicana de orientación educativa*, 4 (8), 2-13.
- PÉREZ, J. A., PÁEZ, D., y NAVARRO-PERTUSA, E. (2002). Conflicto de mentalidades: cultura del honor frente a liberación de la mujer. *Revista española de motivación y emoción*, 3, 143-158.
- PÉREZ-LLANTADA, M. C. y LÓPEZ DE LA LLAVE, A. (1999). *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: Metodología y ejemplos*. Madrid: Dickinson.
- PERLA, F. (2007). *Análisis de la culpabilidad sexual en adolescentes salvadoreños*. Trabajo de investigación presentado en el Master de Diseños de Investigación en Psicología y Salud. Universidad de Granada.
- PERLA, F., SIERRA, J.C., VALLEJO, P. y GUTIÉRREZ, R. (2009). Un estudio psicométrico de la versión española reducida del Hurlbert Index of Sexual Fantasy. *Boletín de Psicología*, 96, 7-16
- PETTIGREW, T. y MEERTENS, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social ,1 Psychology*, 25, 57-75.
- PIAGET, J. (1986). *La epistemología genética*. Madrid: Debate.
- PLANES, M. y GRAS, M.E. (2002) Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 2002, 28 (121), 695-723.
- PLANES, M., GÓMEZ, A. B., GRAS, M.E., FONT-MAYOLAS, S., CUNIL, M., AYMERICH, M. y SOTO, J. (2005-2006). Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 39-45.
- PLANES, M., GRAS, M. E. y SOTO, J. (2002). Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Anuario de Psicología*; 33 (1), 97-110.
- PLANES, M., GRAS, M. E., CUNILL, M., GÓMEZ, A. B., ROMERO, M. T., FONT-MAYOLAS, S. y VIETA, J. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 76-85.

- QUILES, M. N., BETANCOR, V., RODRÍGUEZ TORRES, R., RODRÍGUEZ, A. y COELLO, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15 (2), 197-204.
- RAMOS, M., FUERTES, A., MARTÍNEZ, J. L. y HERNÁNDEZ, A. (2003). Comportamientos y actitudes sexuales de los adolescentes de Castilla y León. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 29 (124), 213-238.
- RATHUS, S.A., NEVID, J.S. y FICHNER- RATHUS, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Educación.
- REAL DECRETO 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria.
- RECOMENDACIÓN 2006/962/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 18 de diciembre de 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente.
- REICH, W. (2003). *La función del orgasmo*. Madrid: Diario El País.
- RODRÍGUEZ, Y., LAMEIRAS, M., y CARRERA, M. V. (2006). Evaluación cualitativa y grado de satisfacción del Programa Coeducativo "Agarimos". *Educación*, 1, 37-42.
- ROMERO DE CASTILLA, R. J. (1999). *Estudio de los conocimientos y actitudes de los adolescentes cordobeses sobre sexualidad, excluida Córdoba capital (tesis doctoral)*. Córdoba. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
- ROMERO DE CASTILLA, R. J., LORA, M. N. y CAÑETE, R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria*, 27 (1), 12-17.
- RUIZ SANCHEZ, A. y SAGASETA, E. (2007). Experiencias en educación afectivo-sexual desde una perspectiva de género. *Sexología Integral*, 4 (3), 143-150.
- SALVADOR, T. HERNÁNDEZ, M .R. y RODRÍGUEZ, C. (2008). *Informe: Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en Promoción y Educación para la Salud en la escuela en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SALVADOR, T. y SUELVES, J. M. (2009) *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- SALVADOR, T., SUELVES, J. M. y PUIGDOLLERS, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.

- SÁNCHEZ, A.M. y GARCÍA, A. (2001). Educación sexual y adolescencia: mitos y perspectivas. *Anales de Pedagogía*, 19, 87-104.
- SANCHÉZ, E. y LOZANO, P. (2001). *Guía de salud-sexualidad*. Palencia: Consejo Provincial de Juventud de Palencia.
- SÁNCHEZ-QUEIJA, I., OLIVA, A., y PARRA, A. (2006). Empatía y conducta pro-social durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 259-271.
- SANTÍN, C., TORRICO, E., LÓPEZ, M. J. y REVILLA, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19, 81-90.
- SANTOS GUERRA, M. A (2009). Prólogo (pp. 4-14). En M. M. PADRÓN, L. FERNÁNDEZ, A. INFANTE, y A. PARÍS. (2009). *Libro Blanco sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga*. Málaga: Área de Juventud, Deportes y Formación, Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- SCHOFIELD, N. (1965). *The sexual behaviour of young people*. Londres: Longman.
- SERRANO, G., GODÁS, A., RODRÍGUEZ, D. y MIRÓN, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8 (1), 25-44.
- SEXUALITY INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF THE UNITED STATES (2002). *Lista sobre comportamientos de vida del adulto sexualmente sano*. Nueva York: Autor
- SIERRA BRAVO, R. (1995). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- SIERRA, J. C, PERLA, F. y SANTOS IGLESIAS, P. (2011). Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes u la experiencia sexual. *Revista latinoamericana de psicología*, 43 (1), 73-81 2011
- SIERRA, J. C, ZUBEIDAT, I., CARRETERO-DIOS, H. y REINA, S. (2003). Estudio psicométrico preliminar del Test de Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 489-504.
- SIERRA, J.C., PERLA, F., y GUTIÉRREZ-QUINTANILLA, R. (2010). Actitud hacia la masturbación en adolescentes: Propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Universitas Psychologica*, 9, 531-542.
- SMITH, E.R, BECKER, M.A., BYRNE, D. y PRYZBYLA, D.P.J (1993) Sexual attitudes of males and females as predictors of interpersonal attraction and marital compatibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 23,1011-1034.

- SOMERS, C.L., y PAULSON, S.E. (2000). Students' perceptions of parent-adolescent closeness and communication about sexuality: relations with sexual knowledge, attitudes and behaviours. *Journal of Adolescence*, 23, 629-644.
- STITH, S. y ROSEN, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. STITH, M. WILLIAMS y K. ROSEN *Psicosociología de la violencia en el hogar. Estudios, consecuencias y tratamientos* (27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- SUBIRATS, M. (1994): Conquistar la igualdad: La coeducación hoy. *Revista Iberoamericana de Educación*, 6, 48-78.
- SUEIRO, E., DIÉGUEZ, J. L., CHAS, M. D. y DIZ, M. C. (2004). Primeras fuentes de información, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales. Su interrelación. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 69/70, 95-114.
- SUEIRO, E., PERDIZ, C. y DIÉGUEZ, J. L. (2005). Relación entre la edad del primer coito y variables sociales, reproductivas y sexuales en la mujer. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 75, 51-61.
- TAYLOR SEEHAFFER, M. y REW, L. (2005). Risky sexual behaviour among adolescent women. *Journal of Society Pediatric Nurse*, 5 (1), 15-25.
- TENBRINK, T. D. (1984). *Evaluación. Guía práctica para profesores*. Madrid: Narcea.
- TEVA, I., BERMÚDEZ, M. P. y BUELA CASAL (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- TRACY, J. L., SHAVER, P. R., ALBINO, A. W. y COOPER, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. En P. FLORSHEIM (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- TREMPE, J. P. (1976). Présentation. *Etudes de Sexologie*, 1, 9-13.
- TRIMBLE, L (2009): Transformative conversations about sexualities pedagogy and the experience of sexual knowing. *Sex Education*, 9 (1), 51 – 64
- TRUDEL, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 229-49.
- UBILLOS, S (1992). *Informe sobre Sexualidad*. Plan de Acción Joven: Informe sobre la realidad juvenil. Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco. Consejo de la Juventud de Euskadi.
- UBILLOS, S. (2001). *Actitudes y comportamientos preventivos: teorías psicosociales aplicadas al caso del SIDA*. En J. L. GONZÁLEZ CASTRO (Co-

- ord.) Sociedad y sucesos vitales extremos (pp. 59-77). Burgos: Servicio de publicaciones, Universidad de Burgos.
- UBILLOS, S. (2002). *Cambios de actitudes, creencias y conductas sexuales de riesgo: Intervención y evaluación dirigida a jóvenes de la Comunidad Autónoma Vasca* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- UBILLOS, S. y GOIBURU, E. (2007). *Nivel de Sexismo en Adolescentes de Guipúzcoa*. Informe presentado en el Master de Igualdad de la Universidad del País Vasco (UPV).
- UBILLOS, S. y MAYORDOMO, S. (2003). La prevención sexual del VIH/SIDA en España. *Encuentros de Psicología Social*, 1 (4), 343-347.
- UBILLOS, S. y NAVARRO, E. (2004) Adolescencia y Educación Sexual. En D. PAÉZ, I. FERNÁNDEZ, S. UBILLOS y E. ZUBIETA, *Psicología social, cultura y educación* (pp. 255-259). Madrid: Pearson Educación S. A.
- UBILLOS, S., PIZARRO PACHECHO, M., PAEZ, D. y IGARTUA, J. (1995). *Guía de Educación Sexual para Jóvenes (2). Recursos para diseñar un Programa*. San Sebastian: Diputación Foral de Gipuzkoa
- UROSA, B. (1997). Métodos cuantitativos de investigación en educación para la salud. En M. I. SERRANO GONZÁLEZ (Coord.): *La educación para el siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 31-64). Madrid: Díaz de Santos.
- URRUZOLA, M.J. (1999). *Educación de las relaciones afectivas y sexuales, desde la filosofía coeducadora*. Bilbao: Maite Canal Editora.
- URRUZOLA, M.J. (2000a). Educación de las relaciones afectivas y sexuales. *Aula de Innovación Educativa*, 91 (5), 30-32.
- URRUZOLA, M.J. (2000b). Una programación curricular de aula sobre las relaciones afectivas y sexuales. *Aula de Innovación Educativa*, 91 (5), 38-40.
- VALVERDE, M. (2000): La educación afectivo-sexual en la escuela ¿Qué está pasando en primaria? *Aula de Innovación Educativa*, 91 (5), 33-37.
- VARELA, M. y PAZ, J. (2007). Resultados de una encuesta sobre educación sexual y hábitos sexuales de los gallegos. *Revista Internacional de Andrología*, 5 (2), 161-166.
- WALKER, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44, 695-702.
- ZUBEIDAT, I., ORTEGA, V. y SIERRA, J.C. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 105-128
- ZUBEIDAT, I., ORTEGA, V., VILLAR, C. y SIERRA J.C. (2003). Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 67/68, 71-78.

ANEXOS

**Anexo 1. CUESTIONARIO
INVESTIGACIÓN PREVIA**



UNIVERSIDAD DE BURGOS
Departamento de Ciencias de la Educación

Un grupo de Investigación de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Burgos está realizando un estudio sobre las necesidades educativas en materia de Educación Sexual que tienen los adolescentes de vuestra edad escolarizados en Burgos.

*Por supuesto, el siguiente informe es totalmente **anónimo**. Una vez elaboradas las conclusiones, y si lo deseas, podrás acceder a los resultados generales a través del equipo de investigación de la Universidad de Burgos.*

De antemano te agradecemos tu colaboración.

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Nos gustaría conocer tus intereses, dudas o preguntas sobre sexualidad. Indica a continuación los aspectos sobre los que te gustaría recibir más información. Te recordamos que la información que recojamos es totalmente anónima.



UNIVERSIDAD DE BURGOS
Departamento de Ciencias de la Educación

Para completar la recogida de información hemos elaborado el siguiente cuestionario. Te rogamos pongas el máximo de interés en las respuestas ya que contribuyen a elaborar futuros programas para todos.

Por supuesto, el cuestionario es totalmente anónimo. Una vez elaboradas las conclusiones, y si lo deseas, podrás acceder a los resultados generales a través del equipo de investigación de la Universidad de Burgos.

De antemano te agradecemos tu colaboración.

1. Sexo

- 1. Hombre
- 2. Mujer

2. Edad: _____

3. Curso escolar: _____

4. Personas con las que convives habitualmente:

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Hermanas: nº _____
- 4. Hermanos: nº _____
- 5. Abuelos/as: nº _____
- 6. Otros familiares (indicar):

5. Ocupo el _____ (1º, 2º, 3º...) lugar entre mis hermanos/as.

6. ¿Has recibido en alguna ocasión educación sexual?

- 1. Si, en la escuela o instituto
- 2. Si, fuera de la escuela o instituto
- 3. No

7. En caso de que hayas recibido educación sexual con anterioridad ¿Cuántas horas te han impartido?
_____ horas.

8. Recibo información sobre temas de sexualidad de (marca con una cruz la casilla que corresponda):

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1. Mi padre					
2. Mi madre					
3. Mis hermanos/as					
4. Mis amigos/as					
5. Algún profesor/a					
6. El Orientador/a del centro					
7. Médicos o personal sanitario					
8. La televisión					
9. Revistas					
10. INTERNET					
11. Fuentes científicas como libros					
12. Otras (indicar):					

9. Según tu criterio, ¿Posees un nivel de conocimientos sobre sexualidad?

- 1. Muy insuficiente
- 2. Insuficiente
- 3. Regular
- 4. Bueno
- 5. Muy bueno

10. Para contestar este bloque, pon una nota (de cero a diez) a cada una de las siguientes afirmaciones: si estás totalmente de acuerdo con lo que dice, pon un 10; si por el contrario estás en desacuerdo total pon un 0. Puedes incluir cualquier otro valor intermedio. Ten en cuenta que no hay respuestas ni verdaderas ni falsas.

Si no comprendes el enunciado de alguna de las afirmaciones puedes preguntar levantando la mano y/o aclararlo por escrito al margen.

1.	La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.	
2.	La homosexualidad se puede curar.	
3.	El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales.	
4.	La homosexualidad es una preferencia sexual tan aceptable como la heterosexualidad.	
5.	Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.	
6.	La primera vez que una chica mantiene relaciones sexuales con penetración puede quedarse embarazada.	
7.	Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo.	
8.	La mujer debe ser quien se encargue del cuidado y crianza de los hijos.	
9.	Me siento mal cuando me masturbo	
10.	La sexualidad comienza con el primer coito.	
11.	La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.	
12.	La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer.	
13.	La sexualidad es algo más que un simple acto. Está cargada de sentimientos, emociones y ternura.	
14.	Los chicos pueden tener hijos tras su primera eyaculación (expulsión de semen).	
15.	Un mismo condón (preservativo masculino) puede ser utilizado varias veces.	
16.	Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.	
17.	La comunicación y el diálogo son fundamentales en una relación de pareja.	
18.	Es adecuado que una esposa mantenga relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no le apetece a ella.	
19.	Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.	
20.	La educación sexual es necesaria.	
21.	El orgasmo es fundamental en una relación sexual.	
22.	Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.	
23.	La masturbación es una práctica que sólo realizan las personas solteras (sin pareja).	
24.	La "marcha atrás" es una forma eficaz de evitar embarazos.	
25.	El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	
26.	Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.	
27.	Cualquiera puede contagiarse de SIDA, independientemente de su orientación sexual.	
28.	Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.	
29.	La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual).	
30.	Una persona debe elegir con libertad sus gustos y preferencia sexuales.	
31.	Las fantasías sexuales son totalmente normales.	
32.	El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo pervertido.	
33.	La masturbación es una práctica que realizan tanto personas homosexuales como personas heterosexuales.	
34.	La regla es como una enfermedad: hace que las chicas estén débiles y cansadas.	
35.	Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.	
36.	Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.	
37.	Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.	

38. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).	
39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo.	
40. La masturbación es una práctica saludable, sirve para disfrutar y conocerse a uno mismo.	
41. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.	
42. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.	
43. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el petting (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales.	
44. Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres.	
45. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.	
46. La homosexualidad es una orientación que se ha dado a lo largo de la historia en distintas civilizaciones.	
47. Es buena la planificación para las relaciones sexuales.	
48. La educación sexual incita a mantener relaciones sexuales.	
49. La masturbación es una práctica repugnante.	
50. Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) puede transmitirse enfermedades, por ejemplo el SIDA.	
51. Tener un cuerpo "bello" es importante en una relación sexual.	
52. El cerebro es el órgano sexual más importante.	
53. Cualquier persona puede contagiarse de SIDA independientemente de su nivel socioeconómico.	
54. Los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres.	

11. Indica las medidas que conoces para evitar embarazos no deseados y valora con una nota (de cero a diez) la eficacia de cada una de ellas: si crees que la medida es totalmente eficaz, pon un 10; si por el contrario crees que es del todo ineficaz, pon un 0. Puedes incluir cualquier otro valor intermedio.

MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS	EFICACIA (Nota de 0 a 10)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

12. En esta ocasión te pedimos que señales con una cruz tu respuesta a las siguientes cuestiones acerca de tus actitudes hacia los roles sexuales de hombres y mujeres. Ten en cuenta que no hay respuestas ni verdaderas ni falsas. Por favor, responde honestamente.

	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Indeciso	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
1. Se espera que una chica tenga menos experiencia sexual que su pareja.					
2. Una chica que tiene relaciones sexuales con muchos chicos tiene menos probabilidades de que se la tome en serio.					
3. Una chica nunca debería parecer que tiene ganas de tener una relación sexual.					
4. Es importante que el chico tenga experiencia sexual para que enseñe a la chica.					
5. Una "buena" chica debería poner límites a los chicos.					
6. Es importante para un chico tener muchas relaciones sexuales para tener experiencia.					
7. En las relaciones sexuales los chicos deberían adoptar el rol dominante y las chicas deberían asumir el rol pasivo.					
8. Es aceptable para una chica que lleve condones.					
9. Es peor para una chica acostarse con cualquiera que para un chico.					
10. Está bien para un chico iniciar la relación sexual.					

13. Si quieres, puedes añadir cualquier comentario acerca de los temas que te hemos preguntado.

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

**Anexo 2. CUESTIONARIO
PRE-TEST Y POST-TEST**



Para completar la recogida de información hemos elaborado el siguiente cuestionario. Te rogamos pongas el máximo de interés en las respuestas ya que contribuyen a elaborar futuros programas para todos.

Por supuesto, el cuestionario es totalmente **anónimo**. Una vez elaboradas las conclusiones, y si lo deseas, podrás acceder a los resultados generales a través del equipo de investigación de la Universidad de Burgos.

De antemano agradecemos tu colaboración.

1. Sexo:

1. Hombre
 2. Mujer

2. Edad: _____

3. Curso escolar: _____

4. Personas con las que convives habitualmente:

1. Padre
 2. Madre
 3. Hermanas: nº _____
 4. Hermanos: nº _____
 5. Abuelos/as: nº _____
 6. Otros familiares (indicar): _____

5. Ocupo el _____ (1º, 2º, 3º...) lugar entre mis hermanos/as.

6. ¿Has recibido en alguna ocasión educación sexual?

1. Sí, en la escuela o instituto
 2. Sí, fuera de la escuela o instituto
 3. No

7. En caso de que hayas recibido educación sexual con anterioridad, ¿Cuántas horas te han impartido? _____ horas.

8. Según tu criterio, ¿posees un nivel de conocimientos sobre sexualidad?

1. Muy insuficiente
 2. Insuficiente
 3. Regular
 4. Bueno
 5. Muy bueno

9. Recibo información sobre temas de sexualidad de (marca con una cruz la casilla que corresponda):

	1. Nunca	2. Pocas veces	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Siempre
1. Mi padre					
2. Mi madre					
3. Mis hermanos/as					
4. Mis amigos/as					
5. Algún profesor/a					
6. El Orientador/a del centro					
7. Médicos o personal sanitario					
8. La televisión					
9. Revistas					
10. INTERNET					
11. Fuentes científicas como libros					
12. Otras (indicar):					

10. Mi nivel de experiencia sexual es:

1. Ninguno
 2. Besos y caricias
 3. "Petting" (contactos sexuales sin penetración y próximos al coito)
 4. Relaciones sexuales coitales con una única pareja
 5. Relaciones sexuales coitales con varias parejas

11. Señala con una cruz tu respuesta a los siguientes enunciados acerca de diversas cuestiones relacionadas con la sexualidad. Las valoraciones oscilan entre: totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (5). Recuerda que no hay respuestas ni verdaderas ni falsas; ya que se trata de tu opinión. Por favor, responde honestamente.

- 1 – Totalmente en desacuerdo
- 2 – En desacuerdo
- 3 – Indeciso
- 4 – De acuerdo
- 5 – Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales					
2. El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión					
3. A toda persona que vaya a tener una conducta coital, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción					
4. Las madres y los padres deberían ser informados si sus hijos/as menores de edad acuden a un centro de planificación familiar para obtener anticonceptivos.					
5. Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución)					
6. La prostitución debería ser legalizada					
7. Abrazar y besar a una persona del otro sexo forma parte del natural crecimiento de los/as jóvenes					
8. Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o a todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a					
9. El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mi					
10. El coito entre personas jóvenes no casadas es aceptable para mi si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo					
11. La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual					
12. Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece					
13. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella					
14. El coito sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí					
15. La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela					
16. Si un joven se masturba puede sufrir malas consecuencias					
17. Tener fantasías sexuales es desaconsejable para personas jóvenes					
18. La educación sexual es peligrosa					
19. Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes					
20. Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable					
21. La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía					
22. Los/as jóvenes son, en general, muy irresponsables					
23. Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día					
24. En general, tengo buena opinión de los/las jóvenes de hoy					
25. Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos					
26. La mayoría de las personas jóvenes son responsables					
27. Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad					
28. La juventud de hoy me merece mala opinión					

12. Nuevamente te pedimos que marques con una cruz tu respuesta a las siguientes cuestiones, valorando tu grado de acuerdo con las mismas. Ten en cuenta que no hay respuestas ni verdaderas ni falsas. Por favor, responde con sinceridad.

