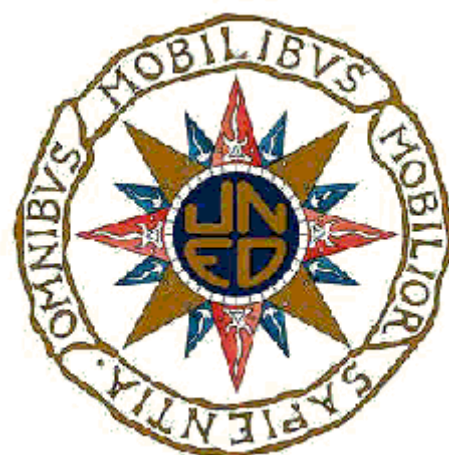


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A  
DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA  
PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICOS**



**VALORACIÓN  
DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL  
(P.E.Sex) EN ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS**

**TESIS DOCTORAL**

**CONSUELO CLARAMUNT BUSÓ**  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**AÑO 2011**



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA  
PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**VALORACIÓN  
DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL  
(P.E.Sex) EN ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS**

**CONSUELO CLARAMUNT BUSO**  
Licenciada en Psicología

**DIRECTORA: CARMEN MORENO ROSSET**



**A mis dos familias.  
A la que me enseñó a caminar  
y a disfrutar caminando.  
A la que he ido encontrando  
y me ha acompañado  
todo este tiempo.**



## AGRADECIMIENTOS

Toda una historia hasta llegar a esta página...

El camino ha sido largo; diría yo, afortunadamente. Un camino que he recorrido en compañía de muchas personas. Ellas me han prestado su apoyo y han estado a mi lado en momentos muy diferentes.

¿Qué orden hay que seguir en los agradecimientos? ¿De forma lineal? ¿Érase una vez, como el principio de los cuentos infantiles? ¿Con saltos en el eje temporal, utilizando flash-backs, como muchas películas?

Destacaré a mi directora de tesis, la profesora Carmen Moreno, que me ha permitido hacer realidad este proyecto personal, al tiempo que ha compartido conmigo conocimientos, recursos y amistad. Esta tesis completa un ciclo iniciado hace veinticinco años, cuando nos acercó el ejercicio profesional de la psicología con su lista enorme de tareas “pendientes”. Siguiendo en la línea académica, no quiero olvidar a las profesoras Isabel Ramírez y M<sup>a</sup> Dolores Martín; sus toques metodológicos me han permitido avanzar en el diseño y análisis estadístico de esta investigación. En este apartado, tampoco puede faltar el profesor Félix López, a quien agradezco su generosidad y confianza.

Ahora, le toca el turno a los auténticos protagonistas de este trabajo, las chicas y chicos adolescentes, siempre incombustibles ante la oportunidad de “hablar de sexo” en las aulas de sus institutos y colegios. Risas entremezcladas con atención, vergüenza y silencio.

Mi agradecimiento a mis compañeras y “compañero” del Gabinete Psicotécnico Municipal; a Pura, Teresa y Raquel, el trío sanitario del P.E.Sex que ha estado trabajando a *pie* de obra todos estos años; a los equipos directivos y al profesorado que han colaborado en el estudio; al Ajuntament de Torrent, a los concejales y técnicos de educación.

El reverso abre un nuevo territorio: el de la cercanía y el cariño.

A Juan, mi padre, porque añoro sus manos y su sonrisa. Tu recuerdo me emociona. A Valentina, mi madre, que me enseñó el valor de la independencia y tantas otras cosas importantes. A Javier, experto en “reunir elementos” y a Sergio, el de la nariz roja; quienes también acertaron a la hora de escoger familia. A Cuqui i al *meu nebot, Àngel, l'últim en arribar i el més desitjat de tots.*

Y a toda esa otra “familia”, que me arropa y me cuida.

Ellas. A Inma, por “conjugar el mundo en plural”. A Eva, la estupenda doctora Mafalda; a Angelines y su “micrófono invisible”; a M<sup>a</sup> Mar y su excelente catering; a Teresa y su portátil; a Bea, la “buena”; a Lourdes, Pili, la otra Inma, Sara, Cristina y a mi equipo del cole de colores: Ana, Isabel, Cheli...

Ellos también cuentan. A Toni, porque él sabe descifrar esta fórmula:  $a8m^{31}$ . A Javier, por meterme en este lío hace ya mucho; a Luis, mi informático de cabecera; a Joaquín, el chico de la carátula; a Juanín, por ponerle banda sonora a esta tesis; a Vicente, empeñado en las imágenes; a Paco, Chus, Nicolás, Enrique, Sensio, Pedro y a Mr. Cat.

Gracias por estar ahí.







## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
-------------------	---

### I. PARTE TEÓRICA

#### Capítulo 1. Perspectiva evolutiva de la adolescencia.

1.1. Delimitación cronológica y conceptual.....	5
1.2. Características evolutivas de la etapa.....	9
1.2.1. Cambios puberales y sus consecuencias psicológicas.....	12
1.2.2. Desarrollo cognitivo en la adolescencia.....	16
1.2.3. La personalidad adolescente: la formación del autoconcepto.....	20
1.2.4. Desarrollo moral: la teoría de Köhlerberg.....	27
1.2.5. Procesos de socialización en la adolescencia.....	30
1.3. La salud en la adolescencia.....	44

#### Capítulo 2. La sexualidad adolescente

2.1. El desarrollo psicosexual.....	47
2.2. Nivel de información sobre la sexualidad.....	54
2.3. Conductas sexuales en la adolescencia.....	66
2.4. Factores asociados a la vivencia sexual adolescente: Identidad sexual, Roles sexuales. Actitudes. Autoestima.....	80
2.5. Riesgos asociados: embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.....	94

#### Capítulo 3. La educación sexual

3.1. Tipos de educación sexual.....	109
3.1.1. Modelo de riesgos (preventivo o médico) .....	112
3.1.2. Modelo moral.....	113
3.1.3. Modelo revolucionario.....	116
3.1.4. Modelo biográfico y profesional.....	117
3.2. Programas de intervención en educación sexual.....	120
3.2.1. La educación sexual en el ámbito escolar: situación internacional.....	121
3.2.2. La educación sexual en el sistema educativo español.....	128
3.3. La evaluación de los programas de educación sexual.....	133
3.3.1. Instrumentos de evaluación de conocimientos y actitudes sexuales .....	135

## II. PARTE EMPÍRICA

### Capítulo 4. Construcción de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex). Estudio psicométrico preliminar

4.1. Justificación.....	149
4.2. Objetivos.....	150
4.3. Contenidos de la BIESex.....	150
4.4. Método.....	152
4.4.1. Participantes.....	152
4.4.2. Instrumentos.....	153
4.4.3. Procedimiento.....	156
4.4.4. Resultados.....	157
4.4.4.1. Análisis del CAS (Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales)	157
4.4.4.2. Análisis del ANTI (Métodos anticonceptivos) y SYS (Sexualidad y Salud)	159
4.4.4.3. Fiabilidad de los cuestionarios CAS, ANTI Y SYS	166
4.5. Configuración final de los instrumentos de la Batería BIESex.....	167
Anexo: Estudio preliminar. Índices de dificultad, discriminación y homogeneidad de los cuestionarios ANTI y SYS.....	175

### Capítulo 5. Características psicométricas de la versión final de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex)

5.1. Objetivos.....	183
5.2. Método.....	184
5.2.1. Participantes.....	184
5.2.2. Instrumentos.....	185
5.2.3. Procedimiento.....	187
5.2.4. Análisis estadísticos.....	188
5.3. Resultados.....	189
5.3.1. Fiabilidad.....	189
5.3.2. Validez.....	192
5.4. Conclusiones.....	194

