

UNIVERSIDAD DE BURGOS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



PROGRAMA DE DOCTORADO:
PEDAGOGÍA POLÍTICA, CURRICULAR Y SOCIAL

**CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO
EVALUATIVO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

DAVINIA HERAS SEVILLA
Noviembre, 2007

*A mis padres, ejemplo de honradez,
para que mantengan la esperanza.*

ÍNDICE

Agradecimientos	7
0. Introducción	9

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. El enigma de la adolescencia	13
1.1. Introducción	13
1.2. El desarrollo puberal	14
1.3. La adolescencia, una perspectiva global.....	17
2. Sexualidad humana y adolescencia	25
2.1. Introducción.....	25
2.2. La sexualidad durante la adolescencia.....	26
2.2.1. Conductas sexuales en la adolescencia	29
2.2.1.1. Conductas sexuales en solitario	30
2.2.1.2. Conductas sexuales con los otros	32
a) <i>Riesgos físicos</i>	36
b) <i>Riesgos emocionales</i>	39

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

1. Justificación	43
2. Objetivos	45
3. Hipótesis	47
4. Metodología	49
4.1. Elaboración del instrumento	49
4.2. Aplicación del instrumento.....	50
5. Muestra	53
6. Resultados	55
6.1. Familia, Educación Sexual y fuentes de información.....	55
6.2. Conocimientos y actitudes sobre la Sexualidad Humana	60
6.2.1. Análisis descriptivo de los ítems de valoración directa.....	61
6.2.2. Análisis descriptivo de los ítems de valoración inversa.....	65
6.2.3. Conocimientos y actitudes en función del sexo.....	70
6.2.4. Conocimientos y actitudes en función del curso escolar.....	76

6.2.5. Valoración global del bloque de conocimientos y actitudes sobre sexualidad, una medida única.....	81
6.2.5.1. Resultados obtenidos en la Variable Final del Bloque (V.F.B.).....	83
6.3. Prevención de embarazos.....	85
6.4. La escala « Double Standard Scale ».....	89
6.5. Pregunta abierta.....	90
6.5.1. Definición de la submuestra.....	90
6.5.2. Intereses y dudas de los adolescentes.....	91
6.5.3. Intereses y dudas sobre la sexualidad en función del sexo.....	95
7. Discusión	99
7.1. Fuentes de información y Educación Sexual.....	99
7.2. Los conocimientos y las actitudes sobre la sexualidad de los adolescentes.....	101
7.2.1. Nivel general de conocimientos y actitudes.....	101
7.2.2. Algunos conocimientos y actitudes característicos de los estudios sobre sexualidad adolescente.....	102
7.2.3. El género ¿variable moduladora de actitudes y conocimientos?....	105
7.3. Los adolescentes, sus dudas, miedos e intereses.....	106
8. Conclusiones	109
9. Futuras líneas de investigación.....	113
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	
Anexo 1.....	125
Anexo 2.....	129
Anexo 3.....	133
Anexo 4: Cuestionario Definitivo.....	137

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera dar las gracias a mi director el Dr. Fernando Lara quien acogió con simpatía hace más de un año un proyecto de investigación sobre la sexualidad en la adolescencia. A lo largo de éste tiempo me ha orientado metodológicamente y me ha enseñado el valor que tiene la ciencia. En todo momento me ha brindado, además, su inestimable apoyo y ha sabido extraer de mi cualidades que desconocía.

Quisiera dar mis más sinceros agradecimientos a las personas que participaron en el proceso de recogida de datos y que se situaron delante de los adolescentes encuestados. Por su valentía y su colaboración, a todos ellos muchas gracias.

Merecen especial atención y gratitud todos los profesionales del Instituto de Enseñanza Obligatoria que colaboró con este proyecto. A los tutores de los distintos cursos y al equipo de orientación muchas gracias por posibilitar esta investigación.

Debo agradecer a la Dra. Silvia Ubillos, profesora de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Burgos, el tiempo que empleo en aconsejarme y asesorarme en cuestiones de sexualidad adolescente.

Quisiera dar las gracias, también, al Dr. Rodrigo Carcedo, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, por animarme a explorar e investigar cuestiones de sexualidad y por facilitarme el primer manual que leí en el comienzo de esta andadura.

Finalmente, he de recordar a mis amigos y familiares que han apoyado con cariño todo este proceso. Quisiera dar un agradecimiento especial a Rosa y a Julio. A mi amiga por compartir conmigo el mundo de la investigación y darme aliento cuando más desorientada estaba. Y a Julio por su paciencia, su cariño y las horas que ha dedicado a escucharme.

0. Introducción

Es encomiable la tarea de quienes 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. Hace ya casi cien años, por ejemplo, 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. 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 adolescencia es una etapa del desarrollo en la que aún quedan demasiados interrogantes por resolver. Habitualmente se define como el periodo en el que el sujeto deja de ser un niño para convertirse en un adulto. Aunque eminentemente transicional, la adolescencia está dotada de unas características que la configuran como un periodo especialmente interesante. Durante esta etapa el individuo experimentará cambios determinantes en su existencia. A la nueva forma de entender y comprender el mundo se le sumarán el

establecimiento de importantes vínculos afectivos e intereses sexuales hasta esta época desconocidos. Es por ello que tradicionalmente la adolescencia ha sido conceptualizada como problemática. En la explicación de esta etapa han aparecido subrayadas expresiones como crisis de identidad, rebeldía, impulsos sexuales descontrolados o perturbaciones. Los trabajos realizados en las últimas décadas han puesto de manifiesto tanto la inexistencia de la naturaleza turbulenta de la adolescencia, como la influencia del contexto en la realidad de los adolescentes (Coleman y Hendry, 2003). A lo largo del primer capítulo abordaremos en profundidad éstas y otras cuestiones relacionadas con el desarrollo psicológico de los adolescentes e intentaremos desterrar viejos mitos que dificultan la comprensión de esta etapa crucial del desarrollo.

Por otro lado, la sexualidad constituye una realidad humana de innegable importancia, puesto que forma parte de nuestra naturaleza. López (2005) 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 capítulo segundo del marco teórico exploraremos el desarrollo psicosexual del adolescente así como su repertorio conductual. Trataremos de aportar una visión ajustada de la realidad sexual de los adolescentes.

Finalmente, a lo largo del estudio empírico intentaremos determinar los conocimientos y las actitudes hacia la sexualidad que poseen los adolescentes de corta edad, puesto que la mayoría de las investigaciones previas se han centrado en el desarrollo psicosexual en la adolescencia tardía o en la primera juventud. Exploraremos además los intereses y las dudas que poseen estos adolescentes para alcanzar una visión global que nos permita elaborar un programa de Educación Sexual fundamentado y adaptado a la adolescencia temprana y media. Creemos que si el objetivo de la educación es alcanzar el desarrollo integral de la personalidad de los individuos, deben incluirse todos aquellos aspectos relacionados con su sexualidad.

Primera parte:

Marco teórico

1. El enigma de la adolescencia

1.1 Introducción

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 en 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. Este 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. 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 menarquía² 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 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

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 menarquía es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

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).

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, 2001; 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 menarquía 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 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. Como hemos

indicado la gran variabilidad existente entre los sujetos hace imposible determinar las edades correspondientes ha cada estadio.

Tabla 1. 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 menarquía.	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. - Menarquía.	ESTADIO V - Tamaño testicular (4'5 cm.). - Genitales externos de adulto. - Vello pubiano y axilar de adulto. - Espermatogénesis completa.

Fuente: Rodríguez y Moreno (1985)

Debido a las implicaciones que tienen tanto la pubertad precoz como la pubertad tardía son cuestiones muy relevantes en el estudio del desarrollo puberal. Entendemos por pubertad precoz a 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 en base a su apariencia unas capacidades cognoscitivas que aún no poseen, y les otorguen, en consecuencia, mayores responsabilidades. Kolodony, Masters, Johnson y Biggs

(1982) consideran que es necesaria una Educación Sexual que ayude, guíe y enseñe a los chicos y chicas que se desarrollan precozmente para comprender la situación que les acontece.

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 en 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.

1.3. La adolescencia, una perspectiva global

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 sí 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. 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 pandillas 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.

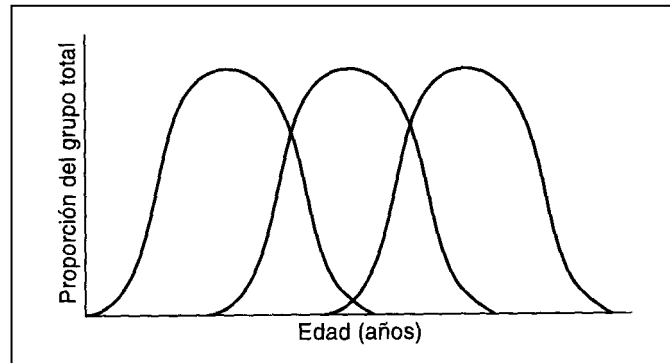
La adolescencia es una etapa del desarrollo que guarda más similitudes con la adultez que con la infancia. Sin embargo, por miedo o por desconocimiento, tradicionalmente se ha entendido que los sujetos de estas edades eran extraños o muy complicados. Es frecuente oír que los adolescentes son rebeldes, 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 interpersonalmente concluyen con vínculos afectivos propios de los adultos. Considerar la adolescencia como algo enigmático resulta hoy un anacronismo. 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 suponen una crisis en su identidad.

Coleman elaboró en base a datos empíricos una teoría para explicar el desarrollo adolescente: la “*teoría focal*”. 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. A continuación presentamos una figura que representa el desarrollo adolescente desde la teoría focal.

Figura 1. Teoría focal.

Cada curva representa una cuestión o una relación diferente.



Fuente: Coleman (1974 en Coleman 1987).

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. La realidad adolescente en nuestro país es muy diferente a la que podemos encontrar en Egipto o en Uganda. Consideramos además que dentro de nuestro contexto habrá grandes disparidades entre los adolescentes debidas, a sus orígenes culturales, a su nivel socioeconómico o sus características familiares. Por ello, aunque sabemos que 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.

La adolescencia no constituye una crisis como hemos mostrado, sin embargo en ocasiones los adolescentes atraviesan ciertas complicaciones resultantes de la dilatación de este largo periodo. 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). Por otro lado, las dificultades que existen en nuestro país para emanciparse y salir fuera de los hogares pueden hacer aún más compleja esta etapa. La sociedad puede estar entorpeciendo el tránsito a la adultez mediante la negación de la sexualidad, del primer empleo o de la vivienda. López y Oroz (1999) realizan un exhaustivo examen sobre la adolescencia en el que contraponen “*crisis evolutiva*” frente a “*crisis cultural*”. Evidentemente, y 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, también, 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 Organización Mundial de la salud (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 acuñaremos 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 en base a la rebeldía, a los cambios de humor o a 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.

2. Sexualidad humana y adolescencia

2.1. Introducción

El ser humano posee unas características que lo hacen especial y muy diferente que el resto de los animales. El pensamiento principalmente, pero también la voluntad, la afectividad, la ética y toda una serie de cualidades específicamente humanas. En el terreno de la sexualidad son muchas las diferencias que encontramos entre las personas y los animales. Mientras el sexo en éstos últimos está preprogramado y es instintivo; nosotros, los seres humanos, elegimos cuándo y cómo tienen lugar los encuentros sexuales (López, 2005). Las relaciones sexuales humanas están colmadas de motivaciones, emociones, afectividad y deseo. En palabras de Fuertes y López (1997:53) *“la comunicación emocional y el lenguaje simbólico, junto a tantas capacidades intelectuales y sociales, como la de ponerse en el lugar del otro, empatizar, etc., producen un cambio cualitativo en el significado de la sexualidad. La sexualidad pasa a ser “interpretada”, “regulada”, “enseñada”, “aprendida”, “instrumentalizada” con otros fines, etc. La sexualidad se hace cultural, pasando a depender, en buena medida, de los procesos de socialización social y sexual”*. La sexualidad humana está libre de ataduras biológicas, puesto que no dependemos del celo; sin embargo no siempre lo ésta de ataduras sociales, puesto que es mediatizada por la cultura. No obstante, la libertad es el rasgo más definitorio del sexo entre los seres humanos. Nos referimos a una libertad ética donde primen el respeto y la dignidad. En este sentido, y siguiendo a López (2005) podemos hablar de cuatro principio éticos fundamentales:

- *La ética del consenso*. Las personas implicadas en actividades sexuales deben elegir libremente y estar conformes con esa actividad, es decir, debe existir un gran respeto a la voluntad de cada una de ellas.
- *La ética del placer compartido*. El placer no debe restringirse a la satisfacción personal, se debe buscar también el disfrute y el placer del otro.

- *La ética de la salud sexual y reproductora.* Tomar decisiones sexuales responsables que posibiliten una sexualidad sana y sin riesgos.
- *La ética de la igualdad.* La equidad y respeto entre hombres y mujeres debe imperar en las relaciones sexuales y de pareja. La igualdad de derechos, de responsabilidades y de afectos entre los sexos en favor de una convivencia basada en el cariño y en el amor.

La sexualidad es una cualidad inherente al ser humano. López (2005) afirma incluso que no tenemos sexualidad sino que somos sexuados. Desde una *perspectiva biológico-fisiológica*, el cuerpo está sexuado. En primer lugar, la dotación genética es sexuada y determina mediante los cromosomas XX o XY el sexo del individuo, mujer o varón. En segundo lugar, existen unos genitales, externos o internos, con fines sexuales y reproductivos. Todo el cuerpo, además, está repleto de hormonas que median el deseo y en la capacidad reproductiva. El sistema endocrino es, por tanto, claramente sexuado. Finalmente, nuestro sistema nervioso posibilita multitud de sensaciones agradables y en muchas ocasiones eróticas (Fuertes y López, 1997; Kolodony, Masters, Johnson y Biggs, 1982; López y Fuertes, 1994; Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005). Desde una *perspectiva psicosocial* somos también sexuados. Poseemos identidad de género, es decir, nos catalogamos como varones o mujeres y actuamos en base a ello. Sentimos el deseo y experimentamos fantasías; nuestra mente está impregnada de elementos eróticos. Tenemos la capacidad de sentir afecto, enamorarnos, necesitar al otro, etc. Además, 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, como ya hemos indicado, 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 (Fierro, 2000; López y Fuertes; 1994; Lutte, 1991; Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005). 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). 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.

2.2. 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 menarquía en las chicas y la primera eyaculación en los chicos.

Biológicamente se explicita la sexualidad. Los órganos genitales adquieren un tamaño adulto y 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 específicamente 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 alegría.

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

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.

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, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005; Zubeidat, Ortega, Villar y Sierra, 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 parafilias, es decir, atracción por objetos, animales o personas que no aceptan la relación o no tienen capacidad para tomar ese tipo de decisiones.

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 está mediatizada e imbricada con el afecto (López y Fuertes; 1994). El adolescente 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 configurarán 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.

2.2.1. 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, como veremos en el apartado siguiente. 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, Serra y Vallejo, 1997; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Además, los chicos y las chicas en la actualidad atraviesan un largo periodo de aprendizaje sexual caracterizado por caricias, besos o flirteo, dado que éstas actividades sí se inician de forma más prematura (Ubillós 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 tardía (García Blanco, 1994;

Olivar, Serra y Vallejo, 1993; Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández; 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 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.

2.2.1.1. 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; Sueiro, Diéguez, Chas y Diz; 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 práctica 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, Serra, y Vallejo, 1997; Oliva, Serra, Vallejo; 1993). Por otro lado, estudios recientes (Ballester y Gil, 2006; Diz, Sueiro, Chas y Diéguez, 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 orgasmo. 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 (López y Fuertes, 1994; Ortega, Ojeda, Sutil y Serra, 2005; 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 (Ortega, Ojeda, Sutil y Serra, 2005). En consecuencia debemos promover actitudes más positivas que permitan a los y las adolescentes vivir con normalidad este comportamiento tan cotidiano. A continuación presentamos en la Tabla 2 tanto las características de las actitudes positivas hacia la masturbación como las actitudes negativas.

Tabla 2. 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)

Las fantasías sexuales, aunque no son propiamente una práctica, son una forma de autoerotismo muy frecuente en esta etapa del desarrollo. Además, son una manifestación cognitiva del comportamiento sexual (Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 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, Ortega y Sierra, 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 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.

2.2.1.2. 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, Nevid y Fichner-Rathus, 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 (Moraleta, 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 es 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; Ubillós 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, Nevid y Fichner-Rathus, 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, Serra y Vallejo, 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, Serra y Vallejo, 1993; Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández, 2003). Chicos y chicas suelen utilizarlas con 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, y recientemente, en nuestra comunidad autónoma, se ha constatado que su incidencia es algo menor (Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández, 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 tardía 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 Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- 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 tardía, 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. A continuación presentamos la Tabla 3 que presenta un resumen de los principales estudios

sobre sexualidad adolescente que han tratado de determinar la edad de inicio de las relaciones coitales.

Tabla 3. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales

	Edad: Media o Intervalo	Edad en Varones	Edad en Mujeres
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
INJUVE (2000)	-	17 años y 4 meses	18 años y 4 meses
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		

Fuente: Elaboración propia

Como observamos en la tabla, los adolescentes se inician en las relaciones coitales entre los 17 y 18 años, es decir, en la adolescencia tardía 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 (Ubillós y Navarro, 2003). 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 es sexualmente más activo y necesitado (ver Tabla 4). Sin embargo, siguen existiendo importantes diferencias tanto en las motivaciones que llevan a chicos 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, Serra y Vallejo, 1997; Oliva, Serra y Vallejo, 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 juegan 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, Serra y Vallejo, 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.

Tabla 4. 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)

Los riesgos asociados al coito constituyen una preocupación social y científica de gran importancia. Debemos diferenciar en primer lugar entre riesgos emocionales y riesgos físicos, éstos últimos más conocidos y temidos. El embarazo no deseado, el SIDA y otras ETS 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 buena y sólida revisión de la sexualidad adolescente deberá contemplar tanto los riesgos físicos como los emocionales.

a) Riesgos físicos

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la práctica de relaciones sexuales de riesgo por parte de algunos adolescentes. Aproximadamente uno de cada tres adolescentes no utiliza ninguna medida en su primera relación coital, y cerca del 30% utiliza el coito interrumpido (Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Además, tanto en nuestro entorno como en el extranjero se ha constatado 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, Serra y Vallejo, 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, Serra y Vallejo, 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 y el miedo a las posibles consecuencias negativas. En este sentido sabemos que aquellas personas que poseen actitudes positivas hacia la sexualidad asumen menos riesgos en sus relaciones sexuales (Santín, Torrico, López y Revilla, 2003; Sueiro, Diéguez, Chas y Diz, 2004). Por ello consideramos que la promoción de este tipo de actitudes debe ser un objetivo primordial y prioritario de cualquier propuesta educativa.

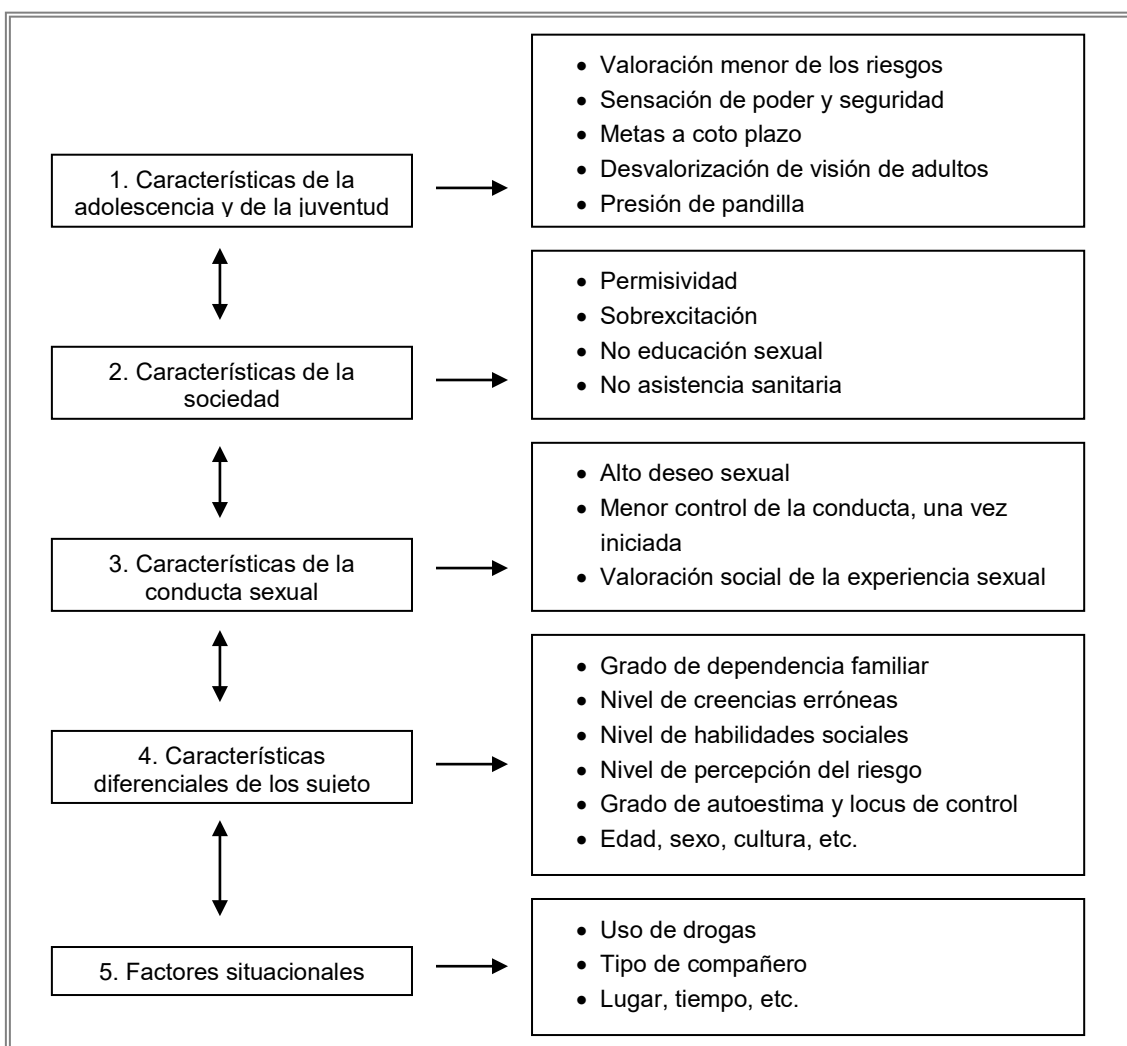
La medida preventiva y anticonceptiva por excelencia es el condón o preservativo masculino, puesto que evita tanto posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual como embarazos no deseados. El reciente Informe de Juventud de 2004 (INJUVE, 2005) muestra que un 81,3% de los jóvenes con experiencia 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 Enfermedades 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.

También es relevante conocer los motivos y las circunstancias que llevan a los adolescentes y a los jóvenes a mantener relaciones sexuales sin protección. Oliva, Serra y Vallejo (1993) constataron que aunque la mayoría de los adolescentes conocen la eficacia del preservativo para prevenir tanto ETS 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%),

Los principales predictores del comportamiento sexual de riesgo en los varones son 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, 2005; Johnson *et al.*, 1999; Planes y Gras, 2002). López y Oroz (1999) sintetizan con la figura que presentamos a continuación la distancia existente entre los conocimientos sexuales y las conductas de riesgo (Figura 2). A pesar de esta distancia se ha constatado que la Educación Sexual es una excelente herramienta de prevención (Sueiro, Perdiz y Diéguez, 2005; ONUSIDA, 1997; Ubillos y Navarro, 2003) y por ello su implementación en el currículo nos parece fundamental.

Figura 2. Distancia ente conocimientos y conductas: causas



Fuente: López y Oroz (1999:119)

b) Riesgos emocionales

Los adolescentes no sólo pueden sufrir consecuencias en su salud, existen 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, Serra y Vallejo, 1997; Ramos *et al.*, 2003; Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 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 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, es decir, fuertes contradicciones derivadas del conflicto entre la pulsión sexual que les motiva a realizar determinadas conductas y las creencias sociales interiorizadas que limitan la legitimidad de estas conductas. Debemos por ello trabajar, analizar y reflexionar estas cuestiones con los adolescentes para que éstos puedan desculpabilizar sus comportamientos y vivenciar con naturalidad y sensatez su sexualidad.

Debemos 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. Por ello, debemos ayudar a los adolescentes 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 carente de riesgos emocionales o físicos. Cualquier propuesta educativa ha de partir del reconocimiento de sexualidad de los adolescentes y de la promoción del bienestar (López y Oroz, 1999). La superación de los modelos morales de educación no puede limitarse a nuevos modelos de prevención de riesgos, sino que debe progresar a una forma más equilibrada de Educación Sexual. Consideramos que los adolescentes merecen una sexualidad sin miedos pero con responsabilidades.