- 1 – Totalmente en desacuerdo
- 2 – En desacuerdo
- 3 – Indeciso
- 4 – De acuerdo
- 5 – Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.					
2. El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales.					
3. Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.					
4. La primera vez que una chica mantiene relaciones sexuales con penetración puede quedarse embarazada.					
5. Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo.					
6. La mujer debe ser quien se encargue del cuidado y crianza de los hijos.					
7. La sexualidad comienza con el primer coito.					
8. La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.					
9. La única sexualidad correcta es aquélla que se da entre un hombre y una mujer.					
10. Un mismo condón (preservativo masculino) puede ser utilizado varias veces.					
11. Una buena relación sexual es aquélla que es espontánea y natural.					
12. El alcohol y las drogas multiplican las posibilidades de llevar a cabo prácticas de riesgo.					
13. Es adecuado que una esposa mantenga relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no le apetece a ella.					
14. Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.					
15. El orgasmo es fundamental en una relación sexual.					
16. Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.					
17. La masturbación es un práctica que solo realizan las personas solteras (sin pareja).					
18. La “marcha atrás” es una forma eficaz de evitar embarazos.					
19. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.					
20. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.					
21. Cualquiera puede contagiarse de SIDA, independientemente de su orientación sexual.					
22. Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.					
23. La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual).					
24. El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo perverso.					
25. Una relación sexual completa es aquélla en la que se realiza la penetración.					
26. Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.					
27. Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.					
28. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).					
29. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.					
30. El SIDA es una enfermedad que sólo afecta a los homosexuales.					

	1	2	3	4	5
31. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el <i>petting</i> (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales.					
32. Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres.					
33. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.					
34. Es buena la planificación para las relaciones sexuales.					
35. Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) puede transmitirse enfermedades, por ejemplo el SIDA.					
36. Tener un cuerpo "bello" es importante en una relación sexual.					
37. El cerebro es un órgano sexual muy importante.					
38. Cualquier persona puede contagiarse de SIDA independientemente de su nivel socioeconómico.					
39. Los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres.					

13. Indica las medidas que conoces para evitar embarazos no deseados y valora con una nota (de cero a diez) la eficacia de cada una de ellas: si crees que la medida es totalmente eficaz, pon un 10; si por el contrario crees que es del todo ineficaz, pon un 0. Puedes incluir cualquier otro valor intermedio.

MEDIDAS PARA EVITAR EMBARAZOS	EFICACIA (Nota de 0 a 10)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

14. Si quieres, puedes añadir cualquier comentario acerca de los temas que te hemos preguntado.

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!



Para completar la recogida de información hemos elaborado el siguiente cuestionario. Te rogamos pongas el máximo de interés en las respuestas ya que contribuyen a elaborar futuros programas para todos.

Por supuesto, el cuestionario es totalmente **anónimo**. Una vez elaboradas las conclusiones, y si lo deseas, podrás acceder a los resultados generales a través del equipo de investigación de la Universidad de Burgos.

De antemano agradecemos tu colaboración.

15. Las siguientes 30 afirmaciones muestran opiniones diversas y actitudes hacia la masturbación. La masturbación significa la estimulación de tus propios genitales para disfrutar de sensaciones placenteras o de la experiencia del orgasmo. Marca con un círculo tu respuesta:

- 1 – Totalmente en desacuerdo
- 2 – En desacuerdo
- 3 – Indeciso
- 4 – De acuerdo
- 5 – Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Las personas se masturban para evitar los sentimientos de tensión y ansiedad.					
2. Las personas que se masturban no disfrutarán de la relación sexual coital tanto como aquellas quienes se abstienen de masturbarse.					
3. La masturbación es un tema privado que ni perjudica ni interesa a ninguna otra persona.					
4. La masturbación es un pecado contra uno mismo.					
5. La masturbación en la infancia puede ayudar a una persona a que desarrolle una actitud natural y saludable hacia el sexo.					
6. La masturbación en un adulto es algo infantil e inmaduro.					
7. La masturbación puede conducir a la homosexualidad.					
8. La masturbación excesiva es imposible, ya que es una preocupación innecesaria.					
9. Si disfrutas masturbándote demasiado, puede que nunca aprendas a relacionarte con el sexo opuesto.					
10. Después de la masturbación, una persona se siente mal.					
11. La experiencia con la masturbación puede ayudar potencialmente a una mujer a conseguir el orgasmo en la relación coital.					
12. Yo me siento culpable con la masturbación.					
13. La masturbación puede ser un "amigo en la necesidad" cuando no hay "amigo en el momento".					
14. La masturbación puede ser una herramienta para las fantasías sexuales sin que perjudique a ninguna otra persona o ponga en peligro a uno.					
15. La masturbación excesiva puede conducir a problemas de impotencia en los hombres y de frigidez en las mujeres.					

	1	2	3	4	5
16. La masturbación es un mecanismo de escape que impide a una persona madurar sexualmente.					
17. La masturbación puede proporcionar un desahogo inofensivo de la tensión sexual.					
18. El juego con tus propios genitales es asqueroso.					
19. La masturbación excesiva está asociada con la neurosis, depresión y problemas del comportamiento.					
20. Una única masturbación ya es demasiado.					
21. La masturbación es un hábito compulsivo y adicto una vez que se empieza es imposible parar.					
22. La masturbación es divertida.					
23. Cuando me masturbo, me siento mal conmigo mismo.					
24. Masturbarse frecuentemente está relacionado con la introversión y con la retirada de los contactos sociales.					
25. Yo estaría avergonzado de admitir públicamente que yo me he masturbado.					
26. La masturbación excesiva conduce a la torpeza mental y la fatiga.					
27. La masturbación es una salida sexual normal.					
28. La masturbación es originada por una preocupación excesiva con pensamientos sobre el sexo.					
29. La masturbación puede enseñarte a disfrutar de las sensaciones con tu propio cuerpo.					
30. Después de que yo me masturbo, yo estoy disgustado conmigo por perder el control de mi cuerpo.					

16. Por favor, señala con una cruz tu respuesta a las siguientes cuestiones acerca de tus actitudes hacia los roles sexuales de hombres y mujeres. Ten en cuenta que no hay respuestas ni verdaderas ni falsas. Por favor, responde honestamente.

- 1 – Totalmente en desacuerdo
- 2 – En desacuerdo
- 3 – Indeciso
- 4 – De acuerdo
- 5 – Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Se espera que una chica tenga menos experiencia sexual que su pareja.					
2. Una chica que tiene relaciones sexuales con muchos chicos tiene menos probabilidades de que se la tome en serio.					
3. Una chica nunca debería parecer que tiene ganas de tener una relación sexual.					
4. Es importante que el chico tenga experiencia sexual para que enseñe a la chica.					
5. Una "buena" chica debería poner límites a los chicos.					
6. Es importante para un chico tener muchas relaciones sexuales para tener experiencia.					
7. En las relaciones sexuales los chicos deberían adoptar el rol dominante y las chicas deberían asumir el rol pasivo.					
8. Es aceptable para una chica que lleve condones.					
9. Es peor para una chica acostarse con cualquiera que para un chico.					
10. Está bien para un chico iniciar la relación sexual.					

**Anexo 3. CUESTIONARIO DE
SATISFACCIÓN CON EL
PROGRAMA**



A continuación te presentamos un cuestionario en el que deberás valorar el programa de Educación Sexual recibido en el curso 2008-2009. De antemano agradecemos tu colaboración.

- 1. Sexo:**
 1. Hombre
 2. Mujer
- 2. Edad:** _____
- 3. Curso escolar:** _____

4. Señala con una cruz tu respuesta a los siguientes enunciados acerca del programa de Educación Sexual recibido este curso. Las valoraciones oscilan entre: totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (5). Por favor, responde honestamente.

- 1 – Totalmente en desacuerdo
 2 – En desacuerdo
 3 – Indeciso
 4 – De acuerdo
 5 – Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. El programa se ha adecuado a nuestras necesidades.					
2. El programa ha cumplido con mis expectativas.					
3. El programa me merece una buena valoración.					
4. Los temas tratados me parecen útiles para nuestra vida.					
5. La exposición de los contenidos ha sido clara.					
6. Las actividades han sido atractivas y dinámicas.					
7. Las actividades me han parecido adecuadas para la consecución de los aprendizajes.					
8. Los materiales utilizados me han resultado atractivos y motivadores.					
9. La selección de materiales y recursos me ha parecido acertada.					
10. Las intervenciones de la profesora han estado preparadas.					
11. Las exposiciones de la profesora me han resultado amenas.					
12. La profesora ha utilizado un lenguaje adecuado.					
13. He participado activamente en las dinámicas grupales.					
14. He atendido a las explicaciones dadas por la profesora.					
15. He escuchado con respeto a mis compañeros/as.					
16. He sentido en todo momento libertad para expresar mis opiniones y dudas.					
17. He entendido los conceptos tratados a lo largo del programa.					
18. La motivación e interés que he mostrado a largo del programa han sido buenas.					
19. Ahora me siento más capaz de dar una respuesta adecuada a los problemas afectivo-sexuales que se me pudieran presentar.					
20. El nivel de participación e interés de mi clase ha sido bueno.					

5 ¿Qué ha sido lo que más te ha gustado del programa de Educación Sexual?

6. ¿Qué ha sido lo que menos te ha gustado del programa de Educación Sexual?

**Anexo 4. CUADERNILLO DE
FICHAS DEL PROGRAMA
“SOMOS”**

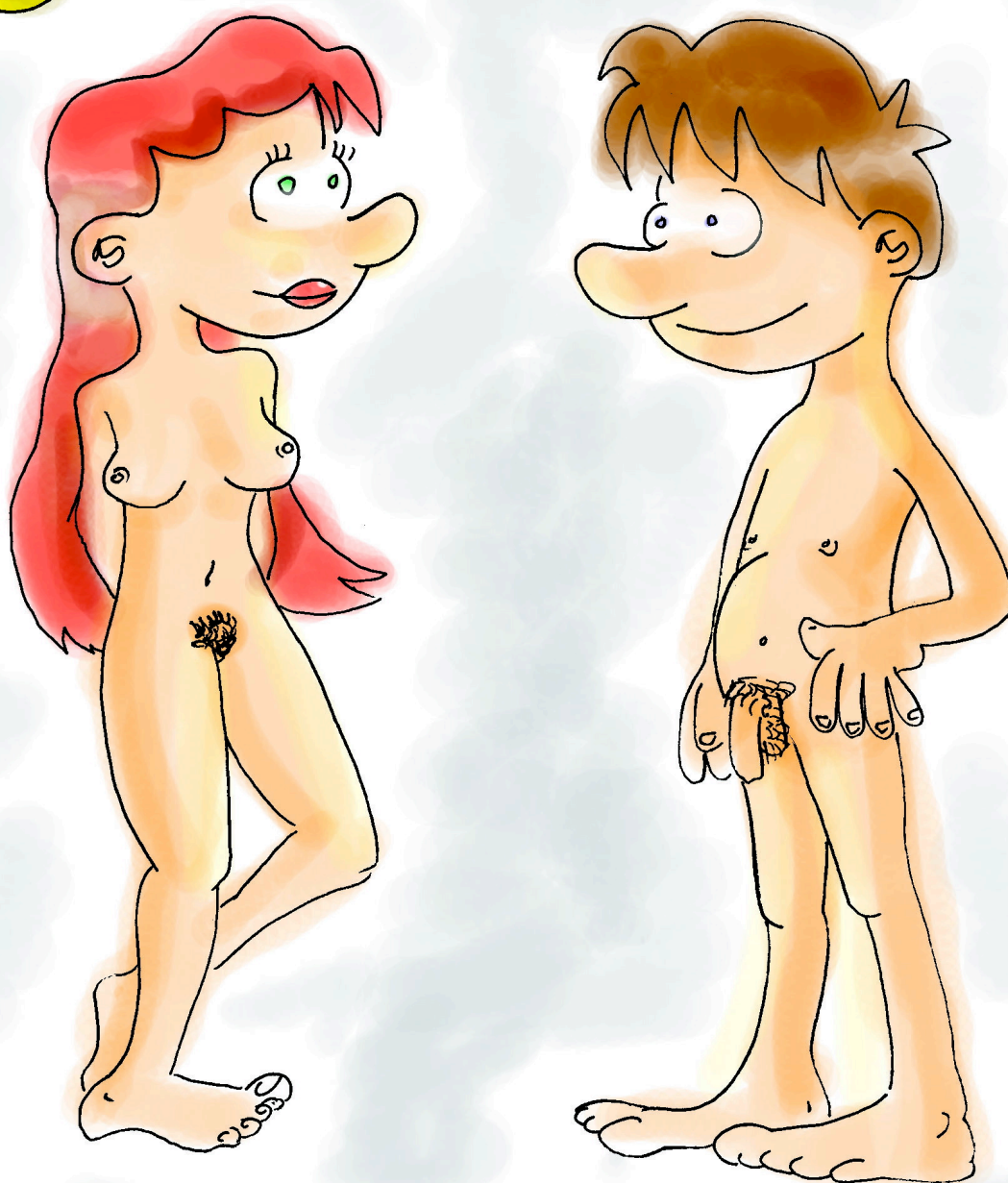
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



ÍNDICE DE UNIDADES

1. ¡Somos sexuados!
2. Nuestro cuerpo está cambiando
3. Tenemos afectos sexuales
4. Nos relacionamos
5. Nuestra respuesta
6. Nos expresamos
7. ¿Cuáles son los riesgos?
8. ¡Por nuestra salud!

1 ¡SOMOS SEXUADOS!



UNIDAD 1: ¡SOMOS SEXUADOS!

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">1</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">¡Somos sexuados!</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer y aceptar que el ser humano es un “ser sexuado”. 2. Distinguir las dimensiones que intervienen en la sexualidad humana. 3. Enumerar y describir las funciones de la sexualidad. 4. Diferenciar sexualidad y reproducción. 5. Reflexionar sobre el papel que ejercen las distintas dimensiones de la sexualidad en la configuración de nuestra propia sexualidad.
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sexualidad humana. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Dimensiones: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Biológica.</i> b) <i>Psicológicas.</i> c) <i>Sociocultural.</i> d) <i>Experiencial.</i> e) <i>Ética.</i> 1.2 Funciones: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Reproducción.</i> b) <i>Búsqueda del placer y la satisfacción.</i> c) <i>Intimidad afectiva y comunicación.</i> d) <i>Otras.</i>
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación de las concepciones iniciales sobre la sexualidad humana. 2. Asociación de conceptos e imágenes. 3. Clasificación de términos relacionados con la sexualidad. 4. Elaboración de un mapa conceptual sobre la sexuación del ser humano. 5. Expresión y enumeración de las distintas funciones de la sexualidad entre las personas. 6. Comunicación y trabajo cooperativo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de la sexualidad propia como una parte integrante de su persona. 2. Respeto a las opiniones y concepciones de la sexualidad de los otros. 3. Interés por un aprendizaje interdisciplinar y científico de la sexualidad. 	

UNIDAD 1: ¡SOMOS SEXUADOS!

□□□ 1

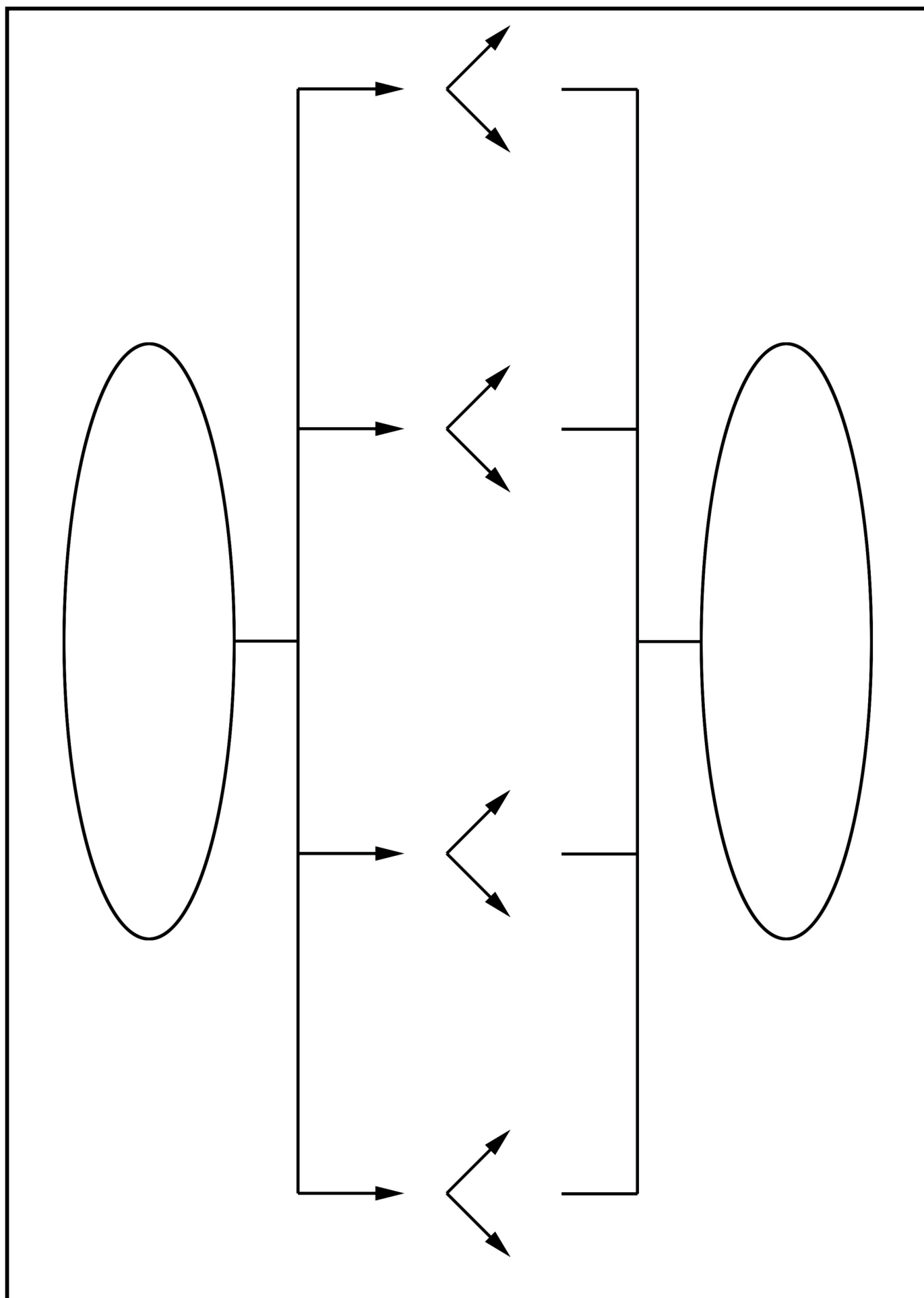
Ahora, tras la evaluación inicial, vais a formar grupos de tres personas. Cada grupo deberá realizar una campaña de sensibilización sobre alguno de estos temas:

- a) El embarazo no deseado.
- b) El SIDA.
- c) Otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- d) Uso del preservativo.

Cada grupo elegirá el medio en el que va a realizar su campaña: cómics, carteles, vídeos, canciones, fotografías, etc. Para la realización de esta actividad, investigad y profundizad en el conocimiento de estas cuestiones. Además, expresad de forma creativa vuestra percepción y sentimientos sobre los riesgos que implican las relaciones cóitales y tratad de convencer al resto de compañeros sobre la necesidad de protegerse y ser responsable.



UNIDAD 1: ¡SOMOS SEXUADOS!



UNIDAD 1: ¡SOMOS SEXUADOS!

□□□ **2**

Recorta las palabras que hay a continuación y rellena con ellas el mapa conceptual en blanco de la página anterior.

SER HUMANO
TRADICIÓN
BIOLOGÍA
VALORES
ÉTICA
EXTERNA
PSICOLOGÍA
INTELIGENCIA
CULTURA
SEXUALIDAD
RELACIONES Y AFECTOS
INFLUENCIA SOCIAL
INTERNA
PRINCIPIOS

UNIDAD 1: ¡SOMOS SEXUADOS!