### Capítulo 6. Construcción y descripción del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex)

6.1. Fases de creación.....	196
6.2. Objetivos del P.E.Sex.....	198
6.3. Metodología aplicada en el programa.....	199
6.4. Estructura y contenidos.....	201
6.5. Desarrollo de los módulos del P.E.Sex.....	205

## **Capítulo 7. Valoración de la eficacia del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex)**

7.1. Introducción.....	215
7.2. Objetivos general y específicos.....	216
7.3. Hipótesis.....	217
7.4. Método.....	220
7.4.1. Participantes.....	220
7.4.2. Instrumentos.....	228
7.4.3. Diseño y procedimiento.....	231
7.4.4. Análisis estadísticos.....	235
7.5. Resultados.....	236
7.5.1. Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS .....	236
7.5.2. Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS .....	243
7.5.3. Cuestionario de Métodos Anticonceptivos: Módulo común (ANTI-MC)...	249
7.5.4. Cuestionario de Sexualidad y Salud: Módulo común (SYS-MC).....	255
7.5.5. Valoración del alumnado participante en el P.E.Sex.....	262
7.5.5. Valoración de los equipos docentes de los centros participantes.....	268

## **Capítulo 8. Conclusiones: Discusión e implicaciones prácticas**

8.1. Conclusiones.....	274
8.2. Aportaciones y limitaciones.....	282
8.3. Retos futuros e implicaciones prácticas.....	283

## **Referencias bibliográficas..... 285**

### **Anexo 1: Instrumentos de Evaluación**

1. - Guía de aplicación para el profesorado	303
2. - Formulario inicial: Datos personales	305
3. - Batería de Instrumentos de Evaluación en Educación Sexual (BIESex)	
- Cuestionario de Información General (CIG)	307
- Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS)	309
- Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI): Módulo común y bloques específicos	311
- Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS): Módulo común y bloques específicos	317
4. - Cuestionarios de valoración del alumnado participante	
- Cuestionario de valoración del P.E.Sex (Módulo 1): VAL- 1	321
- Cuestionario de valoración del P.E.Sex (Módulo 2): VAL- 2	323
5. - Ficha de valoración de los equipos docentes: P.E.Sex (Módulo 1 y 2)	325

### **Anexo 2: Programa de Educación Sexual (P.E.Sex) 327**



## ÍNDICE DE TABLAS

1. Desarrollo puberal: Cambios físicos	13
2. Evolución del autoconcepto durante la adolescencia	23
3. Desarrollo moral según Kohlberg	28
4. Elementos de la socialización familiar según Darling y Steinberg	32
5. Características de la amistad en la etapa adolescente.	39
6. Experiencias heterosexuales en la adolescencia	69
7. Tipología: experiencia sexual adolescente	73
8. Estilos de identidad sexual	81
9. Indicadores conductuales de riesgo sexual	102
10. Adolescencia y riesgo: Situación en España	107
11. Resumen de tipologías de educación sexual	111
12. Modelos básicos de Educación Sexual (López, 2005a)	119
13. La educación sexual formal en el contexto escolar en diferentes países	121
14. Instrumentos de evaluación de conocimientos y actitudes sexuales	136
15. Estudio preliminar: Distribución de la muestra según edad / sexo	152
16. Estudio preliminar: Distribución de la muestra: Tipo de centro/ Nivel ESO	153
17. Definición de los objetivos de la BIESex	154
18. Estadísticos descriptivos subescalas CAS: total de la muestra	158
19. CAS Subescala Conocimientos	159
20. CAS Subescala Actitudes	159
21. Índices dificultad ANTI y SYS. Nº y % de ítems por nivel educativo	160
22. Índices discriminación D ANTI y SYS. Nº y % de ítems por nivel educativo	162
23. Ítems ANTI y SYS con menor poder discriminativo	164
24. Estadísticos descriptivos ANTI y SYS	165
25. Media y desviación típica ANTI según sexo y nivel	165

26. Media y desviación típica SYS según sexo y nivel	166
27. Consistencia interna de la BIESex: Alfa de Cronbach	167
28. Configuración final cuestionario ANTI: Módulos	171
29. Configuración del CIG	173
30. Configuración del CAS	173
31. Configuración del ANTI y SYS	173
32. Índices de dificultad y discriminación ANTI 2º ESO	177
33. Índices de dificultad y discriminación ANTI 4º ESO	178
34. Índices de dificultad y discriminación SYS 2º ESO	179
35. Índices de dificultad y discriminación SYS 4º ESO	180
36. Índices de homogeneidad ANTI	181
37. Índices de homogeneidad ANTI	182
38. BIESex: Distribución de la muestra según edad / sexo	184
39. BIESex: Distribución de la muestra: Tipo de centro/ Nivel ESO	185
40. Composición esquemática de la BIESex (versión final)	186
41. Consistencia interna de la BIESex: Alfa de Cronbach	189
42. Estabilidad test-retest: Totalidad muestra	191
43. Estabilidad test-retest: Niveles educativos	191
44. Asociaciones entre la BIESex: Correlación de Pearson	193
45. Validez discriminante de la BIESex	194
46. Estructura del programa de Educación Sexual (P.E.Sex)	201
47. Módulo 1 del programa de Educación Sexual (P.E.Sex)	203
48. Módulo 2 del programa de Educación Sexual (P.E.Sex)	204
49. Variabilidad de la muestra a lo largo del estudio	222
50. Tipo de centro: Distribución de frecuencias/porcentajes	223
51. Composición familiar: Distribución de frecuencias/porcentajes	225
52. Variables sociodemográficas de los progenitores	227



53. Esquema de la BIESex: Instrumentos de evaluación	228
54. Propiedades psicométricas de la BIESex	229
55. Procedimiento: cronograma de la investigación	233
56. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente CAS: Subescala de Conocimientos	236
57. Análisis de la interacción Grupo (x Momento) Subescala Conocimientos CAS	237
58. Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS. Estadísticos descriptivos: Media (DT)	238
59. Subescala de Conocimientos del CAS. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas	239
60. Subescala de Conocimientos del CAS. Análisis de la interacción Género (x Momento)	240
61. Subescala de Conocimientos del CAS. Pruebas T diferencia de medias para varones y mujeres	242
62. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente CAS: Subescala de Actitudes	243
63. Análisis de la interacción Grupo (x Momento) Subescala Actitudes del CAS	244
64. Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS. Estadísticos descriptivos: Media (DT)	245
65. Subescala de Actitudes del CAS. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas	245
66. Subescala Actitudes del CAS. Análisis de interacción Género (x Momento)	246
67. Subescala de Actitudes del CAS. Pruebas T diferencia de medias para varones y mujeres	247
68. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente ANTI	249
69. Análisis de la interacción Grupo (x Momento) ANTI: Módulo común	250
70. ANTI: Módulo común. Estadísticos descriptivos: Media (DT)	251
71. ANTI: Módulo común. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas	251
72. ANTI: Módulo común. Análisis de la interacción Género (x Momento)	252
73. ANTI: Módulo común. Pruebas T diferencia de medias para varones y mujeres	253

74. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente SYS	255
75. Análisis de la interacción Grupo x (Momento) SYS: Módulo común	256
76. SYS: Módulo común. Estadísticos descriptivos: Media (DT)	257
77. SYS: Módulo común. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas	257
78. SYS: Módulo común. Análisis de la interacción Género (x Momento)	258
79. SYS: Módulo común. Pruebas T diferencia de medias para varones y mujeres	259
80. Valoración de los contenidos del Módulo 1 del P.E.Sex	262
81. Valoración de los contenidos del Módulo 2 del P.E.Sex	265