Segunda parte:

Estudio empírico

1. Justificación

La investigación sobre la sexualidad adolescente tradicionalmente se ha centrado en el estudio de la conducta de los y las adolescentes. Muchos trabajos han determinado con acierto la edad de inicio de determinadas conductas sexuales como la masturbación, el beso, las citas, el petting o las relaciones coitales. Sabemos que en la actualidad, en general, la edad de acceso a las relaciones coitales ha descendido considerablemente, situándose para la mayoría de los adolescentes entre los 17 y los 18 años (INJUVE, 2005). Diversos estudios han demostrado que las propuestas educativas en materia de sexualidad son más efectivas y deben desarrollarse antes de que inicien determinadas conductas sexuales (Gómez-Zapiain, 2005a; Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2004; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004). Resulta imprescindible, por tanto, conocer todos los aspectos de la sexualidad de los adolescentes más jóvenes para poder diseñar programas de Educación Sexual adaptados. Es decir, ajustados a las características de los destinatarios; contemplando sus necesidades educativas, sus conocimientos previos, sus experiencias, sus actitudes, sus intereses y sus expectativas. Sin embargo, gran parte de la investigación sobre el desarrollo psicosexual adolescente, y sobre conocimientos y actitudes hacia la sexualidad, no se ha efectuado con adolescentes de corta edad; siendo típicos los estudios en la adolescencia tardía o en la primera juventud. Es notable la escasez de investigaciones sobre la sexualidad en esta etapa del desarrollo. Además, en la sociedad impera una gran confusión acerca de la realidad sexual de la gente más joven. Mientras la televisión, el cine, INTERNET, etc. erotizan constantemente a los adolescentes; el resto de la población se niega a aceptar que éstos adolescentes son sexuados, con deseos y necesidades. Es decir, existe un desconocimiento generalizado sobre que experimentan, conocen o necesitan. La ciencia deberá, por tanto, proporcionar conocimientos fundamentados sobre los elementos que conforman la realidad sexual de los adolescentes más jóvenes.

Por todo ello, nosotros hemos planteado una investigación con chicos y chicas en esta etapa del desarrollo. El estudio que a continuación se muestra, explora diversos aspectos de la

sexualidad adolescente que son fundamentales para el diseño y elaboración de futuros programas de Educación Sexual.

2. Objetivos

Siguiendo la línea argumental expuesta a lo largo de este trabajo, nos hemos preguntado cuáles son los conocimientos y las actitudes sobre sexualidad que poseen los adolescentes tempranos y medios, y cuáles son sus principales necesidades formativas en el ámbito de la Educación Sexual. Nos hemos planteado, además, la posible correlación de determinadas características de los encuestados con el nivel de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad. Consideramos relevante la exploración de aquellos aspectos que puedan favorecer una actitud positiva hacia la sexualidad y su aprendizaje; y que permitan un mejor nivel de conocimientos sobre sexualidad.

Los objetivos de la presente investigación son:

1. Descubrir los conocimientos y las actitudes sobre sexualidad que poseen los adolescentes de la muestra, así como determinar cuáles son sus principales demandas y necesidades educativas.
2. Perfilar un instrumento de evaluación para programas de Educación Sexual dirigidos a adolescentes que contemple de forma global distintos aspectos de la sexualidad humana.

3. Hipótesis

De acuerdo a lo que expusimos en la fundamentación teórica, y en función de los objetivos propuestos, pensamos que la Educación Sexual es aún hoy una quimera. Nuestros adolescentes obtienen la información sobre sexo de fuentes no científicas y poco veraces, siendo la información en muchos casos distorsionada, o incluso equivocada. Pero en muchas ocasiones conocerán aspectos de la sexualidad sorprendentes desde nuestra posición. Sin embargo, no hemos de olvidar el riesgo, que puede conllevar informaciones limitadas o sesgadas de distintos aspectos de la sexualidad, como puede ser el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual. A continuación, presentamos nuestras hipótesis de forma más individualizada.

HIPÓTESIS 1

En general, los adolescentes no obtendrán la información sobre sexo de los padres, la escuela o de fuentes científicas como libros, sino que la obtendrán de los amigos o los medios de comunicación de masas.

HIPÓTESIS 2

Los adolescentes conocerán superficialmente gran variedad de métodos anticonceptivos pero desconocerán su grado de eficacia.

HIPÓTESIS 3

Las chicas sostendrán actitudes más negativas hacia la masturbación y hacia las prácticas sexuales menos convencionales, como por ejemplo el sexo oral.

HIPÓTESIS 4

Los chicos sostendrán creencias más sexistas y mayor adhesión al estándar sexual tradicional que las adolescentes de la muestra.

HIPÓTESIS 5

Los adolescentes varones tendrán peores actitudes hacia la homosexualidad que las mujeres.

HIPÓTESIS 6

Los adolescentes considerarán que poseen mayores conocimientos de sexualidad de los que realmente poseen.

HIPÓTESIS 7

Los adolescentes de mayor edad tendrán una visión más ajustada y realista sobre la sexualidad puesto que sostendrán menos creencias y estereotipos.

4. Metodología

Esta investigación ha constado de dos etapas metodológicas de gran importancia. Por un lado, el diseño y reajuste del diseño del instrumento de evaluación; y por otro, la aplicación del mismo a los estudiantes de 2º y 3º de ESO del centro Comuneros de Castilla.

4.1. Elaboración del instrumento

El instrumento de evaluación de programas de Educación Sexual para adolescentes de 13 y 14 años fue elaborado en distintas fases. En primer lugar, se diseñó un cuestionario que contemplaba aspectos sociodemográficos (sexo, edad, curso, etc.), familiares (personas con las que convive), preventivos (medidas para evitar embarazos) y contenidos diversos sobre conocimientos y actitudes hacia la sexualidad (ANEXO 1). Para la elaboración de estos últimos utilizamos como guía 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 un instrumento de evaluación de programas de Educación Sexual debe incluir aspectos de estas dimensiones. En nuestro caso incluimos unos 10 ítems por cada dimensión. Para intentar garantizar la sinceridad en las respuestas de los participantes se elaboraron distintos ítems referidos a un mismo aspecto, por ejemplo, ítems sobre homosexualidad. La formulación de éstos en muchos casos era inversa. La forma de respuesta elegida para este bloque fue una escala con puntuaciones de 0 a 10; siendo el 0 el desacuerdo total con el enunciado y el 10 el mayor acuerdo con el enunciado. Nos pareció conveniente utilizar un tipo de escala que conocieran y manejaran los adolescentes encuestados, por ello, cómo en sus calificaciones, las valoraciones oscilaban entre el 0 y el 10. El resto de apartados del cuestionario eran, en general, preguntas con respuesta múltiple. Sin embargo, se dejó abierta la pregunta relacionada con las medidas para evitar embarazos. Consideramos que en esta cuestión dar opciones de respuesta era facilitar la tarea a las

participantes en nuestro estudio. Quisimos en todo momento evitar respuestas guiadas que no nos proporcionarían el verdadero conocimiento de los estudiantes en materia preventiva.

En una segunda fase de diseño del cuestionario incluimos una pregunta sobre dudas e intereses de los encuestados y otra sobre la autopercepción del nivel de conocimientos de sexualidad. Eliminamos, además, la cuestión referida al nivel de experiencia sexual (ANEXO 2). Posteriormente, ya en la tercera fase del diseño, se introdujeron ítems en el bloque de actitudes y conocimientos sobre sexualidad y se reformularon varios ítems cuya interpretación era problemática o contradictoria. Introdujimos, además, la Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle; 1993) que evalúa las actitudes hacia los roles sexuales de hombres y mujeres de los encuestados. Ésta es una escala Likert; las respuestas posibles son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo. (ANEXO 3).

Finalmente, en la última fase del diseño incluimos una pregunta totalmente abierta sobre los intereses y dudas 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). (ANEXO 4, cuestionario definitivo).

4.2. Aplicación del instrumento

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de Mayo de 2007 en un Instituto de Enseñanza Secundaria público de nuestra ciudad. Acudimos a cada una de las aulas de todos los cursos de 2º y 3º de ESO y administramos de forma colectiva el instrumento de evaluación. El proceso seguido para la obtención de datos en las aulas siguió un esquema riguroso de aplicación. Primero facilitamos a los participantes un sobre sin cerrar y la pregunta abierta sobre inquietudes y dudas en materia de sexualidad. Los adolescentes contaban con 10 minutos para expresar con total libertad y anonimato todas aquellas cuestiones que quisieran sobre sexualidad. Al terminar el tiempo previsto para la redacción de esta pregunta abierta,

indicamos a los estudiantes que tenían que introducir en el sobre la hoja que habían rellenado. A continuación, les dimos el cuestionario y les señalamos la necesidad de no extraer del sobre la pregunta abierta para completarla o modificarla; puesto que nuestro interés era conocer sus dudas o inquietudes antes de responder al cuestionario. Si después de la contestación a éste tenían nuevas dudas o querían reflejar su opinión acerca de algún tema, podían hacerlo en unas líneas reservadas para este cometido al final del propio cuestionario.

En este centro las horas de tutoría son coincidentes para todos los 2º ESO, por un lado, y para todos los 3º ESO, por otro. Aprovechando esta distribución horaria administramos los cuestionarios a la vez en distintas aulas. Para ello contamos con la colaboración de un grupo de encuestadores. De esta manera evitamos la comunicación entre distintas clases de las preguntas del cuestionario, controlando cierta influencia en las respuestas. Por último cabe añadir que, para favorecer la libertad, tranquilidad y sinceridad de los adolescentes, la aplicación de los cuestionarios se realizó sin los tutores en los casos que éstos estuvieron de acuerdo.

Tras la recogida de datos en el centro escolar señalado se procedió a la informatización de los mismos. Se elaboró, para ello, una base de datos. Posteriormente estos datos, ya codificados, fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0.

5. Muestra

La muestra de esta investigación está constituida por 247 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. La edad media de los participantes es de 14,26 años, con una desviación típica de 0,95. Los adolescentes estudiados están escolarizados en 2º de ESO y 3º de ESO. La distribución global de la muestra en función del sexo es bastante homogénea, al igual que la distribución de varones y mujeres en los cursos estudiados (ver Tabla 5 y Tabla 6). El 51,8% de los adolescentes estudiados son varones y el 48,2% restante son mujeres. Cabe señalar una mayor representación muestral de los adolescentes en 2º de ESO (57,1% de la muestra) respecto a sus compañeros de 3º de ESO (42,9%).

Tabla 5. Valores y proporciones de varones varones y mujeres de la muestra

	Número de adolescentes	Porcentaje (%)
Varón	128	51,8
Mujer	119	48,2
<i>Total</i>	247	100

Tabla 6. Porcentajes de adolescentes distribuidos por curso y sexo

	Porcentajes de varones	Porcentajes de mujeres
2º ESO	55,3 %	44,7 %
3º de ESO	47,2 %	52,8 %
<i>Total</i>	51,8 %	48,2 %

6. Resultados

6.1. Familia, Educación Sexual y fuentes de información

La familia supone el primer núcleo de socialización de la persona. Como primeros y principales educadores ejercen y deben ejercer un papel primordial en todos los aspectos relacionados con el desarrollo psicosexual de sus hijos. Por ello, se han estudiado algunas características de las familias de los adolescentes encuestados.

En general, las familias estudiadas responden a un modelo tradicional de familia: padre, madre e hijos. Sin embargo, un 8,2% de los adolescentes declaran no vivir habitualmente con su padre. Este valor se reduce considerablemente cuando la persona con la que no cohabitan habitualmente es la madre, siendo del 2,9%. Es decir, en el 97,1% de las familias la madre esta presente y ejerce influjo sobre sus hijos día a día. No hemos encontrado ningún caso de jóvenes que no convivan con los dos padres.

De los adolescentes estudiados un 13,98% son hijos únicos, es decir, el 86,02% de las familias estudiadas poseen varios hijos, lo que responde, como ya hemos indicado a un modelo convencional de familia. En general, los adolescentes ocupan el primer lugar entre sus hermanos, es decir, un 50% de los sujetos son hermanos mayores (Gráfico 1). De los participantes en el estudio un 9,5% convive habitualmente, además, con alguno de sus abuelos. Finalmente, señalar que un 5,1% de los encuestados declara vivir con otras personas, entre las que destacan nuevas parejas sentimentales de las madres o los tíos/as.

Gráfico 1: Posición entre los hermanos

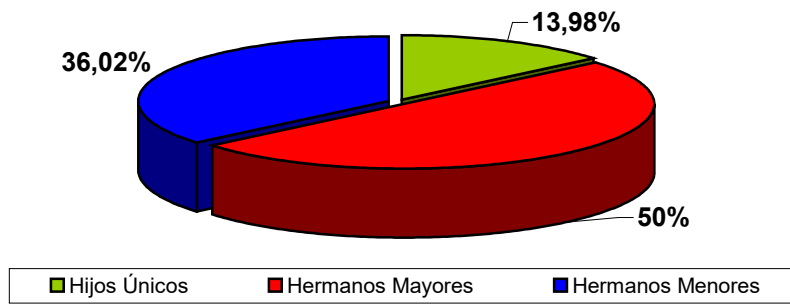


Tabla 7. Frecuencia con la que utilizan las distintas fuentes de información sobre sexualidad (valores relativos).

<i>Fuente de Información Sobre sexualidad</i>	Nunca o pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces o siempre
1. EL PADRE	75,5 %	15,4 %	6,00 %
2. LA MADRE	60,9 %	23,5 %	15,5 %
3. LOS HERMANOS/AS	81,3 %	5,00 %	13,7 %
4. LOS AMIGOS/AS	23,8 %	22,9 %	53,2 %
5. ALGÚN PROFESOR/A	78,0 %	18,3 %	8,20 %
6. EL ORIENTADOR/A DEL CENTRO	92,2 %	6,10 %	1,80 %
7. MÉDICOS O PERSONAL SANITARIO	68,8 %	2,80 %	9,40 %
8. LA TELEVISIÓN	32,4 %	33,2 %	34,4 %
9. REVISTAS	38,8 %	23,3 %	38,0 %
10. INTERNET	51,7 %	16,4 %	31,9 %
11. FUENTES CIENTÍFICAS COMO LIBROS	70,7 %	19,4 %	9,90 %

Otro aspecto que hemos analizado, muy relacionado con todo lo expuesto anteriormente, es la obtención de la información sobre sexo. Al igual que en otras investigaciones anteriores hemos estudiado las principales fuentes de información de los adolescentes participantes en la investigación. Los datos revelan que nuestros adolescentes acostumbran a informarse de sexo, principalmente, a través de sus amigos, de las revistas y de la televisión (Tabla 7). Un 29% de los encuestados declara recibir siempre la información de sus amigos y un 24,2% dice recibirla de sus amigos con bastante frecuencia. Tan sólo el 13% 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. Las revistas, por su parte, constituyen una vía de información importante para los jóvenes de estas edades. Un 38 % de ellos las consultan siempre o casi siempre. Sin embargo, cerca de 39% no las utilizan o las utilizan con poca frecuencia para informarse sobre sexo. Finalmente; la televisión supone otra fuente clara de información, aunque su uso no ésta tan extendido. El 34,4% señala utilizar la televisión para conocer distintos aspectos de la sexualidad con una frecuencia elevada (siempre o bastantes veces).

Los adolescentes, en general, no aprenden las cuestiones de sexualidad ni en la familia, ni en la escuela. El 76,9 % de los participantes en el estudio nunca han recibido información sobre sexo de su orientador; y el 15,3% declara haber sido informado de estas cuestiones por el orientador del centro en pocas ocasiones. Tan sólo 4 alumnos manifiestan haber sido informados por el orientador bastantes veces o siempre. Los profesores no son tampoco una fuente de información. El 78% de los alumnos encuestados en este centro 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 69,4% declara no hablar nunca con sus hermanos. Sin embargo, debemos recordar que el 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 de las madres. El 50,6% de los participantes nunca ha tratado temas de sexo con su padre. Hemos de señalar que un 8,2% 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 tendencia es algo mejor. Un 33,2% de los adolescentes nunca ha hablado con su madre de sexo y un 27,7% dice tratar en pocas ocasiones estos temas con su madre. Como veremos más adelante estos últimos resultados son ligeramente mejores que en el caso de los padres varones, porque las chicas tienden a consultar y charlar más con su madre sobre algunos aspectos de su sexualidad.

Como hemos indicado con anterioridad, los scripts sexuales median en la forma de entender la sexualidad y describen lo que es adecuado para chicos y chicas. No debemos ser ajenos, por tanto, a la posibilidad de que determinadas fuentes de información estén asociadas con la variable sexo. Es decir, que los varones consulten más determinadas fuentes que las mujeres, y viceversa. Por ello, hemos aplicado la prueba T de comparación de medias para muestras independientes, en este caso varones y mujeres (Tabla 8). Como observamos en la tabla las mujeres consultan temas de sexualidad significativamente más a sus madres y al personal sanitario que sus coetáneos varones. La menstruación puede ser uno de esos temas en los que las chicas necesitan más asesoramiento, por parte tanto de las madres como de los médicos. Por el contrario, la televisión e INTERNET son fuentes de información muy

masculinizadas. La pornografía puede estar ejerciendo un papel determinante en este sentido. El uso de la misma es más frecuente en varones (García-Vega, Fernández y Rico, 2005; Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005). La televisión e INTERNET son fuentes sencillas y económicas de acceso a la misma.

Tabla 8. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres respecto a determinadas fuentes de información sobre sexualidad.

	Sexo	N	Media	Desv. Típ.	t	gl	Sig. Bilateral
Madre*	Varón	121	1,89	1,10	-5,33	239	< 0,01
	Mujer	117	2,67	1,15			
Médicos y personal sanitario*	Varón	118	1,88	1,04	-2,37	232	< 0,05
	Mujer	116	2,20	1,00			
La televisión	Varón	126	3,27	1,22	2,95	234,33	< 0,01
	Mujer	115	2,85	0,97			
INTERNET	Varón	123	3,34	1,51	7,94	226,09	< 0,01
	Mujer	115	1,97	1,14			

* Se han asumido varianzas iguales tras la aplicación de la Prueba de Levene de igualdad de varianzas

Educación Sexual es aún hoy una utopía; en general, no tiene cabida dentro de la Educación Formal y se relega al espacio de la Educación No Formal. Sin embargo, este no es peor panorama posible; en demasiadas ocasiones la Educación Informal se torna como única vía de educación. No obstante nuestros resultados resultan esperanzadores. El 62,7% de los participantes contestaron afirmativamente a la pregunta *¿has recibido en alguna ocasión Educación Sexual?* Encontramos un 37,3% de adolescentes que manifiesta que no le han impartido Educación Sexual. Resultan llamativas las elevadas tasas de Educación Sexual, dentro de la escuela, señaladas por los encuestados. En la Tabla 9 se observa que estos valores son considerablemente mayores en el curso de 3º de ESO, encontrándose con la Chi-cuadrado de Pearson diferencias significativas ($p < 0.01$). Debemos señalar que los alumnos de todos los 3º de ESO acababan de terminar en Biología el tema de la reproducción humana. Es decir, habían tratado éste aspecto de la sexualidad. Cerca del 50% de los alumnos de 2º de ESO sentía que no había recibido Educación Sexual, ni en la escuela, ni fuera de la misma. No obstante, y a la vista de los resultados, es probable que un curso más adelante su percepción sobre este asunto sea distinta.

Tabla 9. Valores relativos de incidencia de la Educación Sexual.

	Número de estudiantes	Educación Sexual: En la escuela	Educación Sexual: Fuera de la escuela	Educación Sexual: Dentro y fuera de la escuela	Sin Educación Sexual
Todos	236	36,00 %	17,40 %	9,30 %	37,3 %
2º ESO	131	27,50 %	21,40 %	2,30 %	48,9 %
3º ESO	105	46,70 %	12,40 %	18,10 %	22,9 %

Gráfico 2. Educación Sexual: modalidad

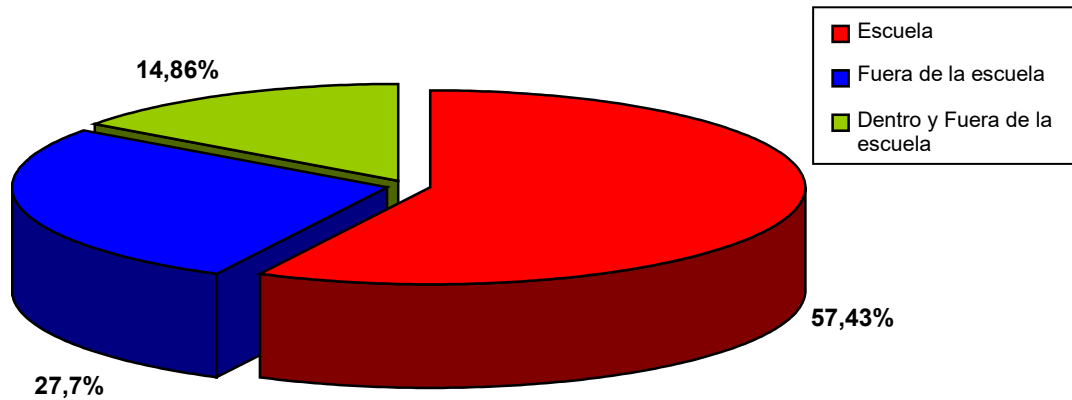


Gráfico 3. Educación Sexual 2° ESO

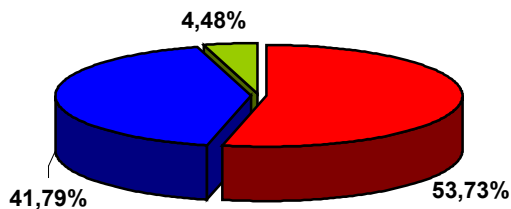
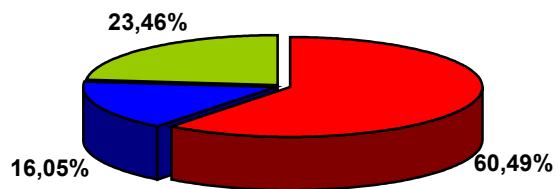


Gráfico 4. Educación Sexual 3° ESO



Como podemos ver en el Gráfico 2, la escuela es el lugar donde se imparte la Educación Sexual. Aproximadamente un 57% de los adolescentes que ha recibido Educación Sexual lo ha hecho en la escuela. Un 14,86% ha sido formado tanto en la escuela como fuera de ella. El 27,7% restante manifiesta que ha sido educado en temas de sexualidad fuera de la institución escolar. No obstante, no sabemos que tipo de Educación Sexual están recibiendo en la escuela estos jóvenes. Más allá de valoraciones, hemos de ser conscientes de que en general son lecciones referidas a anatomía, reproducción y, en el mejor de los casos, anticoncepción. En el currículo escolar no suelen tener cabida otros aspectos como lo son las emociones. Por otro lado, la incertidumbre respecto a los contenidos de la Educación Sexual aumenta si nos referimos al 27,7% de adolescentes que dice formarse fuera de la escuela. Desconocemos si este tipo de educación es No Formal o Informal. Sin embargo, la influencia de determinadas fuentes de información (Tabla 7) puede ser interpretada como educación por ellos.

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. Los datos nos muestran dos realidades importantes. En primer lugar, el número de adolescentes que contestó a esta cuestión fue muy reducido, tan sólo 101. Muchos de ellos no

se acordaban, e incluso algunos llegaron a señalar que el tiempo que dedicaron a leer una revista. Se evidencia la importancia de la Educación Informal. Debemos recordar que los padres y los profesores son las fuentes de información menos consultadas por lo que podemos afirmar que en muchos casos lo que se produce no es Educación Sexual sino contra-educación.

En segundo lugar, los datos reflejan que en pocos casos se imparten unidades superiores a cuatro horas. El 41,6% de los estudiantes que contestaron a esta pregunta recibieron como máximo una hora de Educación Sexual. Menos del 30% (29,7%) de los adolescentes asistieron a clases de hora y media o dos horas. Tomaron 3 horas de Educación Sexual el 14,8% de los encuestados. Tan sólo el 7,9% restante de los adolescentes recibieron más de 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. Es por ello que la Educación Sexual aún hoy es una asignatura pendiente. Tanto los padres como la escuela deben ser los primeros en acercar la sexualidad a las nuevas generaciones.

6.2. Conocimientos y actitudes sobre la Sexualidad Humana

El bloque de conocimientos y actitudes sobre sexualidad está compuesto por 54 ítems que engloban las cuatro dimensiones fundamentales de la sexualidad (García Blanco; 1994). Por ello se incluyen aspectos muy variados y diferenciados como lo son: la respuesta sexual, las practicas sexuales, la orientación sexual, la sexualidad a lo largo del ciclo vital, la prevención de enfermedades o los roles de género. Los adolescentes de la muestra debían valorar de 0 a 10 cada uno de los ítems, como ya hemos indicado. Por ello, en primer lugar, analizaremos los 25 ítems de valoración directa, es decir, cuya correcta puntuación es 10. Posteriormente mostraremos los resultados de los 29 ítems restantes, donde la respuesta correcta es 0. A continuación mostraremos las diferencias encontradas en función del sexo y del curso escolar. Finalmente, expondremos los resultados obtenidos por los adolescentes en el bloque analizándolo de forma global.