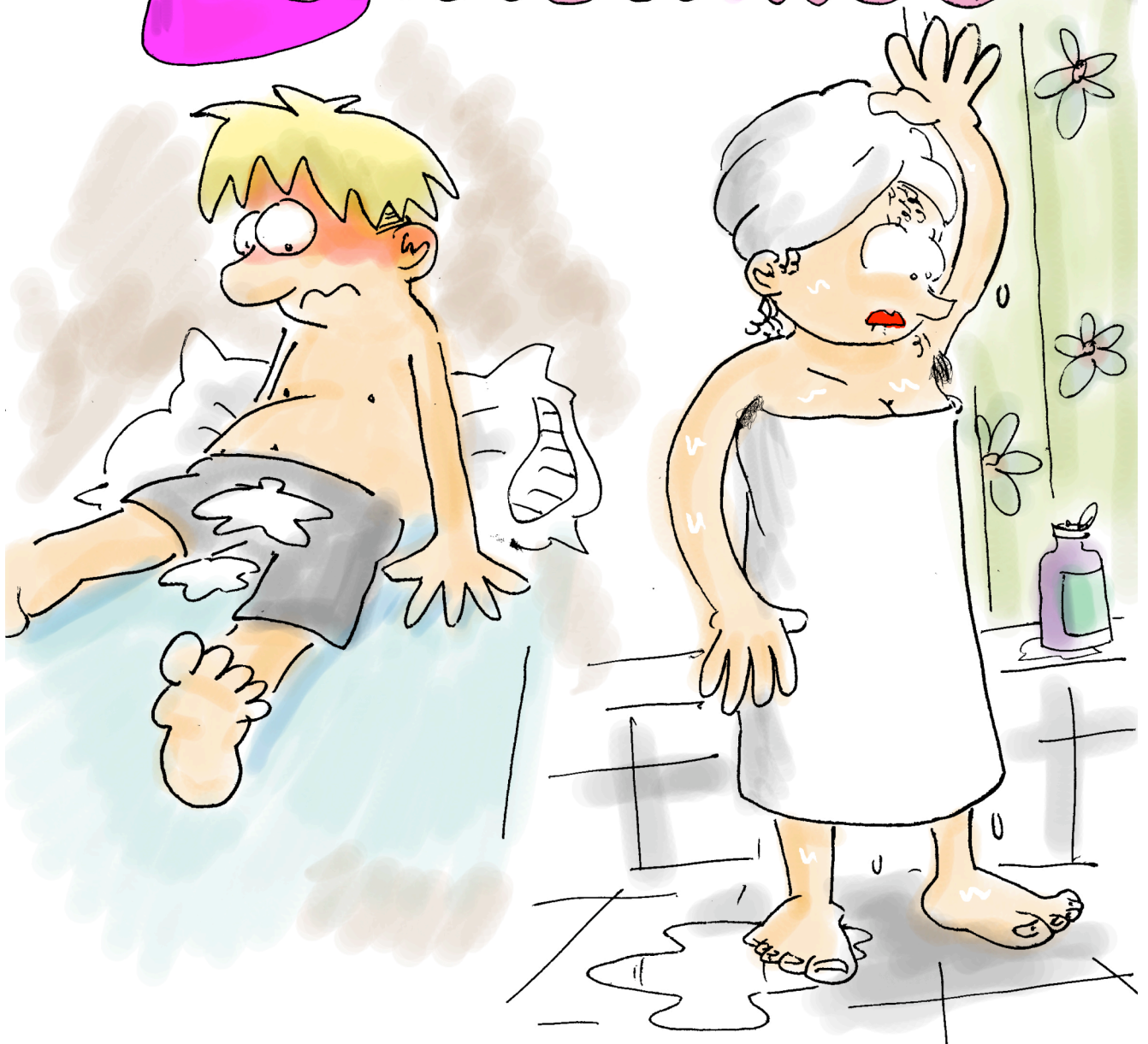
□□□ **3**

¿Para qué creéis que sirve la sexualidad? _____

¿Qué funciones tiene? _____

Escribe unas líneas sobre la sexualidad humana. _____

NUESTRO CUERPO ESTÁ CAMBIANDO



UNIDAD 2: NUESTRO CUERPO ESTÁ CAMBIANDO

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="font-size: 48pt; text-align: center;">2</p> <p>Nuestro cuerpo está cambiando</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar un vocabulario específico y científico para denominar los elementos que conforman la anatomía sexual femenina y masculina. 2. Enumerar las semejanzas y diferencias existentes entre los cambios puberales de los chicos y las chicas. 3. Describir en líneas generales los procesos de menstruación y eyaculación (polución nocturna). 4. Aceptar la figura corporal y los cambios físicos que se experimentan tras la pubertad y durante la adolescencia, e integrarlos satisfactoriamente en el autoconcepto.
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cuerpo y los cambios: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Anatomía femenina: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. <i>Menstruación.</i> 1.2 Anatomía masculina: <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. <i>Eyaculación (poluciones nocturnas).</i>
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión y análisis crítico de textos 2. Reflexión y debate sobre la relación entre sexualidad, imagen corporal y autoestima. 3. Expresión y comunicación tanto oral como escrita de las ideas propias sobre los cambios puberales, la imagen corporal y la sexualidad. 4. Elaboración de mapas anatómico-sexuales y utilización del vocabulario específico para cada caso.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de la imagen corporal propia. 2. Tolerancia a los cambios que se producen en el otro sexo. 3. Valoración y desarrollo de actitudes positivas hacia la anatomía sexual propia y la del otro. 	

UNIDAD 2: NUESTRO CUERPO ESTÁ CAMBIANDO

HACE MÁS DE 10 AÑOS QUE VIVO EN BURGOS. AUNQUE NO HE NACIDO AQUÍ, ME GUSTA MUCHO ESTA CIUDAD PORQUE ES DONDE TENGO A MIS AMIGOS. SIN EMBARGO, ÚLTIMAMENTE ESTOY ALGO AGOBIADO.

¡PERDONAD MI FALTA DE EDUCACIÓN, SE ME HA OLVIDADO PRESENTARME! ME LLAMO MIGUEL, TENGO 14 AÑOS Y ESTOY ESTUDIANDO 3º DE ESO. COMO OS ESTABA CONTANDO TENGO VARIOS AMIGOS CON LOS QUE QUEDO Y ME DIVIERTO HABITUALMENTE. EN EL INSTI LAS COSAS MARCHAN MÁS O MENOS BIEN AUNQUE A VECES ME SIENTO EXTRAÑO. EL OTRO DÍA, POR EJEMPLO, ME PARECIÓ QUE ANA SE REÍA MIENTRAS YO RESPONDÍA A UNA PREGUNTA DE LA PROFESORA. ADEMÁS, ESTOY BASTANTE HARTO DE QUE SIEMPRE ME RECUERDE QUE ELLA ES MÁS ALTA QUE YO. LUIS, MI COMPAÑERO DE PUPITRE, ES UN GRACIOSILLO Y SIEMPRE ESTÁ AGOBIÁNDOME CON MI BIGOTE O ALGÚN QUE OTRO GRANO. LO CIERTO ES QUE ESTOS ÚLTIMOS MESES HAN SIDO DEMASIADO RAROS. EN CUANTO A MIS AMIGOS A VECES ESTANDO CON ELLOS ME SIENTO SOLO. ME GUSTARÍA CONTARLES LO QUE ME OCURRE PERO ME DA MUCHA VERGÜENZA; ASÍ QUE OS LO VOY A CONTAR A VOSOTROS.

HACE YA CERCA DE DOS MESES ME DESPERTÉ POR LA NOCHE ALGO AGITADO Y DESCUBRÍ QUE LAS SÁBANAS ESTABAN ALGO MOJADAS. APENAS ME PARÉ A PENSAR EN ELLO Y SEGUÍ DURMIENDO. NO LE HUBIERA DADO MAYOR IMPORTANCIA, PERO AL POCO TIEMPO VOLVIÓ A SUCEDER. EL CASO ES QUE AHORA ME PASA MUY A MENUDO Y NI TAN SIQUIERA ME DESPIERTO. ESTO PARECE UNA BROMA PESADA, POR LAS MAÑANAS CUANDO ME LEVANTO DESCUBRO LAS SÁBANAS HÚMEDAS. ESTOY BASTANTE ABRUMADO Y NO SÉ QUÉ PUEDO HACER. SÓLO ME QUEDA ESPERAR QUE ESTO SEA PASAJERO Y QUE MIS PADRES NO SE ENTEREN DE NADA. VAYA SITUACIÓN ¿NO OS PARECE?

□□□ 1

Reflexiona sobre lo que está

ocuriéndole al protagonista de la historia.

Plantéate preguntas como éstas:

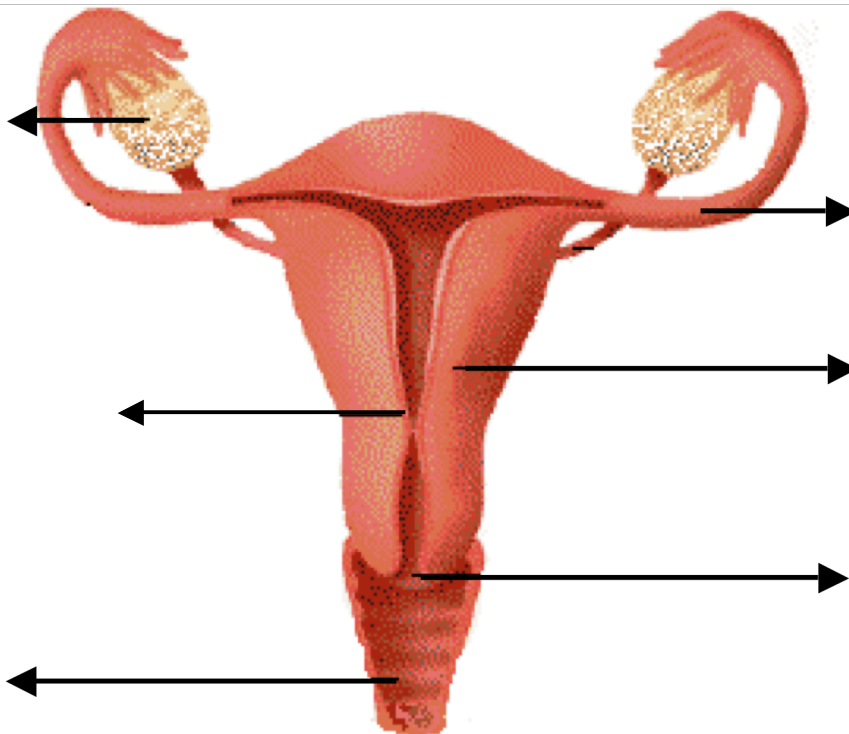
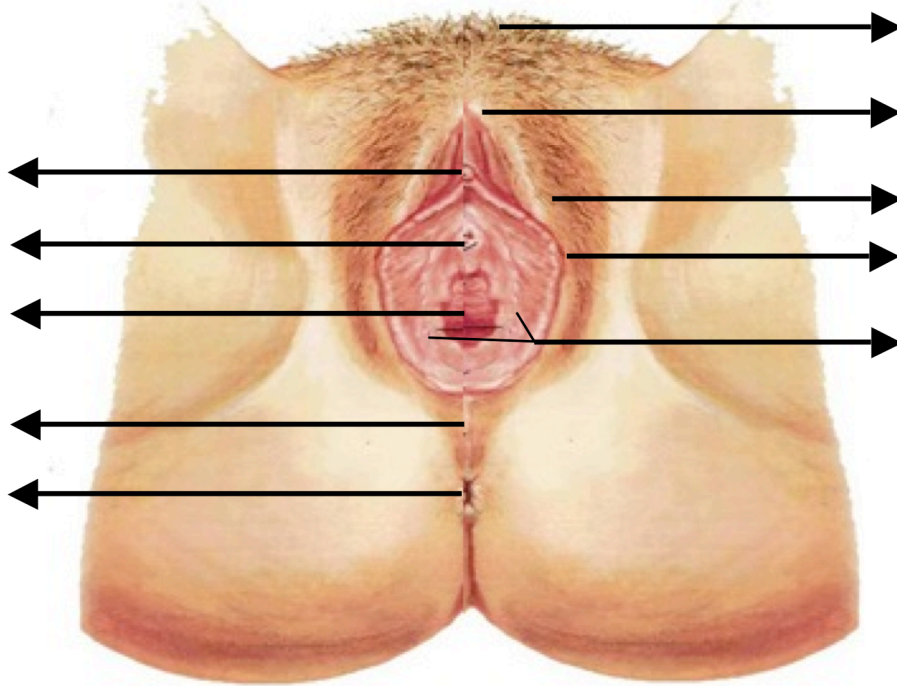
¿Qué le pasa a Miguel? ¿Por qué crees que está sucediendo todo eso? ¿Cómo se siente Miguel ante esta situación? ¿Qué ha cambiado en su vida? ¿Y sus sentimientos? ¿También tú estás cambiando?



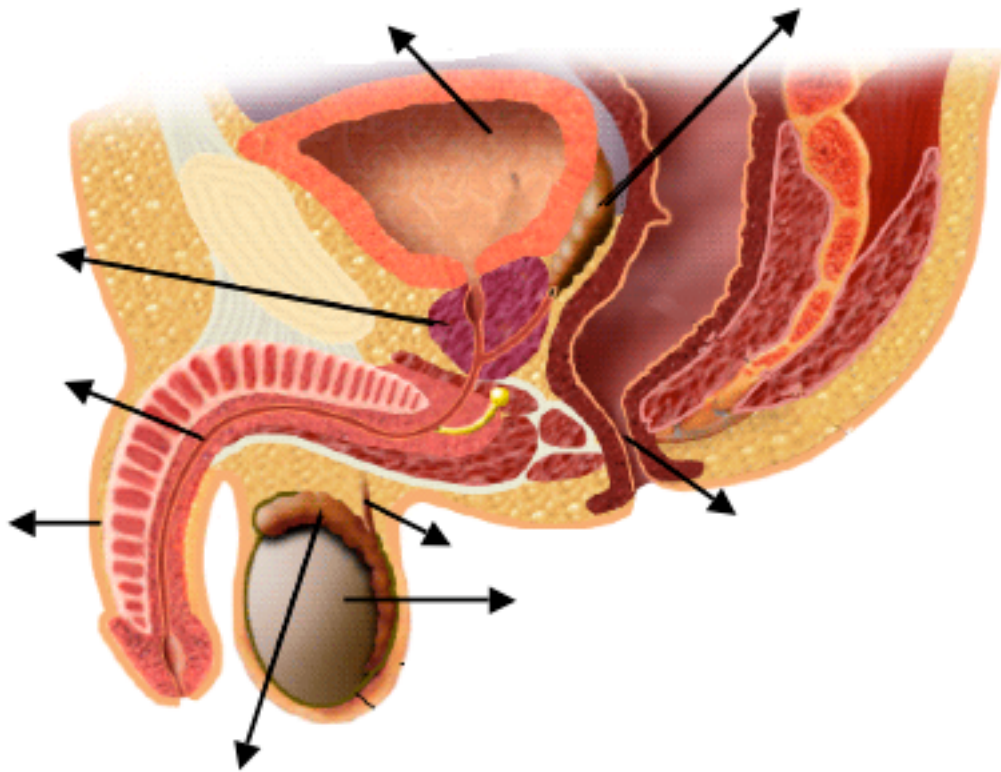
UNIDAD 2: NUESTRO CUERPO ESTÁ CAMBIANDO

□□□ 2

A continuación, realiza una pequeña búsqueda de información sobre las distintas partes de la anatomía sexual femenina y masculina. Una vez conozcas el vocabulario y su significado completa los siguientes mapas mudos.



UNIDAD 2: NUESTRO CUERPO ESTÁ CAMBIANDO



3

¿Qué anatomía sexual conocías mejor, la femenina o la masculina? _____

¿Coincide que es la anatomía de tu sexo? ___ ¿Por qué crees que esto es así? _____

¿Has descubierto alguna parte de tu cuerpo que desconocías? ___ ¿Cuáles? _____

¿Qué partes de tú anatomía sexual conocías antes de esta unidad? _____

¿Cómo supiste de su existencia? _____

¿Las has mirado o manipulado? _____ ¿Por qué? _____

¿Crees que chicos y chicas saben cómo es su cuerpo de la misma manera? _____

3 TENEMOS AFECTOS SEXUALES



UNIDAD 3: TENEMOS AFECTOS SEXUALES

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">3</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Tenemos afectos sexuales</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferenciar los distintos tipos de afectos sexuales. 2. Distinguir el deseo de la atracción. 3. Describir el enamoramiento y su significado. 4. Reflexionar sobre las posibles etapas del enamoramiento y los modelos socioculturales de amor. 5. Aceptar los diferentes afectos sexuales como elementos constitutos de la sexualidad.
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los afectos sexuales <ol style="list-style-type: none"> 1.1. El deseo 1.2. La atracción 1.3. El enamoramiento
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión iconográfica del concepto de amor, y reflexión sobre el mismo. 2. Lectura y comprensión escrita de textos y canciones. 3. Descubrimiento de los afectos sexuales en la producción cultural y artística tanto actual como de épocas pasadas. 4. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación). 5. Búsqueda y revisión de información. 6. Expresión y comunicación tanto oral como escrita de los significados de los afectos sexuales.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación y reconocimiento de los afectos sexuales. 2. Valoración del autoconocimiento afectivo y emocional. 3. Interés por el propio aprendizaje y disposición a integrar nuevas explicaciones. 4. Respeto a las opiniones de los compañeros. 5. Desarrollo de actitudes positivas hacia la existencia y/o vivencia del deseo, la atracción y el enamoramiento. 6. Apreciación del valor artístico, social y cultural de las producciones humanas: la música, la literatura, etc. 	

Lee el siguiente texto:

CINE Y CARICIAS

Aquella tarde decidimos ir al cine unos cuantos de clase. Cuando entramos en la sala, coincidió que yo iba entre J., que me cae muy bien, y Blanca, que me cae fatal. Nos sentamos en el mismo orden en que habíamos entrado. Nos quitamos las chaquetas y esperamos a que se iluminara la pantalla y empezara la proyección.

Al principio no me di cuenta de nada. Quiero decir que estaba tan pendiente de la película que no me fijaba en nada de lo que pasaba a mí alrededor. Yo me había inclinado hacia la izquierda, es decir, hacia J. Lo había hecho porque de esa manera veía mejor la pantalla -si me inclinaba hacia la derecha, la cabezota del tipo de delante me lo tapaba todo-. Y también porque así evitaba el contacto con Blanca, que me resultaba especialmente repelente.

Poco a poco, J. debía de haber ido haciendo lo mismo, es decir, se había ido acercando hacia mi lado. No sé en qué momento me di cuenta de que nuestros dos codos estaban apoyados en el brazo de la butaca. Y como brazo de butaca sólo hay uno, y en cambio codos había dos, estos últimos disponían de muy poco espacio y a la fuerza tenían que tocarse.

Aquel contacto me gustaba mucho. Despertaba en todo mi cuerpo un calor dulce y me ponía la piel de gallina.

De repente me di cuenta de que estaba prestando más atención a la cantidad de superficie de mi cuerpo que rozaba el de J. que a la película. También tenía más interés en la presión que su cuerpo ejercía sobre el mío, y al revés, que en aquello que sucedía en la pantalla. Casi no me movía ni me atrevía a respirar por miedo a que un cambio mío provocase otro en la postura de J.

No me atrevía a respirar demasiado y, sin embargo, mi respiración se había agitado. Aunque me esforzaba en contenerla, tenía la respiración muy alterada, rápida y sincopada. Intenté mirar a J. con el rabillo del ojo. Me habría gustado saber qué cara ponía. Pero para llegar a ver su cara habría tenido que girarme tanto que forzosamente nuestros codos se habrían movido, separándose. No valía la pena. Prefería seguir notando la presión de su cuerpo contra el mío. Me acerqué más y casi pude percibir su aliento.

“¿Qué debe de notar J.?”, me pregunté.

Posiblemente no se daba cuenta de nada. Quizá no era consciente de que nuestros cuerpos se tocaban. Quizá ni siquiera sabía que era yo quien se había sentado a su lado. “No me extrañaría nada”, me dije, ya que últimamente empezaba a dudar de mi capacidad para llegar a gustar a alguien.

Justo cuando estaba pensando esto...

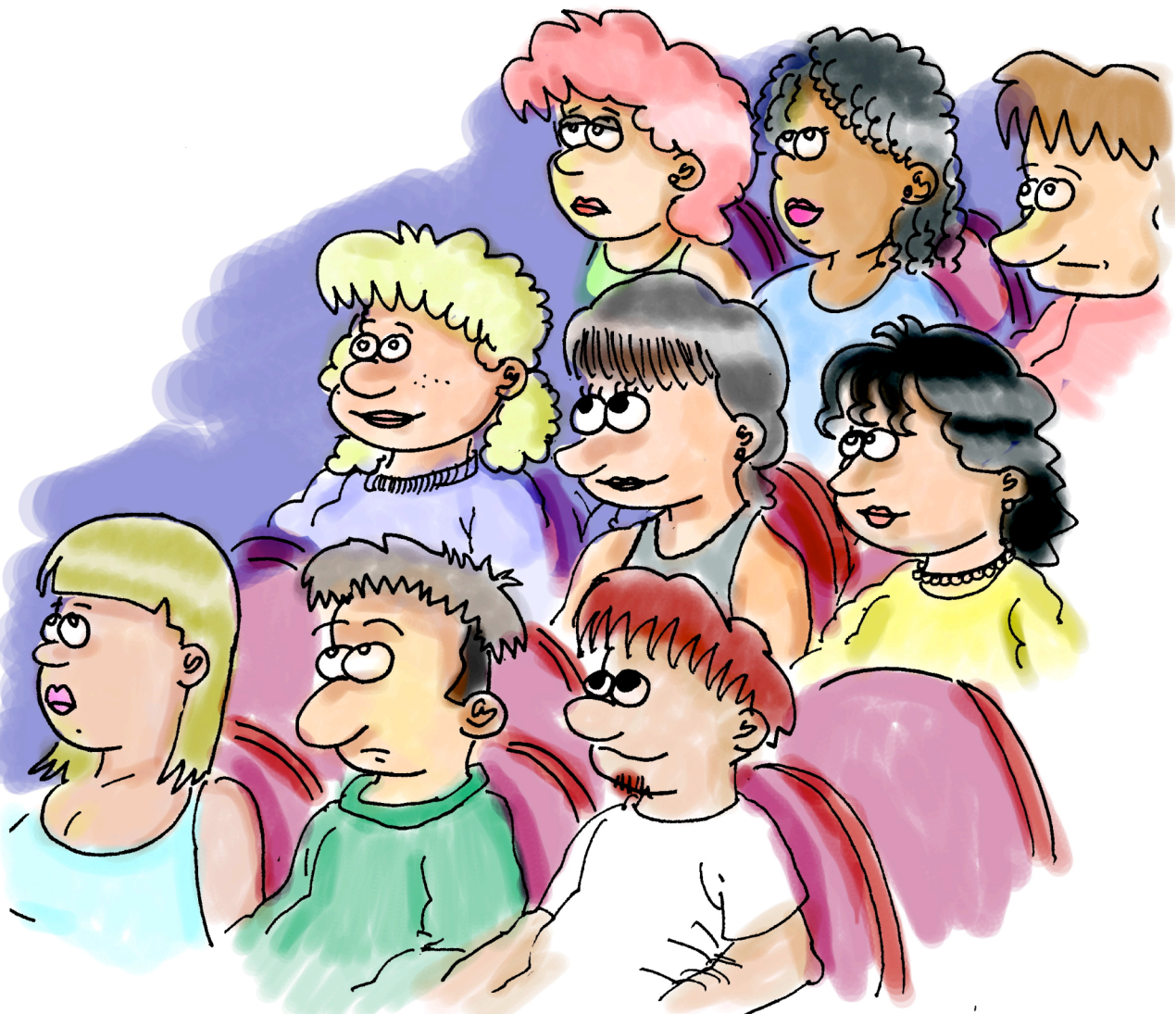
Ahora plantéate preguntas como éstas: ¿Qué cuenta está historia? ¿Quién puede ser J. y el o la protagonista? ¿Esta situación te puede ocurrir? ¿Qué piensas que debe hacer quien protagoniza la historia? ¿Cómo son sus sentimientos? ¿Crees que a J. le pasa lo mismo?