## ÍNDICE DE FIGURAS

1. Secuencia cronológica: pubertad, adolescencia y juventud	7
2. Estilos parentales según Mccoby y Martin	33
3. Problemas de salud más frecuentes entre la población adolescente	46
4. Factores causales de las conductas sexuales de riesgo	96
5. Índices de dificultad ANTI y SYS	161
6. Método Socrático	200
7. Fases de la investigación	232
8. Subescala de Conocimientos del CAS: evolución grupos control y experimental	241
9. Subescala de Conocimientos del CAS: evolución grupos según género	242
10. Subescala de Actitudes del CAS: evolución grupos control y experimental	247
11. Subescala de Actitudes del CAS: evolución grupos según género	248
12. ANTI-Módulo común: evolución grupos control y experimental	254
13. ANTI-Módulo común: evolución grupos según género	255
14. SYS-Módulo común: evolución grupos control y experimental	259
15. SYS-Módulo común: evolución grupos según género	261
16. Valoración positiva del Módulo 1	263
17. Valoración negativa del Módulo 1	264
18. Valoración positiva del Módulo 2	266
19. Valoración negativa del Módulo 2	267







# Introducción

La sexualidad es una dimensión básica dentro del desarrollo evolutivo, ya que somos seres sexuados a lo largo de todo el ciclo vital. El modo en que se vivencie repercutirá en nuestro bienestar físico, emocional y psicológico, tanto en niños y adolescentes como en adultos.

El sexo, entendido en un sentido amplio y no meramente reducido a la experiencia genital-coital, es un modo básico y fundamental de expresión emocional y manifestación de sentimientos de afecto y ternura. La experiencia de compartir, implicarse y comprometerse con otra persona permite disfrutar la vivencia sexual dentro de un marco de una relación interpersonal única, donde el contacto físico, íntimo, abierto, exento de formalismos posibilita un ámbito de confianza y seguridad.

El tratamiento de la sexualidad desde una perspectiva educativa ha evolucionado notablemente al compás de los cambios experimentados por la propia sociedad en el siglo XX. En nuestro contexto cercano, hasta los años 70-80, la educación sexual no es reconocida institucionalmente. La LOGSE (1990) y otros documentos específicos de las distintas Comunidades Autónomas defienden la conveniencia de la educación sexual en las distintas etapas educativas y a través de las diferentes áreas. Más recientemente, la Ley Orgánica 2 /2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece un marco legal para la inclusión de la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo, en sus artículos 5 y 9.

Sin embargo, desafortunadamente la existencia de un marco legal no garantiza que la educación sexual esté incorporada de una manera plena y adecuada en el ámbito escolar. A veces, posiblemente muchas más de las que sería recomendable, la supuesta educación sexual queda limitada a charlas aisladas, se reduce a talleres impartidos por profesionales ajenos al centro o depende de la voluntariedad de los equipos docentes.

No obstante, poco a poco se avanza. Hoy en día, en España se dispone de una variedad de materiales y programas de educación sexual, que pueden ser implementados en el aula por el profesorado y que incluyen orientaciones pedagógicas, guías didácticas, documentos complementarios, fichas de trabajo individual y grupal.

Sin ánimo de ser exhaustivos, destacaremos algunos programas ampliamente reconocidos y citados, como Harimaguada, Agarimos, Uhin Bare; junto con otras interesantes contribuciones en la bibliografía de autores, como Amezúa, Barragán, Font, García y López Sánchez. Pese a ello, todavía es necesario ahondar en la investigación acerca del impacto y la eficacia de la aplicación de los programas de educación sexual en el contexto escolar.

La presente Tesis Doctoral pretende dar un paso más en este sentido, al plantearse como propósito valorar la eficacia del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex) y constatar si cumple los objetivos específicos para los que fue diseñado: aumentar el nivel de conocimientos sobre la sexualidad y potenciar el desarrollo de actitudes sexuales positivas y saludables en la población adolescente.

El proceso de investigación ha incluido la creación y validación de una Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex), el diseño del programa, la valoración de su eficacia mediante la administración de dicha batería, así como la valoración cualitativa del P.E.Sex que realiza el alumnado y los equipos docentes de los centros escolares participantes.



El trabajo que se presenta está estructurado en dos partes. En primer lugar, una aproximación teórica que consta de tres capítulos; en segundo lugar, una parte empírica compuesta de cinco capítulos.

En el primer capítulo se aborda la etapa adolescente desde una perspectiva evolutiva, recogiendo la delimitación cronológica y conceptual de la adolescencia, las principales características de la etapa y un breve repaso sobre los problemas de salud más frecuentes en este período.

El segundo capítulo está dedicado a la sexualidad adolescente con un análisis del desarrollo psicosexual. La sexualidad y sus manifestaciones es objeto de interés desde edades tempranas en niños y niñas; pero en la adolescencia hay una mayor curiosidad y un deseo de información. Las conductas sexuales y los factores asociados a la vivencia adolescente (identidad, actitudes, autoestima, roles de género), junto con los riesgos asociados, son revisados ampliamente.

Los distintos tipos de educación sexual se exponen en el tercer capítulo, junto a la descripción de los programas de intervención en educación sexual desarrollados hasta la actualidad. Asimismo se presenta una revisión de los estudios realizados sobre su eficacia, en los que se ha comprobado que los instrumentos de evaluación utilizados para la valoración de los programas de educación sexual guardan una estrecha relación con los Programas, habiéndose creado ad hoc, en su mayoría, en función de los objetivos de los mismos.

A partir de la revisión teórica se constató que la evaluación e intervención en educación sexual deben ir unidas, como ocurre en otras áreas de promoción de la salud, motivo por el que la parte empírica de esta Tesis Doctoral consta de distintos apartados, en función de las distintas fases de investigación por las que se ha atravesado.

La construcción de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex) constituyó el Trabajo de Investigación realizado para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), con lo que en el capítulo cuarto se presenta un resumen de los análisis realizados, reseñando además las modificaciones efectuadas.

La versión final de la BIESex, obtenida del estudio preliminar, ha sido analizada en esta Tesis Doctoral y sus características psicométricas se presentan en el capítulo quinto, habiéndose constatado una adecuada consistencia interna, estabilidad y validez de los cuestionarios que la conforman: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS), Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI) y Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS).

En el sexto capítulo se describe el Programa de Educación Sexual (P.E.Sex), aludiendo a las distintas fases del proceso de elaboración. Este programa ha sido estructurado en dos Módulos, diseñados para su aplicación en grupos de adolescentes de 13-16 años dentro del contexto escolar. Se detallan los bloques temáticos, el marco metodológico y el desarrollo de cada una de las sesiones.

En el séptimo capítulo se presenta la evaluación de la eficacia del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex), eje central de la presente Tesis Doctoral. Se describen pormenorizadamente los objetivos e hipótesis, la metodología aplicada y los resultados obtenidos, a través de los que se comprueba la contribución realizada con el programa P.E.Sex en el área de la educación sexual adolescente.

Finalmente, en el capítulo octavo, se recogen las conclusiones generales de esta investigación, así como sus aportaciones, implicaciones prácticas y sugerencias de mejora para futuras investigaciones en esta línea.