6.2.1. Análisis descriptivo de los ítems de valoración directa.

En el bloque de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad contamos con 25 ítems cuya correcta valoración es diez. Éstos son los ítems 4, 6, 7, 11, 13, 17, 19, 20, 22, 26, 27, 30, 31, 33, 36, 38, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 50, 52 y 53. Hemos analizado descriptivamente los datos y hemos agrupado los resultados de distintas puntuaciones reduciendo la escala de 0 a 10 a una escala Likert más convencional con valoraciones de 1 a 5. Para ello se han asociado los porcentajes obtenidos de las:

- a) Valoraciones entre cero y uno.
- b) Valoraciones entre dos y tres.
- c) Valoraciones entre cuatro y seis.
- d) Valoraciones entre siete y ocho.
- e) Valoraciones entre nueve y diez.

A continuación, en la Tabla 10 mostramos los resultados obtenidos de forma descendente, es decir, desde aquellos donde son altas las puntuaciones otorgadas por los adolescentes hasta aquellos otros donde las puntuaciones son muy bajas. En primer lugar se exponen, por tanto, aquellos ítems en los que la muestra demostró tener amplios conocimientos. En la parte inferior de la tabla aparecen, por su parte, los ítems en los que existe mayor desconocimiento por parte de los adolescentes de estas edades.

Tabla 10. Valores obtenidos en los ítems de valoración directa.

Bloque de Conocimientos y Actitudes (Ítems directos)	Nº casos perdidos	0 -1 (1)	2-3 (2)	4-6 (3)	7-8 (4)	9-10 (5)
<i>Ítem 36. Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.</i>	2	3,7 %	1,6 %	5,3 %	5,3 %	84,1 %
<i>Ítem 30. Una persona debe elegir con libertad sus gustos y preferencia sexuales.</i>	3	3,7 %	0,8 %	9 %	7,8 %	78,7 %
<i>Ítem 50. Practicando sin preservativo sexo oral puede transmitirse enfermedades, por ejemplo el SIDA.</i>	3	3,7 %	0,8 %	9 %	7,8 %	78,7 %
<i>Ítem 22. Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de E. T. S. es el preservativo.</i>	4	1,6 %	0,5 %	8,2 %	11,5 %	78,2 %
<i>Ítem 31. Las fantasías sexuales son totalmente normales.</i>	6	2,1 %	2,5 %	12,4 %	12,5 %	70,5 %
<i>Ítem 17. La comunicación y el diálogo son fundamentales en una relación de pareja.</i>	3	4,5 %	1,2 %	9,5 %	14,7 %	70,1 %
<i>Ítem 33. La masturbación es una práctica que realizan tanto personas homosexuales como heterosexuales.</i>	13	4,7 %	2,1 %	14,6 %	8,9 %	69,7 %
<i>Ítem 53. Cualquier persona puede contagiarse de SIDA independientemente de su nivel socioeconómico.</i>	13	4,7 %	2,1 %	14,6 %	8,9 %	69,7 %
<i>Ítem 27. Cualquiera puede contagiarse de SIDA, independientemente de su orientación sexual.</i>	10	2,5 %	1,3 %	15,2 %	11,4 %	69,6 %
<i>Ítem 47. Es buena la planificación para las relaciones sexuales.</i>	10	2,5 %	1,3 %	15,2 %	11,4 %	69,6 %
<i>Ítem 11. La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.</i>	8	3,8 %	2,1 %	11,3 %	14,6 %	68,2 %
<i>Ítem 26. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.</i>	5	2,9 %	2,1 %	15,7 %	11,1 %	68,2 %
<i>Ítem 46. La homosexualidad se ha dado a lo largo de la historia en distintas civilizaciones.</i>	5	2,9 %	2,1 %	15,7 %	11,1 %	68,2 %
<i>Ítem 13. La sexualidad es algo más que un simple acto. Está cargada de sentimientos, emociones y ternura.</i>	5	5 %	3,7 %	12 %	14,4 %	64,9 %
<i>Ítem 20. La Educación Sexual es necesaria.</i>	3	7,8 %	2 %	10,3 %	18,8 %	61,1 %
<i>Ítem 40. La masturbación es una práctica saludable, sirve para disfrutar y conocerse a uno mismo.</i>	13	9 %	3 %	22,2 %	17,1 %	48,7 %
<i>Ítem 41. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.</i>	7	2,9 %	5,9 %	22 %	20,5 %	48,7 %
<i>Ítem 45. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.</i>	23	5,4 %	4 %	22,7 %	21 %	46,9 %
<i>Ítem 4. La homosexualidad es una preferencia sexual tan aceptable como la heterosexualidad.</i>	7	12,5 %	9,60 %	22,1 %	13,7 %	42,1 %
<i>Ítem 6. La primera vez que una chica mantiene relaciones sexuales puede quedarse embarazada.</i>	8	13,4 %	6,3 %	27,6 %	13,8 %	38,9 %
<i>Ítem 38. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).</i>	21	28,3 %	4,9 %	15 %	13,7 %	38,1 %
<i>Ítem 19. Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.</i>	17	13 %	13,1 %	30 %	14,3 %	29,6 %
<i>Ítem 7. Las personas mayores (ancianos y ancianas) practican sexo.</i>	8	21,8 %	14,2 %	33,5 %	14,2 %	16,3 %
<i>Ítem 52. El cerebro es el órgano sexual más importante.</i>	13	45,7 %	9 %	27,8 %	7,2 %	10,3 %
<i>Ítem 43. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el petting (actividad sexual sin penetración) se consideran relaciones sexuales.</i>	9	56,7 %	16,4 %	16,8 %	4,6 %	5,5 %

*Se ha trabajado con porcentajes válidos, es decir, sin contar los casos perdidos.

Como podemos observar en la Tabla 10 nuestros adolescentes respaldan la autonomía y la libertad sexual. Son conscientes de que cada individuo es dueño de su sexualidad y debe elegir de forma libre sus gustos o preferencias sexuales. Por ello, están claramente de acuerdo con el ítem 36 y con el ítem 30. El 84,1% de los jóvenes encuestados consideran que cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella. Estos adolescentes valoran este enunciado con puntuaciones superiores a nueve. En el caso del ítem 30, la tasa de se reduce ligeramente. Un 78,7% está totalmente de acuerdo con que cada persona elija libremente sus gustos y preferencias sexuales. Aunque aparentemente nuestros adolescentes defienden la libertad en el ámbito de la sexualidad aparecen tasas claramente inferiores en otros ítems que se refieren a homosexualidad y prácticas sexuales. Así, encontramos que tan sólo un 42,1% de los participantes consideran igualmente de aceptable la homosexualidad en comparación de la heterosexualidad (ítem 4). Descubrimos, también, una aceptación no mayoritaria del sexo oral (48,7% al ítem 41) y de la masturbación (48,7% al ítem 40). A la vista de estos resultados podemos decir que a un plano teórico se mantiene una actitud favorable hacia las preferencias de cada individuo, pero cuando descendemos a un nivel más práctico, particularizando con ejemplos, aparecen las actitudes más tradicionales y conservadoras.

La prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) es otra de las áreas clásicas de la Educación Sexual. Los ítems referidos a estas cuestiones (ítems 22 y 50) nos revelan que, en general, nuestros adolescentes conocen la importancia del preservativo en la prevención de enfermedades. El 78,7% de los encuestados están totalmente de acuerdo en que se pueden transmitir enfermedades al practicar sexo oral sin preservativo. Asimismo, encontramos un 78,2% de jóvenes que consideran que el preservativo es el método más eficaz para evitar el contagio de E.T.S. No obstante, la confusión aumenta cuando nos referimos a la píldora u otras medidas del todo ineficaces, como veremos más adelante.

Los adolescentes de la muestra aceptan las fantasías sexuales como señalan los resultados obtenidos en el ítem 31. Esto es fundamental dado que una de las manifestaciones sexuales características de este periodo son las fantasías sexuales (Ballester y Gil, 2006; Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005; Zubeidat, Ortega, Villar y Sierra, 2003) y un rechazo a las mismas puede suponer un gran conflicto para los adolescentes. Afortunadamente, un 70,5% de los encuestados está totalmente convencido de que tener fantasías sexuales es normal. Éstas son valoradas de forma negativa, cómo algo anormal, por menos del 5% de la muestra. Es decir aproximadamente 5 adolescentes de cada 100 se enfrenta a un dilema, puesto que tienen o pueden tener fantasías sexuales pero las rechazan y las entienden como algo incorrecto.

La comunicación y el dialogo son altamente valorados por los adolescentes de la muestra. De esta manera, un 70,1% los señalan como muy fundamentales (ítem 17). En el ítem 13, que hace alusión también a los aspectos emocionales y relacionales de la sexualidad, encontramos unas tasas de alta aceptación del enunciado próximas al 65%. Estos resultados revelan que no

existe un interés instrumental e impersonal por el sexo. Los adolescentes de hoy entienden la sexualidad dentro de la pareja y la convivencia, sustentada por los sentimientos, el afecto y la comunicación.

Los peores resultados aparecen en torno a tres ejes: alternativas sexuales sin riesgos, prevención de embarazos y la sexualidad a lo largo del ciclo vital. Más de la mitad de los encuestados (56,7%) no considera relaciones sexuales a los besos, las caricias y el petting (ítem 43). Desgraciadamente sólo un 5,5% de los adolescentes ésta seguro de que estas conductas son sexo y, consecuentemente, que una relación sexual no implica el coito. La mayoría de los adolescentes, por lo tanto, carece de alternativas al coito. Para estos jóvenes ser sexualmente activo es practicar sexo con penetración, dejando apartados otros comportamientos y juegos muy gratificantes sexualmente y sin riesgos para la salud o de embarazos no deseados. El ítem 52, está muy relacionado con todo esto, ya que la visión más típica de la sexualidad vincula el sexo con el coito y la genitalidad. Para muchas personas los órganos sexuales son los genitales, sin embargo, el cerebro es un órgano sexual de vital importancia puesto que regula las sensaciones y funciona como inhibidor o desinhibidor del deseo sexual. Un 45,7% de los encuestados no cree que el cerebro sea un importante órgano sexual. Además, un 27,8% de los adolescentes no tiene una postura clara respecto a este aspecto, valorando con notas intermedias (de cuatro a seis) el contenido del enunciado. Es probable que a muchos de los jóvenes les haya sorprendido ésta afirmación e incluso no la hayan entendido.

La prevención de embarazos no deseados (END) es otro de los aspectos en los que nuestros adolescentes tienen más dudas. El 28,3% de los encuestados cree que durante el periodo menstrual es imposible que se produzca un embarazo (ítem 38). No obstante, cerca del 40% de los jóvenes de esta edad contemplan la posibilidad de embarazo durante el periodo menstrual, es decir, saben que se pueden producir ovulaciones no controladas y son, por lo tanto, conscientes del riesgo que entraña mantener relaciones coitales sin prevención durante la regla. En concordancia con estos resultados, encontramos que un 13,4% de los adolescentes siguen creyendo que no es posible el embarazo la primera vez que se mantienen relaciones coitales (ítem 7). Más del 25% de los participantes no tiene claro si la primera vez existe riesgo de embarazo o no, valorando entre cuatro y seis el enunciado. Tan sólo un 38,9% de los encuestados está totalmente seguro de la posibilidad de un embarazo no deseado en la primera vez. Es evidente que existe demasiada confusión en torno a estos dos grandes mitos sobre la invulnerabilidad de embarazo.

La sexualidad como elemento constituyente de la personalidad y que, por lo tanto, se da a lo largo de toda la vida es un aspecto que desconocen los adolescentes. El 21,8% de los encuestados no cree que las personas mayores practiquen sexo. El 14,2% de la muestra, por su parte, considera que practican sexo rara vez, puesto que valoran el ítem 6 con puntuaciones

entre dos y tres. Y un 33,5% no tiene una postura definida, puesto que otorgan al ítem notas entre cuatro y seis. En el caso del ítem 19, observamos una tendencia similar, pero cerca del 30% de los jóvenes coinciden en pensar que los ancianos tienen apetito sexual. En general, los adolescentes no contemplan la sexualidad en la vejez, pero no hemos de olvidar que estas cuestiones se alejan de su experiencia dado que son chicos y chicas de trece, catorce o quince años.

6.2.2. Análisis descriptivo de los ítems de valoración inversa.

Como ya hemos señalado, el bloque de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad cuenta con ítems inversos, es decir, ítems cuya correcta valoración es cero. Al igual que en el apartado anterior hemos efectuado un análisis descriptivo de los datos y hemos reducido nuestra escala Likert a otra con valores de 1 a 5. En este caso hemos sumado los porcentajes de las puntuaciones entre: diez y nueve, ocho y siete, seis y cuatro, tres y dos, y uno y cero. Correspondiéndose en la nueva escala, respectivamente, con los valores 1, 2, 3, 4 y 5. De esta manera concedemos la misma morfología a los resultados de los ítems directos e inversos.

A modo de resumen y para facilitar la interpretación de los datos presentamos, al final de este apartado, la Tabla 11. En ella aparecen de forma descendente los resultados obtenidos; desde los ítems en los que los adolescentes de la muestra mostraron mayor conocimiento hasta aquellos otros en los que se descubrieron más dificultades. En primer lugar se exponen, por tanto, aquellos ítems en los que la valoración de la muestra fue muy baja, próxima a cero. Seguidamente aparecen los ítems donde la valoración de la muestra fue intermedia. Finalmente, en la parte inferior de la tabla, se muestran los ítems cuyas elevadas puntuaciones, cercanas a diez, ponen de manifiesto su desconocimiento por parte de los adolescentes.

Al igual que en el apartado anterior observamos que las E.T.S. y el uso del preservativo son cuestiones que los adolescentes conocen. El 88,4% de ellos están seguros de que un mismo condón no puede utilizarse varias veces. Aunque este resultado es formidable nos parece peligroso que un 11,6% de los encuestados no este totalmente seguro de que los condones no son reutilizables, por el riesgo que puede entrañar. Los resultados obtenidos en el ítem 8 revelan un menor conocimiento de la píldora anticonceptiva. Un 61,5% de los adolescentes está seguro de que la píldora no es método de prevención de E.T.S. Pero cerca del 20% considera que sirve para prevenir contagios de forma eficaz (puntuaciones entre 7 y 8) o muy eficaz (puntuaciones entre 9 y 10). Por otro lado, las respuestas al ítem 42 revelan desconocimiento sobre el SIDA. Un 78,2% de los adolescentes consideran el SIDA una enfermedad de homosexuales. Sólo un 2,1% de los encuestados rechaza este enunciado con valores entre 3 y 0. Los adolescentes de hoy deberían conocer la existencia de prácticas de

riesgo en vez de pensar en grupos de riesgo. Es peligroso que atribuyan a un determinado colectivo el SIDA; puesto que aleja de ellos la percepción de riesgo y puede conllevar, además, actitudes homófobas. Parece que en general conocen las cuestiones preventivas, pero aún quedan aspectos y dudas que abordar en torno a las E.T.S.

La homosexualidad es concebida como una realidad que forma parte del individuo y que nada tiene que ver con la patología. El 68,1% de los adolescentes no dudan en afirmar que la homosexualidad no se puede curar. Un 16,1%, sin embargo, no tiene muy claro si la homosexualidad es una enfermedad o no. Desgraciadamente, más del 10% de los encuestados creen que la persona homosexual puede curarse. Podemos decir, recordando las respuestas sobre esta temática del apartado anterior, que nuestros adolescentes aceptan la homosexualidad. No obstante, aún quedan algunos vestigios de homofobia en las nuevas generaciones.

La igualdad entre los sexos y las cuestiones abiertamente de género son aspectos sociales de la sexualidad superados en cierto grado por los adolescentes de la muestra. El 65,8% de ellos no cree que los hombres sean superiores a las mujeres (ítem 5). Un 63,4% de los encuestados considera que la crianza de los hijos no es responsabilidad única de las mujeres (ítem 8). Un 57% rechaza la idea de que una esposa tiene la obligación de mantener relaciones sexuales con su marido cuando éste quiera (ítem 18); y un 46,2% defiende la igualdad laboral entre hombres y mujeres (ítem 54). Como muestran los resultados existe una tendencia generalizada a rechazar la discriminación hacia la mujer, el reparto de tareas en función del sexo, el abuso de los varones y el sexismo en el ámbito laboral. Creemos, sin embargo, que estas tasas no son lo suficientemente elevadas y que ponen de manifiesto el sostenimiento de determinados aspectos de la moral patriarcal. Es alarmante, por ejemplo, que un 43% de la muestra no rechace enérgicamente el enunciado del ítem 18. Nos parece desconcertante, asimismo, que en pleno siglo XXI un 53,8% de los encuestados se planteen en algún grado que los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres. Es por ello que creemos que aún quedan aspectos de género por superar.

La masturbación es una de las prácticas sexuales más generalizadas en la adolescencia. Por ello, no es sorprendente que un 65,5% de los adolescentes no se sienta mal cuando se masturba (ítem 9). Sin embargo, el 15,5% no tiene una postura definida en torno a éste ítem. Además, 47 personas no contestaron este ítem, probablemente porque no se masturban. Es posible, por lo tanto, que en muchos casos existan actitudes negativas hacia la masturbación. Los resultados del ítem 49 descubren una alta tolerancia hacia la masturbación. El 61,5% de los adolescentes no consideran repugnante la masturbación. Pero más de un 15% la consideran en algún grado una práctica repugnante (valoraciones entre 10 y 7). Estos resultados, en concordancia con el apartado anterior, revelan la existencia de actitudes negativas y de rechazo a la masturbación en algunos de los encuestados. Como veremos más

adelante en esta cuestión los adolescentes varones poseen posturas claramente más abiertas que las mujeres.

La sociedad transmite a sus miembros sus creencias y actitudes. Éstas son, en algunos casos, erróneas. Nuestros adolescentes pueden conocer y aceptar, por tanto, falsos mitos y scripts sexuales sobre una sexualidad normal o acerca de la respuesta sexual. Por ello, incluimos en este bloque del cuestionario varios de los grandes mitos en torno a la sexualidad (Moreno y López Navarro, 2001; Sánchez y García, 2001). Muchos de ellos han aparecido como ampliamente aceptados por los encuestados. El 53,8% de los adolescentes consideran, por ejemplo, que una relación sexual completa es aquella en la que hay penetración (ítem 35). Tan sólo un 4,7% de los participantes son plenamente conscientes de que una relación sexual es completa aunque no haya coito, dado que las sensaciones y el placer que se experimenta no dependen de este último. Está muy extendida, también, la creencia de que el orgasmo es fundamental en una relación sexual (ítem 21). El 48,7% de los adolescentes así lo cree. Más del 20% de los jóvenes encuestados considera que alcanzar el orgasmo es muy importante aunque no fundamental, puesto que dan al ítem puntuaciones entre siete y ocho. No califican en absoluto como fundamental el orgasmo un 2,9% de los adolescentes. La mayoría, por tanto, perseguirá el orgasmo en sus relaciones en vez de dedicar ese tiempo a relajarse, compartir y disfrutar. Además, demasiados adolescentes (46,9%) piensan que el orgasmo es más placentero cuando ambas personas llegan a la vez. Son pocos los encuestados, 5,4%, que saben que el orgasmo es igual de placentero cuando la pareja lo alcanza a la vez o por separado. Todos estos mitos otorgan gran importancia al coito y al orgasmo. Las personas que los comparten pueden llegar a tener grandes dificultades y complejos al ver que no se adaptan sus vivencias a lo establecido.

Los medios de comunicación de masas, entre los que destacan, como hemos visto, la televisión, las revistas e INTERNET, proponen un patrón de sexualidad caracterizado por la espontaneidad y la "naturalidad". Los protagonistas de las películas, por ejemplo, mantienen encuentros inesperados, casi furtivos. Muchos de los adolescentes consideran que un buen encuentro sexual debe seguir este modelo; es decir, ser repentino y cargado de pasión. Por ello, contemplamos esta cuestión en el ítem 16. El 44,1% de los adolescentes de la muestra acepta totalmente el enunciado del ítem. Un 21% de los encuestados considera que es buena una relación espontánea, otorgando puntuaciones entre 7 y 8. Desde nuestra perspectiva resulta evidente el riesgo que este tipo de creencias entraña. Aquellos adolescentes que se vean envueltos en encuentros de este tipo probablemente carezcan de medidas preventivas, debido a su carácter espontáneo.

Los medios de comunicación transmiten además, un ideal de belleza muy determinado. Muchos adolescentes, sobre todo las mujeres, se sienten presionados a adaptarse al mismo y tienen grandes dudas acerca de su atractivo. En las relaciones interpersonales y de pareja de

nuestros adolescentes esto puede suponer un gran obstáculo. El 70,5% de los encuestados consideran que tener un cuerpo bello es importante en las relaciones sexuales. Menos del 5% los adolescentes de la muestra rechazan el contenido del ítem 51. Los miedos, los complejos y la falta de seguridad son, a la vista de los resultados, algunos de los problemas a los que se enfrenta la gente joven en sus relaciones interpersonales.

Finalmente, en los ítems 48 y 28 hemos observado gran confusión por parte de la muestra. En ambos casos 73 adolescentes (un 26,9% de muestra) dejaron la pregunta sin contestar. Hemos creído interesante, por ello, mostrar los porcentajes en función de toda la muestra y no ceñirnos únicamente a los casos validos, como hemos hecho hasta ahora. El 29,2% de la muestra (41,4% de los casos validos) considera que la Educación Sexual incita claramente a mantener relaciones sexuales. Asimismo, un 12,2% de toda la muestra (17,2% de los que contestaron al ítem) cree que la Educación Sexual incita en algún sentido a mantener relaciones sexuales. Tan sólo el 3,2% de los adolescentes (4,6% de los casos validos) rechaza firmemente el enunciado de este ítem. Si comparamos estas respuestas con las obtenidas en el ítem 20, que plantea que la Educación Sexual es necesaria, la falta de concordancia es notoria. Como podemos observar en el Gráfico 6, el 60,3% de toda la muestra considera necesaria la Educación Sexual. Los mismos jóvenes que dan importancia a la educación en estas temáticas son quienes dudan si la Educación Sexual puede incitar o no a mantener relaciones sexuales. Los mitos y actitudes negativas en torno a la Educación Sexual son una realidad en nuestra sociedad, pero no debemos olvidar que está ampliamente demostrado que la Educación Sexual no incita a mantener relaciones sexuales sino que produce el efecto contrario (Sueiro, Perdiz y Diéguez, 2005; ONUSIDA, 1997; Ubillos y Navarro, 2003).

Gráfico 5. La Educación Sexual incita a matener relaciones sexuales

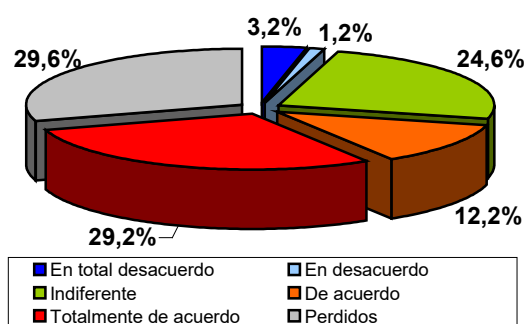
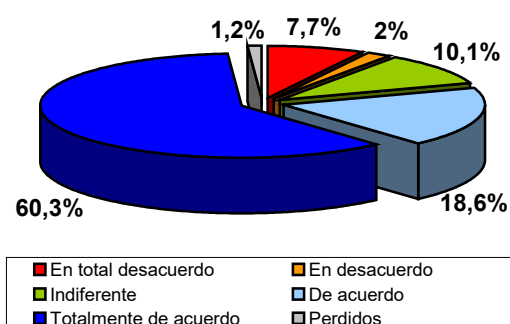


Gráfico 6. La Educación Sexual es necesaria



Los resultados obtenidos en el ítem 28 muestran gran desconocimiento de la respuesta sexual femenina por parte de los adolescentes de la muestra. Un 29,6% de los adolescentes no contesta al ítem. Un 29,2% está totalmente convencido de la existencia de dos tipos de orgasmos femeninos. Un 4,4%, sin embargo, se cuestiona o niega la existencia de dos tipos de orgasmos. Entre los adultos está muy extendida esta creencia y no es de extrañar que entre los adolescentes sea así también. El elevado número de adolescentes que no contesta puede estar evidenciando una falta de adaptación del ítem al nivel de estos adolescentes.

Tabla 11. Valores obtenidos en los ítems de valoración inversa.