UNIDAD 3: TENEMOS AFECTOS SEXUALES

□□□ **2**

Dibuja con círculos tu particular visión del amor en pareja, es decir, el significado de la palabra amor para ti. Compara tu dibujo y lo que tú entiendes por amor con el resto de tus compañeros de clase.

4 NOS RELACIONAMOS



UNIDAD 4: NOS RELACIONAMOS

<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">4</h1> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">Nos Re- la- cio- na- mos</p>	UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionar los afectos sexuales con la orientación del deseo. 2. Enumerar las semejanzas y las diferencias existentes entre las distintas orientaciones sexuales. 3. Discutir y refutar los mitos existentes sobre la legitimidad de la homosexualidad. 4. Fundamentar el concepto de homosexualidad a partir de argumentos científicos y democráticos. 5. Diferenciar el sexo biológico del género. 6. Reconocer los mecanismos sociales de identificación del sexo con el género. 7. Reflexionar y elaborar una opinión crítica sobre la situación de la mujer en la pareja. 8. Conocer y desarrollar la empatía.
		CONTENIDOS
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La identidad sexual: orientación del deseo. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Homosexualidad. 1.2. Heterosexualidad. 1.3. La igualdad entre personas con distinta orientación sexual. 2. La identidad de género: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Los roles de género y estereotipos. 2.2. Los roles y los mitos sexuales. 2.3. La igualdad entre los sexos.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión y comunicación de concepciones iniciales sobre homosexualidad y el sistema sexo-género. 2. Comprensión y análisis crítico de texto. 3. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación). 4. Elaboración de tablas conceptuales de doble entrada y comparación de: homosexual-heterosexual y varón-mujer. 5. Búsqueda de información sobre la identidad sexual y de género. 6. Argumentación científica sobre creencias sociales en torno a los roles de género o la orientación del deseo. 7. Trabajo cooperativo y en equipo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto a las opiniones de los demás. 2. Tolerancia hacia las orientaciones sexuales minoritarias, así como hacia el otro sexo. 3. Interés por indagar, conocer y esgrimir argumentos nacidos de la ciencia para hablar de cuestiones como la orientación sexual o el género. 4. Formación y desarrollo de valores democráticos y principios éticos. 5. Empatía para ponerse en la situación del otro y comprender otros puntos de vista. 	

UNIDAD 4: NOS RELACIONAMOS

□□□ 1

¿Recuerdas el texto “CINE Y CARICIAS” de la unidad anterior? Ahora tienes una variante del mismo. En grupos de dos o tres personas, deberéis poner nombre a los protagonistas e inventar un final alternativo.

CINE Y CARICIAS

Aquella tarde decidieron ir al cine unos cuantos de clase. Cuando entraron en la sala, coincidió que _____ iba entre J _____, con quien se llevaba muy bien, y Blanca, que la caía fatal. Se sentaron en el mismo orden en que habían entrado. Se quitaron las chaquetas y esperaron a que se iluminara la pantalla y empezara la proyección.

Al principio no se dio cuenta de nada. Estaba tan pendiente de la película que no se fijaba en nada de lo que pasaba a su alrededor. Se había inclinado hacia la izquierda, es decir, hacia J _____. Lo había hecho porque de esa manera veía mejor la pantalla -si se inclinaba hacia la derecha, la cabezota del tipo de delante se lo tapaba todo-. Y también porque así evitaba el contacto con Blanca, que le resultaba especialmente repelente.

Poco a poco, J _____ debía de haber ido haciendo lo mismo, es decir, se había ido acercando hacia su lado. No supo cómo, pero se dio cuenta de que sus dos codos estaban apoyados en el brazo de la butaca. Y como brazo de butaca sólo hay uno, y en cambio codos había dos, estos últimos disponían de muy poco espacio y a la fuerza tenían que tocarse.

Aquel contacto le gustaba mucho. Despertaba en todo su cuerpo un calor dulce y le ponía la piel de gallina.

De repente se dio cuenta de que estaba prestando más atención a la cantidad de superficie de su cuerpo que rozaba el de J _____ que a la película. También tenía más interés en la presión que su cuerpo ejercía sobre el suyo, y al revés, que en aquello que sucedía en la pantalla. Casi no se movía ni se atrevía a respirar por miedo a que un cambio suyo provocase otro en la postura de J _____.

No se atrevía a respirar demasiado y, sin embargo, su respiración se había agitado. Aunque se esforzaba en contenerla, tenía la respiración muy alterada, rápida y sincopada. Intentó mirar a J _____ con el rabillo del ojo. Le habría gustado saber qué cara ponía. Pero para llegar a ver su cara habría tenido que girarse tanto que forzosamente sus codos se habrían movido, separándose. No valía la pena. Prefirió seguir notando la presión de su cuerpo contra el suyo. Se acercó más y casi pudo percibir su aliento.

“¿Qué debe de notar J _____?”, se preguntó.

Posiblemente no se daba cuenta de nada. Quizá no era consciente de que sus cuerpos se tocaban. Quizá ni siquiera sabía que era _____ quien se había sentado a su lado. “No me extrañaría nada”, se dijo, ya que últimamente empezaba a dudar de su capacidad para llegar a gustar a alguien.

Justo cuando estaba pensando esto... _____

UNIDAD 4: NOS RELACIONAMOS

□□□ 2

Ahora debes escribir una carta en la que simulas que comunicas tu homosexualidad a un amigo, un familiar o un compañero de clase. No sólo se trata de que cuentes tu homosexualidad, sino que debes expresar tus sentimientos y vivencias. Esta actividad es fundamental para que aprendas a ponerte en la piel de los demás. Puedes servirte de este guión si te resulta difícil:

EL DESTINATARIO:

- ¿A quién dirigirás la carta?
- ¿Qué relación tiene contigo?
- ¿Cuánto te importa su reacción?
- ¿Cómo te sentirías si no lo acepta?

MI HOMOSEXUALIDAD:

- ¿Cuándo me di cuenta? ¿Por qué?
- ¿Cuáles fueron mis sentimientos?
- ¿Y los que tengo ahora?
- ¿Cómo vivo mi homosexualidad?
- ¿Ahora me gusta alguien?
- ¿Cómo me siento al ocultar mi identidad?

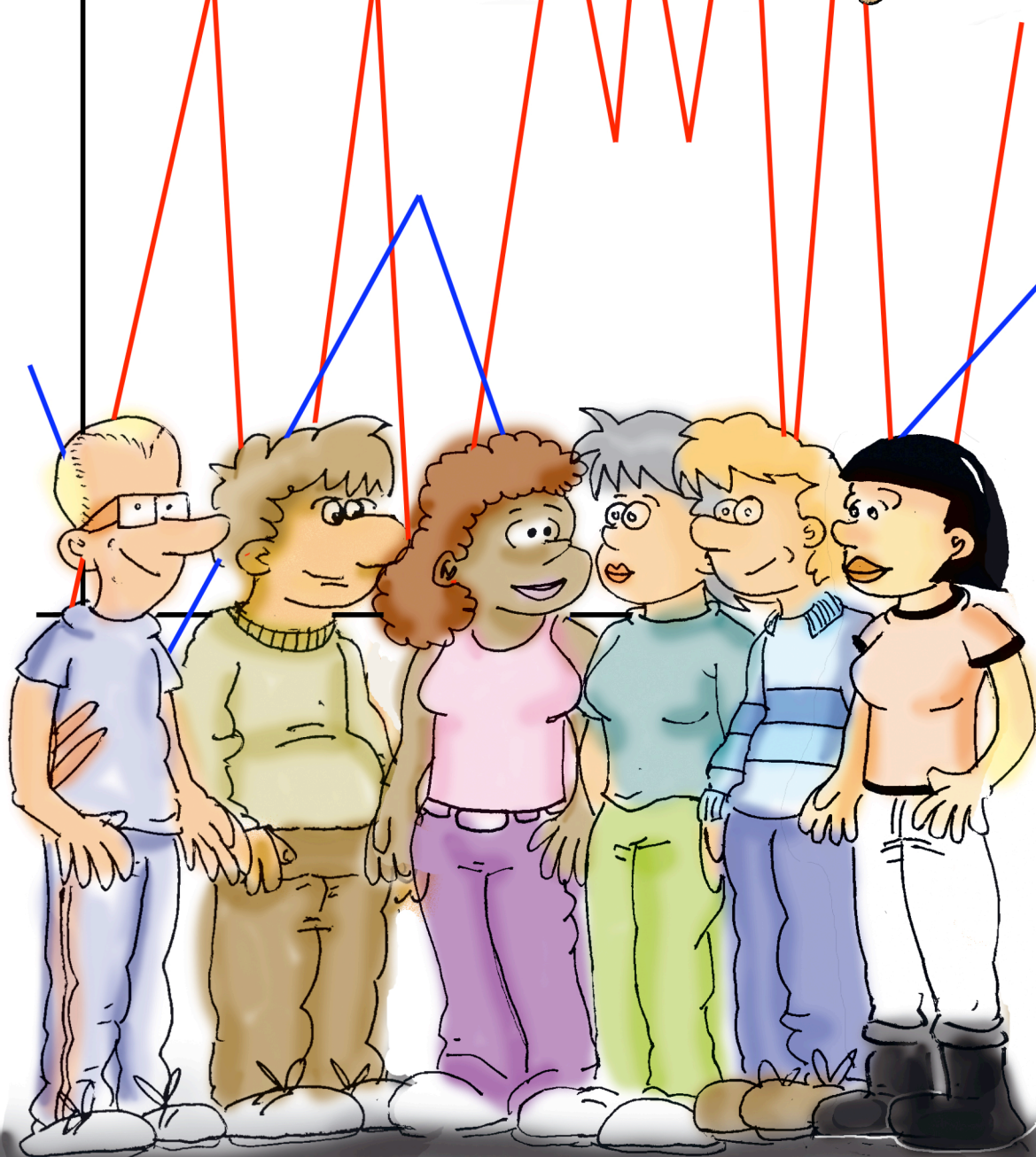
EL RESTO DE LA GENTE:

- ¿Qué opinan mis compañeros o conocidos de la homosexualidad?
- ¿Cómo lo ve en general la gente?
- ¿Alguna vez me han rechazado?
- ¿Cuáles han sido mis sentimientos?

¡Y LA CARTA! :

- ¿Cuáles son mis expectativas?
- ¿Cómo lo voy a contar?
- ¿Cómo reflejo todo lo anterior?

NUESTRA RESPUESTA 5



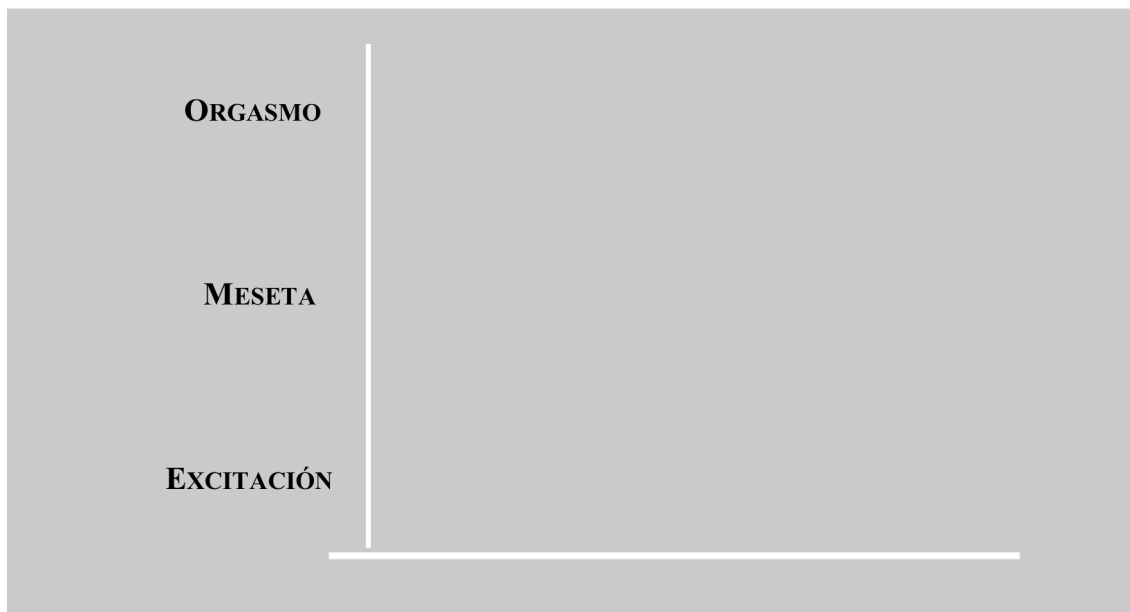
UNIDAD 5: NUESTRA RESPUESTA

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p>5</p> <p>Nuestra respuesta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distinguir y describir las distintas fases en la respuesta sexual humana (RSH): Excitación, meseta, orgasmo y resolución. 2. Diferenciar la sexualidad del orgasmo. 3. Valorar la respuesta sexual como una forma de comunicación e intimidad y no como un mecanismo para alcanzar el orgasmo. 4. Expresar de forma gráfica el ciclo de RSH. 5. Identificar las semejanzas en la respuesta sexual de varones y mujeres. 6. Reconocer la importancia del clítoris en la respuesta sexual femenina. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La respuesta sexual humana (RSH). <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Respuesta sexual femenina. 1.2. Respuesta sexual masculina. 1.3. Los roles sexuales.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión gráfica de la RSH. 2. Descripción de las distintas fases de la RSH. 3. Utilización del vocabulario específico. 4. Comunicación oral y escrita sobre la sexualidad femenina y masculina. 5. Debate y argumentación sobre los roles sexuales. 6. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información. 7. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interés por el conocimiento del ciclo de RSH. 2. Sensibilidad con la sexualidad femenina y disposición a su aprendizaje. 3. Valoración de la sexualidad como una experiencia de comunicación e intimidad. 4. Relativización de la importancia del orgasmo en las relaciones sexuales. 5. Empatía e interés por la respuesta sexual del otro sexo. 	

UNIDAD 5: NUESTRA RESPUESTA

□□□ **1** Existen numerosos estereotipos sobre la sexualidad de mujeres y hombres Pero... ¿realmente somos distintos? ¿Son nuestras respuestas sexuales distintas? A continuación se os explicará mediante unos gráficos cómo es la respuesta sexual en hombres y mujeres. Analiza después las semejanzas y diferencias.

□□□ **2** A partir del siguiente esquema dibuja las representaciones gráficas de Master y Johnson sobre la respuesta sexual humana (RSH) tanto femenina como masculina. Asegúrate de hacerlo de manera que se pueda observar cuál es una y cuál es otra.



UNIDAD 5: NUESTRA RESPUESTA

□□□ **3**

Puedes observar que en esta hoja se te presenta una tabla con diferentes enunciados. Se trata de que señales si estás de acuerdo o no con ellos y expliques tu respuesta.

	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo
Los chicos tienen que llevar la iniciativa, ellas tienen que esperar.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Los chicos necesitan también afecto.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas son más pasivas.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Está bien que los chicos tengan muchas parejas, pero no las chicas .		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas necesitan tener relaciones sexuales.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Los chicos siempre tienen ganas de mantener relaciones sexuales.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas son más románticas.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Los chicos están necesitados sexualmente.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas no deben ser fáciles ni tener muchas parejas.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas se inician a las mismas edades que los chicos.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Los chicos deben ser controladores y posesivos.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas deben resistirse y decir no.		
<i>¿Por qué?:</i>		
Las chicas no tienen fantasías, y si aparecen son románticas.		
<i>¿Por qué?:</i>		

6 NOS EXPRESAMOS



UNIDAD 6: NOS EXPRESAMOS

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p>6</p> <p>Nos expresamos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar las distintas conductas sexuales desde sus múltiples motivaciones. 2. Diferenciar la sexualidad del coito. 3. Utilizar el vocabulario científico para referirse a las conductas sexuales; desterrando las denominaciones de carácter vulgar y expresiones como “relación sexual completa”. 4. Reconocer el “<i>petting</i>” como una relación sexual de máxima intimidad. 5. Reflexionar sobre el significado de virginidad y su relación con el sistema sexo-género. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas sexuales: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. La masturbación. 1.2. El <i>petting</i>. 1.3. El coito. 1.4. Otras.
	P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión oral y escrita de las distintas conductas sexuales. 2. Uso de un vocabulario científico y respetuoso. 3. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información. 4. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información. 5. Comprensión escrita de textos en castellano. 6. Reflexión crítica sobre los mitos en torno, a la virginidad, al coito y las formas de practicarlo.
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitudes positivas hacia los distintos comportamientos sexuales. 2. Sensibilidad con la sexualidad femenina y disposición a su aprendizaje. 3. Valoración del “<i>petting</i>” como experiencia sexual de máxima intimidad. 4. Responsabilidad y disposición a elaborar una opinión personal y crítica sobre cuestiones como la virginidad, la sexualidad femenina o el coito. 5. Respeto a las distintas elecciones de comportamiento como la abstinencia, el “<i>petting</i>” o el coito. 	

□□□ 1

A continuación tienes la letra de la canción *con mis manos* de la artista Bebe, que aparecía en su disco *pa fuera telarañas* publicado en 2004.

Cuando estás, ya no están los demás.

Cuando te vas, tengo ganas de llorar.

Perdida en el sillón de mi cuarto pienso en ti con mis manos.

Qué hacer, no tengo ganas de salir,

por qué siempre tienes que huir

Perdida en el sillón de mi cuarto pienso en ti con mis manos.

Una y otra vez dulce barbaridad,

el no controlar la forma de parar.

No pienso llorar, de eso ya me cansé

hoy voy a chillar voy a andar con mis pies.

No pienso llorar, de eso ya me cansé

hoy voy a chillar voy a andar con mis pies.

Otra vez he hecho comida para dos,

otra vez me ha parecido oír tu voz.

Otra vez, empiezo a deslizarme en el sillón

para darle a mi imaginación

Te pienso rodeándome,

te siento adentrándote.

Perdida en el sillón de mi cuarto

pienso en ti con mis manos

¡Una y otra vez dulce barbaridad!

el no controlar la forma de parar

No pienso llorar, de eso ya me cansé.

Hoy voy a chillar voy a andar con mis pies.

UNIDAD 6: NOS EXPRESAMOS

Ahora, pasaremos a plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿De qué trata la canción?
- ¿Habla del desamor únicamente?
- ¿Quién es él o la protagonista?
- ¿Qué está haciendo?
- ¿Qué os parece?
- ¿Es algo normal? ¿En los chicos? ¿Y en las chicas? ¿Por qué?
- ¿Creéis que las personas se masturban habitualmente? ¿Quiénes? ¿Por qué?
- ¿En el caso de la protagonista por qué motivos lo hace?
- ¿Son los únicos motivos por lo que se puede hacer? ¿Cuáles pueden ser otros motivos?

□□□ 2

Para esta actividad os dividiréis en grupos mixtos de 5 personas. Cada grupo deberá leer dos fragmentos de conversaciones entre adolescentes que se reproducen en la página siguiente. Luego, reflexionad sobre lo que habéis leído y responded a las siguientes preguntas:

- ¿Ligan de la misma manera chicos y chicas? ¿Por qué?
- ¿Quiénes llevan la iniciativa? ¿Por qué?
- ¿Estáis de acuerdo con lo que aparece en los fragmentos?
- ¿Salís a ligar? ¿Os lo habéis planteado?
- ¿Cómo lo haríais?

Un portavoz de cada grupo explicará vuestras conclusiones. Tras esto, plantead un debate con toda la clase.