# **I. PARTE TEÓRICA**



# Capítulo 1

## Perspectiva evolutiva de la adolescencia

### 1.1. DELIMITACIÓN CRONOLÓGICA Y CONCEPTUAL

Desde el punto de vista histórico, la adolescencia es un “invento” reciente. G. Stanley Hall (1844-1924) es considerado como el iniciador del estudio científico de la adolescencia, específicamente con los dos volúmenes de su obra *Adolescence* publicada en 1904. Según Hall, la adolescencia es el período comprendido entre los 13 y los 23 años de edad. Hizo suya la expresión de “Strum und Drang” de los autores alemanes Goethe y Schiller para caracterizar esta etapa turbulenta dominada por los conflictos y los cambios anímicos.

Actualmente, la mayoría de las definiciones coinciden en considerar la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la etapa adulta, que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales.

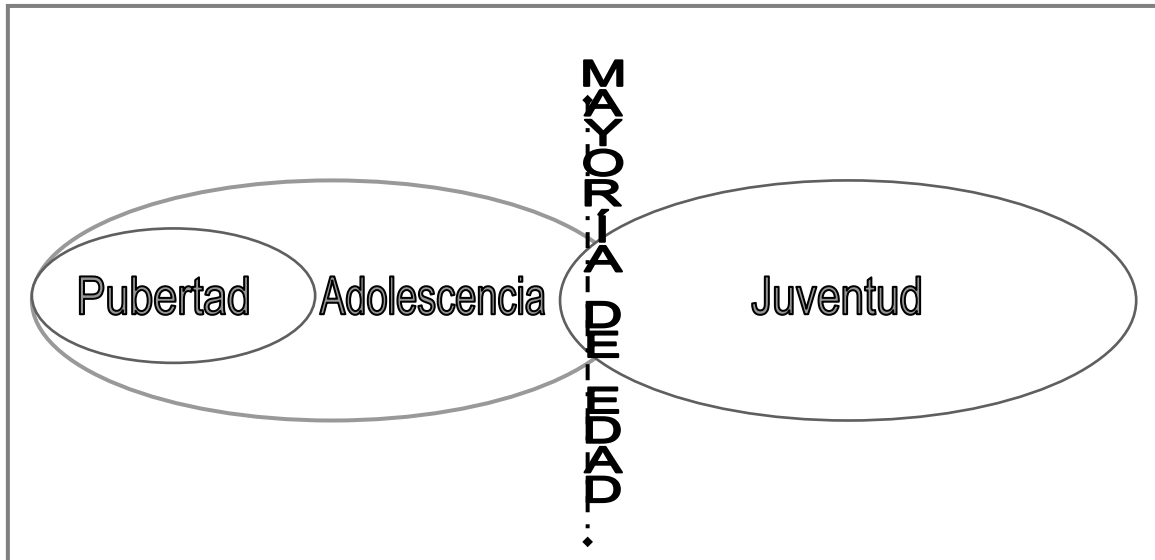
Sin embargo, se trata de una etapa evolutiva con límites cronológicos variables y poco definidos. No existe un acuerdo unánime entre los investigadores a la hora de acotar la edad de inicio y de finalización (Ros, Morandi, Cozzetti, Lewintal, Cornellá y Suris, 2001). En el lenguaje coloquial, los términos “adolescencia”, “pubertad” y “juventud” pueden emplearse como sinónimos de la etapa intermedia entre la infancia y la edad adulta, aunque cada uno de ellos conlleva matices diferenciales evidentes.

#### Diferenciación de los conceptos pubertad, adolescencia y juventud (Toro, 2010).

Las principales diferencias se pueden concretar del siguiente modo:

- **Pubertad:** Conjunto de cambios físicos y fisiológicos que tienen lugar alrededor de la segunda década de la vida. Esta transformación se inicia en los chicos hacia los 12-13 años, finalizando alrededor de los 16-18. En las chicas, los cambios aparecen más temprano, unos dos años antes que los chicos, (10-11 años) y acaba entre los 14-16. Existe una gran variabilidad interindividual, así como una diferente curva de crecimiento según los sexos.
- **Adolescencia:** Período psicosociológico que implica un proceso de ajuste e inserción social. En contraposición con la pubertad, que tiene un carácter universal, la adolescencia no aparece en todas las culturas como una etapa diferenciada. No existe acuerdo de unos autores a otros en los límites cronológicos. Actualmente, en nuestro entorno incluso se está empezando a hablar del fenómeno de la “prolongación” de la adolescencia.
- **Juventud:** Término muy amplio que abarca la adolescencia y el comienzo de la edad adulta. En muchos casos, puede afirmarse que su límite máximo viene acotado legal e institucionalmente por entidades de carácter muy diferente, las cuales proporcionan condiciones ventajosas para quienes no han alcanzado todavía una edad determinada, tales como concesión de créditos, carnet joven, bonos de transporte u otro tipo de ayudas.

**Figura 1. Secuencia cronológica: pubertad, adolescencia y juventud**



De este modo, los cambios de la pubertad, determinados por la biología y evidentes físicamente, marcarían el inicio del desarrollo evolutivo que pone fin a la infancia, iniciándose el período adolescente.

La confusión de los límites repercute negativamente en su estudio científico, dificultando la comparación de investigaciones que no siempre mantienen el mismo criterio de edad y que se agrupan genéricamente bajo el epígrafe de “*adolescencia*”.

Como referencia, podemos utilizar la división de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece dos períodos:

- Primera adolescencia: 10-14 años
- Segunda adolescencia: 15-19 años

Siguiendo a Santrock (2004), la adolescencia es un período de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo. Erikson (1968) utiliza la expresión “moratoria social”, en cuanto se trataría de un momento propiciado por la sociedad para la preparación en el ejercicio de un rol adulto. La adolescencia supone, pues, un fenómeno esencialmente marcado por la cultura y el momento histórico-social. De ahí que las descripciones de la adolescencia,

en cuanto a rasgos, características, actitudes e intereses, e incluso su delimitación cronológica, tienen un campo restringido de aplicación y no deben ser extrapolables a sociedades culturalmente distintas ni a épocas diferentes.

De hecho, López y Oroz (1999) señalan que el final de la adolescencia es un hecho social que implica la consecución de:

- Madurez en el desarrollo de la fisiología corporal
- Adquisición de autonomía del núcleo familiar
- Incorporación al sistema laboral y autonomía económica
- Inicio de un sistema de relaciones interpersonales que incluya la formación de parejas relativamente estables.

En nuestro contexto sociocultural inmediato, actualmente se observa una demora relativa en completar este conjunto de logros evolutivos, debido tanto a unas condiciones laborales y económicas concretas, como a importantes cambios en las estructuras familiares y a un grado mayor de permisividad, tolerancia y libertad en las relaciones que se establecen entre padres e hijos. Nos encontramos ante el fenómeno denominado “adolescencia prolongada”, ya sea de manera forzosa o voluntaria. Aunque el análisis de sus causas y posibles consecuencias queda fuera del ámbito de esta investigación, ilustra de manera clara la precariedad conceptual en cuanto a su delimitación temporal.

A efectos prácticos, nuestro trabajo se centra en esa etapa englobada en el término inglés “teenagers”, descriptivo de la población que se encuentra en la segunda década de la vida, en la línea seguida por la A.P.A. en su documento *Developing Adolescents: A Reference for Professionals* (2002).



## 1.2. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ETAPA ADOLESCENTE

A sabiendas de la incongruencia en que incurrimos al plantear la existencia de características generales de la etapa, sobre todo tras lo explicitado en el apartado anterior, la adolescencia tiene sentido en sí misma desde la perspectiva de la psicología del desarrollo, por tratarse de un período de culminación de capacidades.