Bloque de Conocimientos y Actitudes (Ítems inversos)	Nº casos perdidos	10-9 (1)	8-7 (2)	6-4 (3)	3-2 (4)	1-0 (5)
<i>Ítem 15. Un mismo condón (preservativo masculino) puede ser utilizado varias veces.</i>	5	2,5 %	1,2 %	3,3 %	4,6 %	88,4 %
<i>Ítem 2. La homosexualidad se puede curar.</i>	12	8,5 %	3,8 %	12 %	7,6 %	68,1 %
<i>Ítem 5. Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.</i>	4	7,8 %	3,7 %	16,1 %	6,6 %	65,8 %
<i>Ítem 9. Me siento mal cuando me masturbo.</i>	47	4 %	6,5 %	15,5 %	8,5 %	65,5 %
<i>Ítem 8. La mujer debe ser quien se encargue del cuidado y crianza de los hijos.</i>	4	3,3 %	2,9 %	23,4 %	7 %	63,4 %
<i>Ítem 29. La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras E. T. S.</i>	21	13,3 %	6,2 %	11,9 %	7,1 %	61,5 %
<i>Ítem 49. La masturbación es una práctica repugnante.</i>	21	11,1 %	6,2 %	14,1 %	7,1 %	61,5 %
<i>Ítem 18. La esposa debe mantener relaciones sexuales con su marido cuando éste quiere...</i>	3	9,4 %	7,8 %	16,8 %	9 %	57 %
<i>Ítem 23. La masturbación es una práctica que sólo realizan las personas solteras (sin pareja).</i>	9	5,5 %	4,6 %	16,8 %	16,4 %	56,7 %
<i>Ítem 34. La regla es como una enfermedad: hace que las chicas estén débiles y cansadas.</i>	9	13,4 %	7,2 %	21 %	12,2 %	46,2 %
<i>Ítem 54. Los hombres merecen mejores puestos de empleo que las mujeres.</i>	9	13,4 %	7,2 %	21 %	12,2 %	46,2 %
<i>Ítem 32. El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo perverso.</i>	13	10,3 %	7,2 %	27,8 %	9 %	45,7 %
<i>Ítem 1. La menopausia supone el fin del apetito sexual para la mujer.</i>	16	7,4 %	8,6 %	32,9 %	14,3 %	36,8 %
<i>Ítem 24. La "marcha atrás" es una forma eficaz de evitar embarazos.</i>	30	14,7 %	4,7 %	27,1 %	17,1 %	36,4 %
<i>Ítem 44. Los hombres experimentan mayor deseo sexual que las mujeres.</i>	30	14,7 %	4,7 %	27,1 %	17,1 %	36,4 %
<i>Ítem 10. La sexualidad comienza con el primer coito.</i>	11	16,9 %	12,3 %	28,4 %	8,9 %	33,5 %
<i>Ítem 12. La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer.</i>	6	33,2 %	10,4 %	17,8 %	7,1 %	31,5 %
<i>Ítem 37. Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.</i>	25	18 %	15,8 %	36 %	8,6 %	21,6 %
<i>Ítem 14. Los chicos pueden tener hijos tras su primera eyaculación (expulsión de semen).</i>	17	33 %	17,9 %	28,7 %	2,6 %	17,8 %
<i>Ítem 39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo.</i>	22	32 %	14,2 %	32 %	6,7 %	15,1 %
<i>Ítem 3. El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales.</i>	6	30,3 %	19,9 %	27,8 %	7,9 %	14,1 %
<i>Ítem 16. Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.</i>	9	44,1 %	17,7 %	26 %	5,9 %	6,3 %
<i>Ítem 25. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.</i>	23	46,9 %	21 %	22,7 %	4 %	5,4 %
<i>Ítem 35. Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.</i>	11	53,8 %	18,2 %	21,2 %	2,1 %	4,7 %
<i>Ítem 28. Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.</i>	73	41,4 %	17,2 %	35,1 %	1,7 %	4,6 %
<i>Ítem 48. La Educación Sexual incita a mantener relaciones sexuales.</i>	73	41,4 %	17,2 %	35,1 %	1,7 %	4,6 %
<i>Ítem 21. El orgasmo es fundamental en una relación sexual.</i>	7	48,7 %	20,5 %	22 %	5,9 %	2,9 %
<i>Ítem 51. Tener un cuerpo "bello" es importante en una relación sexual</i>	6	70,5 %	12,5 %	12,4 %	2,5 %	2,1 %
<i>Ítem 42. El SIDA es enfermedad de homosexuales.</i>	4	78,2 %	11,5 %	8,2 %	0,5 %	1,6 %

*Se ha trabajado con porcentajes válidos, es decir, sin contar los casos perdidos.

6.2.3. Conocimientos y actitudes en función del sexo.

La sexualidad, al igual que muchos otros aspectos de nuestra vida, está regulada por prescripciones sociales. Determinadas conductas, por ejemplo, son válidas para un sexo y ampliamente rechazadas para el otro. En general la educación de ellos y de ellas es distinta. A los chicos se les enseña a cultivar su masculinidad y a ser más abiertos con las conductas sexuales. A ellas, sin embargo, a ser más cerradas y sexualmente menos activas y explícitas. Los scripts sexuales ejercen su influjo desde la infancia y median en las interacciones que se producen durante la adolescencia. Los conocimientos y las actitudes sobre la sexualidad de nuestros adolescentes serán, por tanto, muy diferentes en chicos y chicas. Por ello, hemos aplicado a este bloque la prueba T de comparación de medias para muestras independientes, en este caso varones y mujeres. En más de la mitad del bloque encontramos diferencias significativas entre varones y mujeres. Los varones, en general, tienen más actitudes sexistas, homófobas y valoran más aspectos instrumentales del sexo. Las mujeres, por su parte, rechazan en mayor medida la masturbación y el sexo oral, y valoran más los aspectos emocionales del sexo.

En primer lugar abordaremos los ítems que hacen referencia a cuestiones de género. En todos los casos que presentamos en la Tabla 12 no se ha asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas. Los varones consideran significativamente más que las mujeres que los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres ($p < 0,01$); aunque hemos de señalar que las medias no son altas. En concordancia, descubrimos que los varones simpatizan significativamente más con la idea de que la mujer debe ser quien se encargue de los hijos ($p < 0,01$). En el caso de ítem 18 existen nuevamente diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$). Aunque las mujeres de la muestra acepten en menor grado que los varones el enunciado observamos un incremento en la media con respecto a los dos ítems anteriores. Consideramos, como ya expusimos en el apartado anterior, que las medias tanto para chicos como para chicas son extremadamente altas para la gravedad del contenido del ítem. El reparto de tareas es una cuestión central de género. El ítem 26 plantea la necesidad de un reparto en la pareja de las tareas del hogar. En este caso ellas obtienen una media más alta. Existen nuevamente diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$); no obstante, los adolescentes, en general, apoyan el reparto de labores domésticas.

Finalmente los últimos ítems que aparecen en la tabla hacen referencia a aspectos menos evidentes relacionados con el género. Convencionalmente se ha otorgado a la mujer un rol más pasivo en el ámbito sexual, y se ha entendido que el deseo y la actividad sexual eran patrimonio de la masculinidad. Por ello incluimos un ítem sobre el mayor deseo sexual de los hombres en relación a las mujeres. Las medias en ambos casos son elevadas; los varones tienen una media de 8,23 y las mujeres de 6,76. Se han hallado diferencias significativas

entre los varones y las mujeres ($p < 0,01$). En este caso se evidencia una gran aceptación de este mito tanto por parte de los varones como de las mujeres. Pero debido a las diferencias encontradas, podemos decir que ellos comparten más esta creencia. El último ítem que aparece en la tabla (ítem 1) combina tanto falsas concepciones sobre el deseo de la mujer, cómo la cuestión de la sexualidad a lo largo de la vida. En este caso los varones en relación a las mujeres consideran en mayor grado que la menopausia supone el fin del apetito sexual para las mujeres ($p < 0,05$).

Tabla 12. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems de género.

	Sexo	N	Media	Desv. típ.	t	gl	Sig. Bilateral
Ítem 5. Los hombres poseen cualidades superiores a la mujeres	Varón	125	3,18	3,68	6,17	186,40	< 0,01
	Mujer	118	0,88	1,87			
Ítem 8. La mujer debe ser quien se encargue de la crianza y cuidado de los hijos.	Varón	126	2,83	3,11	5,71	211,52	< 0,01
	Mujer	117	0,95	1,94			
Ítem 18. La esposa debe mantener relaciones sexuales con su marido cuando este quiera...	Varón	126	3,62	3,69	5,30	226,50	< 0,01
	Mujer	118	1,45	2,63			
Ítem 26. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.	Varón	125	7,88	2,82	-3,81	212,85	< 0,01
	Mujer	117	9,03	1,81			
Ítem 44. Los hombres experimentan mayor deseo sexual.	Varón	117	8,23	2,43	3,44	214,24	< 0,01
	Mujer	100	6,76	3,02			
Ítem 1. La menopausia supone el fin del apetito sexual de la mujer.	Varón	115	3,89	3,33	2,11	221,23	< 0,05
	Mujer	116	3,03	2,78			

De la misma manera que las mujeres poseen actitudes más favorables a la igualdad de género, como ya hemos visto, ocurre con las actitudes de tolerancia a la homosexualidad. En la Tabla 13 presentamos aquellos ítems referidos a la homosexualidad y a la libertad sexual en los que se han hallado diferencias significativas entre varones y mujeres. En todos los casos, salvo en el ítem 12, no se ha asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas. Los varones adolescentes creen que la homosexualidad es una enfermedad significativamente más que las mujeres de la muestra ($p < 0,01$). Además ellas consideran en mayor grado igual de aceptable la homosexualidad y la heterosexualidad. Se han encontrado, por ello, diferencias significativas entre varones y mujeres en el ítem 4 ($p < 0,01$). Las mujeres de la muestra rechazan igualmente que la única sexualidad correcta sea la que se da entre un hombre y una mujer. No obstante, aún habiendo diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$), las medias de ambos indican la existencia de actitudes conservadoras. Nuevamente, encontramos diferencias significativas entre varones y mujeres respecto al enunciado del ítem 30 ($p < 0,01$). Las mujeres consideran en mayor grado que una persona debe elegir con libertad sus preferencias y gustos sexuales. Los resultados del ítem 36, en concordancia con los resultados expuestos hasta ahora, revelan

una mayor aceptación por parte de las mujeres del enunciado de este ítem. Existen por tanto diferencias significativas entre las medias de varones y de mujeres ($p < 0,05$). Finalmente, las mujeres reconocen en mayor grado y significativamente más que los varones ($p < 0,01$) la trayectoria histórica y antropológica de la homosexualidad (ítem 46). A la vista de los resultados podemos decir que las adolescentes poseen actitudes más tolerantes hacia la homosexualidad que sus coetáneos varones.

Tabla 13. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems en torno a la homosexualidad y a la libertad.

	sexo	N	Media	Desv. típ.	t	gl	Sig. bilateral
Ítem 2. <i>La homosexualidad se puede curar.</i>	varón	122	2,69	3,68	3,84	205,73	< 0,01
	mujer	113	1,16	2,31			
Ítem 4. <i>La homosexualidad es una preferencia sexual tan aceptable como la heterosexualidad.</i>	varón	122	5,28	3,69	-6,54	219,93	< 0,01
	mujer	118	7,98	2,65			
Ítem 12. <i>La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer*.</i>	varón	124	6,06	4,03	3,66	239,00	< 0,01
	mujer	117	4,20	3,88			
Ítem 30. <i>Una persona debe elegir con libertad sus gustos y preferencias sexuales.</i>	varón	126	8,43	2,96	-3,23	174,81	< 0,05
	mujer	118	9,36	1,31			
Ítem 36. <i>Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quien decida sobre ella.</i>	varón	127	8,68	2,72	-2,59	213,58	< 0,05
	mujer	118	9,42	1,70			
Ítem 46. <i>La homosexualidad es una orientación que se ha dado a lo largo de la historia...</i>	varón	125	7,88	2,82	-3,81	212,85	< 0,01
	mujer	117	9,03	1,81			

* Se han asumido varianzas iguales: la prueba de Levene no ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas.

Como ya hemos indicado, los chicos aprenden desde niños que el varón tiene más deseo sexual y que el coito es una forma de expresión de su masculinidad. Las chicas, por su parte, valoran más las emociones y otros aspectos de la sexualidad. No es sorprendente por ello que los varones de la muestra den más importancia al coito y al orgasmo que las mujeres. Hemos encontrado, en los ítems referidos a estas temáticas, diferencias significativas entre varones y mujeres, tras aplicar la prueba T de comparación de medias para muestras independientes. A continuación presentamos en la Tabla 14 los resultados obtenidos en estos cinco ítems. En todos los casos, menos en el ítem 25, se han asumido varianzas iguales dado que la prueba de Levene no ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas.

El coito y el orgasmo son dos aspectos considerados por los chicos muy relevantes en las relaciones sexuales. Los adolescentes varones de la muestra dan al coito una importancia significativamente mayor que sus compañeras ($p < 0,01$). En el caso del orgasmo, más valorado por ambos sexos, existen también diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$). De igual manera, los varones consideran significativamente más que alcanzar el

orgasmo simultáneamente con la pareja es más placentero ($p < 0,01$). Esta muy extendida la idea de que la eyaculación implica el orgasmo. Curiosamente, las chicas comparten menos esta creencia; apareciendo diferencias significativas entre los y las adolescentes en el ítem 39 ($p < 0,01$). Respecto al papel que juega el cerebro en las relaciones sexuales encontramos, también, diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$). El enunciado del ítem 36 expone que el cerebro es el órgano sexual más importante. Ellas obtienen, por tanto, una media mayor (4,09) que los varones (2,43). En todos los casos se confirma que los adolescentes varones aprecian más los aspectos instrumentales del sexo que las mujeres. Pero, no debemos olvidar, que en todos los casos, tanto chicos como chicas, sobreestiman la importancia del coito, el orgasmo y los genitales.

Tabla 14. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems sobre el coito y el orgasmo.

	Sexo	N	Media	Desv. típ.	t	gl	Sig. bilateral																																												
Ítem 3. El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales*.	Varón	126	7,00	3,12	4,78	239,00	< 0,01																																												
	Mujer	115	5,04	3,22				Ítem 21. El orgasmo es fundamental en las relaciones sexuales*.	Varón	125	8,26	2,43	4,38	238,00	< 0,01	Mujer	115	6,81	2,72	Ítem 25. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	Varón	120	8,23	2,43	3,96	197,02	< 0,01	Mujer	104	6,76	3,02	Ítem 39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo*.	Varón	121	6,93	3,32	4,13	223,00	< 0,01	Mujer	104	5,12	3,23	Ítem 36. El cerebro es el órgano sexual más importante*.	Varón	121	2,43	3,29	-3,85	232,00	< 0,01
Ítem 21. El orgasmo es fundamental en las relaciones sexuales*.	Varón	125	8,26	2,43	4,38	238,00	< 0,01																																												
	Mujer	115	6,81	2,72				Ítem 25. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	Varón	120	8,23	2,43	3,96	197,02	< 0,01	Mujer	104	6,76	3,02	Ítem 39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo*.	Varón	121	6,93	3,32	4,13	223,00	< 0,01	Mujer	104	5,12	3,23	Ítem 36. El cerebro es el órgano sexual más importante*.	Varón	121	2,43	3,29	-3,85	232,00	< 0,01	Mujer	113	4,09	1,70								
Ítem 25. El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	Varón	120	8,23	2,43	3,96	197,02	< 0,01																																												
	Mujer	104	6,76	3,02				Ítem 39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo*.	Varón	121	6,93	3,32	4,13	223,00	< 0,01	Mujer	104	5,12	3,23	Ítem 36. El cerebro es el órgano sexual más importante*.	Varón	121	2,43	3,29	-3,85	232,00	< 0,01	Mujer	113	4,09	1,70																				
Ítem 39. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo*.	Varón	121	6,93	3,32	4,13	223,00	< 0,01																																												
	Mujer	104	5,12	3,23				Ítem 36. El cerebro es el órgano sexual más importante*.	Varón	121	2,43	3,29	-3,85	232,00	< 0,01	Mujer	113	4,09	1,70																																
Ítem 36. El cerebro es el órgano sexual más importante*.	Varón	121	2,43	3,29	-3,85	232,00	< 0,01																																												
	Mujer	113	4,09	1,70																																															

* Se han asumido varianzas iguales: la prueba de Levene no ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas.

La prevención de las ETS y de los embarazos, así como el correcto uso del preservativo son cuestiones en las que también se han encontrado al aplicar la prueba T de comparación de medias algunas diferencias en función del sexo. En la Tabla 15 mostramos los cuatro ítems sobre prevención en los que existen diferencias significativas. En todos ellos no se ha asumido varianzas iguales.

La mayoría de los adolescentes, como ya hemos indicado, saben que los condones no pueden ser reutilizados. Sin embargo, son significativamente más conscientes las mujeres de la muestra que los varones ($p < 0,01$). Sucede lo mismo respecto a la “marcha atrás” como forma de evitar embarazos. Los adolescentes varones la entienden como medida de prevención de embarazos significativamente más que las mujeres ($p < 0,01$). Es decir, ellas están mejor instruidas y conocen en mayor medida el peligro que conlleva la “marcha atrás”. Poseen, además, mejores conocimientos acerca del riesgo que implica practicar sexo oral sin protección. Por ello, se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$).

Es destacable, por el contrario, que son los varones quienes obtienen una media (8,23) significativamente mayor a las mujeres (6,76) con respecto al ítem 45 ($p < 0,01$). Este ítem plantea la necesidad de dejar un espacio en el extremo del preservativo para el fluido seminal. Las adolescentes conocen más aspectos preventivos de manera teórica. Sin embargo, los adolescentes varones conocen la prevención desde un plano más práctico. Es probable que muchos de los chicos de la muestra hayan visto y tocado un preservativo. Por otro lado, el propio conocimiento de la respuesta sexual masculina puede estar ejerciendo un papel determinante en la respuesta de los varones al ítem 45. Consideramos, no obstante, que ellas están mejor informadas; pero que ambos sexos deben ampliar sus conocimientos sobre ETS, embarazos y medidas preventivas.

Tabla 15. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems sobre prevención de ETS y preservativos.

	Sexo	N	Media	Desv. tip.	t	GI	Sig. bilateral
<i>Ítem 15. Un mismo condón puede ser utilizado varias veces.</i>	Varón	125	1,01	2,56	2,84	163,37	< 0,01
	mujer	117	0,31	1,00			
<i>Ítem 24. La marcha atrás es una forma eficaz de evitar embarazos.</i>	Varón	117	4,31	3,65	3,44	214,24	< 0,01
	mujer	100	2,77	2,93			
<i>Ítem 45. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar un espacio (...) para el fluido seminal.</i>	Varón	120	8,23	2,43	3,96	197,02	< 0,01
	mujer	104	6,76	3,02			
<i>Ítem 50. Practicando sin preservativo sexo oral pueden transmitirse enfermedades...</i>	Varón	126	8,43	2,96	-3,23	174,81	< 0,01
	mujer	118	9,36	1,31			

A lo largo de este apartado hemos comprobado que las mujeres poseen actitudes más positivas hacia la homosexualidad, hacia la igualdad de género, hacia la prevención de embarazos y ETS y hacia los aspectos emocionales y afectivos del sexo. Sin embargo, y como anunciábamos al comienzo del apartado, las chicas tienen actitudes más negativas que los varones hacia la masturbación o el sexo oral. En primer lugar, observamos en el ítem 9 que tan sólo 77 de las 119 mujeres de la muestra responden. Es decir, un 35,29% de las chicas de la muestra no valoran si se sienten bien o mal cuando se masturban, probablemente porque no lo hacen. Se pone de manifiesto una situación diferencial entre chicas y chicos, ya que sólo 5 de estos últimos no responde. Podemos decir, por tanto, que ellos se masturban y muchas de las adolescentes no. En los tres ítems sobre masturbación que aparecen en la tabla siguiente existen diferencias significativas ($p < 0,01$). No hemos asumido varianzas iguales puesto que la prueba de Levene detectó diferencias significativas entre las varianzas. Al comparar las medias de varones y mujeres descubrimos que las chicas que se masturban se sienten significativamente peor que los varones. Además, consideran sustancialmente menos que la masturbación sea una práctica saludable. Resulta interesante comprobar que incluso los chicos conocen significativamente mejor la realidad de la masturbación femenina ($0 < 0,01$). Ellas

obtienen, en el ítem 11, una media de 7,58 (DT=2,89) y los adolescentes varones obtienen, por su parte, una media de 9,13 (DT=1,86). Es decir, muchas de las adolescentes que no se masturban creen que sus coetáneas tampoco lo hacen; y muchas de las que sí se masturban consideran que no es una práctica mayoritaria y popular entre las chicas.

Tabla 16. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems sobre el sexo oral y la masturbación.

	Sexo	N	Media	Desv. tip.	T	GI	Sig. bilateral
Ítem 9. Me siento mal cuando me masturbo.	Varón	123	1,21	2,56	-4,13	135,70	< 0,01
	Mujer	77	2,99	3,19			
Ítem 11. La masturbación es una práctica que realizan también las mujeres.	Varón	125	9,13	1,86	3,94	190,05	< 0,01
	Mujer	114	7,88	2,89			
Ítem 40. La masturbación es una práctica saludable, sirve para disfrutar y conocerse.	Varón	123	8,41	2,25	5,96	185,11	< 0,01
	Mujer	111	6,10	3,47			
Ítem 32. El sexo oral es algo perverso*.	Varón	121	2,43	3,30	-3,85	232,00	< 0,01
	Mujer	113	4,09	3,28			
Ítem 41. Considero que el sexo oral es aceptable*.	Varón	125	8,27	2,43	4,38	238,00	< 0,01
	Mujer	115	6,81	2,72			

* Se han asumido varianzas iguales: la prueba de Levene no ha encontrado diferencias significativas entre las varianzas.

Se aprecian actitudes menos favorables hacia el sexo oral en las mujeres. En los dos ítems sobre este tema que aparecen en la tabla se ha asumido varianzas iguales. Las mujeres consideran perverso al sexo oral significativamente más que los varones ($p < 0,01$), y aceptan esta práctica en menor medida ($p < 0,01$). Nuevamente observamos en las adolescentes menor tolerancia a prácticas sexuales no convencionales. La educación de ellos y ellas es distinta. Mientras a los varones se les enseña que la sexualidad es la prolongación de su masculinidad, a las mujeres se las educa para negar ciertas parcelas de su sexualidad, como, por ejemplo, la masturbación.

Finalmente, en la Tabla 17 se exponen los dos últimos ítems en los que hemos encontrado diferencias significativas entre varones y mujeres tras aplicar la prueba T de comparación de medias. En ambos casos, no se han asumido varianzas iguales. Las adolescentes están significativamente más de acuerdo con que la comunicación y el dialogo son fundamentales en la pareja ($p < 0,05$). No es de extrañar, que ellas aprecien en mayor medida estos valores, puesto que tradicionalmente han sido patrimonio de las mujeres. Observamos también que aunque todos consideran necesaria la Educación Sexual, ellas lo hacen en mayor grado; hallándose diferencias significativas entre los chicos y las chicas ($p < 0,05$).

Tabla 17. Diferencias significativas de medias entre varones y mujeres en ítems sobre educación y comunicación.

	Sexo	N	Media	Desv. típ.	T	gl	Sig. bilateral
<i>Ítem 17. La comunicación y el dialogo son fundamentales en la pareja.</i>	Varón	126	8,27	3,06	-2,34	223,60	< 0,05
	Mujer	118	8,99	2,83			
<i>Ítem 20. La Ecuación Sexual es necesaria.</i>	Varón	126	7,67	3,28	-1,98	233,79	< 0,05
	Mujer	118	8,41	2,54			

A lo largo de este apartado hemos comprobado que la sexualidad es una dimensión de la personalidad en la que existen grandes diferencias entre los varones y las mujeres. Ellas aceptan la homosexualidad y son más precavidas con su sexualidad. Poseen mejores conocimientos en materia preventiva, probablemente porque muchas de las consecuencias les afectan directamente. Estiman necesaria la Educación Sexual, ya que quieren estar bien informadas. Sin embargo, son más reacias a la expresión de su sexualidad mediante la masturbación. Rechazan determinadas conductas sexuales y desconocen ciertos aspectos más prácticos de la prevención. Los chicos, por su parte, tienen más prejuicios y comparten más mitos en torno a la sexualidad. No obstante, son más abiertos a la expresión de su propia sexualidad, aunque a veces no lo sean con la del otro, como ocurre con la homosexualidad. Los y las adolescentes constituyen dos realidades casi antagónicas pero complementarias. Es necesario, por tanto, el acercamiento de ambos sexos a través de una adecuada Educación Sexual.

6.2.4. Conocimientos y actitudes en función del curso escolar.

La experiencia otorga cierta sabiduría en estos temas. En ausencia de una Educación Sexual amplia y con su propio currículo, la vida se torna como maestra. Por ello, las falsas creencias y el desconocimiento de aspectos claves de la sexualidad van desapareciendo con la edad. Nosotros confrontamos las respuestas dadas en cada ítem de este bloque por los estudiantes de 2º de ESO y los de 3º de ESO. Para ello utilizamos la prueba T de comparación de medias para muestras independientes, entre los alumnos de 2º de ESO y alumnos de 3º de ESO. Descubrimos diferencias significativas en 18 ítems del bloque. Presentamos, a continuación, los resultados agrupándolos en función de la temática de los ítems.