- ¿Ligamos de la misma manera chicos y chicas? ¿Por qué?
- ¿Llevamos la iniciativa? ¿Por qué?
- ¿Nos da vergüenza?
- ¿Es importante ligar cuando salimos? ¿Por qué?
- ¿De qué forma se busca una pareja? ¿Dónde ligamos?
- ¿Qué nos parece?

UNIDAD 6: NOS EXPRESAMOS

FRAGMENTO 1

“Me presentaron a una chica en la discoteca, la chica iba bastante bebida, yo también iba bebido y nos empezamos a acercar, y lo típico, no tocamos, nos sentamos y empezamos a liarnos. Si no hubiésemos ido bebidos, hubiese costado más. Se me presentó ella sola, pero iba con unos amigos míos, y lo que hizo conmigo lo hizo con dos personas más la misma noche. Cuando acabamos de liarnos, me dio el teléfono, pero no la llamé. Ella se lanzó y yo continué, no la llamé porque vi cómo hacía lo mismo que a mí a dos tíos más.” (Chico, 17 años).

FRAGMENTO 2

“Si conocemos a un chico guapo, hablas con él y ves que la inteligencia no es lo suyo, te giras y dices me voy. En cambio si un chico ve a una chica que está buena y no sigue la conversación, le da igual. Él sigue porque al menos va a conseguir un rollo, y su tiempo no va a ser perdido. Y después hay los que directamente te dicen ¿quieres rollo? Y dices ¿tú eres tonto? Antes di hola, ¿no?” (Chica, 18 años).

FRAGMENTO 3

Vienen, te ponen la carita... y te dicen: Oh! te veo diferente a las demás, a ver si quedamos un día para tomar algo (...) y cosas así. Al final se hacen mucho los buenos y te consiguen; yo me lo creo siempre (Chica, 16 años).

FRAGMENTO 4

“Las tías, depende de en qué sitio, acostumbran más a ir a bailar. Las tías, sobre todo si están buenas, ganan como quieren. Sólo con que se acerquen un poco, la gran mayoría de tíos se pierden, se pierden” (Chico, 17 años).

Lee estos textos y analízalos en grupos mixtos de 5 con ayuda del guión.

LA PRIMERA VEZ DE CLARA:

...Y charlábamos y reíamos, y nos dieron las tres. Nos fuimos a comer. Charlábamos y reíamos, y nos fuimos al parque. Y charlábamos y reíamos y me dio un beso. Y casi sin querer, estábamos (...) en el césped besándonos apasionadamente. Y no sé cómo, su boca estaba en mis ojos, en mis senos, en mi cuello, en mi cintura... Su mano dentro del pantalón, y me manipulaba y me manipulaba y yo que me quedaba en blanco de placer, y que no había preservativo, y que da igual, y yo que suspiraba y suspiraba, y qué maravilla de descarga, y yo que lo recorría de besos, y mi mano en su pantalón...

Mi primera relación coital fue en un coche, de noche, al lado de la playa. Era verano, el mismo verano. Recuerdo el silencio, el sonido de las olas, el terral y yo en aquel coche con un chico con el que llevaba saliendo un par de semanas. Él me contemplaba, y yo, observando todo aquello. Cuando volví la vista, él me miraba y me pedía con los ojos que le besara. Y yo muy lanzada, que le digo que nos vayamos atrás. Y me besa, y nos pasamos atrás, y que me desabrocha la camisa, y me besa y me besa y le digo que dónde están los condones y el me dice que en la guantera, y yo que me voy para la guantera y saco uno, y el que me lo quita de las manos y me dice que le deje ponérselo, y se desabrocha nervioso, y se lo pone, y yo nerviosa intentando simular que tenía experiencia, y yo me siento encima de él y pienso: "¿Y esto es la penetración?", y me muevo, y él que no llega y se le va la erección y yo calmándole: "No importa, no te preocupes"... Cuando llegué a casa seguía diciéndome: "¿Y esto es la primera vez?"...

LA PRIMERA VEZ DE FELIPE:

...Nos pusimos a hablar en la puerta de un cuarto y cuando llevábamos una media hora empezamos a meternos mano y nos metimos en el cuarto. Echamos el cerrojo por lo que teníamos la seguridad de que no iba a entrar nadie, y empezamos a desnudarnos. Me invadió una gran excitación, porque, aunque yo había estado con muchas chicas en situaciones límite, sabía que esta vez iba a ser la primera introducción de mi pene en una vagina, como así fue. Aunque la chica tenía más experiencia que yo, fui yo quien dirigió la "operación". El contacto cuerpo a cuerpo fue muy bueno puesto que la chica era una chica muy guapa y agradable y además estábamos muy cómodos en una cama de matrimonio. Cuando llegó el momento de la introducción, estaba muy excitado de tal manera, que cuando la introduje y sentí ese calor húmedo en nada de tiempo eyaculé y se acabó todo.

Me sentí satisfecho porque lo había hecho por primera vez, aunque debido a la tensión y nerviosismo no fue lo satisfactoria que hubiese querido que fuese. A la chica intenté complacerla como buenamente pude, aunque noté que no quedó todo lo satisfecha que le hubiese gustado. Días posteriores repetimos varias veces y la cosa salió bastante mejor...

UNIDAD 6: NOS EXPRESAMOS

"La primera vez de Clara"	
EXPRESIONES QUE NO ENTENDÁIS	
Expresiones	Posibles significados
PREGUNTAS	
¿Fue satisfactoria para Clara la primera experiencia? ¿Por qué?	
¿Fue satisfactoria para Clara la segunda experiencia? ¿Por qué?	
¿Con que experiencia disfrutó más Clara? ¿Por qué?	
¿El primer chico disfrutó?	
En el caso del chico del coche, ¿creéis que disfrutó? ¿Se sintió cómodo? ¿Por qué?	
¿Cuál creéis que ha sido para Clara su primera vez?	
¿Qué os parece esta historia?	
OTROS ASPECTOS QUE CONSIDERÁIS RELEVANTES	

UNIDAD 6: NOS EXPRESAMOS

"La primera vez de Felipe"	
EXPRESIONES QUE NO ENTENDAÍS	
Expresiones	Posibles significados
PREGUNTAS	
¿Fue satisfactoria para Felipe la experiencia? ¿Por qué?	
¿Qué es lo que más valora Felipe de su primera vez? ¿Por qué?	
¿Qué le sucedió a Felipe? ¿Creéis que es frecuente que ocurra la primera vez?	
¿Cómo se puede solucionar?	
¿La pareja sexual de Felipe disfrutó?	
¿Qué actitud tomó Felipe con ella?	
¿Qué os parece esta historia?	
OTROS ASPECTOS QUE CONSIDERÁIS RELEVANTES	

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?



UNIDAD 7: ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p style="font-size: 48pt; text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">¿Cuáles son los riesgos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y explicar cómo se produce un embarazo. 2. Describir y reflexionar sobre las consecuencias de un END. 3. Conocer y describir determinadas infecciones de transmisión sexual como el SIDA. 4. Distinguir los conceptos: portador del VIH y enfermo de SIDA. 5. Identificar situaciones que induzcan a asumir riesgos para poder evitarlas. 6. Reflexionar sobre otros riesgos frecuentes en la adolescencia: la ruptura o la culpabilidad.
	CONTENIDOS
	<p>C 1. Los riesgos de las relaciones sexuales:</p> <p>O 1.1. Riesgos físicos</p> <p>N 1.1.1. Embarazos no deseados (END).</p> <p>C 1.1.2. Infecciones de transmisión sexual (ITS):</p> <p>E <i>El SIDA.</i></p> <p>P 1.2. Riesgos emocionales</p> <p>T 1.2.1. La ruptura .</p> <p>O 1.2.2. Culpabilidad, ansiedad, etc.</p> <p>S</p>
	<p>P 1. Descripción del proceso de fecundación y embarazo, así como de las circunstancias en las que se produce.</p> <p>R 2. Enumeración y clasificación de las situaciones de riesgo.</p> <p>O 3. Uso de un vocabulario científico y respetuoso.</p> <p>C 4. Utilización de herramientas audiovisuales y de las TIC.</p> <p>E 5. Búsqueda y análisis de información.</p> <p>D 6. Técnicas de dramatización: <i>role playing</i>.</p> <p>I 7. Composición escrita, iconográfica o audiovisual de los riesgos, las ITS o los embarazos adolescentes.</p> <p>M 8. Descripción y clasificación de las vías de transmisión del SIDA y del proceso de enfermedad.</p> <p>I 9. Enumeración de otras ITS.</p> <p>E 10. Trabajo cooperativo.</p> <p>N</p> <p>T</p> <p>O</p> <p>S</p>
<p>A 1. Asertividad y capacidad comunicativa.</p> <p>C 2. Responsabilidad y creatividad en los trabajos.</p> <p>T 3. Tolerancia y sensibilidad hacia las personas que padecen SIDA.</p> <p>I 4. Interés por el conocimiento de las situaciones de riesgo y por las distintas formas de evitarlas.</p> <p>T 5. Actitudes positivas hacia la sexualidad, que nos permitan experiencias física y emocionalmente saludables.</p> <p>U</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>S</p>	

UNIDAD 7: ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

□□□ 1

Tras las actividades iniciales, debes completar este cuadro con información acerca de diferentes infecciones de transmisión sexual.

Infección de Transmisión Sexual (ITS)	Observaciones sobre la enfermedad
SÍFILIS	
GONORREA	
HEPATITIS B	
HERPES	
CLAMIDIA	
PAPILOMA VIRUS HUMANO (PVH)	
OTRA _____	

POR NUESTRA SALUD 8



UNIDAD 8: ¡POR NUESTRA SALUD!

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">8</div> <p>¡Por nuestra salud!</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir salud y plantearlo como un objetivo en la vida. 2. Conocer y enumerar distintos criterios de salud. 3. Reconocer la abstinencia o el “<i>petting</i>” como alternativas saludables. 4. Describir y ordenar los pasos de colocación del condón. 5. Clasificar los métodos anticonceptivos e identificar la eficacia de los mismos. 6. Estimar cuál es el anticonceptivo más adecuado y reflexionar sobre el uso de la píldora del día después. 7. Mejorar la asertividad y la capacidad de comunicación. 8. Incrementar el interés por la búsqueda de información en cuestiones de prevención y anticoncepción. 	
	CONTENIDOS	
	C O N C E P T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. La salud: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Definición. 1.2. Criterios de salud. 2. La prevención de ITS, métodos preventivos: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. El condón. 3. La prevención de los END, métodos anticonceptivos: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Métodos de barrera. 3.2. Métodos mecánicos. 3.3. Métodos químicos. 3.4. Métodos quirúrgicos. 3.5. Métodos de emergencia. 3.6. Otros.
P R O C E D I M I E N T O S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diálogo y trabajo cooperativo. 2. Redacción de un decálogo de salud. 3. Reconocimiento, observación y/o manipulación de métodos anticonceptivos. 4. Elaboración de un mapa conceptual sobre métodos preventivos y métodos anticonceptivos. 5. Confección de un prospecto de uso del condón. 6. Utilización de las TIC como recurso de búsqueda de información y asesoramiento. 7. Análisis y reflexión sobre la veracidad de la información. 	
A C T I T U D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición a conocer y cuidar la salud. 2. Actitud crítica y responsable hacia los distintos métodos de prevención y anticoncepción. 3. Responsabilidad y hábitos de higiene. 4. Actitudes positivas y favorables a la prevención. 5. Curiosidad por la prevención y la anticoncepción. 6. Respeto y tolerancia a otras alternativas saludables como la abstinencia. 	

DECÁLOGO DE LA SALUD

1

2

3

4

5

6

7

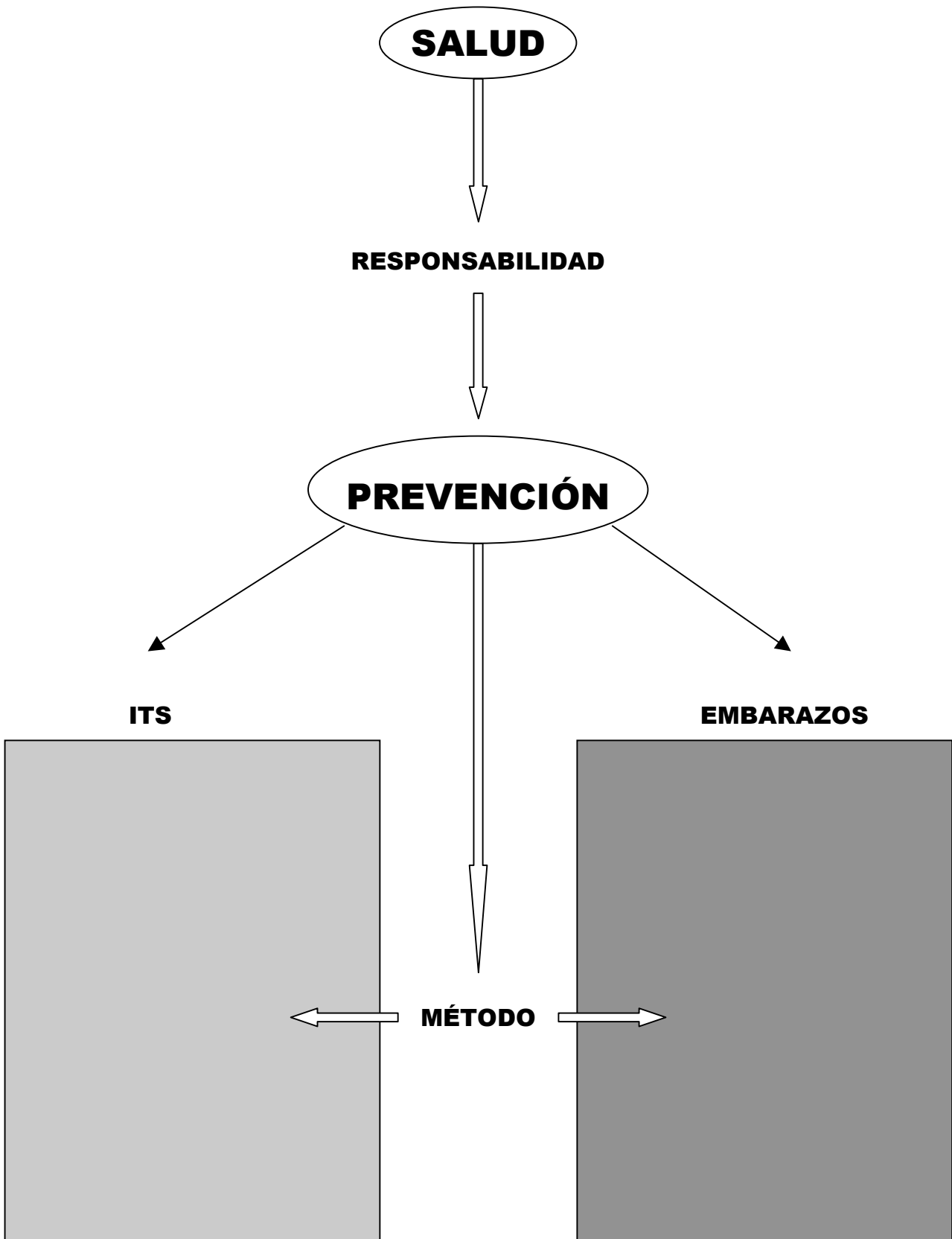
8

9

10

□□□ 2

Completa el mapa conceptual, siguiendo el esquema que hay a continuación:



□□□ 3

Aquí puedes observar distintas secuencias de la colocación de un preservativo. Recórtalas y colócalas en el orden correcto en la siguiente página.



Colocar el preservativo sobre el pene en erección antes de que se produzca el contacto con el cuerpo de la pareja. Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen.



Una vez abierto, antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia que lado lo tenemos que desenrollar).



Abrir el preservativo y sacarlo delicadamente. Evitar tocar el preservativo con uñas afiladas, anillos o dientes ya que se puede dañar.



Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene. Usarlo durante toda la penetración.



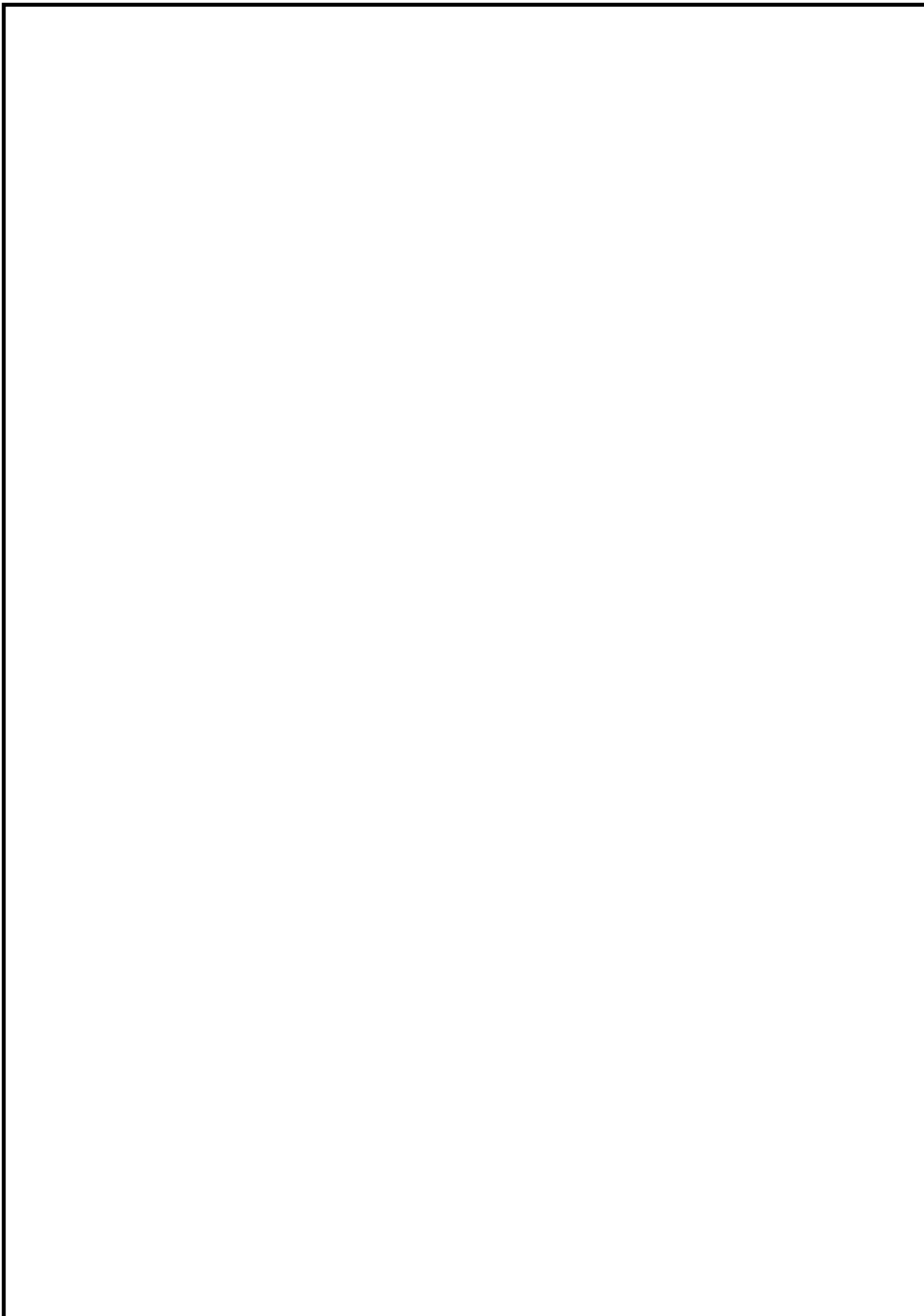
Comprobar que no se haya roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle.

Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual



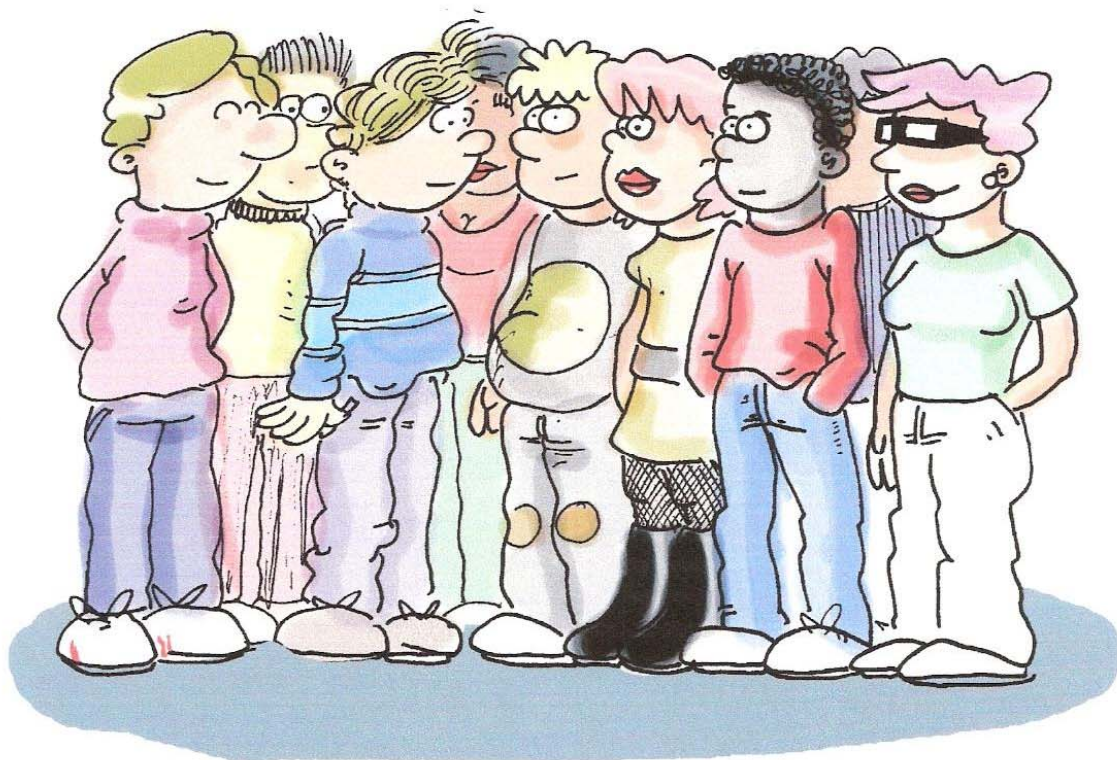
Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.