Un tópico frecuente es el mantenimiento de una serie de prejuicios negativos hacia los adolescentes por parte de la sociedad adulta, que puede considerarlos peligrosos, insoportables, consumistas u otras descalificaciones similares y escasamente fundadas en la realidad. El curso de la adolescencia es muy distinto de unos adolescentes a otros (Batista-Foguet, Mendoza, Pérez-Perdigón y Rius, 2000; Feldman y Elliott, 1990; López y Oroz, 1999; Olivares, 2000). Las diferencias existentes son amplias y variadas, por lo que es más apropiado emplear el plural y hablar de “adolescencias”

La visión positiva y realista de la adolescencia implica la aceptación de la diversidad adolescente, evitando las generalizaciones y estereotipos negativos. Con todo ello, el conocimiento de las características fundamentales de esta etapa puede facilitar la comprensión de su importancia dentro del ciclo vital.

La adolescencia es una crisis evolutiva en sentido positivo, puesto que en este período aparecen gran cantidad de cambios que precisan readaptaciones importantes. Cada adolescente vive y se adapta a estos cambios de formas muy diversas dependiendo de numerosos factores, que abarcan un rango muy amplio, desde los individuales (temperamento, rasgos de personalidad, habilidades intelectuales, rendimiento académico o estrategias de afrontamiento, entre otros), hasta los contextuales (el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la pertenencia a un grupo étnico minoritario, el tipo de centro escolar o la composición y estabilidad familiar).

La clave de la crisis evolutiva de la adolescencia es "*identidad frente a confusión*". La adolescencia ha sido habitualmente considerada una fase de conflictos. Ya hemos comentado el tópico del adolescente abrumado por una serie de problemas diversos, desde aquellos que harían referencia a su relación con los demás (amistad, enamoramiento, relaciones de pareja) como a su propio autoconcepto e identidad (atractivo físico, valía personal, futuro, elección profesional)

La resolución de las crisis evolutivas puede efectuarse de un modo constructivo, enfrentándose a ellas de forma que se logre instaurar un nuevo equilibrio; pero también puede suceder que se resuelva negativamente con un empeoramiento, estancamiento o una regresión a niveles previos de funcionamiento.

*Las preocupaciones fundamentales de la adolescencia se centran en:*

- Adaptación a los cambios corporales y emocionales.
- Logro gradual de la independencia de la familia
- Cuestionamiento de los valores sociales propuestos y desarrollo de una filosofía propia de vida.
- Exploración de las relaciones personales.
- Selección de opciones vocacionales y profesionales.

Tales preocupaciones están relacionadas con sucesos susceptibles de desencadenar una crisis; si bien, no puede generalizarse acerca de cuáles pueden precipitarla, puesto que dependerá de la historia personal de cada adolescente.

Para muchos adolescentes esta etapa transcurre sin demasiados altibajos, progresando establemente, explorando y desarrollando al máximo sus capacidades.

En algunos casos problemáticos podemos encontrarnos con que la adaptación a los cambios corporales se vive muy conflictivamente, bordeando o desarrollando incluso trastornos muy graves.

También las relaciones sexuales pueden acarrear crisis. No todos los y las adolescentes están preparados para afrontar estas necesidades ni para responder a las demandas de la pareja. La posibilidad de embarazos no deseados por ausencia de métodos anticonceptivos o por su mala utilización es un riesgo ante el que muchos adolescentes no han desarrollado las adecuadas habilidades de prevención.

El proceso de independencia del núcleo familiar conlleva posibles conflictos sobre hábitos personales y estilos de vida. Los estilos familiares rígidos y autoritarios reducen la capacidad de decisión del adolescente, no permitiendo que éste se enfrente por sí mismo a determinadas cuestiones que le afectan de forma directa. Por otro lado, familias que ejercen una sobreprotección excesiva tendrán un efecto similar y el adolescente no será capaz de afrontar riesgos básicos.

Actualmente, y como fruto de una serie de cambios sociales, económicos y políticos, se observa una “adolescencia prolongada”. Se está alargando el tiempo de permanencia en el domicilio familiar por diversas circunstancias: paro, empleo precario, estudios superiores, opciones laborales poco satisfactorias (Ros *et al.*, 2001).

Además de estas condiciones externas, la mayor permisividad de la familia hace que se pueda mantener un cierto grado de autonomía personal en la convivencia diaria con los padres. Se habla de una reducción del “conflicto generacional” al incrementarse la flexibilidad de los padres, que son capaces de asumir ciertas conductas autónomas de los hijos e hijas, otorgando una mayor libertad de movimientos.

De todos modos, esta prolongación de la adolescencia puede acarrear consecuencias desfavorables a largo plazo, dando lugar a situaciones en las que no es necesario tomar decisiones ni asumir las responsabilidades necesarias para el crecimiento personal (Claramunt, 2002; López y Oroz, 1999).

### 1.2.1. Cambios puberales y sus consecuencias psicológicas

El inicio de la adolescencia viene marcado por los cambios puberales, que transforman el cuerpo infantil en un cuerpo adulto.

La pubertad, tal como hemos señalado, es un proceso de transformación de carácter universal, que culmina con la diferenciación corporal (masculino/femenino), tanto en lo referente a los caracteres sexuales primarios (órganos genitales), como en los secundarios (vello facial, cambio de voz y ensanchamiento de los hombros en los chicos; crecimiento del pecho y ensanchamiento de caderas en las chicas; junto con otros comunes: vello axilar y púbico).

Los mecanismos hormonales implicados en la pubertad están regidos por el eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal. El hipotálamo produce la secreción de las hormonas liberadoras de las gonadotropinas. El patrón de secreción será constante en el sexo masculino; mientras que se realizará de manera cíclica en el femenino. La hipófisis será estimulada por las gonadotropinas hipotalámicas y, a su vez, segregará las hormonas FSH (folículo-estimulante) y LH (luteinizante). Como consecuencia, las gónadas (testículos y ovarios, respectivamente) responderán con la maduración de las células germinales y el aumento de la producción de esteroides sexuales. Todo ello comporta una brusca aceleración de las modificaciones en los órganos corporales diana. Asimismo, estas secreciones de hormonas esteroides tienen un efecto de control sobre el hipotálamo y la hipófisis, mediante un mecanismo de retroalimentación (Fechner, 2003; Toro, 2010).

El alto nivel de hormonas sexuales, sobre todo la testosterona en los chicos y la progesterona y estrógenos en las chicas, provocará los cambios físicos propios de la pubertad, los cuales aparecen de manera secuenciada en la Tabla 1.

**Tabla 1. Desarrollo puberal: Cambios físicos**

Chicos	Chicas
Aumento del tamaño de los testículos	Desarrollo mamario inicial
Inicio de la velloidad del pubis	Inicio del redondeo de caderas
Crecimiento del pene	Crecimiento del pecho
Primer cambio de voz	Desarrollo de los pezones
Estirón del crecimiento	Primer vello púbico
Vello facial y axilar	Aumento de la talla corporal
Aumento del grosor de los huesos y de la masa muscular	Ensanchamiento de la pelvis
Mayor pigmentación del vello púbico	Aumento de la proporción de grasa corporal
Continuidad del crecimiento del pene y testículos	Crecimiento de los órganos genitales: útero, vagina, labios y clítoris
Producción de espermatozoides	Mayor consistencia del vello púbico
Incremento en sudoración y secreción sebácea	Aparición del vello axilar
Extensión del vello corporal	Menarquía
	Mayor secreción sebácea

Extractado de Parera, de Alvarez, Calaf, Ros y Cornellá (2001)

Todos estos cambios suceden de manera gradual a lo largo de un período de varios años, destacando especialmente la velocidad en el crecimiento, lo cual provoca una asincronía o falta de armonía, ya que no se desarrollan por igual las diferentes partes del cuerpo. Una referencia clásica utilizada habitualmente para valorar el grado de madurez puberal son los estadios de Tanner (Marshall y Tanner, 1969, 1970).