Los adolescentes de 2º de la ESO tienen mayores dificultades para reconocer que la sexualidad se da a lo largo de la vida, es decir que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Por ello, encontramos diferencias significativas respecto al ítem 1 y al ítem 10;

asumiendo varianzas iguales. Es típico creer que tras la menopausia las mujeres pierden el interés sexual y por tanto su sexualidad. Al comparar las medias de las respuestas de los participantes de 2º de ESO y 3º de ESO a esta cuestión; descubrimos que los más jóvenes comparten significativamente más esta creencia ($p < 0,05$). Además, creen en mayor medida y de forma significativa ($p < 0,01$) que la sexualidad comienza con el coito. Olvidándose así de la sexualidad infantil, puberal, e incluso de la suya propia. Los mayores, sin embargo, no sitúan el coito como el inicio de la sexualidad. Desconocemos si consideran el nacimiento como el inicio de la sexualidad, pero es obvio que son conscientes de que en su realidad existe sexualidad. En concordancia encontramos una mayor valoración del coito en 2º de ESO. En ambos cursos el coito es valorado como importante en las relaciones sexuales pero se han hallado diferencias muy significativas ($p < 0,01$) al comparar las medias. Quizás los adolescentes más mayores han vivido determinadas experiencias afectivas y sexuales, muy importantes y gratificantes para ellos, pero sin llegar al coito. No sería extraño en ese caso, que valoran ese tipo de vivencias. Los adolescentes más jóvenes, por su parte, poseen una menor experiencia y, en general, sus juicios y opiniones sobre sexo están basados en los comentarios y vivencias de otros. Es sencillo, de esta manera, compartir tópicos y sobrevalorar la importancia del coito.

Tabla 18. Diferencias entre 2º de ESO y 3º de ESO en ítems sobre la sexualidad a lo largo de la vida y el coito.

	Curso	N	Media	Desv. típ.	t	gl	Sig. Bilateral
Ítem 1. La menopausia supone el fin del apetito sexual en la mujer*.	2º ESO	127	3,89	3,01	2,37	229	< 0,05
	3º ESO	104	2,93	3,11			
Ítem 10. La sexualidad comienza en el primer coito*.	2º ESO	132	5,17	3,60	4,51	234	< 0,01
	3º ESO	104	3,13	3,25			
Ítem 3. El coito o penetración es lo más importante en las relaciones sexuales*.	2º ESO	137	6,72	3,11	3,61	239	< 0,01
	3º ESO	104	5,20	3,39			

**Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.*

Los estereotipos de género, las actitudes y creencias sexistas están más arraigados en las primeras etapas de la adolescencia (García-Vega, Fernández y Rico, 2005). Durante el transcurso de la misma éstos tienden a relativizarse. Es por ello que encontramos diferencias significativas en varios ítems sobre sexismo e igualdad de género. En la Tabla 18 mostramos las medias obtenidas en ambos cursos y la prueba T de comparación de las mismas. En todos los casos, salvo en el ítem 37, no se han asumido varianzas iguales.

En general, los adolescentes encuestados no creen que los hombres sean superiores a las mujeres; ni consideran que el cuidado y la crianza de los hijos es único deber de la madre. Sin embargo, los chicos y chicas de 2º de ESO aceptan significativamente más estos mitos que sus

compañeros y compañeras de 3º de ESO. Éstos últimos, por su parte, refrendan en mayor grado el reparto en la pareja de las tareas domésticas; hallándose nuevamente diferencias significativas entre ambos cursos ($p < 0,01$). Los adolescentes de edades menores están más tipificados sexualmente. Es decir, consideran en mayor medida que hombres y mujeres son distintos y deben, por lo tanto, desempeñar papeles diferenciados. Con la edad y la experiencia las creencias machistas se reducen.

Los datos muestran, además, diferencias significativas en el ítem 18. Afortunadamente, los adolescentes de mayor edad no creen apenas que la esposa deba mantener relaciones sexuales con su marido cuando éste quiera, incluso si a ella no le apetece. Aparentemente la edad difumina esta creencia, lo que resulta esperanzador debido a la gravedad de la misma.

El último ítem que presentamos en la Tabla 19 no es propiamente de género. Sin embargo, posee matices de índole sexista; ya que atribuye menor sexualidad a las mujeres. En contraste a lo expuesto con anterioridad los adolescentes más jóvenes rechazan en mayor grado la idea de que las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo; encontrándose diferencias significativas ($p < 0,01$). Tradicionalmente se ha entendido que las mujeres tienen mayores dificultades para alcanzar el orgasmo. Es probable que los chicos y chicas más mayores conozcan esta creencia porque hayan leído más revistas o la hayan oído más veces en la televisión. No obstante, nos parece un resultado destacable; pero no debemos obviar que tanto en 2º de ESO como en 3º de ESO las medias son próximas a 5. Se evidencia cierto desconocimiento, puesto que no se posicionan abiertamente en ninguno de los dos extremos.

Tabla 19. Diferencias entre 2º de ESO y 3º de ESO en ítems sobre igualdad de género.

	Curso	N	Media	Desv. tip.	t	gl	Sig. bilateral
Ítem 5. Los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres.	2º ESO	137	2,56	3,53	2,98	238,64	< 0,01
	3º ESO	106	1,42	2,46			
Ítem 10. La mujer debe ser quien se encargue del cuidado y crianza de los hijos.	2º ESO	138	2,24	2,99	2,09	240,31	< 0,05
	3º ESO	105	1,51	2,40			
Ítem 26. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas.	2º ESO	136	8,03	2,77	-3,07	234,88	< 0,01
	3º ESO	104	8,95	1,85			
Ítem 18. La esposa debe mantener relaciones sexuales con su marido cuando este quiera...	2º ESO	138	3,13	3,72	3,12	241,79	< 0,01
	3º ESO	106	1,84	2,77			
Ítem 37. La mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo*.	2º ESO	129	4,44	3,29	-2,80	220,00	< 0,01
	3º ESO	93	5,70	3,32			

* Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.

La prevención de embarazos y de ETS es una de las materias donde los estudiantes de 3º de ESO poseen mayores conocimientos que sus compañeros de 2º de ESO. Es obvio que tras haber recibido en Biología la lección de reproducción humana estas cuestiones estén más claras y presentes. Debemos recordar que nuestro cuestionario se realizó justamente después de este tema. Así hemos encontrado diferencias significativas entre ambos cursos respecto a la no reutilización del preservativo ($p < 0,01$), a la identificación del preservativo cómo método preventivo de mayor eficacia ($p < 0,05$), y a la ineficacia de la píldora en la prevención de ETS ($p < 0,01$).

Tabla 20. Diferencias entre 2º de ESO y 3º de ESO en ítems sobre la prevención.

	Curso	N	Media	Desv. típ.	t	GI	Sig. bilateral
Ítem 15. <i>Un mismo condón puede ser utilizado varias veces.</i>	2º ESO	138	1,00	2,50	3,46	176,64	< 0,01
	3º ESO	104	0,22	0,82			
Ítem 22. (...) <i>el método más eficaz para evitar el contagio de ETS es el preservativo.</i>	2º ESO	138	8,76	2,16	-2,61	236,55	< 0,05
	3º ESO	105	9,36	1,42			
Ítem 29. <i>La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS.</i>	2º ESO	128	4,02	9,00	3,30	154,52	< 0,01
	3º ESO	98	1,26	2,64			

Los resultados obtenidos respecto a la homosexualidad revelan una mayor tolerancia en los adolescentes de 3º de ESO. Éstos consideran aceptable la homosexualidad significativamente más que sus compañeros de 2º de ESO ($p < 0,05$). Aunque todos reconocen que la homosexualidad es una realidad que se ha dado a lo largo de la historia y en distintas civilizaciones, los adolescentes de mayor edad obtienen una media significativamente mayor, $p < 0,01$. Tanto los estudiantes de 2º de ESO como los de 3º de ESO tiene serias dificultades para reconocer que es correcta la sexualidad entre personas del mismo sexo. Sin embargo, se han encontrado diferencias significativas entre ambos cursos ($p < 0,01$) en el ítem 12. Es decir, los adolescentes escolarizados en 3º de ESO rechazan en mayor medida el enunciado del ítem. En general, y como ocurría con las creencias sexistas, con la edad y la experiencia tienden a desarrollarse actitudes positivas hacia la homosexualidad y a desaparecer las actitudes negativas. Pero debemos subrayar los resultados obtenidos en el ítem 42. Contrariamente a lo esperado los adolescentes de 3º de ESO consideran significativamente más que el SIDA es una enfermedad de homosexuales ($p < 0,05$). Como ya hemos visto poseen mejores conocimientos sobre ETS y prevención, por lo que está no es la explicación. Creemos que aún prevalecen demasiados mitos acerca de la homosexualidad así como actitudes negativas.

Tabla 21. Diferencias entre 2º de ESO y 3º de ESO en ítems sobre homosexualidad.

	Curso	N	Media	Desv. tip.	t	GI	Sig. Bilateral
Ítem 4. <i>La homosexualidad es una preferencia tan aceptable como la heterosexualidad*.</i>	2º ESO	136	6,13	3,50	-2,44	238,00	< 0,05
	3º ESO	104	7,23	3,39			
Ítem 12. <i>La única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer*.</i>	2º ESO	137	5,75	4,13	2,64	239,00	< 0,01
	3º ESO	104	4,37	3,86			
Ítem 42. <i>El SIDA es una enfermedad de homosexuales.</i>	2º ESO	138	8,76	2,16	-2,61	236,55	< 0,05
	3º ESO	105	9,36	1,42			
Ítem 37. <i>La homosexualidad es una orientación que se ha dado a lo largo de la historia...</i>	2º ESO	136	8,04	2,77	-3,07	234,88	< 0,01
	3º ESO	106	8,95	1,85			

* Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.

Finalmente, presentamos en la Tabla 22 los últimos dos ítems en los que se han hallado diferencias significativas al comparar las medias de 2º ESO y 3º de ESO. En todos ellos no se han asumido varianzas iguales puesto que la prueba de Levene ha detectado diferencias significativas entre las varianzas. Los adolescentes de 3º de ESO poseen actitudes más positivas hacia la masturbación, encontrándose diferencias significativas entre los dos cursos ($p < 0,01$). La masturbación es una práctica frecuente en la adolescencia. Algunos adolescentes comienzan a edades tempranas, entre los 9 y los 10 años. Esta práctica va generalizándose a lo largo de los primeros años de la adolescencia. La mayoría de los adolescentes se masturban entre los 13 y los 14 años (Ballester y Gil, 2006). No es sorprendente, por tanto, que las actitudes positivas vayan forjándose con la edad y la experiencia. Es más fácil rechazar aquello que uno no conoce y no practica. De igual manera, resulta más sencillo aceptar y no censurar las prácticas que se realizan. Por ello, los estudiantes más mayores, en la franja de edad donde están generalizada la masturbación, poseen actitudes más positivas.

En el ítem 51 observamos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los dos cursos. Los estudiantes de 2º de ESO otorgan menor importancia a la belleza del cuerpo en las relaciones sexuales que sus compañeros de 3º ESO. Los adolescentes más jóvenes ven más lejanas las relaciones sexuales y además, como ya hemos indicado, consideran en mayor grado que el coito es fundamental y supone el inicio de la sexualidad. Las actividades de conquista, caricias y juegos se alejan, por tanto, de su concepto de relación sexual. Los adolescentes más mayores, por el contrario, sufren la influencia del atractivo para aproximarse y acceder a las personas deseadas. Se sienten más presionados y presionadas a regular su aspecto a los patrones de belleza. La superficialidad y la inseguridad se integran en sus relaciones. No obstante, la diferencia de edad de los dos grupos no es elevada; por lo que este resultado nos parece muy interesante.

Tabla 22. Diferencias entre 2º de ESO y 3º de ESO en otros ítems.

	Curso	N	Media	Desv. típ.	t	gl	Sig. bilateral
Ítem 49. La masturbación es una práctica repugnante.	2º ESO	128	4,02	9,00	3,30	154,52	< 0,01
	3º ESO	98	1,26	2,64			
Ítem 51. Tener un cuerpo bello es importante en una relación sexual.	2º ESO	135	8,36	2,58	-1,99	236,04	< 0.05
	3º ESO	106	8,92	1,80			

La experiencia y la maduración sirven para relativizar muchas creencias y sentimientos. Los datos muestran una mayor aceptación de la sexualidad propia y ajena de los adolescentes más mayores. Diversos estudios han puesto de manifiesto que los adolescentes sostienen unos estereotipos más intensos que los adultos (Oliva, Serra, y Vallejo, 1997; Emmerich y Shepard, 1982) Es necesario ayudar a los adolescentes a conocer, comprender y aceptar su propia sexualidad. El conocimiento de uno mismo y de sus necesidades facilita la aceptación del otro. El realismo y la tolerancia deben ser, por tanto, dos aspectos claves en el tratamiento de cuestiones sexuales.

6.2.5. Valoración global del bloque de conocimientos y actitudes sobre sexualidad, una medida única.

Con el bloque de conocimientos y actitudes sobre sexualidad podemos valorar el nivel general de conocimientos que poseen los adolescentes de la muestra. Para ello se han reducido las valoraciones dadas por cada encuestado a una única medida. En primer lugar, en una base de datos paralela, completamos las respuestas dadas en cada ítem. Es decir, nosotros otorgamos una nota en aquellos casos en los que el alumno no se posicionó con una puntuación. En los ítems de formulación directa, como la correcta valoración es 10 y quienes no habían contestado demostraban desconocimiento, completamos con una puntuación de 0. En el caso de los ítems de valoración inversa, puntuamos cada ítem sin respuesta con un 10, puesto que la valoración correcta era 0. Posteriormente recodificamos con el programa SPSS 15.0 los ítems del bloque. El procedimiento seguido contempla tres fases:

1) Fase primera: Recodificación de los ítems de valoración directa

Calculamos mediante la fórmula que aparece a continuación una nueva variable a la que hemos denominado *Variable Resultante de los ítems Directos* (V.R.D.).

$$V.R.D. = (\text{Ítem dir. 1} + \text{Ítem dir.2} + \dots + \text{Ítem dir. 25})$$

Sumamos los valores de los 25 ítems directos que posee el cuestionario, es decir de los ítems 4, 6, 7, 11, 13, 17, 19, 20, 22, 26, 27, 30, 31, 33, 36, 38, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 50, 52 y 53. De esta manera los adolescentes que contestarán con perfección la parte del bloque formada por ítems de valoración directa obtendrán una nota de 250. Por su parte, aquellos que contestasen de forma totalmente errónea esta parte del bloque tendrían una nota de 0. Así todos los adolescentes de la muestra consiguen una nota entre estos dos valores en función de sus conocimientos.

2) Fase primera: Recodificación de ítems de valoración inversa

Al igual que con los ítems de valoración directa, calculamos una nueva variable a la denominamos *Variable Resultante de los ítems Inversos* (V.R.I.) mediante la siguiente fórmula:

$$\text{V.R.I.} = 290 - (\text{Ítem inv. 1} + \text{Ítem inv.2} + \dots + \text{Ítem inv. 29})$$

La V.R.I. debía cuantificar los resultados de la misma manera que la V.R.D. Es decir, aquel adolescente que contestase perfecta esta parte del bloque debía obtener una puntuación de 290, puesto que esta parte del bloque tiene 29 ítems. Por su parte, quien contestara mal a todos los ítems de formulación inversa obtendría una puntuación de 0. Por ello, sumamos los valores dados en cada ítem. Restamos de 290 el resultado obtenido; para que las puntuaciones fueran de 0 a 290. Nuevamente cada sujeto de la investigación obtenía una nota en función de los conocimientos demostrados por sus respuestas.

3) Fase tercera: Elaboración de la fórmula final

Finalmente elaboramos una nueva variable que aporta información de los ítems de valoración directa e inversa de forma conjunta. A esta variable la denominamos *Variable Final del Bloque* (V.F.B.).

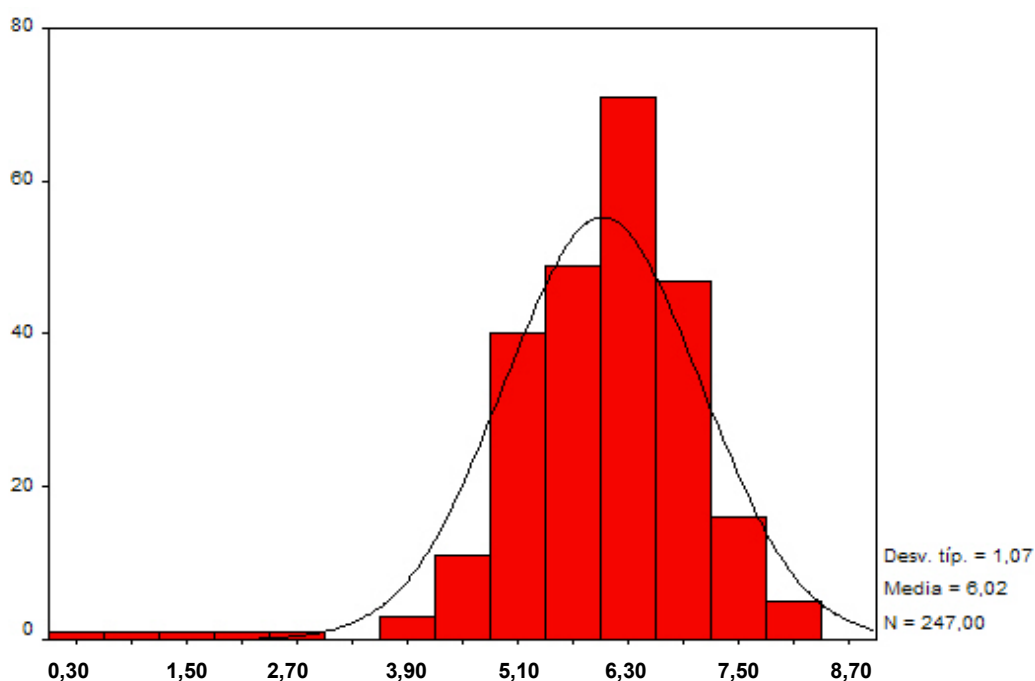
La suma de V.R.D. y V.R.I. sitúa a cada sujeto en una escala que oscila entre 0 y 540, siendo 540 la mejor puntuación posible. Como lo que queríamos era evaluar el nivel de conocimientos demostrado por cada adolescente transformamos el valor en otro más comprensible, que diera a los estudiantes una nota entre 0 y 10 (sistema convencional de evaluación); para ello sólo tuvimos que dividir entre el número de ítems. La fórmula final que configura la nueva variable es:

$$\text{V.F.B.} = \frac{\text{V.R.D.} + \text{V.R.I.}}{54}$$

6.2.5.1. Resultados obtenidos en la Variable Final del Bloque (V.F.B.)

En general, los adolescentes de la muestra poseen un nivel medio en las cuestiones que plantea el bloque de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad. Los valores obtenidos por los participantes oscilan entre el 0 y el 8,02; siendo la media 6,02 (DT=1,07). Es decir, tienen cierto conocimiento de las cuestiones del bloque pero no un dominio de las mismas. Un 10,53% de la muestra no alcanza el 5. El 89,47% restante posee una nota igual o superior a 5. Aunque la mayoría de los participantes aprueban el bloque, no encontramos adolescentes que obtengan puntuaciones elevadas. Tan sólo el 0,40% de la muestra puntúa por encima del 8. A continuación presentamos el Gráfico 7 que contempla las puntuaciones obtenidas por los 247 sujetos de la muestra. Como observamos en el mismo entre el 5 y el 7 se concentra el 74,9% de la muestra.

Gráfico 7. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la V.F.B.



Comparamos los resultados obtenidos en todo el Bloque por los varones y las mujeres adolescentes de la muestra. Para ello aplicamos la prueba T de comparación de medias a la V.F.B. Hemos asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas. La media obtenida por las adolescentes es de 6,28 (DT = 0,95), los varones, por su parte, obtuvieron una media de 5,79 (DT = 1,12). Se han encontrado, por lo tanto, diferencias significativas entre los varones y las mujeres ($p < 0,01$). Es decir, aunque el conocimiento demostrado por ambos sexos es medio, las chicas demuestran en el bloque tener un mayor nivel de conocimientos. Como ya hemos indicado con anterioridad, poseen mejores actitudes hacia la homosexualidad y la igualdad entre los sexos. Conocen mejor, además, las enfermedades de transmisión sexual y los aspectos preventivos

relacionados con ellas. Conceden menor importancia a la genitalidad, al coito y a la instrumentalidad de la sexualidad y valoran la Educación Sexual. Se pone de manifiesto, por tanto, un mayor interés por seguir aprendiendo y una menor conformidad con determinadas cuestiones sexuales. No obstante, no debemos olvidar que, aunque ellas posean mejores conocimientos en un plano teórico, han experimentado en menor grado su sexualidad y pueden poseer una visión sesgada de su propia sexualidad.

Aplicamos nuevamente a la V.F.B. la prueba T de comparación de medias para las muestras independientes de 2º de ESO y 3º de ESO. En este caso no se asumieron varianzas iguales puesto que la prueba de Levene encontró diferencias significativas entre las varianzas. Los adolescentes de 3º de ESO obtuvieron una media de 6,32 (DT = 0,77) y sus compañeros de 2º ESO alcanzaron una media de 5,80 (DT = 1,20). Se han hallado, por lo tanto, diferencias significativas entre ambos cursos ($p < 0,01$). Como ya hemos indicado, la edad y la experiencia difuminan el efecto de scripts sexuales y favorecen una mayor aceptación de la sexualidad propia y de la sexualidad del otro. Los adolescentes de 3º de ESO sienten mayor interés por las cuestiones referentes a la sexualidad y conocen mejor las ETS y su prevención. Además, 3º de ESO es un nivel educativo en el que tienen cabida determinados aspectos de Educación Sexual, como la reproducción o los métodos anticonceptivos.

Tabla 23. Diferencias en función del sexo y el curso escolar en los resultados en la V.F.B.

		N	Media	D. T.	T	gl	Sig. Bilat.	
Variable Final del Bloque (V.F.B.)	Sexo*	Varones	128	5,79	1,12	-3,69	245,00	< 0,01
		Mujeres	119	6,28	0,95			
	Curso	2º ESO	141	5,80	1,20	-4,04	239,56	< 0,01
		3º ESO	106	6,32	0,77			

* Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.

La medida única del bloque nos permite, además, comparar el conocimiento real de los adolescentes con su autovaloración del nivel de conocimientos en materia de sexualidad. Descubrimos que los adolescentes consideran que poseen un nivel de conocimientos superior al que demuestran en el bloque (ver Gráfico 8 y Gráfico 9). El 16,6% de la muestra considera que tiene un nivel muy bueno de conocimientos. Sin embargo, tan sólo el 0,4% demuestra tener ese alto nivel de conocimientos. No obstante, el 55,87% de los adolescentes obtiene puntuaciones buenas en el bloque. El 31,95% de los adolescentes considera que conoce regular las cuestiones de sexualidad; pero el porcentaje que se desprende de las respuestas dadas en bloque es mayor. El 40,49% mostró tener un nivel regular de conocimientos. Poseen unos conocimientos y actitudes sobre la sexualidad muy deficientes cerca del doble de los encuestados que considera que su nivel es muy insuficiente. El 1,62% de los adolescentes demuestra grandes errores en sus conocimientos pero sólo 0,83% reconoce esta situación.

Gráfico 8. Conocimiento demostrado en el bloque

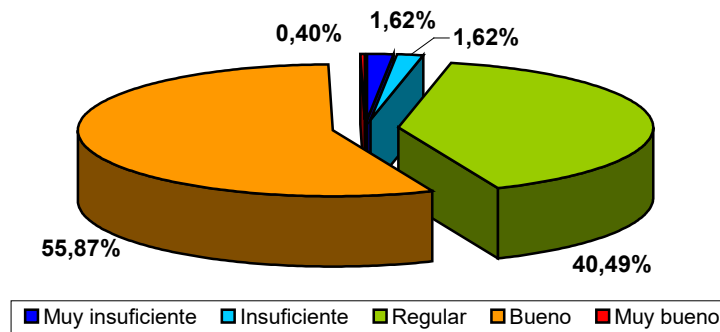
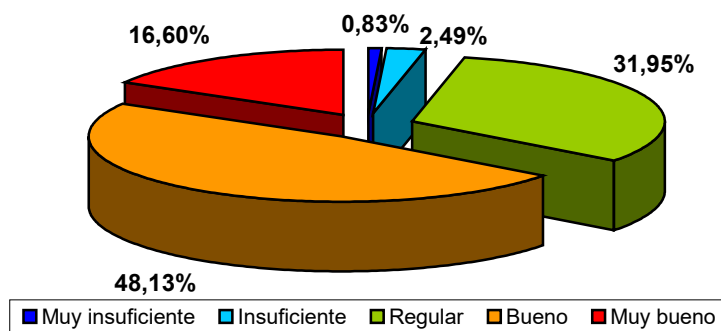


Gráfico 9. Autopercepción del nivel de conocimientos



Los adolescentes deben ajustar la valoración de sus propios conocimientos. Sobrevalorar los conocimientos propios favorece que se asuman riesgos tanto emocionales como para la salud. Además puede suscitar un menor interés por seguir aprendiendo. Conseguir que los adolescentes quieran aprender a conocer los distintos aspectos de la sexualidad es el único camino para que puedan vivirla de forma plena y sana.