UNIDAD 8: ¡POR NUESTRA SALUD!



**Anexo 5. RESUMEN PROGRAMA
“SOMOS”**

**PROGRAMA DE
EDUCACIÓN
SEXUAL Y
PROMOCIÓN DE LA
SALUD**



Resumen del programa SOMOS para ESO.
Elaboración de contenidos: Davinia Heras Sevilla
Diseño y Maquetación: Davinia Heras Sevilla y
Pedro Peña Varó.
Dibujos: Pedro Peña Varó.

Reelaboración. 2011



¡Sacamos conclusiones!

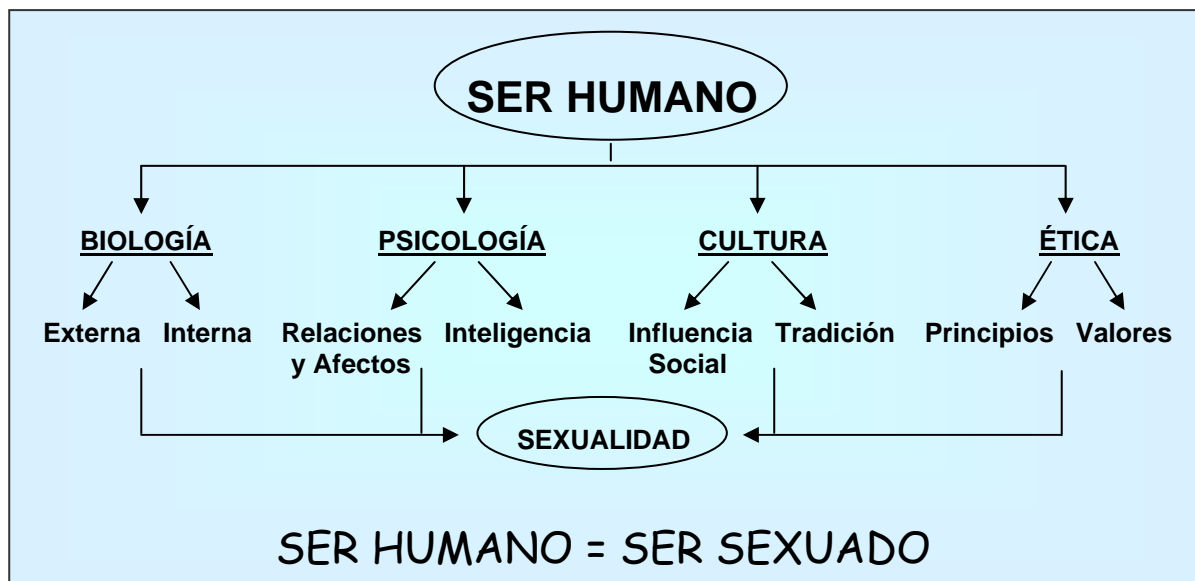
Recordamos la unidad 1.....	5
1. El ser humano es un ser sexuado.	5
2. La sexualidad tiene distintas funciones:.....	5
Recordamos la unidad 2.....	6
1. La pubertad provoca algunos cambios en nuestros cuerpos.....	6
2. Nuestra anatomía sexual	8
Recordamos la unidad 3.....	10
1. Tenemos afectos sexuales	10
Recordamos la unidad 4.....	11
Recordamos la unidad 5.....	14
1. La Respuesta Sexual Humana	14
Recordamos la unidad 6.....	16
1. Todas y todos tenemos sexualidad y la expresemos de distintas formas.....	16
2. Algunas conductas sexuales	16
3. ¡Otras conductas!.....	23
Recordamos la unidad 7.....	24
1. Existen algunos riesgos	24
Recordamos la unidad 8.....	30
1. ¿Qué es la salud?	30
2. ¡Evitando riesgos!	31



Recordamos la unidad 1...

1. El ser humano es un ser sexuado.

“La sexualidad esta presente en nuestra biología, en nuestra psicología, en nuestra sociedad, en nuestro código ético y se manifiesta a través de nuestras vivencias”



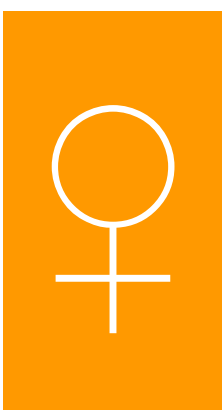
2. La sexualidad tiene distintas funciones:

Ayuda a conocernos
Permite la obtención de placer y satisfacción
Posibilita la reproducción de la especie
Implica una mayor intimidad afectiva
Es una forma de comunicación y expresión de los sentimientos
Otras.

“Recuerda que la sexualidad es mucho más que la reproducción. Es afectividad, comunicación, placer, responsabilidad e intimidad. No reduzcas el significado de la sexualidad.”

Recordamos la unidad 2...

1. La pubertad provoca algunos cambios en nuestros cuerpos.



En las **chicas** aparece la **menstruación**, también llamada regla, período menstrual, o período. Ésta consiste es un sangrado mensual de la mujer.

La menstruación forma parte del ciclo menstrual normal en una mujer sana en edad fértil. El ciclo menstrual dura en torno a unos 28 días, variando de unas mujeres a otras.

Lo que sucede es que todos los meses el cuerpo se “prepara para el embarazo”. Si éste no se produce, el útero desprende su membrana interna; por ello la sangre menstrual es parcialmente sangre y parcialmente tejido del interior del útero o matriz. Finalmente, esta sangre menstrual sale del cuerpo a través de la vagina.

La mayor parte de los períodos menstruales duran de tres a cinco días.

En los **chicos** aparecen las **poluciones nocturnas** o “sueños húmedos”. Éstas son eyaculaciones involuntarias que tienen lugar durante el estado de sueño.

Estas eyaculaciones de carácter involuntario pueden ir acompañadas de sueños eróticos, aunque en ocasiones tienen lugar sin que este tipo de sueños aparezca.

Las poluciones nocturnas son totalmente normales y ayudan al cuerpo a deshacerse del semen, evitando así un sobre-almacenamiento. La frecuencia de estas emisiones varía mucho de unos varones a otros.



1.1. Aceptar nuestro cuerpo es muy importante



Además de los cambios explicados, nuestro cuerpo modifica mucho su aspecto.

En los chicos destacan, por ejemplo, los cambios de voz o la aparición del vello en la cara. En las chicas es notable el aumento del tamaño de los pechos o el ensanchamiento de las caderas.

En ocasiones, estos cambios, combinados con el deseo de ser aceptados por los demás, nos hacen sentir inseguridad y malestar. Aceptar nuestra imagen puede entrañar algunas dificultades. Debemos ser realistas y apreciarnos tal como somos. La gente que vale la pena nos va a estimar independientemente de nuestro aspecto.

Un consejo, ten una imagen positiva de ti mismo. No sólo te sentirás mejor sino que transmitirás confianza y gustarás más a los demás.

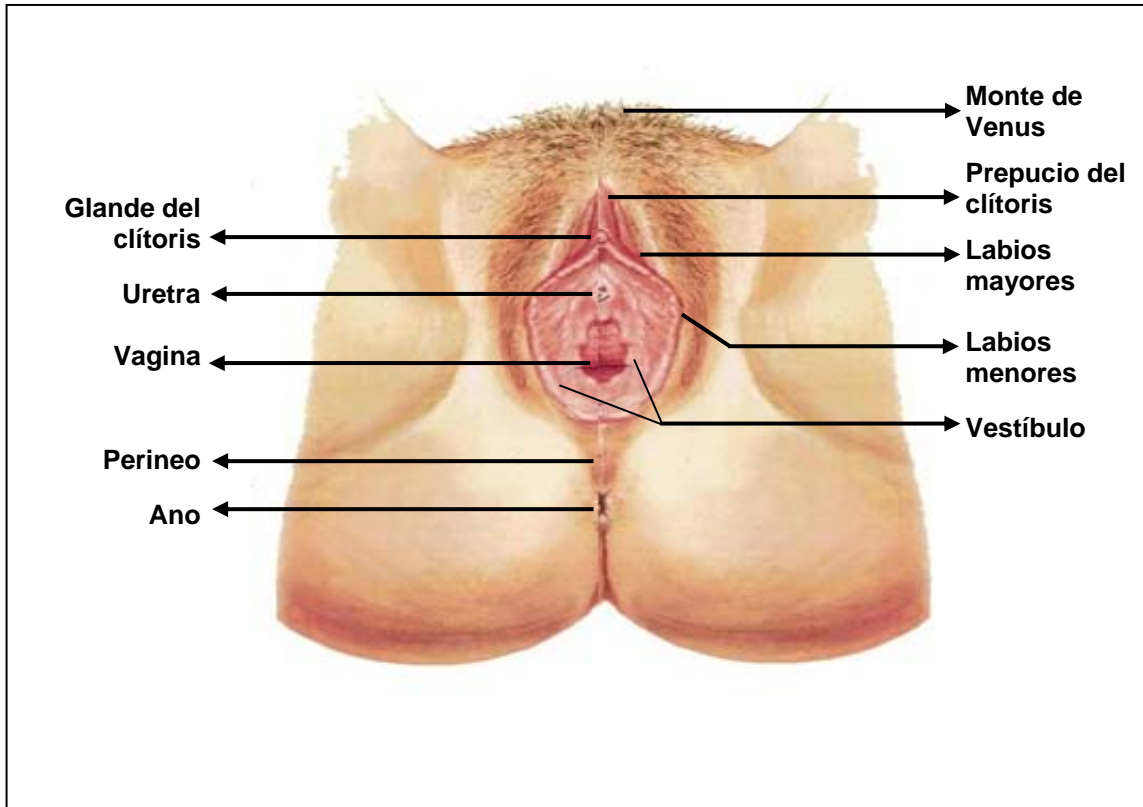
Esta actitud saludable te permitirá explorar otros aspectos importantes en tu vida como los amigos y las amigas, las primeras relaciones o los estudios.

No olvides repetirte de vez en cuando
¡Me gusta como soy!

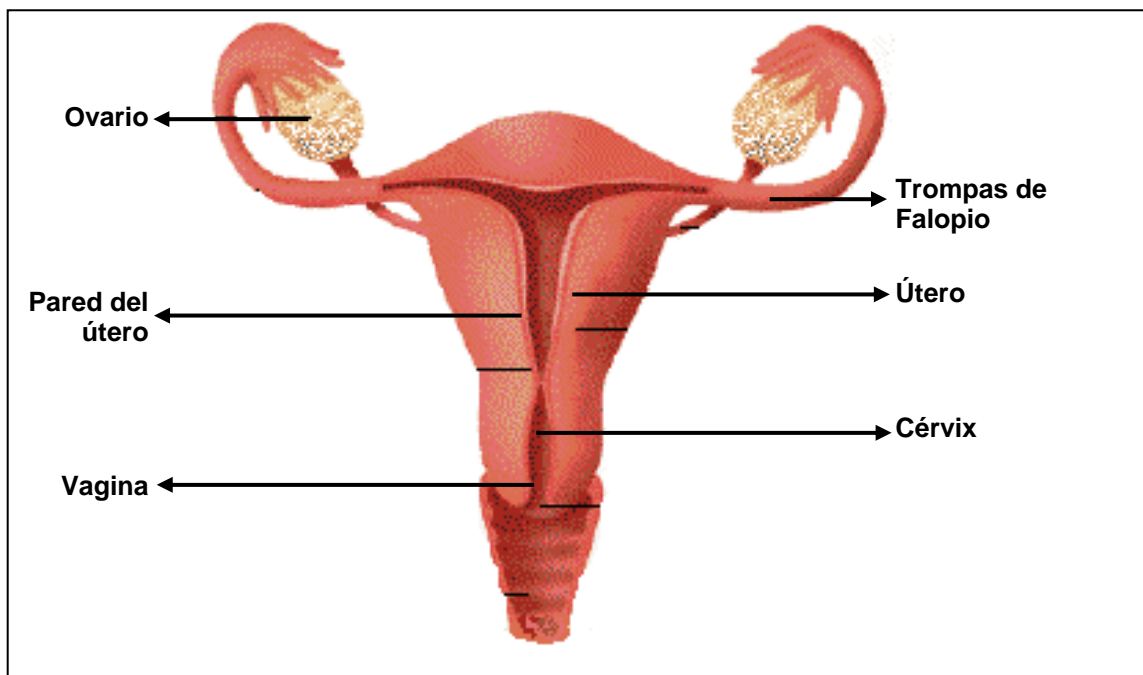


2. Nuestra anatomía sexual

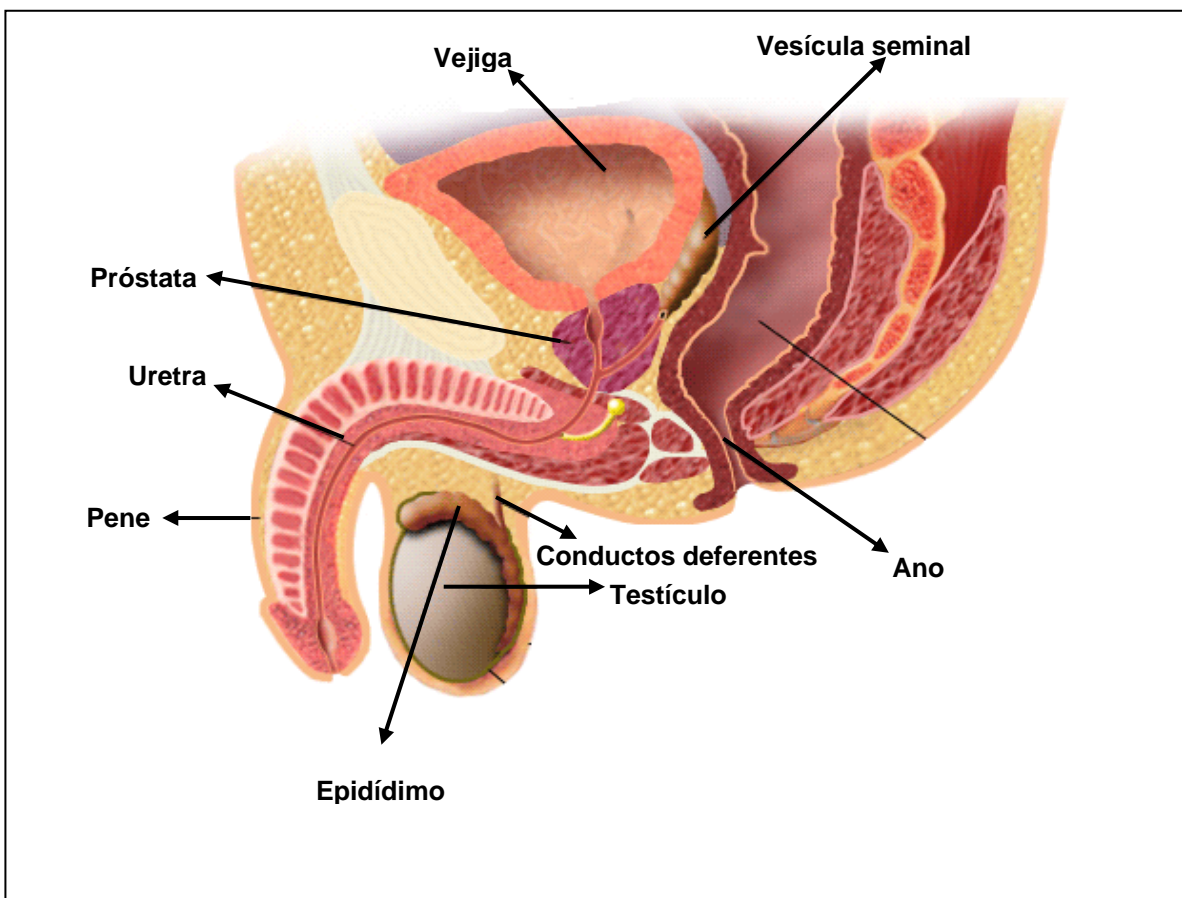
ANATOMIA SEXUAL FEMENINA (EXTERNA)



ANATOMIA SEXUAL FEMENINA (INTERNA)



ANATOMÍA SEXUAL MASCULINA



Recordamos la unidad 3...

1. Tenemos afectos sexuales

“Los seres humanos sentimos afectos, algunos de ellos son específicamente sexuales: el deseo, la atracción y el enamoramiento”.

El **deseo** es el interés por las actividades sexuales y la obtención del placer que nace del interior del sujeto, de su biología (sistema endocrino y nervioso) pero no de forma mecánica como en otras especies.

La **atracción** tiene lugar cuando se conjugan un determinado estado interno del sujeto (el deseo) y existe un estímulo de claramente definido (objeto de atracción).

El **enamoramiento** es un afecto que va unido al deseo y a la atracción, pero que los trasciende. En este caso el estímulo (objeto de enamoramiento) se considera único; apareciendo un verdadero interés por el otro.

Estos afectos son totalmente normales. Sentir deseo, atracción o enamorarse de otra persona no debe hacernos sentir incómodos o culpables. Sin embargo, no siempre que sentimos deseo podemos satisfacerlo, bien porque no es el momento, o bien porque no somos correspondidos.

Y el amor...

A veces, el enamoramiento se transforma en un vínculo afectivo mucho más profundo: el **amor**.

El amor habitualmente comienza con niveles elevados de pasión y deseo, que van disminuyendo con el tiempo y darán paso a un incremento del compromiso.

En las relaciones de pareja los dos miembros comparten una parcela de sus vidas pero mantienen su autonomía. No hay sitio para la posesión o los celos. El éxito radica en conjugar la pasión, la intimidad, el respeto y el compromiso.



Recordamos la unidad 4...

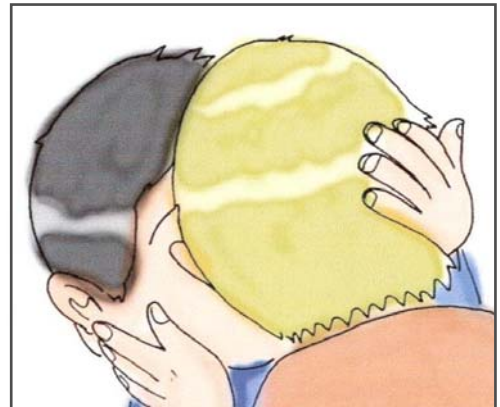
1. La orientación sexual: Una cuestión a respetar

La orientación sexual es una cuestión individual que debe ser respetada.

“Nos podemos sentir atraídos por personas de nuestro mismo sexo (homosexualidad), por personas del sexo contrario (heterosexualidad) o por personas de cualquiera de los dos sexos (bisexualidad).”

Hay tres reflexiones que nunca debemos olvidar:

- 1) La orientación sexual es una cuestión interna y personal, es decir, ser homosexual, heterosexual o bisexual no se elige se siente.
- 2) La homosexualidad es una orientación natural; aparece en otras especies.
- 3) La ciencia ha demostrado que la homosexualidad tiene un origen biológico, por lo que no se puede ni curar ni eliminar. Estos planteamientos son absurdos. Debemos aceptar los sentimientos y la orientación de cada persona.



¿Cómo se puede sentir una persona cuando se da cuenta que es homosexual?
¿Es difícil contarlo? Veamos algunas de vuestras cartas.

Hola mamá:

Cuando leas esta carta comprenderás muchas cosas. Necesito que intentes aceptarme tal y como soy. No te asustes lo que me pasa no es nada malo, o eso creo.

Empecé a notarlo hace unos meses. Es cierto que nunca me había gustado ningún chico, pero suponía que era porque los que conocía no merecían la pena. Pero hace poco empezó a atraerme una persona, y no era un chico precisamente. Al principio estaba muy confusa y aún lo sigo estando, pero poco a poco he ido aceptando mi homosexualidad, sí mamá, soy lesbiana.

Te conozco y seguramente me comprendes y me aceptarás, pero sé que no va a ser lo mismo. Lo único que te pido es que intentes que las cosas no cambien demasiado.

Me siento fatal al tener que ocultar mi identidad, y hay momentos en los que me gustaría gritar lo que soy.

El resto de la gente dice que la homosexualidad como algo normal y natural, pero siguen haciendo chistes sobre el tema y riéndose de la gente que parece homosexual, así que no quiero ni pensar de los que son en realidad así.

Nunca me han rechazado abiertamente, pero hay muchos comentarios que la gente dice sin pensar que me hacen sentir mal.