Por término medio, las chicas empiezan a madurar un año antes que los chicos, aunque existen diferencias notables en el ritmo puberal a nivel individual. De ahí que se planteen los conceptos de *pubertad precoz* y *pubertad retardada*, haciendo referencia a un inicio temprano o tardío de la maduración en comparación con el promedio (Toro, 2010; Ros *et al.*, 2001). Las causas que influyen en el momento de inicio son muy diversas y múltiples, ya que están implicados tanto aspectos genéticos

(por ejemplo, la edad de comienzo de la pubertad de los progenitores) como ambientales (alimentación, historia de salud, actividad física o clima). Los factores externos podrían explicar el adelanto de aproximadamente dos años de la menarquía, tendencia observada en las últimas décadas en la mayoría de países del mundo occidental. No obstante, hay que señalar que se está alcanzando un tope, ya que las mejoras externas en las condiciones de vida tienen una influencia importante pero limitada.

El momento evolutivo en el que suceden los cambios puberales incide en una doble vertiente: individual y social, con una interrelación evidente. El nivel de madurez psicológica determina la actitud del adolescente y su reacción ante las manifestaciones corporales de la pubertad. El entorno social próximo (familia, grupo de iguales, docentes) también se adaptará y actuará de manera diferencial según el adolescente entre o no dentro de las expectativas propias de su edad cronológica. En esta línea, hay que destacar que existen diferencias según el género del adolescente, tal como se recoge en la literatura (Barberá, 1998; Barberá y Navarro, 2000; Martínez-Álvarez, 2000).

Centrándonos únicamente en la satisfacción corporal, en términos generales la pubertad precoz es más ventajosa en los chicos (superioridad física, autoconcepto positivo y asunción del rol de líder), aunque en ocasiones pueden darse comportamientos antisociales y otros problemas, tal como aparece reflejado en el informe de la American Psychological Association (APA, 2002).

En las chicas puede asociarse a una imagen negativa de sí mismas, insatisfacción e incluso trastornos de alimentación. Su aspecto físico influye también en la forma en que son tratadas por adultos y adolescentes mayores que ellas. De todos modos, tal como hemos indicado, el nivel de desarrollo cognitivo y emocional modulará el impacto de la precocidad puberal en ambos casos, limitando o agravando

las repercusiones negativas y la implicación en conductas de riesgo, como el consumo de drogas o las relaciones sexuales no planificadas ni protegidas.

Igualmente, la pubertad retardada acarrea sus pros y sus contras. Las chicas que inician su desarrollo más tardíamente se equiparan a sus congéneres masculinos, contando con un margen más amplio que sus compañeras de edad para prepararse psicológicamente a la aceptación de los cambios corporales. No obstante, pueden experimentar sentimientos de incomodidad y disgusto ante su imagen infantil cuando su grupo de amigas esté formado por adolescentes más desarrolladas, llegando incluso a ser poco aceptadas o rechazadas por ese motivo.

En los chicos, el retraso puberal les coloca en una situación de desventaja: menor altura y musculatura, inseguridad en la relación con iguales y escasa popularidad. En algunos casos, pueden llegar a ser víctimas de burlas, agresiones físicas o, en el extremo más grave, mayor riesgo de sufrir acoso escolar por parte de otros compañeros (Pollack y Shuster, 2000, Serrano e Iborra, 2005)

No obstante, hay que señalar que, tanto las consecuencias del retardo como la precocidad del desarrollo puberal, tienden a ir desapareciendo conforme transcurre la adolescencia, debido a la existencia de otros factores relevantes en el modo en que chicos y chicas efectúan la transición al estado adulto.

### 1.2.2. Desarrollo cognitivo en la adolescencia

Desde la tradicional concepción piagetiana, la adolescencia supone la culminación de las capacidades cognitivas con la adquisición del pensamiento formal.

En la segunda mitad del siglo XX, los trabajos de Inhelder y Piaget (1955) caracterizaron el desarrollo cognitivo durante la etapa adolescente, sentando las bases del denominado *estadio de las operaciones formales*. Este tipo de pensamiento, cualitativamente diferente del anterior (centrado en las operaciones concretas), completa la secuencia evolutiva y es la base del estudio de la inteligencia adulta.

A pesar de las críticas y posteriores reformulaciones más o menos matizadas, las aportaciones de Piaget son un referente clásico para la consideración del desarrollo cognitivo, por lo que se ha considerado incluir a grandes rasgos las principales características funcionales del estadio de las operaciones formales.

En primer lugar, *la realidad es concebida como un subconjunto de lo posible*. Ante una tarea formal, el adolescente no se centra exclusivamente en organizar la información sensorial y los datos reales presentes. Es capaz, además, de prever todas las situaciones y relaciones causales posibles entre sus elementos, combinándolos lógicamente para establecer hipótesis que posteriormente contrastará con la experimentación. De este modo, adquiere la capacidad de conceptualizar con mayor precisión el planteamiento y la resolución de un determinado problema.

Ello enlaza con el siguiente aspecto funcional, el *carácter hipotético-deductivo* de las operaciones formales. Aunque en la etapa anterior, niños y niñas son capaces de cierta abstracción, en la adolescencia se da una consecución plena del pensamiento abstracto o teórico. Esta capacidad consiste en aplicar la estrategia de elaborar todo un conjunto de explicaciones posibles (hipótesis) que serán puestas a prueba mediante la confirmación empírica.



De manera complementaria, se adquiere la capacidad de comprobación sistemática para la verificación de las hipótesis, ya iniciada en la etapa anterior, pero ahora más ampliada. Ello requiere la aplicación de un razonamiento deductivo, que permita siguiendo un método comprobar el valor de todas y cada una de las hipótesis formuladas.

Además se adquiere el “esquema del control de variables”, consistente en variar sistemáticamente un factor o variable cada vez, mientras los demás factores permanecen constantes. De este modo, el pensamiento en la adolescencia alcanza uno de los rasgos sobresalientes de la metodología científica.

El *carácter proposicional* del pensamiento formal está estrechamente vinculado con las capacidades anteriores. En este estadio, se utilizan hipótesis y razonamientos abstractos. Las proposiciones son afirmaciones sobre “lo que puede ser posible”, tienen un valor abstracto e hipotético, sin vinculación directa de la realidad concreta. El trabajo intelectual, el planteamiento y la resolución de problemas puede realizarse con representaciones proposicionales de los objetos. El lenguaje es el vehículo para estas representaciones

Otra característica cognitiva propia del desarrollo adolescente es la disposición de los denominados *esquemas operacionales formales*. En la teoría de Piaget, el esquema es la unidad básica a través de la cual se representa el conocimiento, el cual se va modificando paulatinamente mediante un proceso interno, organizado y no necesariamente consciente como consecuencia de la propia experiencia.

Los esquemas operacionales formales y demás aspectos del pensamiento formal van a permitir a los y las adolescentes hacer frente a los contenidos científico-académicos y a las tareas escolares cada vez más abstractas que se le proponen por parte del sistema educativo en la etapa de E.S.O. y Bachillerato (Carretero y León, 2003).

Dentro de este marco teórico, hay otros aspectos dignos de ser tenidos en cuenta, especialmente porque han sido objeto de críticas y reformulaciones posteriores.