6.3. Prevención de embarazos

¿Cuáles son las medidas para evitar embarazos que conocen los adolescentes? Ésta es una de las cuestiones centrales de muchos de los estudios sobre sexualidad adolescente. Para descubrir el conocimiento que tienen los sujetos estudiados en materia preventiva, abordamos esta cuestión desde una doble perspectiva. Los encuestados tenían que escribir las medidas preventivas que conocieran y posteriormente evaluar de cero a diez su eficacia.

Entre todas las aportaciones de los adolescentes de la muestra hemos podido reunir hasta 34 medidas para evitar embarazos, muchas de ellas de dudosa eficacia. En la Tabla 24 las presentamos en un listado. La tabla incluye, además, las frecuencias con las que cada una de ellas es señalada por los participantes de nuestra investigación. Aunque la mayoría de las

medidas enumeradas no son relevantes debido a su escasa frecuencia, nos muestran desconocimiento por parte de los estudiantes. Existen dificultades en cuanto a la terminología científica y a la definición de conceptos. Parece existir cierta confusión, por ejemplo, con los términos: castración, esterilidad, histerectomía, ligadura de trompas y vasectomía. Sus respuestas nos inducen a pensar, también, que algunos adolescentes sólo han oído hablar de estas cuestiones y no las han tratado en profundidad; así aparecen como métodos para evitar embarazos “los conceptivos” o la “píldora del mes después”. Asimismo, nos parece preocupante que algunos de los jóvenes de la muestra señalen el aborto como medida para evitar embarazos. Se pone de manifiesto una falta de claridad en este concepto, ya que el aborto se realiza cuando ya se ha producido el embarazo. No obstante, debemos interpretar con relatividad todas estas cuestiones. Por ello, de ahora en adelante, vamos a trabajar sobre aquellas medidas que son señaladas por más del 10% de la muestra.

El preservativo masculino es el método preventivo más popular entre los adolescentes. Un 96,1% lo señala como medida para evitar embarazos. Sin embargo, 13 de éstos jóvenes no reflejaron la eficacia de esta medida; es decir, no la valoraron de cero a diez. Los resultados de las valoraciones del resto de los adolescentes nos indican que la eficacia media otorgada al condón es de 8,78 (DT=1,61). En general, podemos decir que la eficacia otorgada al preservativo masculino es algo inferior a la eficacia real del método, puesto que el condón es un método muy eficaz (Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro, 2004; Sánchez y Lozano, 2001). En el caso de la píldora anticonceptiva un 6,3% (n=10) de los participantes, que la escribieron como medida para evitar embarazos, se abstuvieron de realizar valoraciones en cuanto a su eficacia, probablemente por desconocimiento. La media otorgada a su eficacia es de 7,86 (DT=1,96). En este caso la eficacia otorgada es algo menor a la real; puesto que la píldora anticonceptiva es considerada como un método de alta eficacia (Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro, 2004; Sánchez y Lozano, 2001). Probablemente en muchos casos los adolescentes confunden eficacia con facilidad o conveniencia del uso de la medida. En cualquier caso, conceden una alta eficacia a la píldora anticonceptiva. Respecto a la píldora del día después, valorada por el 95,45 % de los sujetos que la anotaron, observamos que la puntuación media obtenida es ligeramente superior; $M=7,97$ (DT=2,16). Esta valoración es bastante acertada puesto que la eficacia real de este método es del 85% durante las primeras 72 horas (Sánchez y Lozano, 2001). No obstante, resulta alarmante la tendencia de muchos jóvenes a sobrestimar las virtudes de un método anticonceptivo de urgencia. Nuestros adolescentes deberían conocer y valorar otras medidas puesto que la píldora del día después está indicada para subsanar los posibles defectos de otros métodos. Está demasiado extendida, por lo tanto, esta medida. La marcha atrás es una cuestionable medida muy señalada. Un 95,59% de los sujetos que indicaron este método valoró la eficacia del mismo. La puntuación media obtenida es de 4,17 (DT=2,99). Aunque existe una percepción negativa de esta ineficaz medida, creemos que podría ser considerada por demasiados adolescentes, ya que el 27,5% de la muestra la anota, y que sería conveniente que la valoración de la misma fuera cercana a cero.

Tabla 24. Recuento de las medidas para evitar embarazos señaladas por la muestra.

Medida para evitar embarazos	Número de adolescentes que la proponen	Adolescentes que la proponen (%)
<i>Preservativo masculino</i>	230	96,1 %
<i>Píldora anticonceptiva</i>	158	64,0 %
<i>Marcha atrás</i>	68	27,5 %
<i>Píldora del día después</i>	66	26,7 %
<i>Ligadura de trompas</i>	59	23,9 %
<i>DIU</i>	56	22,7 %
<i>Vasectomía</i>	53	21,5 %
<i>Preservativo femenino</i>	39	15,8 %
<i>Abstinencia</i>	30	12,1 %
<i>Diafragma</i>	24	9,70 %
<i>Anillo vaginal</i>	19	7,70 %
<i>Espermicidas</i>	16	6,50 %
<i>Anticonceptivos</i>	15	6,10 %
<i>"Castración y/o estar capado"</i>	12	4,90 %
<i>Parches hormonales</i>	9	3,60 %
<i>Aborto.</i>	7	2,80 %
<i>Método ogino</i>	7	2,80 %
<i>Petting</i>	6	2,40 %
<i>Esterilidad</i>	6	2,40 %
<i>Temperatura basal</i>	4	1,60 %
<i>Masturbación</i>	4	1,60 %
<i>"Practicar mucho sexo"</i>	4	1,60 %
<i>Bolsas u otros objetos</i>	3	1,20 %
<i>Alcohol</i>	2	0,80 %
<i>Marihuana</i>	2	0,80 %
<i>Inyectables</i>	1	0,40 %
<i>Histerectomía</i>	1	0,40 %
<i>"Píldora del mes después"</i>	1	0,40 %
<i>"Conceptivos"</i>	1	0,40 %
<i>"Golpear la tripa de la chica"</i>	1	0,40 %
<i>Viagra</i>	1	0,40 %
<i>Penetración anal</i>	1	0,40 %
<i>Tener información sexual</i>	1	0,40 %
<i>Mantener relaciones de forma planificada</i>	1	0,40 %

La ligadura de trompas y la vasectomía son dos métodos anticonceptivos agresivos y definitivos. Aunque estos métodos son lejanos a las necesidades de los adolescentes de la muestra son conocidos por ellos. El 23,9% de los participantes señala la ligadura de trompas como medida para evitar embarazos, pero dos de los adolescentes no indican su validez. La eficacia media otorgada a este método es de 9,21 (DT = 1,76). En este caso, los adolescentes que proponen la ligadura de trompas conocen esta medida puesto que de muy alta eficacia (Sánchez y Lozano, 2001). En el caso de la vasectomía, indicada por el 21,5%, la media de las valoraciones dadas por los adolescentes es de 9,10 (DT = 1,90). Aunque uno de los adolescentes que indicó este método anticonceptivo no valoró su eficacia, podemos decir que los adolescentes que plantean la vasectomía como medida para evitar embarazos la conocen realmente, puesto que atribuyen una eficacia ajustada a la realidad.

El DIU es señalado por el 22,7% de la muestra, es decir por 56 adolescentes. De ellos 53 valoraron el nivel de eficacia de éste método anticonceptivo. La media obtenida es de 8,32 (DT = 1,73). Nuevamente observamos una correspondencia entre eficacia otorgada y real, puesto que el DIU es una medida de alta eficacia (Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro, 2004). El preservativo femenino es conocido por el 15,8 % de la muestra. La eficacia media obtenida de las valoraciones dadas por 37 de los 39 adolescentes es de 7,46 (DT = 2,21), siendo ligeramente inferior puesto que es un método de alta eficacia (Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro, 2004; Sánchez y Lozano, 2001). Aunque conocen la medida la mayoría de los adolescentes es muy probable que sean incapaces de explicarnos como se colocan o donde se adquieren. Es bastante improbable, por ello, que los utilicen en un futuro.

La abstinencia es una forma segura de evitar embarazos. Es señalada por el 12,1% de los encuestados, es decir por 30 adolescentes de la muestra. La eficacia media obtenida es de 7,66 (DT= 4,03). Entre los 29 adolescentes que valoran la eficacia de la abstinencia encontramos gran confusión. Es indudable que la abstinencia es una forma totalmente eficaz de evitar embarazos, sin embargo muchos de los participantes no la otorgan una nota elevada. Cómo se desprende de la baja media otorgada (7,66), se confunden eficacia y deseabilidad. Es decir, para muchos de los adolescentes la abstinencia es eficaz pero nada deseable puesto que implica inhibir una parte de su personalidad. Es probable que los encuestados hayan puntuado bajo este método por este motivo. Por otro lado, sólo un 12,1% contempla la medida, lo que pone de manifiesto que la abstinencia no supone ni puede suponer una alternativa de prevención para los adolescentes.

Creemos que los adolescentes deben conocer mejor métodos y medidas que estén a su alcance y que se ajusten a sus necesidades. El DIU, la vasectomía o la ligadura de trompas no son métodos indicados para ellos. Aunque los conozcan y valoren su eficacia de forma idónea, no los van a utilizar. Consideramos necesario profundizar en métodos accesibles e idóneos. En el campo de las relaciones coitales el preservativo ha de ser valorado como la mejor de las

medidas. No sólo evita los embarazos sino que previene los contagios de ETS. Por otro lado, hemos de promover alternativas al coito, puesto que las relaciones sexuales sin penetración son seguras y muy gratificantes. Debemos destacar que sólo 6 adolescentes contemplan el petting como medida para evitar embarazos, otorgándole un eficacia media de 8,67 (DT = 2,07). Es decir, aun hoy se entiende que sexo es igual a coito. Los adolescentes deben conocer las posibilidades que ofrecen las relaciones sexuales no coitales. Para ello son necesarios nuevos planteamientos educativos porque *“difícilmente se pensará en el sexo sin penetración o petting como un comportamiento sexual placentero si se desconoce la respuesta sexual humana femenina y masculina y el destacado papel del clítoris en la satisfacción y obtención del orgasmo en las mujeres”* (Ubillos y Navarro, 2003:250).

6.4. La escala « Double Standard Scale »

La Double Standard Scale (Caron, Davis, Halteman y Stickle, 1993) es una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) cuya corrección consiste en la suma de las puntuaciones dadas a los 10 ítems que la componen y en la obtención de la media. Para ello se ha de recodificar el ítem 8; puesto que es el único en el que un mayor grado de acuerdo implica una menor asunción del doble estándar sexual tradicional.

La prueba T de comparación de medias aplicada a la escala descubre que los varones de la muestra poseen una mayor adhesión al doble estándar sexual tradicional ($p < 0,01$). De tal manera que las mujeres obtienen puntuaciones menores ($M = 2,50$; $DT = 0,52$) a la de los varones ($M = 2,80$; $DT = 0,50$). Es decir, las adolescentes apoyan en menor grado la idea de que la actividad sexual, el deseo sexual y la experiencia sexual sean patrimonio de los chicos. Rechazan en mayor medida el rol pasivo otorgado tradicionalmente a la sexualidad femenina y no creen que la chica deba ser quien imponga los límites.

Los resultados obtenidos al comparar las medias de 2º de ESO ($M = 2,52$; $DT = 0,54$) y 3º ESO ($M = 2,55$; $DT = 0,51$) revelan diferencias estadísticamente significativas entre ambos cursos ($p < 0,05$). Es decir, los estudiantes de 2º de ESO presentan una mayor adhesión al doble estándar sexual tradicional. Estos adolescentes están más conformes con la creencia de una sexualidad polarizada; siendo más activa en los varones y, pasiva en las mujeres. Sin embargo, la edad y el nivel educativo contribuyen a eliminar viejos tópicos. Los adolescentes de 3º de ESO consideran en mayor medida que hombres y mujeres no deben desempeñar en el ámbito de su sexualidad papeles tan diferenciados.

Tabla 25. Diferencias en función del sexo y el curso escolar en la Double Standard Scale.

			N	Media	Desv. Típ.	t	gl	Sig. Bilat.
Variable Final del Bloque (V.F.B.)	Sexo*	Varones	112	2,80	0,50	4,25	218	< 0,01
		Mujeres	108	2,50	0,52			
	Curso*	2º ESO	126	2,72	0,54	2,30	218	< 0,05
		3º ESO	94	2,55	0,51			

* Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.

Además, los resultados nos revelan que son los varones quienes en mayor medida cambian sus concepciones, puesto que al comparar las medias de varones de 2º de ESO y varones de 3º de ESO se encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$). Sin embargo, entre las adolescentes de 2º de ESO y de 3º de ESO no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Tabla 26). No hemos de olvidar que el estándar sexual tradicional sitúa a la mujer en una posición de desventaja. Por lo que, es probable que las adolescentes se vean más determinadas en sus respuestas. Por otro lado, en la adolescencia es notable la distancia en el desarrollo psicosexual de chicos y chicas. No es extraño, por tanto, que ellas, psicológica y sexualmente más maduras, se adhieran en menor medida al estándar sexual tradicional. Es evidente que la sexualidad y la forma de entenderla siguen siendo aún hoy cuestiones de género. En cualquier caso, la edad y el nivel educativo ayudan a los varones a desterrar viejos tópicos sobre los roles sexuales de varones y mujeres.

Tabla 26. Diferencias entre cursos en la Double Standard Scale en función del sexo.

			N	Media	Desv. Típ.	t	gl	Sig. Bilat.
Variable Final del Bloque (V.F.B.)	Varones*	2º ESO	69	2,89	0,50	2,46	110	< 0,05
		3º ESO	43	2,65	0,47			
	Mujeres*	2º ESO	57	2,52	0,51	0,44	106	-
		3º ESO	51	2,48	0,53			

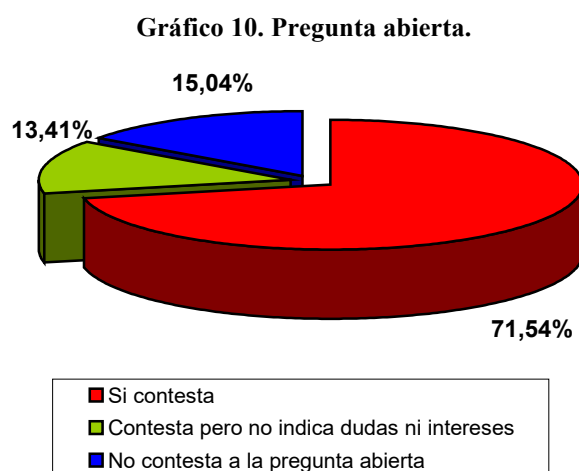
* Se han asumido varianzas iguales, puesto que la prueba de Levene no detectó diferencias significativas entre las varianzas.

6.5. Pregunta abierta

6.5.1. Definición de la submuestra

Para el análisis de esta pregunta utilizamos también el paquete estadístico SPSS 15.0. En primer lugar, clasificamos a los encuestados en función de las respuestas dadas a la pregunta abierta. Diferenciamos tres grupos: adolescentes que dejaron en blanco la pregunta abierta,

adolescentes que aunque escribieron en la pregunta abierta no indicaron ni intereses ni dudas y, finalmente, adolescentes que si indicaron sus intereses, opiniones y dudas (Gráfico 10).



Hemos codificado las respuestas dadas por el 71,54% de la muestra. A partir de ahora trabajaremos, por lo tanto, con una submuestra de 143 adolescentes. La distribución en función del sexo es bastante homogénea (Tabla 27). En 2º de ESO contamos con un 46,91% de varones y 53,09% de mujeres. En el curso de 3º de ESO un 45,16% son varones y un 54,84% son mujeres. Estos datos revelan que han sido los adolescentes varones quienes menos se han atrevido a preguntar o manifestar sus intereses; ya que en la muestra total eran el 51,8%. Respecto a la distribución por cursos encontramos nuevamente una ligera mayor representación de los adolescentes de 2º de ESO (Tabla 28).

Tabla 27. Valores y proporciones de varones de varones y mujeres de la submuestra

	Número de adolescentes	Porcentaje (%)
Varón	66	46,15 %
Mujer	77	53,84 %
<i>Total</i>	143	100,0 %

Tabla 28. Porcentajes de adolescentes de la submuestra distribuidos por curso y sexo

	Número de adolescentes	Porcentaje (%)
2º ESO	81	56,60 %
3º de ESO	62	43,40 %
<i>Total</i>	143	100,0 %

6.5.2. Intereses y dudas de los adolescentes

Hemos agrupado los comentarios escritos por los encuestados según su temática. Para ello hemos establecido categorías mediante un acuerdo interjueces. Finalmente, tras un largo debate, se han establecido 31 categorías (ver Tabla 29).

Tabla 29. Categorías encontradas en la pregunta abierta; valores y proporciones

Comentarios y preguntas sobre:	Frecuencia	Porcentaje
1. <i>Primera vez</i>	52	36,36 %
2. <i>Preservativo masculino</i>	52	36,36 %
3. <i>Otros métodos anticonceptivos y preventivos</i>	38	26,60 %
4. <i>Embarazo</i>	30	21,00 %
5. <i>Dolor, sangrado, etc. durante las relaciones sexuales</i>	29	20,28 %
6. <i>Masturbación</i>	27	18,88 %
7. <i>Sexo oral</i>	26	18,18 %
8. <i>Tipología de posturas o practicas sexuales</i>	23	16,10 %
9. <i>Anatomía masculina</i>	22	15,38 %
10. <i>Enfermedades de Transmisión Sexual (SIDA)</i>	20	13,99 %
11. <i>Respuesta sexual masculina</i>	19	13,29 %
12. <i>Necesidad de Educación Sexual e información</i>	18	12,59 %
13. <i>Respuesta sexual femenina</i>	16	11,19 %
14. <i>Menstruación</i>	15	10,49 %
15. <i>Anatomía femenina</i>	13	9,10 %
16. <i>Orientación sexual: homosexualidad y bisexualidad</i>	12	8,39 %
17. <i>Coito</i>	12	8,40 %
18. <i>Orgasmo</i>	12	8,40 %
19. <i>Preliminares y acercamiento a la otra persona</i>	9	6,30 %
20. <i>Sexo anal</i>	8	5,59 %
21. <i>Aborto</i>	7	4,90 %
22. <i>Falsos mitos y creencias sobre el sexo</i>	7	4,90 %
23. <i>Prácticas atípicas: tríos, orgías...</i>	7	4,90 %
24. <i>Religión, moralidad y ética en las relaciones</i>	5	3,50 %
25. <i>Pornografía</i>	4	2,80 %
26. <i>Prostitución</i>	4	2,80 %
27. <i>Parafilias y delitos sexuales: pederastia, violación, etc.</i>	3	2,10 %
28. <i>Aspecto y belleza</i>	3	2,10 %
29. <i>Juguetes sexuales</i>	2	1,40 %
30. <i>Fantasías sexuales</i>	2	1,40 %
31. <i>Ginecología</i>	2	1,40 %

Como podemos ver en la tabla, la primera vez, la prevención y el embarazo son los temas que más preocupan a nuestros adolescentes. El 36,36% de los encuestados plantean preguntas relacionadas con su futura primera experiencia. Existe, lógicamente, una elevada incertidumbre acerca de este aspecto en esta etapa del desarrollo. Las alusiones al preservativo masculino (condón) suponen también el 36,36% de la muestra. Los adolescentes plantean comentarios y preguntas sobre la correcta colocación, el precio, la eficacia e incluso la variedad de modelos y sabores. Nos parece fundamental que el condón sea un aspecto que interese a los adolescentes, sin embargo, algunas preguntas revelan demasiado desconocimiento por parte de ellos. Los comentarios sobre otros métodos preventivos y

anticonceptivos han sido planteados por el 26,60% de los encuestados. Lo que muestra que la prevención es el aspecto que más preocupa a las nuevas generaciones. El preservativo se torna como la mejor de las alternativas, es accesible y no sólo sirve para evitar embarazos sino que previene los contagios de ETS. No obstante, algunos adolescentes quieren conocer otros métodos y alternativas. En concordancia con lo expuesto, el embarazo, las circunstancias en las que puede producirse y las condiciones necesarias para evitarlo, constituyen otra de las grandes preocupaciones de los adolescentes. Un 30% de los encuestados plantean preguntas sobre este aspecto. Mantener contactos seguros y sin riesgo son requisitos indispensables en las relaciones sexuales para muchos adolescentes.

El miedo al dolor, al sangrado o incluso a la rotura o desgarro de la vagina o del pene supone la cuarta mayor preocupación de nuestros adolescentes. El 20,28% plantea cuestiones referidas a estos aspectos. Las chicas, como veremos más adelante, temen que el dolor esté demasiado presente en sus primeras relaciones. Los chicos por su parte se preocupan por el posible dolor de ellas, aunque algunos temen incluso, el dolor físico que les pueda producir el coito a ellos mismos.

El miedo, bien sea a las consecuencias o bien sea al dolor, está claramente presente en los adolescentes. Vivimos en una sociedad polarizada en donde se enseña a los jóvenes a desear las relaciones sexuales pero también se enseña a temerlas. La sociedad estimula el sexo con el abuso de los contenidos eróticos en la publicidad, en el cine, en la televisión, etc., pero, al mismo tiempo, niega la sexualidad adolescente puesto que ni los padres, ni la escuela ofrecen las condiciones a estos jóvenes para que vivan la sexualidad de forma saludable, y transmiten en muchos casos mensajes negativos como: el sexo es peligroso, el sexo es cosa de adultos, etc. (López y Fuertes, 1994). No es sorprendente, por lo tanto, que entre las informaciones más demandadas por los adolescentes de la muestra estén las referidas a preservativos u otras medidas preventivas, embarazo o dolor físico durante el coito.

Los adolescentes encuestados con una edad media de 14,26 años (D.T.= 0,95) están preocupados e interesados por la masturbación. Como ya hemos indicado, ésta es la época en la que se generaliza esta práctica. Cerca de un 20% de los encuestados plantea preguntas acerca de la conveniencia de la masturbación o de sus posibles efectos adversos. Muchos adolescentes aún creen que masturbarse puede ser malo, o que existe un número de veces recomendable y que no debe excederse. Nos parece preocupante esta cuestión puesto que la masturbación en una práctica muy extendida. Se hace patente cierto desequilibrio entre las actitudes hacia la masturbación y las conductas de los sujetos. Creemos que los sentimientos de culpabilidad o incluso miedo constituyen un riesgo emocional relevante para los adolescentes y que una buena Educación Sexual debe proporcionarles la capacidad de conocer y aceptar su sexualidad. Por otro lado, como indican López y Fuertes (1994:82) *“la masturbación durante la adolescencia no sólo tiene la función de satisfacer el deseo o aliviar la*

tensión sexual, sino que también ayuda a conocer el propio cuerpo, permite satisfacer determinadas necesidades en la fantasía, favorece la autoestima y la sensación del propio valor, e incluso, en ocasiones, sirve para superar otro tipo de tensiones, ansiedades, etc.” Es por ello, que creemos fundamental trabajar con el tema de la masturbación, ya que no sólo interesa a los adolescentes sino que supone una fuente valiosa de experimentación y aceptación de la sexualidad propia.

El sexo oral (18,18%) y la tipología de posturas y prácticas sexuales (16,10%) son informaciones muy demandadas en las respuestas dadas a la pregunta abierta. Nos ha sorprendido el interés hacia el semen y su sabor demostrado por muchas chicas. Es probable que el sexo oral esté constituyendo una alternativa al coito, dado que éste último socialmente no está indicado para la gente más joven. Por otro lado, la frivolidad con la que se tratan las cuestiones sexuales desde demasiadas esferas hace que los jóvenes hablen de sexo oral, orgías, consoladores, posturas y demás aspectos sexuales con bastante ligereza y desconozcan, por ejemplo, que una penetración anal no puede producir embarazos. Los adolescentes han oído y tratado con sus amigos diversidad de términos y temáticas sexuales pero, en muchos casos, poseen un elevado desconocimiento en las cuestiones más esenciales. Respecto al interés hacia las posturas y las prácticas, hemos de decir que una Educación Sexual efectiva debe hacer entender a los adolescentes que el sexo no es un ejercicio de exhibición del Kamasutra sino una forma de expresión de uno mismo. Hemos de enseñar a las nuevas generaciones que las personas sexualmente felices y satisfechas no son quienes más peripecias realizan en el dormitorio sino quienes más aceptan sus gustos y los de su compañero.

La anatomía masculina, concretamente los genitales, es otro aspecto al que dan importancia los adolescentes. El 15,38% de los encuestados plantea preguntas sobre estos aspectos. El pene y su tamaño son cuestiones muy demandadas por los adolescentes. Históricamente se han sostenido multitud de mitos en torno al pene. La virilidad masculina, en demasiados casos, se ha equiparado con el tamaño del mismo. No es extraño, por lo tanto, que estas cuestiones preocupen a los adolescentes, sobre todo a los varones puesto que para ellos está en juego es su “masculinidad”.