Bueno pero yo lo voy a contar, y a así también descubriré quien son mis verdaderos amigos, los que no me den de lado y me apoyen de todas las formas. Espero recibir también tú apoyo.

Te quiero mamá, muchos besos.

(ESCRITA POR UNA CHICA)

Hola Marta:

Ya que tú eres mi mejor amiga te tengo que confesar una cosa que me gustaría que aceptaras. Hace unos días cuando estaba con unos amigos, me tocé con uno de ellos y sentí una cosa que me gustó. Ahora me gustaría repetirlo pero no sé si debería. Hoy viendo a un chico por la televisión he sentido eso mismo. Todavía no se lo he contado a nadie por lo que puedan decir. Voy a contárselo a mis padres si a ti te parece bien, pero me da mucho corte. Bueno, contesta.

Besos.

(ESCRITA POR UN CHICO)

Hola amigo de fatigas:

Últimamente me habrás visto algo distanciado, esto es porque he estado pensando mucho.

Lo que te voy a decir ahora no es que no se lo quiera decir a nadie, pero me he sentido perdido. Al principio no busque el respaldo en los demás, pensé que me distanciaría. Me hice amigo de la soledad, quién me iba a decir todo lo que me enseñaría... Creía que si no me aceptaba alguien que me importa, tú, no sabría que hacer. Pero al final pensé: "¿Cómo no lo va aceptar?" "Y sí no lo acepta nadie no pasa nada porque así soy yo, nadie lo puede cambiar." Todo esto lo recapacité hace poco tiempo.

Te estarás preguntando que de qué va esto. Púes bien, querido amigo, soy homosexual. Supongo que lo entenderás, y si no, te daré un tiempo; pero quiero que sepas que para mi no va a cambiar nada entre tú y yo.

(ESCRITA POR UN CHICO)

**Reflexiona sobre estas cuestiones
¿Es complicado explicar que uno es
homosexual? Ahora ¿qué opinas?
Si un compañer@ o amigo@ te confiesa
que es homosexual ¿cómo actuarías?**

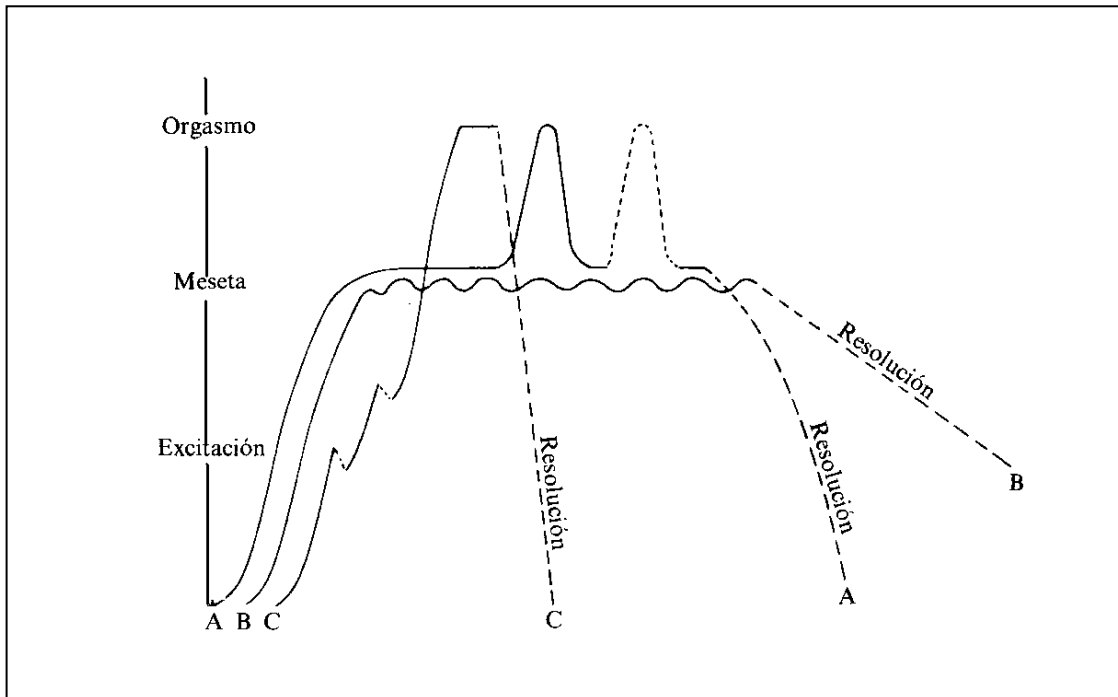
Video visto en clase sobre homosexualidad:

<http://www.youtube.com/watch?gl=ES&hl=es&v=5OQ3FRC7NVA&translated=1>

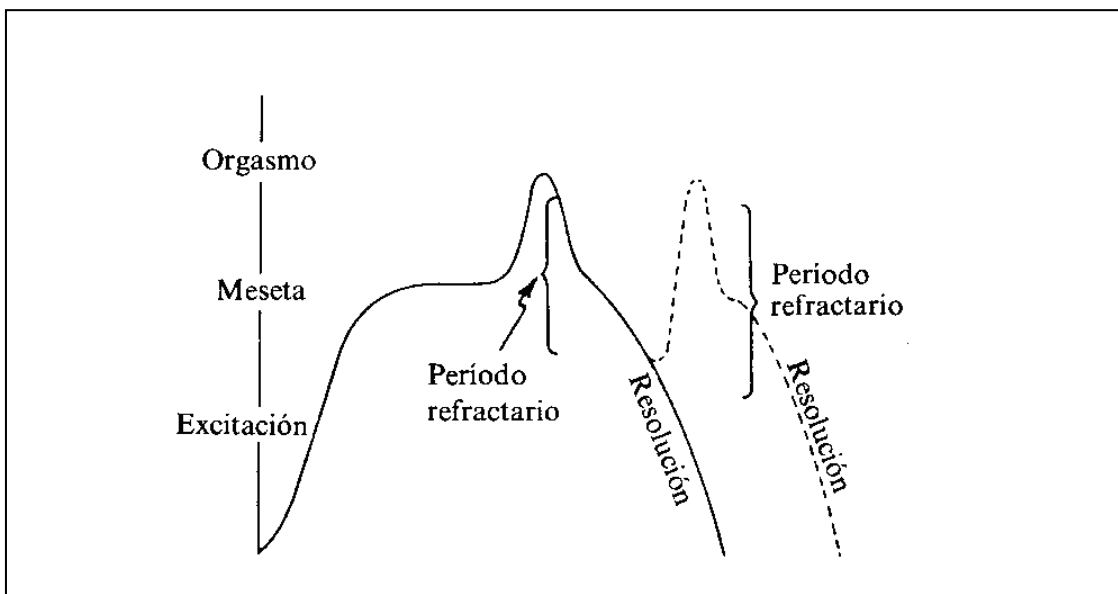
Recordamos la unidad 5...

1. La Respuesta Sexual Humana

Respuesta Sexual Femenina

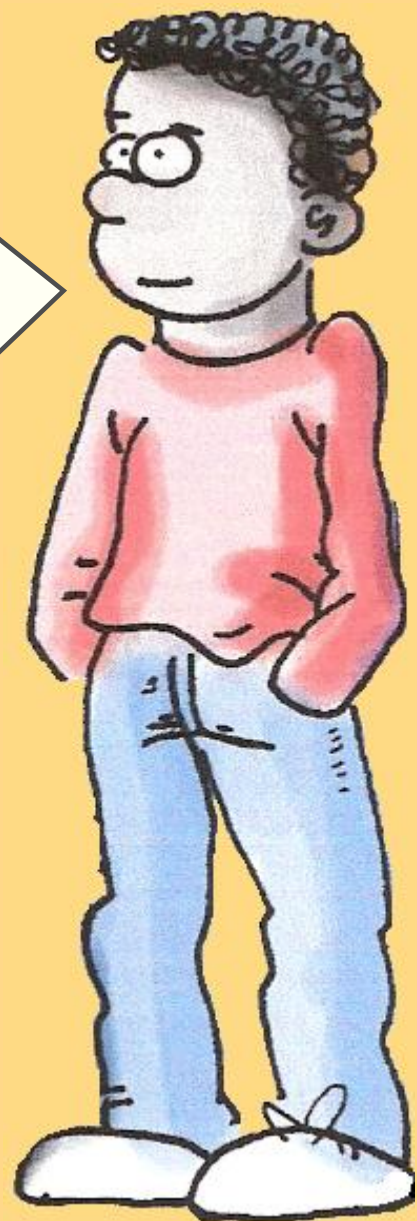


Respuesta Sexual Masculina



**“Está bien conocer la
Respuesta Sexual Humana
pero no olvides que la
finalidad de las relaciones
sexuales (sean coitales o no)
no es forzosamente alcanzar
el orgasmo.**

**La intimidad, la
comunicación, las caricias,
disfrutar del otro y expresar
nuestros sentimientos son
experiencias gratificantes en
sí mismas”**



Recordamos la unidad 6...

1. Todas y todos tenemos sexualidad y la expresamos de distintas formas



2. Algunas conductas sexuales

La masturbación es una conducta sexual muy común entre las y los adolescentes. Consiste en la autoestimulación de los órganos genitales para obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo. Es totalmente normal y natural por lo que no debemos sentirnos culpables por realizarla. Además, la masturbación puede llegar a ser muy útil, puesto que nos ayuda a:

1. Conocer nuestro cuerpo y su fisonomía, además de aprender a aceptarlo.
2. Liberar la tensión y excitación sexual que podamos experimentar (como forma de descarga).
3. Satisfacer nuestras fantasías sexuales.
4. Las chicas que se masturban tienen mayor facilidad para alcanzar el orgasmo.
5. Nos prepara para la vida sexual adulta.
6. Expresar nuestra sexualidad.

No te creas todo lo que dicen sobre la masturbación, se oyen demasiados mitos que no son ciertos.

Por ejemplo hay quién cree que *"la masturbación causa daños físicos o psicológicos como acné, sordera o estupidez"*. La ciencia ha demostrado que esta creencia es totalmente infundada. Masturbarse no tiene consecuencias físicas, es totalmente falso que afecte a nuestra visión o audición. Tampoco hace que tengamos más granos ni ninguna otra alteración física o psicológica.

También hay quien cree que *"la masturbación sólo la practican personas jóvenes y inmaduras"*. Hoy por hoy sabemos que es una conducta sexual que aparece en todas las etapas de la vida, y no es infrecuente que gente adulta se



Y que me decís de todos esos mitos que hablan de quienes supuestamente no se masturban....

Mucha gente cree que *"las chicas no se masturban"*. Los estudios han demostrado que, al igual que los varones, las mujeres **SÍ** se masturban sólo que a muchas les da vergüenza admitirlo en público.

También se oye que *"las personas con pareja no se masturban"* pero esto

Recuerda masturbarse es muy normal y frecuente.

Esta conducta sexual la practican todo tipo de personas: mujeres y varones, gente joven y gente adulta, solter@s y personas con pareja, heterosexuales, homosexuales y bisexuales...

No debemos ni avergonzarnos ni sentirnos culpables. Constituye una conducta sexual natural que no produce daños ni físicos ni psíquicos.

¡Es una forma más de conocernos y expresar nuestra sexualidad!

“La primera vez”

Clara cuenta...

...Y charlábamos y reíamos, y nos dieron las tres. Nos fuimos a comer. Charlábamos y reíamos, y nos fuimos al parque. Y charlábamos y reíamos y me dio un beso. Y casi sin querer, estábamos (...) en el césped besándonos apasionadamente. Y no sé cómo, su boca estaba en mis ojos, en mis senos, en mi cuello, en mi cintura... Su mano dentro del pantalón, y me manipulaba y me manipulaba y yo que me quedaba en blanco de placer, y que no había preservativo, y que da igual, y yo que suspiraba y suspiraba, y qué maravilla de descarga, y yo que lo recorría de besos, y mi mano en su pantalón...

Mi primera relación coital fue en un coche, de noche, al lado de la playa. Era verano, el mismo verano. Recuerdo el silencio, el sonido de las olas, el terral y yo en aquel coche con un chico con el que llevaba saliendo un par de semanas. El me contemplaba, y yo, observando todo aquello. Cuando volví la vista, el me miraba y me pedía con los ojos que le besara. Y yo muy lanzada, que le digo que nos vayamos atrás. Y me besa, y nos pasamos atrás, y que me desabrocha la camisa, y me besa y me besa y le digo que dónde están los condones y el me dice que en la guantera, y yo que me voy para la guantera y saco uno, y el que me lo quita de las manos y me dice que le deje ponérselo, y se desabrocha nervioso, y se lo pone, y yo nerviosa intentando simular que tenía experiencia, y yo me siento encima de él y pienso: "¿Y esto es la penetración?", y me muevo, y el que no llega y se le va la erección y yo calmándole: "No importa, no te preocupes"... Cuando llegué a casa seguía diciéndome: "¿Y esto es la primera vez?"...



Felipe cuenta...

...Nos pusimos a hablar en la puerta de un cuarto y cuando llevábamos una media hora empezamos a meternos mano y nos metimos en el cuarto. Echamos el cerrojo por lo que teníamos la seguridad de que no iba a entrar nadie, y empezamos a desnudarnos. Me invadió una gran excitación, porque, aunque yo había estado con muchas chicas en situaciones límite, sabía que esta vez iba a ser la primera introducción de mi pene en una vagina, como así fue. Aunque la chica tenía más experiencia que yo, fui yo quien dirigió la "operación". El contacto cuerpo a cuerpo fue muy bueno puesto que la chica era una chica muy guapa y agradable y además estábamos muy cómodos en una cama de matrimonio. Cuando llegó el momento de la introducción, estaba muy excitado de tal manera, que cuando la introduje y sentí ese calor húmedo en nada de tiempo eyaculé y se acabó todo.

Me sentí satisfecho porque lo había hecho por primera vez, aunque debido a la tensión y nerviosismo no fue lo satisfactoria que hubiese querido que fuese. A la chica intenté complacerla como buenamente pude, aunque noté que no quedó todo lo satisfecha que le hubiese gustado. Días posteriores repetimos varias veces y la cosa salió bastante mejor...

¿La primera vez
no siempre
funciona?



Hablar de la primera vez...



Bla Bla
Bla Bla
Bla Bla
Bla...

Se habla mucho sobre la primera vez. Muchas veces la gente inventa o exagera su historia para cumplir con las elevadas expectativas de los demás. Sin embargo, como ya hemos visto hablar de “la primera vez” es algo bastante subjetivo. Para Clara por ejemplo, su “primera vez” fue la relación con el chico del parque, con quién practicó **petting**. Además le resulto sumamente decepcionante su primera relación **coital**. Tanto su testimonio como el de Felipe, ambos **reales**, nos demuestran que es necesario matizar algunas ideas sobre la “primera vez”.

① No existe una definición de lo que es o debe ser la “primera vez”.


La “primera vez” es difícil de definir. Se caracteriza porque entre los dos miembros de la pareja aparece un **alto grado de intimidad y confianza, así como niveles elevados de excitación sexual**.

Se trata de compartir con la otra persona nuestra naturaleza más íntima y personal. Exige confianza puesto que conlleva mostrarnos tal y como somos en todos los sentidos. Es por ello que la “primera vez” no se limita al coito puesto que podemos alcanzar niveles muy elevados de intimidad, confianza y excitación con otras prácticas sexuales, como veremos a continuación.

② Existen distintas conductas que pueden entenderse como primeras experiencias.

Ya hemos explicado que “la primera vez” implica mucha confianza e intimidad, por ello no se limita al coito. Existen **distintas prácticas sexuales** que exigen estas condiciones entre los miembros de la pareja. **En muchos casos las personas han aprendido a mostrarse naturales a través de estas experiencias, considerándolas su “primera vez”, puesto que les han enseñado mucho y han resultado muy gratificantes.** Veamos estas conductas sexuales:



 **El petting:** Es un conjunto de besos, abrazos y caricias por el cuerpo, así como contactos entre los genitales, e incluso, masturbaciones mutuas, que lleva a ambos miembros de la pareja a un alto grado de excitación que puede tener o no conclusión orgásmica.




CURIOSIDADES

El *petting* se puede realizar con o sin ropa, lo que implica distintos grados de intimidad.

Se ha demostrado que para las mujeres el petting es una experiencia sexual extremadamente gratificante, incluso mejor que el coito. Esto se debe a que en esta práctica se estimula de forma muy efectiva el clítoris (el único órgano orgásmico de las mujeres).

El *petting* es una práctica sexual muy saludable. Además de resultar muy gratificante para los dos miembros de la pareja, **no conlleva riesgos** como el Embarazo No Deseado o las Infecciones de Trasmisión Sexual. Si mantienes este tipo de relaciones sexuales puedes estar muy tranquil@ porque son en si mismas medidas preventivas.

CONSEJOS

 **El coito** es la conducta sexual que implica penetración. Podemos distinguir entre el **coito vaginal** y el **coito anal**. En primero consistiría en la introducción del pene en la vagina, y el segundo en la introducción del pene en el ano.



CURIOSIDADES

Para algunas personas **erróneamente** el coito es primordial en una relación sexual. Sin embargo, el objetivo de mantener relaciones sexuales es disfrutar y compartir con el otr@, es decir, pasar un rato agradable ¡Y eso, **con imaginación**, podemos lograrlo de mil maneras!

En conclusión, el coito no es lo más importante ni la única forma de mantener relaciones sexuales.

Las relaciones cóitales **conllevan riesgos** como el Embarazo No Deseado o las Infecciones de Trasmisión Sexual. Si vas a mantener este tipo de relaciones sexuales debes tomar precauciones y usar el preservativo.


CONSEJOS

③ No es lo mismo coito que “primera vez”.

Ya hemos visto la “primera vez” se puede experimentar de diferentes maneras y con distintas prácticas. Es por ello que no debemos confundir coito con “primera vez”.

④ Cada uno elige cómo y cuándo tiene su “primera vez”.

Es evidente que cada persona es dueña y responsable de su vida y de las experiencias que le van sucediendo, y más en el terreno de la sexualidad. No existen normas ni leyes universales que determinen como debemos actuar o cuál es el momento adecuado. **Debemos ser nosotros quienes** fijemos nuestros propios criterios **teniendo en cuenta:**

 *Lo que nos gusta y nos hace sentir bien*
Lo que hace que estemos cómodos y seguros
Nuestra salud y los posibles riesgos
Nuestra estabilidad emocional y afectiva

Los mitos y mentiras del sexo...

<p>La satisfacción sexual de la mujer depende del tamaño del pene.</p> <p>La ausencia del himen prueba que una mujer no es virgen.</p> <p>La primera vez siempre duele.</p> <p>Todas las chicas sangran durante su primera relación coital.</p> <p>Existen dos tipos de orgasmos femeninos.</p> <p>El hombre no debe decir nunca que "no" al sexo.</p> <p>El coito es lo más importante en una relación sexual.</p> <p>El sexo sin penetración no es en realidad sexo.</p> <p>Una buena relación sexual requiere un orgasmo.</p>	
--	--



3. ¡Otras conductas!

Las prácticas sexuales son tan variadas como proponga nuestra imaginación. No obstante, entre las conductas sexuales conocidas se encuentra el **sexo oral**. Esta práctica consiste en la **estimulación de las zonas genitales de la pareja con la boca o los labios**, pudiendo tener o no conclusión orgásmica. **Pero debes saber que...**

NO LO OLVIDES
NO LO OLVIDES

A) El **sexo oral** es una práctica tan **aceptable y normal** como la masturbación, los besos, el *petting* o el coito.

Tradicionalmente han existido muchos prejuicios acerca de la conveniencia de esta conducta. En la actualidad las **actitudes** son mucho más abiertas porque la sexualidad pertenece al reino de lo privado y de la responsabilidad de las personas.