El pensamiento formal es considerado *universal, uniforme y homogéneo*. La universalidad implica que este estadio aparece en todos los adolescentes, a partir de los 11-12 años y se consolida alrededor de los 14-15, siempre y cuando se haya tenido acceso a unos niveles básicos de escolarización. La condición de uniforme y homogéneo supone que el pensamiento formal constituye un sistema de conjunto mediante el cual se tiene acceso simultáneo a todos los esquemas operacionales formales.

Como hemos resaltado, el pensamiento formal tiene carácter proposicional, por lo que se atendería a la estructura de las relaciones entre los objetos antes que a su contenido. De ahí que se considere que la dificultad de las tareas no estará afectada por el contenido, sino por la complejidad de sus relaciones lógicas.

El estadio de operaciones formales es el último peldaño del desarrollo cognitivo, por lo que se considera que hay una similitud generalizada con el pensamiento adulto.

Hasta aquí, hemos ido presentando sucintamente los principales presupuestos de la teoría clásica piagetiana. Sin embargo, los avances posteriores en la investigación han puesto en evidencia la inexactitud de algunos de los supuestos iniciales. Los principales puntos, objeto de desacuerdo y críticas a la formulación clásica, pueden resumirse en:

- La existencia de diferencias en los niveles de dificultad de las tareas formales, lo cual cuestionaba la idea de que el pensamiento formal fuera una estructura de conjunto.

- La influencia del contenido de las tareas en su resolución, con independencia de que mantuvieran idéntica estructura lógica.
- La universalidad del pensamiento formal fue rebatida por los datos obtenidos en estudios posteriores, que coincidían en indicar que únicamente alrededor de un 50% de adolescentes y adultos muestran un pensamiento claramente formal.
- Otra crítica se ha centrado en la consideración del pensamiento formal como la culminación del funcionamiento intelectual. En la actualidad, se acepta la existencia de otros modos de pensamientos cualitativamente distintos, englobados genéricamente bajo el término *pensamiento postformal*

También el propio Piaget modificó sus planteamientos previos (1970), ampliando hasta los 15-20 años la adquisición del pensamiento formal. Introdujo asimismo una importante matización respecto a la influencia del contenido de la tarea en la resolución del problema planteado, cuando éste no se correspondiera a las aptitudes o intereses del sujeto. En estos casos, se podría utilizar un razonamiento menos evolucionado, propio del estadio anterior (operaciones concretas). Así, pues, una persona adulta alcanzaría el nivel del pensamiento formal en un área concreta según su especialización (Inhelder y Piaget, 1996).

Posteriormente, esta hipótesis fue aceptada y confirmada por otros autores e investigaciones (según se recoge en Carretero, 1985; Pozo, 1996; Pozo, Gómez Crespo, Limón y Sanz, 1991). En la actualidad, se acepta que el grado de familiaridad de la tarea o los conocimientos previos son variables determinantes para la utilización de las operaciones formales por parte de los sujetos. En esta etapa, los y las adolescentes avanzan paulatinamente en su desarrollo cognitivo hasta ser capaces de aplicar el pensamiento formal, aunque no de manera global y en todos los ámbitos.

### 1.2.3. La personalidad adolescente: la formación del autoconcepto

El desarrollo cognitivo propio de la adolescencia repercute sobre las características de la personalidad y sobre el comportamiento (Palacios y Oliva, 2003).

En esta línea, se encuentran las aportaciones de David Elkind (1978, 1985), que señala como el *egocentrismo*, esencialmente diferente al de la etapa infantil, está relacionado con la capacidad para pensar sobre el propio pensamiento y sobre el pensamiento de los demás.

Las formas más frecuentes de este egocentrismo son la “audiencia imaginaria” y la “fábula personal” (López y Oroz, 1999)

La *audiencia imaginaria* es la tendencia a un exceso de autoconciencia que les lleva a creer que los demás (entendidos en sentido casi universal) están centrados en su forma de actuar y de manejarse, prácticamente con un nivel de preocupación e interés idéntico al suyo propio. Esta característica puede llevarles a sentirse el centro, el punto de confluencia de todas las miradas, sintiéndose evaluado continuamente por cualquiera de las personas de su alrededor. El y la adolescente pueden llegar a creer que su aspecto y su forma de comportarse son objeto de continua atención, comentario y valoración por parte de los otros.

La *fábula personal* consiste en creerse especial, distinto a todos los demás, en cualquier aspecto. Muy a menudo, se mantiene la creencia de que tanto sus experiencias como sus problemas son únicos, que nadie se ha enfrentado jamás a determinados conflictos, que pueden parecer insuperables o inéditos en la historia de la humanidad.

Esta fabulación respecto a sí mismo se relaciona con otro rasgo muy frecuente en la adolescencia: la sensación de *invulnerabilidad*. Pueden conocer los riesgos, pero

en su vida cotidiana actúan con el convencimiento de que “eso le puede pasar a otros, pero no a mí”.

Esta tendencia a creerse invulnerables lleva a desvalorizar los consejos que contradicen sus deseos, especialmente en el ámbito de la salud, desdeñando los argumentos adultos, contraponiendo a ellos una sensación de dominio y aparente seguridad que intentan fortalecer apoyándose en el grupo de iguales (López y Oroz, 1999).

Aunque, como hemos señalado, la adolescencia tiene unos rasgos propios derivados de las capacidades y cambios iniciados en la pubertad, no se da una ruptura completa con la etapa anterior (Olivares, 2002). Tanto los datos empíricos como la observación cotidiana, nos muestran la existencia de una cierta continuidad en las características centrales de la personalidad; es decir, un niño o una niña introvertida mantendrá posiblemente esa timidez en la adolescencia. No obstante, hay una menor estabilidad cuando se trata de otros aspectos menos básicos que pueden estar más sujetos a cambios con la edad.

Una de las características básicas de la etapa adolescente consiste en la adquisición de un sentimiento de *identidad personal* en relación con los demás. Entre tantos cambios y la aparición de nuevas capacidades, es frecuente que se tenga dificultad en responder a la pregunta “¿quién soy yo?”.

Antes de seguir adelante, es necesario efectuar una consideración acerca de la terminología utilizada para referirse a este constructo: identidad, autoestima, self, autoconcepto, autoimagen o auto-representaciones. Cada uno de ellos aporta un matiz diferencial desde el punto de vista teórico. A menudo, existe una preferencia a favor de uno u otro, dependiendo del ámbito de investigación. Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) subrayan este aspecto e indican las razones por las cuales en la práctica es difícil establecer con nitidez una distinción clara. Según estos autores, el término

“autoconcepto” es más utilizado en psicología social; mientras que la psicología educativa, la psicología comunitaria o los diversos modelos de bienestar psicosocial se decantarían por “autoestima”. Por otro lado, el concepto de identidad tiene connotaciones diferenciadas según las áreas. La psicología clínica se centra en el análisis de la problemática derivada de la pérdida de identidad, mientras que en la psicología evolutiva se plantea la importancia de la búsqueda de la propia identidad en la etapa adolescente. Además, en el ámbito de la psicología social estaría la distinción entre identidad personal y social (Musitu *et al*, 2001)

No obstante, existe un cierto grado de consenso compartido por la mayoría de investigadores en acotar los aspectos cognitivos bajo la denominación de *autoconcepto*, reservando para el término *autoestima* los elementos afectivos y valorativos de esas representaciones o concepciones acerca de sí mismo (Burns, 1990; Gracia y Musitú, 1999; Machargo, 1997; Palmonari, Pombeni y Kirchler, 1992; Shavelson, Hubner y Stanton, 1976; Twenge y Campbell, 2002) Dicho de otro modo, el autoconcepto estaría compuesto por toda una serie de afirmaciones en respuesta a las preguntas: “¿cómo soy?” o “¿cómo me percibo?”; mientras que la autoestima incluiría una valoración subjetiva acerca de este conjunto de percepciones.