Existe cierta preocupación por las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). El 13,99% de los adolescentes quieren saber más de estas enfermedades. Muchos de ellos demuestran además, que sólo conocen el SIDA. El desconocimiento de otras enfermedades es amplio. Por otro lado, ignoramos la profundidad con la que conocen el SIDA. No obstante, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el bloque de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad, consideramos que esta enfermedad se conoce de forma mayoritaria pero que aún perduran peligrosos mitos acerca de la misma. Un buen ejemplo de esto es que, el SIDA es calificado

como una enfermedad de homosexuales por un 78,2% de los adolescentes que contestaron a este ítem del bloque.

Otros temas que los adolescentes solicitan, aunque no mayoritariamente, evidencian otras necesidades educativas muy interesantes. Cerca de un 5% solicita informaciones sobre mitos y falsas creencias acerca de la sexualidad. Es decir, algunos adolescentes son conscientes de la existencia de determinados scripts sexuales que median y afectan a nuestra forma de interactuar con el otro. Por otro lado, la frivolidad y el abuso de la utilización del sexo en los medios de comunicación de masas hacen que algunos adolescentes planteen preguntas relacionadas con las orgías, la zoofilia, etc. Sin embargo, aún perduran los conflictos morales y éticos en torno a la sexualidad. Son planteados abiertamente por el 3,5% de los adolescentes y de forma no explícita en preguntas acerca de la masturbación o las fantasías sexuales. En definitiva, debemos aportar una visión más realista y natural de la sexualidad. Los adolescentes han de vivir su sexualidad ajustándose a sus necesidades y no a cánones sociales; ya que en demasiadas ocasiones se promueven actitudes y conductas poco recomendables para ellos, tanto por exceso (frivolidad) como por defecto (moralismo).

6.5.3. Intereses y dudas sobre la sexualidad en función del sexo

A lo largo de este trabajo se ha señalado que la sexualidad en una dimensión de la Personalidad muy determinada por el sexo del individuo. Socialmente ser varón o ser mujer resulta determinante a la hora de entender e interpretar la sexualidad. Desde la infancia, niños y niñas, somos educados de distinta manera. Aprendemos a desear, actuar e incluso pensar de forma diferenciada. En este apartado se van a mostrar resultados que nuevamente evidencian esta polarizada realidad. Para descubrir aquellos intereses y dudas claramente mediatizados por la variable sexo utilizamos, debido al reducido tamaño de la muestra, la prueba U de Mann-Whitney.

El embarazo constituye un aspecto temático de gran importancia para las adolescentes. Las chicas están significativamente más preocupadas por este suceso ($p < 0,01$). Las jóvenes son conscientes de que la mujer está totalmente implicada en el embarazo. Saben que son las primeras en padecer las posibles consecuencias de un embarazo no deseado (END). Para los varones, no constituye una preocupación de primer orden puesto que no les afecta directamente. Consecuentemente, las adolescentes se interesan significativamente más por el aborto y los métodos anticonceptivos ($p < 0,05$), puesto que suponen alternativas para evitar los END.

La menstruación, aspecto indudablemente femenino, es otro de los temas en los que ellas están más interesadas ($p < 0,01$). La necesidad de conocer su propio cuerpo así como los cambios sufridos, o por sufrir se hace patente. Muchas adolescentes quieren saber más sobre: los dolores menstruales, la regularidad del periodo o el uso de tampones. Finalmente los datos recogidos muestran que la incertidumbre hacia su propia respuesta sexual es amplia. Las adolescentes tienen un mayor interés por el orgasmo ($p < 0,05$) y por el dolor durante el coito ($p < 0,01$). Muchas chicas no se masturban y vivencian su sexualidad desde un plano teórico y alejado de la realidad. No han experimentado el orgasmo, sintiendo mucha curiosidad por el mismo. Esas sensaciones se escapan de su entendimiento y es lógico, por tanto, que planteen preguntas acerca de las mismas. Los chicos, por su parte, no sienten curiosidad puesto que han experimentado en más de una ocasión el orgasmo. En el caso de los comentarios sobre el dolor, la rotura de himen o el sangrado se ponen de manifiesto dos realidades. Por un lado, el miedo o temor con el que inician las relaciones sexuales coitales las adolescentes. Por otro, la presencia en la sexualidad femenina del displacer. Las jóvenes deberían concebir el sexo como forma de obtención de placer y no como algo doloroso.

Tabla 30. Intereses y preocupaciones sobre sexualidad de las chicas

	Sexo	Rango promed	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Embarazo	Varón	80,50	5313,0	1980,0	4983,0	-3,22	< 0,01
	Mujer	64,71	4983,0				
Aborto	Varón	75,50	4983,0	2310,0	5313,0	-2,50	< 0,05
	Mujer	69,00	5313,0				
Métodos anticonceptivos y preventivos, en general	Varón	79,08	5219,5	2073,5	5076,5	-2,47	< 0,05
	Mujer	65,93	5076,5				
Menstruación	Varón	79,50	5247,0	2046,0	5049,0	-3,78	< 0,01
	Mujer	65,57	5049,0				
Orgasmo	Varón	75,83	5005,0	2288,0	5291,0	-2,13	< 0,05
	Mujer	68,71	5291,0				
Dolor, sangrado, etc. durante las relaciones sexuales	Varón	80,00	5280,0	2013,0	5016,0	-3,07	< 0,01
	Mujer	65,14	5016,0				

Los chicos están más preocupados por temas relacionados con el papel activo otorgado tradicionalmente a la sexualidad masculina. Tras aplicar la prueba U de Mann-Whitney observamos como, significativamente más, los varones plantean preguntas sobre la masturbación ($p < 0,05$). Hemos visto con anterioridad que las adolescentes poseen peores actitudes hacia la masturbación. En muchos casos, además, se ha evidenciado que no se masturban. Es lógico, por tanto, que las mujeres de la muestra no plantean apenas preguntas sobre este tema puesto que consideran que la masturbación es cosa de chicos.

Los genitales masculinos, vinculados tradicionalmente a la potencia sexual, constituyen otra categoría temática significativamente masculina ($p < 0,01$). Nuevamente se constata una preocupación por la acción por parte de los varones. Ellas, sin embargo, no se plantean este tipo de cuestiones. La pornografía y la prostitución ($p < 0,05$), como se ha indicado con anterioridad, suponen otros aspectos de la sexualidad ligados al mundo de la masculinidad. Tradicionalmente los varones heterosexuales han sido el público al que ha ido destinada la pornografía. Por otro lado, actualmente asistimos a un constante bombardeo erótico y pornográfico. Los adolescentes varones, por lo tanto, tienen acceso y curiosidad por la pornografía.

Se muestra el amplio interés de los varones por el coito ($p < 0,05$). Los adolescentes confunden sexo con coito y sexualidad con genitalidad. Los chicos están muy interesados por la penetración, puesto que tradicionalmente es el papel que ellos han de jugar. Consideran que han de saber como practicar el coito y que de su destreza depende el éxito de la relación sexual. Las chicas, por su parte, no consideran el coito como una acción a ejecutar, sino como un suceso vital. El sexo anal, es otro tema, en el que los varones están significativamente más interesados ($p < 0,05$). Nuevamente subyacen la penetración y el rol activo en la sexualidad.

Tabla 31. Intereses y preocupaciones sobre sexualidad de los chicos

	Sexo	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Masturbación	Varón	66,00	4356,0	2145,0	4356,0	-2,37	< 0,05
	Mujer	77,14	5940,0				
Anatomía masculina (genitales)	Varón	64,58	4262,5	2051,5	4262,5	-3,17	< 0,01
	Mujer	78,36	6033,5				
Pornografía	Varón	69,67	4598,0	2387,0	4598,0	-2,18	< 0,05
	Mujer	74,00	5698,0				
Prostitución	Varón	69,67	4598,0	2387,0	4598,0	-2,18	< 0,05
	Mujer	74,00	5698,0				
Coito	Varón	68,25	4504,5	2293,5	4504,5	-2,09	< 0,05
	Mujer	75,21	5791,5				
Sexo anal	Varón	68,42	4515,5	2013,0	2304,5	-2,41	< 0,05
	Mujer	75,07	5780,5				

7. Discusión

7.1. Fuentes de información y Educación Sexual.

Los adolescentes obtienen 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. Los amigos y amigas siguen siendo la principal fuente de información para los jóvenes de las nuevas generaciones. En nuestro caso un 53,2% de los y las adolescentes recibe la información sobre sexo con bastante frecuencia (siempre o casi siempre) de sus amistades. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en diversos estudios en los últimos 20 años. En una investigación llevada a cabo recientemente 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.

Los amigos y las amigas suponen desde hace años una fuente valiosa de conocimiento y aprendizaje para los adolescentes. No obstante, en los últimos tiempos se han incorporado otras fuentes de información. Nosotros descubrimos que las revistas y la televisión son dos vías

de información importantes para los adolescentes estudiados. Recordemos que el 38% de los adolescentes declaraba informarse a través de las revistas con mucha o bastante frecuencia. Un 34,4% confesaba que conocía las cuestiones de sexualidad por la televisión siempre o casi siempre. Nuestros resultados son semejantes a los encontrados por Oliva, Serra y Vallejo (1993), puesto que estos autores descubrieron que 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, Diéguez, Diz y Sueiro (2003) señalan que el 14% de los adolescentes escolarizados en ESO conoce las cuestiones relacionadas con el sexo a través de lecturas o películas. Consideramos que están apareciendo nuevas fuentes de información relacionadas con los medios de comunicación de masas. Las revistas, la televisión e incluso INTERNET son vías de información y aprendizaje que distorsionan, o pueden distorsionar, la sexualidad. Nuestros adolescentes siguen aproximándose a la sexualidad desde fuentes acientíficas cargadas de mensajes erróneos y de tópicos sexuales.

Como señalan Ubillos y Mayordomo (2003) las propuestas firmes de Educación Sexual mediante currículos estandarizados son en la actualidad inexistentes, lo que dificulta la prevención de riesgos sexuales. Nosotros hemos encontrado buenos ejemplos de este panorama infeliz. Aunque más de la mitad de los adolescentes dice haber recibido Educación Sexual sólo un 5% ha recibido unidades didácticas iguales o superiores a cuatro horas. Se pone de manifiesto la falta de continuidad y regularidad en este tipo de programas. Seguramente muchos de los adolescentes habrán asistido a alguna conferencia o sesión desvinculada del currículo ordinario, y sin mayor trascendencia educativa. Además debemos señalar que varios estudios, al igual que el nuestro, señalan que entre el 80% y el 100% de los estudiantes considera necesaria la Educación Sexual (Diéguez, Diz, Sueiro y Chas, 2003; Gracia Blanco, 1994; Romero de Castilla, Lora y Cañete, 2001). Son muchos, por lo tanto, los argumentos que se pueden esgrimir para defender la implementación de la Educación Sexual en el currículo escolar. La amplia demanda de educación por parte de los adolescentes, el peligroso influjo de determinadas fuentes de información y los riesgos que se asocian a la sexualidad han de servir para reflexionar y reivindicar el derecho de todos los individuos a una educación integral y a una vida sexual plena.

7.2. Los conocimientos y las actitudes sobre la sexualidad de los adolescentes

7.2.1. Nivel general de conocimientos y actitudes

Coincidimos con diversos autores (Johnson, Rozmus y Edmisson, 1999; Sueiro, Diéguez, Chas y Diz, 2004) en que los adolescentes tienen más conocimientos correctos que incorrectos en cuanto a las relaciones sexuales y a las enfermedades de transmisión sexual. No obstante, el nivel de conocimientos obtenido por nuestra muestra es sensiblemente inferior al obtenido en otros trabajos, puesto que hemos trabajado con individuos de menor edad. Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Santfín, Torrico, López y Revilla (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 aquellos estudios en los que la edad de los sujetos es más próxima a la que poseen los adolescentes de nuestra muestra observamos unos resultados similares (Barella, Mesa y Cobeña, 2002; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Creemos que es necesario mejorar, mediante una educación de calidad, el nivel de conocimientos de los adolescentes, puesto que éstos siguen incurriendo en errores graves. No somos ajenos al efecto que tiene la experiencia y la edad en la mejora de los conocimientos; sin embargo, en varios estudios se ha observado que más de la mitad de los adolescentes esperan un tiempo para usar métodos de protección después de su primera experiencia, muchas veces porque la situación surgió de forma inesperada (Hidalgo, Garrido y Hernández, 2000; García Blanco, 1994; Oliva, Serra y Vallejo, 1993; Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández, 2003). Una buena educación podría ayudar a los adolescentes no sólo a enriquecer su nivel de conocimientos, puesto que la edad y la experiencia ya lo mejora; sino a prever y estar preparado para llevar a cabo prácticas sexuales saludables y sin riesgos.

Observamos que no existe una relación clara entre la valoración que tienen nuestros adolescentes de su propio conocimiento y el conocimiento que demuestran en el bloque. De igual manera 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. Algunos autores defienden, sin embargo, la existencia de una relación directamente proporcional entre estas variables (Romero de Castilla, 1999 en Santfín, Torrico, López y Revilla, 2003). Nosotros consideramos que en demasiadas ocasiones los jóvenes creen que conocen las cuestiones sobre sexo, puesto que manejan un volumen importante de información no contrastada sobre el tema. Recordemos que la mayoría de ellos responde a sus dudas e interrogantes mediante fuentes de información no científicas. Más del 80% de los chicos y chicas del estudio de Planes *et al.* (2004) consideraban tener un nivel alto

de conocimientos, coincidiendo con nuestros resultados. Existe, por tanto, una alta valoración del nivel de conocimientos. En muchos casos esta valoración puede ser contraproducente, ya que puede inhibir el deseo de conocer y aprender más sobre temas relacionados con la sexualidad. Ajustar la percepción en los sujetos de sus conocimientos reales favorece o puede favorecer una mejora en sus conocimientos y en sus actitudes sobre la sexualidad.

7.2.2. Algunos conocimientos y actitudes característicos de los estudios sobre sexualidad adolescente

El panorama descubierto en este estudio en materia preventiva y contraceptiva es muy similar al encontrado en otras investigaciones. Aproximadamente el 90% de los adolescentes y jóvenes consideran que el preservativo es la mejor medida de prevención de contagio de enfermedades en cualquier relación con penetración (Barella, Mesa y Cobeña, 2002; Muñoz, Madueño, Díaz y Núñez 2003; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Nuestros resultados aunque semejantes son sensiblemente inferiores, dado que el 83% de los adolescentes considera el preservativo como el método más eficaz para prevenir las ETS. En cuanto a la posibilidad de reutilizarlo, los resultados obtenidos muestran que los adolescentes y jóvenes son conscientes de que el condón es para un único uso (Muñoz, Madueño, Díaz y Núñez, 2003). Nuestro estudio revela también, que más del 60% de los adolescentes sabe que la píldora es un método anticonceptivo pero que no evita el contagio de enfermedades. Lo que sitúa a estos adolescentes con mejores conocimientos en torno a la píldora y las ETS que los adolescentes de otros estudios (Oliva, Serra y Vallejo, 1993; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003).

Otro de los aspectos clásicos en los estudios de sexualidad adolescente es el sexo oral en relación con las ETS. Recordemos que más del 80% de los adolescentes de la muestra eran conscientes de que practicando sexo oral sin preservativo se podían contagiar de SIDA u otras enfermedades. Aunque nuestros resultados son coincidentes con algunas investigaciones previas como la de Santín, Torrico, López y Revilla (2003), no debemos olvidar que existe demasiada confusión acerca del riesgo que entraña una penetración bucal sin protección (Barella, Mesa y Cobeña, 2002) y que en nuestra pregunta abierta encontramos planteamientos en este sentido.

El embarazo y el conocimiento sobre el mismo son cuestiones muy abordadas en estos estudios. A modo de resumen diremos que los adolescentes estudiados en este trabajo muestran mayor confusión acerca del embarazo y las circunstancias en las que se produce en relación a las investigaciones citadas en este apartado. Más del 50% de ellos sabe que el embarazo puede producirse tanto la primera vez que se mantienen relaciones coitales como si la chica tiene la regla. Es decir, cerca de la mitad de los chicos y chicas encuestados puede

incurrir en conductas de riesgo de embarazo. La “marcha atrás” es contemplada como otra medida preventiva por cerca del 20% de los adolescentes. Salvo el estudio de Santín, Torrico, López y Revilla (2003) en el que el porcentaje es considerablemente mayor (43,1%) las investigaciones nos hablan de valores relativos entre el 10 y el 30% de consideración del “coito interrumpido” como método preventivo (Barella, Mesa y Cobeña, 2002; Muñoz, Madueño, Díaz y Núñez, 2003; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Debemos recordar que el embarazo y la anticoncepción son cuestiones ampliamente demandadas, como se constata en la pregunta abierta de nuestro cuestionario o en otras investigaciones (Barberá y Navarro, 2000; Claramunt, Hernansaiz y León, 2004). Es decir, son muchas las dudas en torno a estos aspectos que tienen los adolescentes; y más si nos referimos a los de estas edades. Hoy nadie duda que la promoción de una sexualidad saludable en las nuevas generaciones sea una obligación de padres y profesores. Proporcionar conocimientos científicos a los adolescentes acerca del embarazo, las ETS y la prevención, es el primero de los “peldaños” que tenemos que ascender. Estas temáticas constituyen un eje fundamental en el currículo de Educación Sexual desde una doble perspectiva. Por un lado, son centros de interés para los alumnos y, por otro, son contenidos inexcusables en cualquier programa. Sin embargo, no debemos limitar los programas a estos contenidos, puesto que existen otros “peldaños” de gran importancia como veremos más adelante.

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, Chas y Diéguez, 2003; Fernández *et al.*, 2006; Fuertes y López, 1997; García Banco, 1994; Gómez Zapiain, 1993; López y Fuertes, 1994; Sueiro, Diéguez, Chas y Diz; 2004). Por ello, resulta fundamental conocer 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 ésta conducta y las actitudes hacia la misma (Papalia y Olds, 1997; López y Fuertes, 1994; Ubillos y Navarro, 2004). Aproximadamente un 10% de los adolescentes de nuestro estudio se siente mal después de masturbarse, coincidiendo con los resultados de otros estudios, (García Blanco, 1994; Oliva, Serra y Vallejo; 1993). Sin embargo, González (1989) encontró porcentajes considerablemente mayores, cercanos al 50% entre chicos y chicas de BUP. Para más del 65% de los adolescentes la masturbación un acto natural y saludable, y no un acto sucio o repugnante. Hernández y Barroso (1989) encontraron que cerca del 75% de los estudiantes de FP encuestados valoraban favorablemente la autoestimulación. Recientemente, en el medio rural gallego, Diéguez, Diz, Sueiro y Chas (2003) encontraron un porcentaje algo menor, 59,2% de su muestra. Sin embargo, sabemos que los adolescentes y los jóvenes que viven en las ciudades poseen actitudes más liberales hacia la sexualidad que sus coetáneos de zonas rurales (Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra, 2005). En base a lo expuesto, podemos decir que la mayoría de los adolescentes poseen actitudes positivas hacia la masturbación. Aún encontramos, no obstante, un número considerable de chicos y chicas que están viviendo esta

forma de expresión de su sexualidad de manera conflictiva. Debemos, por tanto, favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la masturbación para que los y las adolescentes puedan disfrutar sin miedos y angustias de esta práctica. No olvidemos que la masturbación durante la adolescencia es fundamental, puesto 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).

Como hemos indicado con anterioridad las fantasías sexuales constituyen una realidad en niños y adolescentes. Aparecen en algunos varones a edades tempranas (9 y 10 años), y se convierten en un pensamiento generalizado en los adolescentes hacia los 13 o 14 años (Ballester y Gil, 2006) En ocasiones estas fantasías aparecen asociadas a la excitación o a la masturbación (Zubeidat, Ortega, Villar y Sierra, 2003), siendo, por tanto, otra manifestación relevante durante la adolescencia. Nuestro estudio muestra que más del 80% de los encuestados consideran normales y aceptables las fantasías sexuales. Poseen una actitud más favorable hacia este tipo de pensamientos que los adolescentes y jóvenes encuestados en el medio rural gallego, dado que el 71,3% consideraba que las fantasías sexuales eran normales. Además un 21,5% de ellos no sabía si tener este tipo de fantasías era desaconsejable, y cerca del 10% pensaba que no eran adecuadas ni aconsejables para los jóvenes (Diéguez, Diz, Sueiro y Chas, 2003). Aunque no es una cuestión abordada ampliamente en nuestro estudio podemos concluir que las actitudes positivas hacia las fantasías sexuales son una realidad en los adolescentes de hoy.

Las actitudes hacia la homosexualidad mostradas por los adolescentes encuestados son en ocasiones contrapuestas. El 75% de ellos sabe que la homosexualidad no es una enfermedad. Los adolescentes del estudio de Santín, Torrico, López y Revilla (2003) poseen actitudes menos positivas hacia la homosexualidad: el 66% de ellos considera que no es un trastorno sexual o una enfermedad. Hernández y Barroso (1989), por su parte, encontraron en estudiantes de FP porcentajes de aceptación de la homosexualidad superiores al 80%. Aparentemente los adolescentes de nuestro estudio poseen actitudes positivas; sin embargo, más del 20% de nuestros encuestados cree que la homosexualidad no es igualmente aceptable que la heterosexualidad. Además, aproximadamente el 90% considera que el SIDA es una enfermedad de homosexuales. Finalmente, debemos recordar que más del 85% de estos mismos adolescentes defiende su autonomía y libertad sexual; siendo, nuevamente, un porcentaje mayor al encontrado por Diéguez, Diz, Sueiro y Chas (2003). Teóricamente, y cuando afecta personalmente a cada sujeto, se defiende la libertad sexual, pero cuando nos referimos a casos más específicos y socialmente más controvertidos nuestros adolescentes muestran unas actitudes más negativas y arcaicas. Es evidente, por tanto, que este es uno de los aspectos que la educación debe tratar. Hemos defendido la necesidad que tienen chicos y chicas de aceptar su propia sexualidad. La culpabilidad, el miedo y el rechazo hacia la misma

constituyen un injusto riesgo emocional. Pero también resulta peligrosa la no aceptación de la sexualidad de los otros. Comprender los gustos de los demás facilita un futuro entendimiento de pareja y protege a la sociedad de absurdos y nocivos planteamientos homófobos.

7.2.3. El género ¿variable moduladora de actitudes y conocimientos?

La sexualidad está ampliamente vinculada al género. Hoy nadie duda que tradicionalmente han existido unos patrones de comportamiento sexual diferenciados para varones y mujeres. La sexualidad masculina se ha caracterizado por la actividad y por el marcado interés sexual. La sexualidad femenina, por su parte, se ha vinculado a la pasividad, la prudencia e incluso, a la inhibición sexual. Además, los scripts sexuales definen las situaciones sexuales de forma precisa, indicando lo que se puede o no hacer. Etiquetan, por tanto, a los sujetos dándoles roles precisos (Fuertes y López, 1997). Es decir, determinan una secuencia sexual muy clara y el papel que ambos sexos deben realizar. Es por ello, que desde éste y otros estudios se ha tratado de determinar la influencia del sexo del individuo en sus conocimientos y actitudes sexuales.

Respecto al conocimiento aún no queda claro el papel del género en estas cuestiones. Nosotros encontramos diferencias significativas ($p < 0,01$) en la V.F.B. entre las medias de varones ($M = 5,79$; $DT = 1,12$) y mujeres ($M = 6,28$; $DT = 0,95$). Chas, Diéguez, Diz y Sueiro (2003) en su trabajo con adolescentes y jóvenes gallegos descubrieron, en un cuestionario sobre prevención y ETS, diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, $p < 0,01$. Sin embargo, en nuestra comunidad autónoma, Fuertes, Martínez, De la Orden y Carpintero (2002) no encontraron respecto al nivel de conocimientos diferencias relevantes entre los chicos y chicas de su muestra. En el clásico estudio de Oliva, Serra y Vallejo (1993) los varones obtuvieron una media de de 6,93 y las mujeres de 6,91, por lo que tampoco se descubrieron diferencias entre ambos sexos. Todas estas escalas mencionadas se limitan a contemplar aspectos conceptuales. Sin embargo, la V.F.B. surge de un bloque en el que no aparecen únicamente conocimientos, puesto que también incluye mitos y creencias. Debemos señalar que la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y la variable género es ampliamente aceptada por la comunidad científica (Carpintero y Fuertes, 1994; Diéguez, Diz, Sueiro y Chas, 2003; Fuertes, Martínez, De la Orden y Carpintero, 2002; Oliva, Serra y Vallejo, 1997; Ramos, Fuertes, Martínez y Hernández, 2003). A modo de síntesis se puede decir que los chicos muestran una actitud más liberal hacia el sexo y el placer. Las chicas, por su parte, poseen mejores actitudes hacia la prevención y la sexualidad del otro. Además, otros estudios con adolescentes revelan que los varones poseen, en comparación con las mujeres, niveles superiores de sexismo (Bretón y Buena Casal, 2006; Heras, Guijo y Carcedo, 2007; Moya, Expósito y Padilla, 2006; Lameiras y Rodríguez, 2002). Es conclusión, las actitudes hacia

distintos aspectos de la sexualidad están tipificadas sexualmente, es decir, están determinadas por el género de la persona.