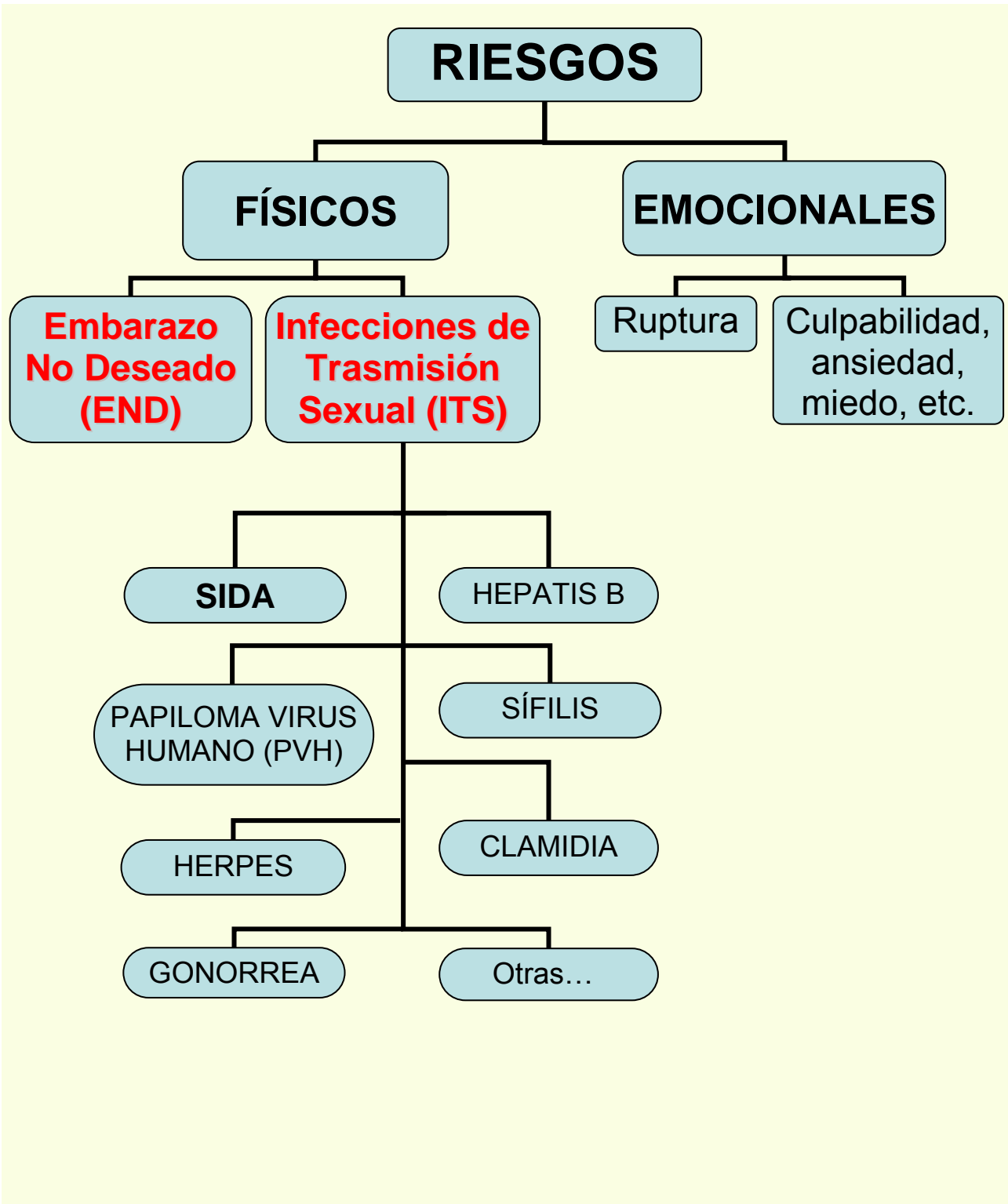
B) Quizás has pensado alguna vez que el **sexo oral** podía incluirse en los juegos y caricias que forman parte del *petting*. ¡Cuidado! debes desterrar esa idea porque es equivocada. El *petting* son todo tipo de caricias y contactos que están exentos de riesgos para la salud, y que por tanto no necesitan de medidas preventivas para ser realizados.

El **sexo oral**, por su parte, sí entraña riesgos para la salud, ya que se pueden transmitir Infecciones de Transmisión Sexual como el SIDA. Por ello, debe practicarse siempre con preservativo.

Recuerda esta Regla: Todas las conductas que implican **penetración** (ya sea anal, vaginal u oral) se deben practicar con **protección**, utiliza el **condón**.

Recordamos la unidad 7...

1. Existen algunos riesgos



1.1. Embarazo No Deseado (END)

En ocasiones nos encontramos ante situaciones imprevistas que cambian radicalmente nuestra vida. El embarazo puede ser una de ellas.

¿Estas preparad@ para ser padre o madre?

¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías?

¿Puedes evitarlo?



¿Has pensado en estas preguntas? Seguramente **no quieras que te suceda** esta difícil situación y tengas claro que debes evitarlo. Sin embargo, **se siguen produciendo embarazos no deseados**. Es difícil comprender el porqué. Probablemente se suman dos peligrosos ingredientes. En primer lugar, comprar preservativos nos suele **dar vergüenza** y desconocemos (o no contemplamos) otra alternativa que no necesitan el uso del condón, el petting. Además, pensad lo siguiente **¡más bochornoso que comprar condones es confesar que “estamos embarazados”!**

En segundo lugar, existen **gran cantidad de mitos** sobre el embarazo que hace que nos confunden (ver página siguiente). Recuerda que:

1. El embarazo puede producirse **cualquier día del ciclo menstrual** de la mujer.
2. La “**marcha atrás**” **no funciona** porque mucho antes de eyacular el pene segrega unas “gotitas” que pueden contener espermatozoides suficientes para producir un embarazo (“**Antes de llover chispea**”).
3. **Tú decides, tú eres responsable, de ti depende**. Existen alternativas y medidas preventivas ¡utilízalas!

Mitos y verdades sobre el embarazo

1 **Mito:** La primera vez que una chica mantiene relaciones coitales no puede quedarse embarazada.
Verdad: Es posible que se produzca un embarazo puesto que la chica es fértil y produce óvulos.

2 **Mito:** Es imposible quedarse embarazada si se mantienen relaciones coitales mientras se tiene la regla.
Verdad: El embarazo se puede producir en cualquier momento del ciclo menstrual.

3 **Mito:** Evitas el embarazo si después de tener una relación coital te lavas los genitales.
Verdad: La higiene de los genitales tras una relación coital no impide el embarazo, ya que esto no evita que los espermatozoides fecunden los óvulos.

4 **Mito:** Determinadas posturas sexuales, como hacerlo de pie, evitan el embarazo.
Verdad: Mantener una relación coital sin protección conlleva siempre riesgo de embarazo. No importa la postura, el momento o el lugar donde se realice puesto que nada de esto evita que los espermatozoides fecunden los óvulos.

5 **Mito:** Si el chico eyacula fuera de la vagina no existe riesgo de embarazos. La “marcha atrás” es una forma eficaz de evitar embarazos.
Verdad: Siempre que el pene se introduzca en la vagina existe riesgo de embarazo. Justo antes de eyacular el pene segrega unas “gotitas” que pueden contener espermatozoides suficientes para producir un embarazo.

1.2. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las ITS son aquellas enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos cuyo mecanismo de transmisión es principalmente las **relaciones sexuales coitales, anales u orales**, aunque a veces no el única vía de transmisión como veremos.

Entre los productores de estas infecciones están algunas bacterias, virus, protozoos, hongos y artrópodos.

Muchas de estas infecciones se manifiestan de forma leve o incluso sin síntomas por lo que si no se tratan, las personas que las padecen son fuente de infección para otras personas. Entre los **síntomas** más llamativos que pueden darse al contraer estas infecciones están:

- ✘ Aparición de úlceras en los genitales de ambos sexos.
- ✘ Picor, enrojecimiento e hinchazón de los genitales.
- ✘ Aumento de la secreción por vagina o pene. Ésta puede ser sanguinolenta, purulenta y maloliente.
- ✘ Dolor al orinar y al tener relaciones.
- ✘ Otros síntomas generales como fiebre, malestar general o afectación de otros órganos como piel, faringe, ano, cerebro, corazón, hígado o sistema inmunitario entre otros.

El SIDA...

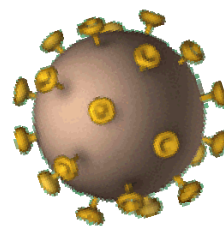
Es una **enfermedad** producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (**VIH**). Éste provoca una destrucción progresiva del sistema inmunitario.

En esta enfermedad hay dos estados o momentos que debemos distinguir. Por un lado, cuando se es **portador del virus (VIH)** y, por otro, cuando ya se ha **desarrollado la enfermedad del SIDA**. La diferencia está en la **capacidad para defenderse** de las infecciones o cánceres oportunistas que va a tener el sistema inmunitario en cada uno de estos momentos. El **portador del VIH** es una persona que tiene una prueba positiva y no presenta ningún síntoma de enfermedad. El **enfermo de SIDA**, por su parte, es aquel que presenta infecciones o cánceres oportunistas, porque el VIH ha debilitado ya su sistema inmunitario, y por tanto, no puede “luchar” contra ellas.

¿Cómo se transmite?

El VIH se transmite a través de **tres vías**:

1. Vía **sexual**.
2. Vía **sanguínea**.
3. Vía materna: **de la madre al hijo**





1. Transmisión por vía sexual:

Siempre que exista contacto ente el semen o los fluidos vaginales de una persona portadora del VIH con las mucosas del ano, de la vagina, del pene o de la boca de una persona sana, es posible la transmisión. **La transmisión se produce al practicar sin protección sexo oral, anal o vaginal.**

2. Transmisión por vía sanguínea:

En países como España, la transmisión a través de la sangre se produce cuando se **comparten jeringuillas, agujas y otros instrumentos** punzantes contaminados. En países subdesarrollados también puede transmitirse mediante transfusiones e inyecciones de hemoderivados, ya que no realizan controles serios de detección de anticuerpos del VIH como en nuestro país.


3. Transmisión por vía materna:

La madre puede transmitir el virus a su bebé en varios momentos: **durante el embarazo, en el parto o a través de la leche materna.** En la mayoría de los casos la infección se produce en el parto.

El VIH sólo se transmite por las relaciones sexuales anales, orales o vaginales sin preservativo, el intercambio de agujas y/o jeringas, y de la madre infectada al feto.

Recuerda el VIH **NO** se transmite por:
Besos, abrazos, tos, estornudos, ropas.
Baños, duchas, piscinas.
Alimentos, bebidas, aire u objetos.
Picaduras de mosquitos o donar sangre.
Tampoco en la convivencia en las escuelas,
trabajo o familia duchas.





¿Cómo sabemos que alguien tiene VIH?

Una persona portadora del VIH no presenta ningún síntoma, como ya hemos visto. Por eso, **a simple vista es imposible saber quién está infectado por el VIH.**

Sólo a través de una prueba diagnóstica, mediante una extracción de sangre, se sabe si una persona es portadora del VIH. La "prueba del VIH/SIDA" positiva evidencia la existencia de los anticuerpos anti-VIH formados por el organismo como reacción a la presencia del virus. Estos anticuerpos se producen entre la 2^a y la 12^a semana después de la infección, es el llamado **periodo ventana**.

Recordamos la unidad 8...

1. ¿Qué es la salud?

Algunas definiciones de salud...

“La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946).

“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente” (OMS: Oficina de Europa, 1985).

“En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria” (OMS, 2007).

La salud debe ser un objetivo para cada uno de nosotros y para todas las sociedades.

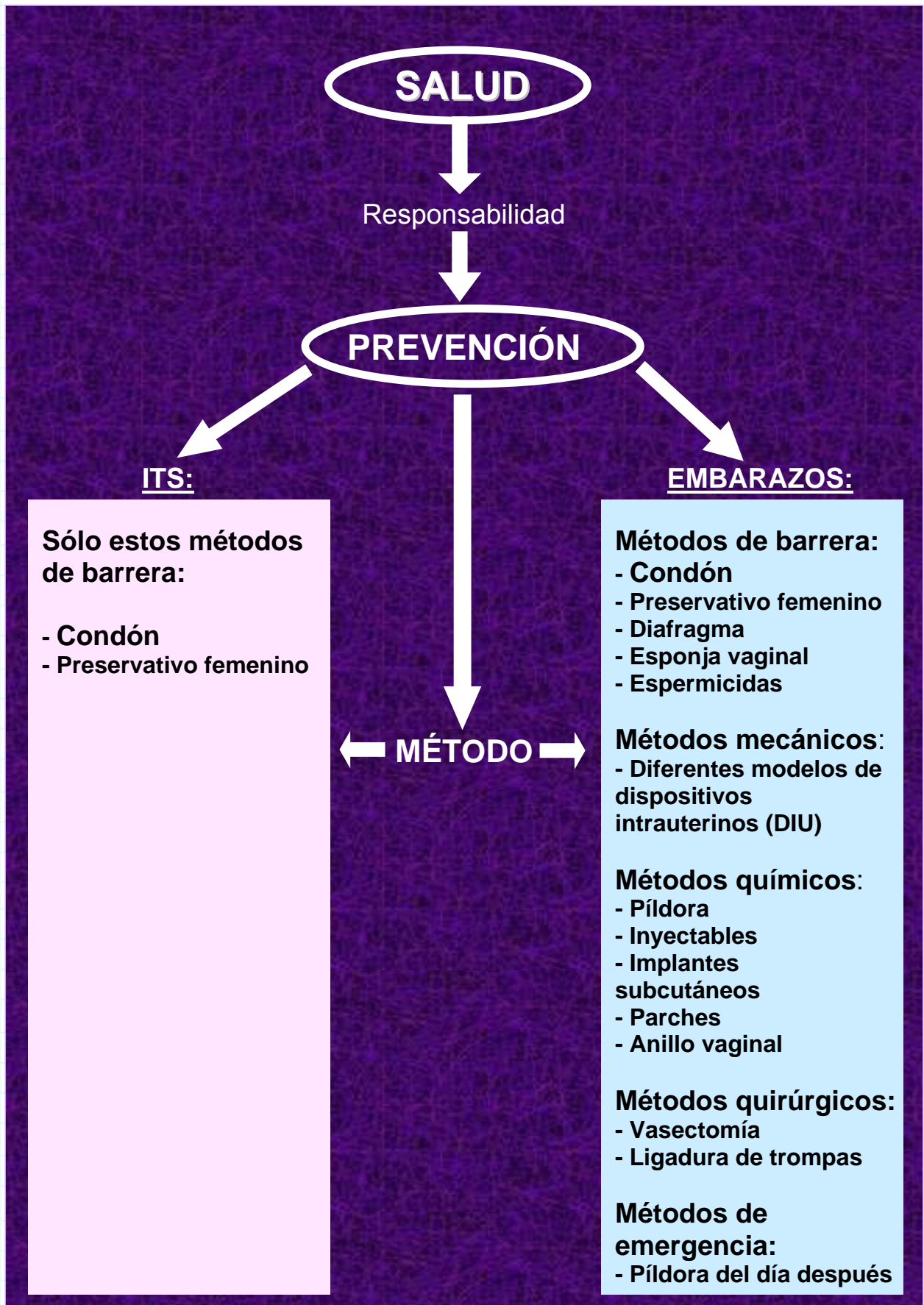
Es mucho más que la ausencia de enfermedad. Se puede decir que es la búsqueda del bienestar en todas las áreas de nuestra vida: el insti, los amig@s, nuestro

cuerpo, nuestra mente... y también las relaciones afectivas y sexuales.



La salud es nuestra responsabilidad, debemos tener hábitos saludables y evitar conductas que perjudiquen nuestra salud.

2. ¡Evitando riesgos!





¡SI DECIDES MANTENER
RELACIONES SEXUALES
COITALES EL **CONDÓN**
ES LA MEJOR
ALTERNATIVA PORQUE
NOS PROTEGE CONTRA
LAS ITS Y EVITA LOS
EMBARAZOS!

¿Cómo se usa?

¿Qué pasos debemos seguir?...



Abrir el preservativo y sacarlo delicadamente. Evitar tocar el preservativo con uñas afiladas, anillos o dientes ya que se puede dañar.

1



Una vez abierto, antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia que lado lo tenemos que desenrollar).

2



Colocar el preservativo sobre el pene en erección antes de que se produzca el contacto con el cuerpo de la pareja. Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen.

3





Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene. Usarlo durante toda la penetración.

4



Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.

5



Comprobar que no se haya roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle.

Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual

6

Para saber más...

Los métodos anticonceptivos son aquellos que evitan el embarazo en las relaciones sexuales cóitales. Estos métodos no nos protegen de las ITS.

Métodos de barrera

► **Diafragma.** El diafragma consiste en un capuchón de goma flexible (látex) que se introduce en la vagina de forma que quede cubierto el cuello del útero. Debe colocarse diez minutos antes del coito y retirarlo ocho horas después. En general se usan conjuntamente con espermicidas en forma de cremas, jaleas, espumas u óvulos



Inconvenientes: no se encuentran fácilmente en farmacias. Para algunas mujeres es difícil colocarlo. La crema espermicida puede irritar la vagina o el pene. Se tiene que dejar colocado de 6 a 8 horas después de la relación sexual. No protege frente a ITS y del VIH.

► **Esponja vaginal:** es una esponja especial muy fina impregnada de crema espermicida, rodeada de un cordón de algodón que sirve para su extracción. Se coloca en el fondo de la vagina tapando el cuello de útero. Hay que colocarlo antes de la penetración y retirarla 6 horas después del coito.

Inconvenientes: pueden producirse dificultades para su extracción. Reseca o irrita la vagina por el espermicida. No protege frente a ITS y VIH.

► **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex, poliuretano, caucho...) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo no quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y del VIH.

Inconvenientes: se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.

► **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y del VIH.



Inconvenientes: su elevado precio y en ocasiones es difícil de conseguir en las farmacias. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

► **Espermicidas utilizados solos:** los espermicidas son un método de barrera químico que destruyen los espermatozoides en la vagina. Su presentación puede ser en forma de óvulos, crema o gel que se introducen en la vagina 10 minutos antes de un coito.

Inconvenientes: no eliminan todos los espermatozoides, por lo que no es conveniente utilizarlos solos. Tienen un tiempo limitado de seguridad. Pueden producir irritaciones en el pene y en la vagina. No protegen de ITS y del VIH

Métodos mecánicos:

► **Dispositivo intrauterino (DIU):** El DIU es un dispositivo pequeño de plástico y cobre que se introduce en el útero para impedir la implantación del óvulo fecundado. Pueden ser inertes o liberadores de progestágenos. El DIU debe ser prescrito y colocado por personal sanitario con una duración de hasta 5 años



Inconvenientes: la aparición de cólicos menstruales y mayor cantidad de sangrado durante la misma, e incluso presencia de sangre entre las reglas. Si la mujer queda embarazada debe ser retirado. No debe ser utilizado por mujeres con más de un compañero sexual. No previene ITS y del VIH.

Métodos hormonales:

Son el método más seguro y eficaz para evitar un embarazo. Es un método a base de hormonas (progestágenos o progestágenos y estrógenos).

► **PROGESTAGENOS:** que suprimen la ovulación, provocan cambios en el endometrio y en el moco cervical.

✗ **Inyectables** administrados cada 2 a 3 meses.

✗ **Implantes subcutáneos** cada 5 años. El implante consiste en una serie de varillas (de 1 a 5) plásticas de igual tamaño que el ginecólogo inserta debajo de la piel en la parte superior de tu brazo, utilizando un anestésico local. Las varillas liberan una dosis constante de hormona que impiden la ovulación. Una vez colocado, tiene una duración de 3 a 5 años. Durante ese tiempo proporciona protección ante embarazos con un rango de eficacia del 99.8% o incluso más. *[ADAM. Enciclopedia Médica en español]*

✗ **Minipíldora** de administración diaria, se inicia al 1º día de la menstruación y se prosigue durante 21 días. Luego se hace un descanso de una semana, durante la cual aparece la menstruación, generalmente menos intensa y más corta de lo normal.



► **PROGESTAGENOS y ESTROGENOS (Combinados):**

✗ **Inyectables** administrados mensualmente

✗ **Píldora de administración diaria**, se inicia al 1º día de la menstruación y se prosigue durante 21 días. Luego se hace un

descanso de una semana, durante la cual aparece la menstruación, generalmente menos intensa y más corta de lo normal.

✘ **Parches** de colocación semanal

✘ **Anillo vaginal**. Es un anillo flexible de aproximadamente de 5 cms. de diámetro que se inserta dentro de la vagina y que libera progestágeno y estrógeno dentro del cuerpo para evitar el embarazo. La mujer se lo inserta ella misma, lo deja en la vagina durante 3 semanas y luego lo retira por una semana para tener el período. Al igual que otros métodos hormonales, se requiere prescripción por parte del médico.



Inconvenientes: cefaleas, náuseas, vértigos, labilidad emocional puede haber cambios de peso, mastalgias, insuficiencia venosa periférica, presencia de más infecciones vaginales y puede salir algo de sangre entre las reglas. Aumento de riesgo de trombosis venosa periférica y de peso. Puede haber olvidos en la toma diaria. Puede no ser un buen método para mujeres mayores de 35 años de edad. No protege contra las ITS y del VIH.

Están contraindicados en:

- Enfermedades hepáticas
- Diabetes
- Hipertensión
- Mayores de 40 años
- Tabaquismo
- Obesidad

Métodos quirúrgicos:

▶ **Vasectomía:** se realiza mediante una operación simple, con anestesia local, que no requiere hospitalización. Consiste en cortar los conductos deferentes (que son los canales por donde pasan los espermatozoides) para evitar que los espermatozoides formen parte del semen. No interfiere ni la actividad, ni la capacidad sexual.

▶ **Ligadura de trompas:** se realiza mediante una pequeña incisión en el abdomen y consiste en la sección de las trompas para impedir que los óvulos pasen y sean fecundados. Requiere anestesia general y hospitalización. Son los métodos anticonceptivos más eficaces, pero no protegen de ITS. y SIDA



Métodos de emergencia:

Es un método hormonal, también llamado: **píldora del día después** o **píldora post coital**, que debe ser utilizado como método de emergencia y no como un método anticonceptivo rutinario, debido a que supone la ingesta de una cantidad alta de estrógenos para provocar la descamación del endometrio. Debe ser utilizado como un recurso excepcional, siguiendo las indicaciones y plazos establecidos para que sea eficaz. Se debe de utilizar antes de 72 horas en las siguientes situaciones:

- Fallo mecánico del preservativo
- Desplazamiento del Diafragma

Nota: Este último apartado denominado “saber más” ha sido extraído del *Manual Sexualidad y Juventud: para un sexo más seguro* del Gobierno de Canarias.

http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_6/manual_2006/bloque1.htm

**Anexo 6. CD-ROM “Fichas,
trabajos alumnado y resumen”.**