Finalmente abordaremos otro aspecto de la sexualidad claramente ligado a la tipificación sexual y a los determinantes socioculturales que diferencian las vivencias y expectativas de varones y mujeres. Los resultados obtenidos en la Double Standard Scale, muestran una adhesión significativamente más elevada de los varones al doble estándar sexual tradicional ($p < 0,01$). Recordemos que los varones de nuestra muestra alcanzaron una media de 2,80 (DT = 0,50) mientras que las adolescentes obtuvieron una media de 2,50 (DT = 0,52). Utilizando esta escala, Ubillos y Goiburu (2007) en una muestra de 575 adolescentes guipuzcoanos entre 15 y 17 años encontraron también diferencias significativas en función del sexo. Sin embargo, tanto chicos como chicas mostraron menor aceptación del estándar sexual tradicional que los adolescentes estudiados por nosotros. De tal manera que los varones estudiados en Guipúzcoa tuvieron una media de 2,66 (DT = 0,56) y las mujeres, por su parte, puntuaron con una media de 2,37, (DT = 0,61). Sin embargo, consideramos que los resultados son similares puesto que los adolescentes estudiados por nosotros son más jóvenes y la edad contribuye positivamente a eliminar estereotipos (Oliva, Serra, y Vallejo, 1997; Emmerich y Shepard, 1982). En cualquier caso, podemos decir que los jóvenes y adolescentes varones están más conformes con la creencia de que la actividad, el deseo y la experiencia son típicos de ellos. Las chicas, por su parte, muestran mayor rechazo al rol pasivo otorgado tradicionalmente a la sexualidad femenina. Una propuesta educativa de calidad debe contemplar los aspectos socioculturales que influyen en la percepción, en la interpretación y en la vivencia de la sexualidad de chicos y chicas. Explicitar estos aspectos y favorecer el desarrollo de una actitud crítica hacia ellos es el único camino para acercar las posturas de varones y mujeres, y para conseguir relaciones interpersonales exitosas y felices.

7.3. Los adolescentes, sus dudas, miedos e intereses

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).

Mediante la pregunta abierta constatamos que los intereses están significativamente polarizados en función del sexo. Las preguntas de chicos y chicas son distintas. Mientras ellos se preocupan por los aspectos más placenteros e instrumentales del sexo; ellas tienen muy presentes el dolor, el miedo o fatídicas consecuencias. Los tres aspectos que significativamente más preocupan a los adolescentes varones de este estudio son la masturbación, la anatomía masculina (genitales masculinos) y el coito. 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.

Las adolescentes de nuestro estudio preguntaron significativamente más por los métodos anticonceptivos, el embarazo, el dolor y el sangrado en las relaciones coitales, y la menstruación. En el trabajo de Barberá y Navarro (2000) los temas más señalados por las chicas fueron la anticoncepción, la menstruación y la primera vez en relación al dolor o el sangrado. Claramunt, Hernansaiz y León (2004) indican que las adolescentes plantean preguntas sobre anticonceptivos, formas de relación sexual (posturas), ETS y primera vez. La socialización en género hace que las expectativas de los y las adolescentes sean contrarias. Las chicas están más preocupadas por un posible embarazo, ya que las consecuencias son inevitables para ellas. Plantean, por ello, numerosas preguntas acerca de anticonceptivos. Temen incluso tener que experimentar un aborto. Quieren conocer todas 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.

Más allá de valoraciones sobre sexismo o género queremos subrayar la necesidad de incluir estos aspectos en una propuesta educativa puesto que debemos promover valores que favorezcan el respeto y la igualdad entre los sexos. En cualquier caso, la adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por el interés hacia las cuestiones sexuales. Por ello proponemos

que futuros programas de Educación Sexual contemplen la anticoncepción, la prevención, las ETS, la respuesta sexual y la influencia sociocultural en la percepción y vivencia de la sexualidad.

8. Conclusiones

En base a todo lo expuesto con anterioridad hemos extraído las siguientes conclusiones:

1. Los adolescentes de la muestra elegida obtienen principalmente la información sobre sexo a través de sus amigos. Utilizan también otras vías como las revistas y la televisión. Los padres, la escuela o los libros científicos no son fuentes de información que utilicen con frecuencia. Es decir, nuestro estudio ha confirmado el enunciado de la primera hipótesis: “En general, los adolescentes no obtendrán la información sobre sexo de los padres, la escuela o de fuentes científicas como libros, sino que la obtendrán de los amigos o los medios de comunicación de masas”.
2. Los adolescentes estudiados enumeran gran variedad de medidas anticonceptivas. Demuestran un ajustado conocimiento de la eficacia de la ligadura de trompas, la vasectomía, el DIU y la píldora del día después. Sin embargo, subestiman la capacidad anticonceptiva del preservativo masculino, la píldora anticonceptiva, el preservativo femenino y la abstinencia. Además, otorgan una eficacia exagerada al coito interrumpido. Por lo que podemos decir que se confirma la segunda hipótesis: “Los adolescentes conocerán superficialmente gran variedad de métodos anticonceptivos pero desconocerán su grado de eficacia”.
3. El estudio del bloque de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad ha mostrado que las adolescentes de la muestra tienen actitudes significativamente más negativas hacia la masturbación que sus compañeros varones. Además, aparentemente el 35% de ellas aún no se ha masturbado. Las adolescentes, también poseen actitudes más negativas hacia el sexo oral que sus coetáneos varones, hallándose diferencias estadísticamente significativas. Podemos decir, por lo tanto que se verifica el enunciado de la tercera hipótesis: “Las chicas sostendrán actitudes más negativas hacia la masturbación y hacia las prácticas sexuales menos convencionales, como por ejemplo el sexo oral”.

4. Los varones de la muestra poseen actitudes y creencias significativamente más sexistas que las adolescentes. Consideran en mayor grado que los hombres poseen cualidades superiores a las mujeres, la mujer debe cuidar y criar a los hijos, la esposa está obligada a mantener relaciones sexuales con su marido, y los hombres tiene mayor deseo sexual que las mujeres. Además respaldan, en menor grado que sus compañeras, el reparto de las tareas domésticas. Es decir, los adolescentes varones estudiados aceptan en mayor grado determinadas actitudes y creencias sexistas.

Por otro lado, existe una mayor adhesión al estándar sexual tradicional por parte de los varones. Los resultados obtenidos en la Double Standard Scale demuestran que entre varones y mujeres hay diferencias estadísticamente significativas. Los adolescentes varones sostienen en mayor grado la creencia de que las chicas han de desempeñar un rol sexual pasivo. Además, consideran en mayor medida que las adolescentes que el deseo, la experiencia y la actividad son patrimonio de los varones.

Se confirma por tanto, la cuarta hipótesis planteada en este estudio: “Los chicos sostendrán creencias más sexistas y mayor adhesión al estándar sexual tradicional que las adolescentes de la muestra”.

5. Los adolescentes varones poseen actitudes significativamente más negativas hacia la homosexualidad que las mujeres de la muestra. Así, ellos consideran en mayor medida que la homosexualidad se puede curar y que la única sexualidad correcta es aquella que se da entre un hombre y una mujer. Por otro lado, rechazan en mayor grado la idea de que la homosexualidad es igual de aceptable que la heterosexualidad. Además, tienen más dificultades para reconocer la trayectoria histórica y antropológica de la homosexualidad. Podemos afirmar, por todo ello, que ha sido confirmada la quinta hipótesis planteada en esta investigación: “Los adolescentes varones tendrán peores actitudes hacia la homosexualidad que las mujeres”.
6. Los adolescentes de la muestra elegida consideran que poseen un nivel de conocimientos sobre sexualidad mayor al que demuestran en el bloque. Mientras que 16,6% cree que su nivel de conocimientos es muy bueno, ese excepcional nivel sólo es alcanzado por el 0,4% de los adolescentes. En el caso de conocimientos muy deficientes, el 0,83% cree que su nivel es así. Sin embargo, el 1,62% demuestra grandes errores en sus conocimientos. Finalmente, respecto a un nivel intermedio de conocimientos la tendencia es similar. El 31,95% valora sus conocimientos como regulares; pero realmente demuestran este nivel de conocimientos el 40,49%. Por lo tanto, podemos decir que se ha verificado la sexta hipótesis planteada en este estudio: “Los adolescentes considerarán que poseen mayores conocimientos de sexualidad de los que realmente poseen”.

7. Los adolescentes de 3º de ESO en comparación con sus compañeros de 2º de ESO poseen una visión significativamente más adecuada de la sexualidad humana. Tienen mejores conocimientos sobre medidas anticonceptivas y preventivas, como el preservativo y la píldora anticonceptiva. Demuestran un menor sostenimiento de estereotipos sexistas. Poseen actitudes más positivas hacia la homosexualidad y la masturbación. Obtienen, además, una puntuación media en el bloque de conocimientos y actitudes sobre sexualidad significativamente mayor que sus compañeros de 2º de ESO. Es decir, se confirma la última de nuestras hipótesis: “Los adolescentes de mayor edad tendrán una visión más ajustada y realista sobre la sexualidad puesto que sostendrán menos creencias y estereotipos”.

9. Futuras líneas de investigación

De la exposición del presente estudio empírico se desprenden, a nuestro entender, cuatro grandes líneas de investigación que deberían ser tratadas en un futuro. Creemos, en primer lugar, que 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, 2005a; Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 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. Un buen programa educativo deberá ser diseñado teniendo en cuenta, tanto el desarrollo psicosexual en la adolescencia, como los intereses y las necesidades de los adolescentes a los que se dirige. Por ello, defendemos enérgicamente, la investigación en la adolescencia temprana y media. El estudio de los comportamientos, de los conocimientos, de las actitudes y de las expectativas en materia de sexualidad de adolescentes de 12 a 16 años se torna fundamental desde una triple perspectiva. En primer lugar, ofrece un nicho de información brevemente explorado ahora. En segundo lugar, 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. Por último, favorecerá el reconocimiento de la sexualidad adolescente. No olvidemos que la principal barrera que encuentran chicos y chicas cuando alcanzan una determinada edad es que la sociedad niega su sexualidad. Socialmente se ven atrapados en un mundo que les bombardea con mensajes eróticos a través de los medio de comunicación de masas y que no les permite ser sexualmente activos. Por todo ello, proponemos seguir estudiando y trabajando cuestiones de sexualidad con adolescentes de corta edad.

Para poner en práctica programas de Educación Sexual con adolescentes de las edades señaladas y evaluar los resultados educativos de dicho programa es necesario un instrumento de evaluación adaptado a los destinatarios de la intervención. En la actualidad existen escalas

muy variadas que evalúan por ejemplo, actitudes hacia la masturbación, actitudes hacia la homosexualidad, actitudes hacia las relaciones coitales, etc. Además, muchos de esos instrumentos son apropiados para adolescentes de edades más avanzadas, sin embargo, resultan poco acordes con las experiencias y necesidades de los adolescentes más jóvenes. Nosotros creemos que es necesario elaborar un cuestionario que abarque todos estos aspectos y que evalúe de forma clara la evolución de los alumnos en materia de sexualidad. El bloque de conocimientos y actitudes sobre la sexualidad contempla contenidos variados y fundamentales, por lo que consideramos que puede constituir una base sobre la que diseñar un instrumento más sólido. Este trabajo supone el estudio piloto para el diseño y construcción de un instrumento de evaluación válido y fiable. Para ello serán necesarias futuras actuaciones científicas, eliminando aquellos ítems que se descubrieron inadecuados, reduciendo la escala para mejorar su fiabilidad y extrayendo los factores que evalúa este instrumento. Desde este planteamiento, el rediseño del cuestionario, su aplicación y la evaluación de los resultados constituye otra línea de investigación interesante y necesaria.

La detección de las ideas previas debe constituir una importante línea de investigación en materia de sexualidad adolescente. Conocer los intereses y las necesidades educativas de chicos y chicas de 12 a 16 años es fundamental para organizar cualquier propuesta educativa. Este trabajo ha mostrado que el análisis de preguntas planteadas por los propios alumnos revela aspectos muy interesantes de la sexualidad adolescente. 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).

Finalmente, se deben diseñar y evaluar de forma científica programas de Educación Sexual para adolescentes escolarizados en Educación Secundaria Obligatoria. Hoy nadie duda de la necesidad de implementar la Educación Sexual en la ESO. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, los programas no son sometidos a una evaluación científica, limitándose a propuestas bienintencionadas de profesionales implicados con la realidad social en la que vivimos. Como ya hemos indicado con anterioridad, debemos favorecer el desarrollo en los adolescentes de las actitudes y habilidades necesarias para que vivan su sexualidad de forma saludable y sin miedos ni complejos. Por ello, las propuestas educativas han de anticiparse al inicio de determinadas conductas, siendo la etapa de la ESO el momento más idóneo. Nuestro entorno necesita más estudios sobre la efectividad de distintos programas de Educación Sexual que contemplen, además, los efectos a largo plazo de las intervenciones educativas. Por ello, creemos que esta es una de las líneas más valiosas y necesarias de investigación futura.

Referencias Bibliográficas

I. Bibliografía

AGUIRRE, A. (1994). Psicología de la adolescencia. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 5-42). Barcelona: Marcombo.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

- 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.
- 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
- 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.
- 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.
- EMERICH, W. y SHEPARD, K. (1982). Development of sex-differentiated preferences during late childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 18, 406-417.
- FERNÁNDES, E. (1991). *Psicopedagogía de la adolescencia*. Madrid : Nancea.
- 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*. Diputación de Málaga, Área de Juventud y Deportes.
- 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.
- FLAVELL, J.H. (1981). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- 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 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-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.
- 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. (1993). *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud*. Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.
- 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.
- 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.
- 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.
- INJUVE (2005). *Informe Juventud en España 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- INJUVE (2000). *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud
- INJUVE (1996). *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud
- JOHNSON, L.S., ROZMUS, C. y EDMISSON, K. (1999). Adolescent sexuality and sexually transmitted diseases: attitudes, beliefs, knowledge, and values. *Journal Pediatric Nurs*, 14 (3), 177-185.
- KOLHBERG, L. (1981). *Essays on moral development, Vol. I: The philosophy of moral development*. Nueva York: Harper and Row.
- KOLODONY, R.C., MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. y BIGGS, M.A. (1982). *Manual de sexualidad humana*. Madrid: Ediciones Pirámide
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y., CALADO, M. y GONZALEZ, M. (2004). 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. (2004). *Programa Agarimos. Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- LAMEIRAS, M. y RODRÍGUEZ, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Revista de psicología social*, 17 (2), 119-127.
- LARA, F. (1994). Desarrollo cognitivo en la adolescencia. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 143-172). Barcelona: Marcombo.
- LLANOS, E. (1994). La corporalidad adolescente. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 65-75). Barcelona: Marcombo
- LÓPEZ, F. (2005). Concepto de sexualidad. En S.A. RATHUS, J.S. NEVID y L. FICHNER-RATHUS, *Sexualidad humana* (pp. 1-4). Madrid: Pearson Educación.
- LÓPEZ, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- LÓPEZ, F. y FUERTES, A. (1994). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Verbo Divino.
- LÓPEZ, F. y OROZ, A. (1999). *Para comprender la vida sexual del adolescente*. Navarra: Estella.

- LUTTE, G. (1991). *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy*. Barcelona: Editorial Herder.
- MORALEDA, M. (1994) La psicosexualidad en los adolescentes. En A. AGUIRRE (Ed), *Psicología de la Adolescencia* (pp. 95-113). Barcelona: Marcombo.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- OLIVA, A., SERRA, L. y VALLEJO, R. (1997). Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 77, 19-34.
- 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.
- ONUSIDA (1997). *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.
- 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.
- PAPALIA, D.E. y OLDS, S. (1997). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw-Hill.
- PIAGET, J. (1986). *La epistemología genética*. Madrid: Debate.
- 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.
- 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.
- 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.
- RODRÍGUEZ, P. y MORENO, B. (1985). Pubertad fisiológica y patológica. *Medicine*, 37, 1563-1569.

- 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.
- 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*. Consejo Provincial de Juventud de Palencia.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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



UNIVERSIDAD DE BURGOS
Departamento de Ciencias de la Educación

La Universidad de Burgos está realizando un estudio sobre las necesidades educativas en materia de Educación Sexual que tienen los adolescentes escolarizados en nuestra capital. A tal efecto, hemos elaborado este 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 la Universidad de Burgos.

De antemano te agradecemos tu colaboración.

- CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD PARA LA ADOLESCENCIA-

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE TI

1. Sexo
 - Hombre
 - Mujer
2. Edad: _____
3. Curso escolar: _____
4. ¿Has recibido en alguna ocasión educación sexual?
 - Sí
 - No
5. Mi nivel de experiencia sexual es:
 - Ninguno
 - Besos y caricias
 - Petting: (contactos sexuales sin penetración y próximos al coito)
 - Relaciones sexuales coitales (con penetración)
6. Mis dos fuentes principales de información sobre temas de sexualidad son (márcalas y coloca 1 en la principal y un 2 en la secundaria):
 - Mis padres
 - Mis hermanos/as
 - Mis amigos/as
 - Algún profesor/a
 - El orientador/a del centro
 - Médicos o personal sanitario
 - La televisión
 - Fuentes científicas como libros
 - Revistas e Internet
 - Otros (indicar): _____

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE SEXUALIDAD

7. Para contestar, pon una nota (de cero a diez) a cada una de las siguientes afirmaciones: si estás totalmente con lo que dice, pon un 10; si por el contrario estás en desacuerdo total pon un 0. Puedes incluir cualquier otro valor intermedio.

Si no comprendes el enunciado de alguna de las afirmaciones marca la casilla destinada para la nota con una cruz.

1.	La menopausia supone el fin del apetito sexual (necesidad e interés por mantener relaciones sexuales) 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.	Hombres y mujeres somos distintos por lo que debemos realizar trabajos también distintos.	
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.	Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) puede transmitirse enfermedades, por ejemplo el SIDA.	
10.	La sexualidad comienza con el primer coito.	
11.	La masturbación es un 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. Esta 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) se puede utilizar varias veces.	
16.	Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.	
17.	La comunicación y el dialogo son fundamentales en una relación de pareja.	
18.	Una buena esposa es aquella que mantiene relaciones con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no la apetece.	
19.	Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.	
20.	El orgasmo es fundamental en una relación sexual.	
21.	Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.	
22.	La masturbación es un práctica que sólo realizan las personas solteras (sin pareja).	
23.	La marcha atrás es una forma eficaz de evitar embarazos..	
24.	El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	

25. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.	
26. Cualquiera puede contagiarse de SIDA; independientemente de su orientación sexual o su procedencia.	
27. Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.	
28. La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual).	
29. Una persona debe elegir con libertad sus gustos y preferencia sexuales 2	
30. Las fantasías sexuales son totalmente normales	
31. El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo pervertido.	
32. La masturbación es una práctica que realizan tanto personas homosexuales como personas heterosexuales.	
33. La regla es como una enfermedad: hace que las chicas estén débiles y cansadas.	
34. Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.	
35. Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.	
36. Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.	
37. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).	
38. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo.	
39. La masturbación es una práctica saludable, sirve para disfrutar y conocerse a uno mismo.3	
40. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.	
41. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.	
42. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el petting (actividad sexual sin penetración) pueden considerarse relaciones sexuales.	
43. La mujeres experimentan menos deseo sexual que los hombres.	
44. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.	
45. La homosexualidad es una orientación que ha dado a lo largo de la historia.	

8. 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

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Anexo 2



UNIVERSIDAD DE BURGOS
Departamento de Ciencias de la Educación

La Universidad de Burgos está realizando un estudio sobre las necesidades educativas en materia de Educación Sexual que tienen los adolescentes escolarizados en nuestra capital. A tal efecto, hemos elaborado este 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 la Universidad de Burgos.

De antemano te agradecemos tu colaboración.

- CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD PARA LA ADOLESCENCIA-

1. Sexo

- Hombre
- Mujer

2. Edad: _____

3. Curso escolar: _____

4. ¿Has recibido en alguna ocasión educación sexual?

- Sí
- No

5. Según tu criterio, ¿Posees un nivel de conocimientos sobre sexualidad?

- Muy insuficiente
- Insuficiente
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

6. Mis dos fuentes principales de información sobre temas de sexualidad son (márcalas y coloca 1 en la principal y un 2 en la secundaria):

- Mis padres
- Mis hermanos/as
- Mis amigos/as
- Algún profesor/a
- El orientador/a del centro
- Médicos o personal sanitario
- La televisión
- Fuentes científicas como libros
- Revistas e Internet
- Otros (indicar) _____

7. Para contestar, pon una nota (de cero a diez) a cada una de las siguientes afirmaciones: si estás totalmente con lo que dice, pon un 10; si por el contrario estás en desacuerdo total pon un 0. Puedes incluir cualquier otro valor intermedio.

Si no comprendes el enunciado de alguna de las afirmaciones marca la casilla destinada para la nota con una cruz.

1.	La menopausia supone el fin del apetito sexual (necesidad e interés por mantener relaciones sexuales) 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.	Hombres y mujeres somos distintos por lo que debemos realizar trabajos también distintos.	
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.	Practicando, sin preservativo, sexo oral (boca-pene/boca-vagina) puede transmitirse enfermedades, por ejemplo el SIDA.	
10.	La sexualidad comienza con el primer coito.	
11.	La masturbación es un 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. Esta 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) se puede utilizar varias veces.	
16.	Una buena relación sexual es aquella que es espontánea y natural.	
17.	La comunicación y el dialogo son fundamentales en una relación de pareja.	
18.	Una buena esposa es aquella que mantiene relaciones con su marido cuando éste quiere, incluso si en ese momento no la apetece.	
19.	Los ancianos y ancianas tienen apetito sexual.	
20.	El orgasmo es fundamental en una relación sexual.	
21.	Cuando se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, es el preservativo.	
22.	La masturbación es un práctica que sólo realizan las personas solteras (sin pareja).	
23.	La marcha atrás es una forma eficaz de evitar embarazos..	
24.	El orgasmo es más placentero si ambas personas llegan a la vez.	

25. Una obligación en la convivencia de la pareja es el reparto de las tareas domésticas.	
26. Cualquiera puede contagiarse de SIDA; independientemente de su orientación sexual o su procedencia.	
27. Existen dos tipos de orgasmos femeninos: vaginal y clitoridiano.	
28. La píldora anticonceptiva previene los contagios de SIDA y otras ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual).	
29. Una persona debe elegir con libertad sus gustos y preferencia sexuales 2	
30. Las fantasías sexuales son totalmente normales	
31. El sexo oral (boca-pene/boca-vagina) es algo perverso.	
32. La masturbación es una práctica que realizan tanto personas homosexuales como personas heterosexuales.	
33. La regla es como una enfermedad: hace que las chicas estén débiles y cansadas.	
34. Una relación sexual completa es aquella en la que se realiza la penetración.	
35. Cada uno es dueño de su sexualidad y debe ser quién decida sobre ella.	
36. Las mujeres alcanzan con mayor dificultad el orgasmo.	
37. Es posible que una chica se quede embarazada si mantiene relaciones sexuales con penetración durante el periodo menstrual (la regla).	
38. Siempre que los hombres eyaculan experimentan un orgasmo.	
39. La masturbación es una práctica saludable, sirve para disfrutar y conocerse a uno mismo.3	
40. Considero que el sexo oral (boca-pene/boca vagina) es aceptable.	
41. El SIDA es una enfermedad de homosexuales.	
42. Los besos, las caricias, la masturbación mutua y el petting (actividad sexual sin penetración) pueden considerarse relaciones sexuales.	
43. Las mujeres experimentan menos deseo sexual que los hombres.	
44. Para un correcto uso del preservativo es necesario dejar espacio en su extremo para el fluido seminal.	
45. La homosexualidad es una orientación que ha dado a lo largo de la historia.	

8. 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

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

9. Para finalizar nos gustaría conocer tus intereses, dudas o preguntas sobre sexualidad. Indica a continuación los tres aspectos sobre los que te gustaría recibir más información. Ordénalos desde el asunto que más te interesa (1) hasta el asunto que menos (3).

1. _____

2. _____
3. _____

4. _____

Anexo 3



UNIVERSIDAD DE BURGOS Departamento de Ciencias de la Educación

La Universidad de Burgos está realizando un estudio sobre las necesidades educativas en materia de Educación Sexual que tienen los adolescentes escolarizados en nuestra capital. A tal efecto, hemos elaborado este 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 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 un 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!



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
11. Se espera que una chica tenga menos experiencia sexual que su pareja.					
12. Una chica que tiene relaciones sexuales con muchos chicos tiene menos probabilidades de que se la tome en serio.					
13. Una chica nunca debería parecer que tiene ganas de tener una relación sexual.					
14. Es importante que el chico tenga experiencia sexual para que enseñe a la chica.					
15. Una "buena" chica debería poner límites a los chicos.					
16. Es importante para un chico tener muchas relaciones sexuales para tener experiencia.					
17. En las relaciones sexuales los chicos deberían adoptar el rol dominante y las chicas deberían asumir el rol pasivo.					
18. Es aceptable para una chica que lleve condones.					
19. Es peor para una chica acostarse con cualquiera que para un chico.					
20. 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!