El autoconcepto poseería un carácter descriptivo, relacionándose con la percepción de las características propias y de las reacciones, tanto emocionales como conductuales. La autoestima haría referencia al componente evaluativo del concepto de sí mismo.

Desde ese planteamiento, el autoconcepto experimenta una clara evolución a lo largo de la infancia y la adolescencia, tanto en la estructura como en los contenidos mismos. La adolescencia se va a caracterizar por una mayor abstracción y complejidad en el concepto de sí mismo, alejándose de los aspectos más concretos, propios del período infantil. L'Ecuyer (1981), en su estudio sobre las etapas de la

formación del autoconcepto, hace corresponder la *diferenciación del yo* al período comprendido entre los 12 y los 20 años.

En la tabla 2, se presenta un esquema de los contenidos y organización del autoconcepto adolescente (Palacios, 1999a; Oliva, 2003a).

**Tabla 2: Evolución del autoconcepto durante la adolescencia**

<b>Adolescencia temprana (11-14 años)</b>	
<u>Estructura y organización</u>	<u>Contenidos</u>
Primeras abstracciones que integran rasgos relacionados entre sí	Características corporales: atractivo físico
Abstracciones separadas, en ocasiones contradictorias e incompatibles	Habilidades sociales interpersonales: relaciones e imagen ante los demás
<b>Adolescencia media (15-17 años)</b>	
<u>Estructura y organización</u>	<u>Contenidos</u>
Aparición de conexiones entre las distintas abstracciones y entre rasgos opuestos.	Inclusión de atributos diferenciados según el contexto: situación y rol ejercido (familia, iguales, escuela, pareja)
Confusión/malestar ante incoherencias y contradicciones	
<b>Adolescencia tardía (18-21 años)</b>	
<u>Estructura y organización</u>	<u>Contenidos</u>
Abstracciones complejas de orden superior e integrador	Rasgos según roles desempeñados
Coherencia entre abstracciones simples e incluso opuestas	Valores, creencias y convicciones morales

Fuentes: Adaptado de Palacios, 1999a; Oliva, 2003a

En el trabajo clínico y en la práctica educativa, a menudo nos encontramos con adolescentes que se muestran tremendamente preocupados por esas incongruencias que aparecen en el proceso de consecución de un yo integrado y diferenciado, especialmente conforme avanzan en la etapa. Ese *“no saber cuál de todas las caras*

*es realmente la auténtica*” puede causar dificultades en la aceptación de sí mismos, creando confusión. En muchas ocasiones, en esta evolución los y las adolescentes necesitan experimentar diferentes identidades, cambiando desde su apariencia física hasta los gustos, intereses, aficiones o actitudes vitales.

Conectando con las capacidades cognitivas del pensamiento formal, también se toma conciencia de la diferencia entre *quién soy realmente* (yo real) y *quién me gustaría ser* (yo ideal). Cuando se da una discrepancia muy marcada entre ese yo real y el ideal, a menudo plagado de toques más o menos fantasiosos, puede darse un peor ajuste psicológico. La aceptación de la imposibilidad de ese deseo de ser, según palabras de Baudelaire, “sublime sin interrupción” forma parte del proceso de maduración en el que se alcanza por parte del adolescente la capacidad para admitir las limitaciones y carencias, incorporándolas como parte de sí mismo, e incluso convirtiéndolas en un acicate para mejorar.

En la adolescencia, y como consecuencia de la diversificación del autoconcepto, también la autoestima se ve afectada e incorpora dimensiones distintas y completamente nuevas, como el área de las relaciones afectivo-sexuales o la valoración del atractivo físico por cuanto éste influye en resultar deseable a los ojos de otras personas.

Actualmente se acepta la existencia de una estructura multidimensional, aunque hay un menor acuerdo entre las dimensiones específicas que la integran. Para Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg (1995), la autoestima comprendería una actitud general hacia uno mismo y también actitudes hacia aspectos específicos. La autoestima global y las específicas no serían equivalentes ni directamente intercambiables, aunque estarían conectadas entre sí. Tanto en adolescentes como en adultos, se observan niveles diferenciales de autoestima en cada una de las dimensiones del autoconcepto. Atendiendo al contenido, las representaciones de sí



mismo pueden agruparse en centrales o periféricas. Las concepciones centrales son más profundas y elaboradas.

La autoestima global dependerá del grado de competencia percibido y de la importancia subjetiva que se atribuya a cada dominio. A este respecto, Oliva (2003a) señala diferencias según la variable género, indicando que entre las chicas, el atractivo físico o las habilidades interpersonales son predictoras de su autovaloración global; mientras que para los chicos, son más importantes las habilidades deportivas o el sentimiento de eficacia.

Desde el interaccionismo simbólico y la psicología cognitiva se ha remarcado el origen social del autoconcepto. Por un lado, estaría la interacción con las personas significativas; y por otro, la comparación social. Todo ello puede explicar la importancia de la familia, del grupo de iguales y de la escuela como referentes claves en la adolescencia.

Como hemos indicado, la evolución del autoconcepto adolescente incluye la integración de los distintos roles sociales. Conjugación de las demandas, a veces contrapuestas, de los contextos inmediatos en los que se mueve un determinado adolescente puede provocar en algunas ocasiones cierto grado de conflicto.

La aceptación y la popularidad entre los iguales son altamente significativas para la mayoría de los chicos y chicas, por lo que se convierte en un indicador fiable del nivel global de autoestima. Por otro lado, las relaciones con los padres continúan influyendo, a pesar de la necesidad de lograr la independencia del núcleo familiar.

La familia incide en la autoestima de los hijos, sea cual sea su edad, a través del tipo de apego establecido, del tipo de dinámicas familiares y de las prácticas de socialización familiar (Musitu *et al.*, 2001)

En el contexto escolar se produce una evaluación continua de capacidad y rendimiento por parte del equipo docente. El éxito o el fracaso académico repercutirán

en la autoestima de los y las adolescentes, aunque siempre teniendo en cuenta la importancia subjetiva o centralidad que se le atribuya a esta dimensión del autoconcepto. También aquí entraría la comparación con otros compañeros/as y la interacción con el profesorado junto con las relaciones establecidas con el grupo dentro del aula.

La transición al instituto y la necesaria adaptación a un sistema organizativo, diferente al de la escuela primaria, pueden explicar parcialmente el descenso de la autoestima en la adolescencia temprana. También influyen otros factores ya nombrados, como los cambios físicos de la pubertad, el descontento con el propio cuerpo o el atractivo físico, que inciden de manera especialmente acusada entre las chicas. Los chicos, en cambio, pueden recuperarse más rápidamente e incluso mejorar su nivel previo de autoestima, debido a que las diferencias de género en los procesos de socialización les favorecen con una mayor apertura a experiencias y con un menor control parental, en comparación con las chicas.

#### 1.2.4. Desarrollo moral: la teoría de Kohlberg

El desarrollo de la conciencia moral ha sido objeto de estudio por parte de las grandes teorías evolutivas del siglo XX, desde el psicoanálisis hasta las teorías del aprendizaje, Vygotsky, Piaget y Kohlberg. Cada una ha puesto el acento en procesos distintos, bien sea en la interiorización de las normas, bien en construcciones socioculturales o bien en la derivación de procesos cognitivos de razonamiento.

Así como hemos tomado a Piaget como referente para la exposición del desarrollo cognitivo en la adolescencia, Kohlberg puede ser más ilustrativo a la hora de considerar el razonamiento moral propio de la adolescencia, debido a que ahonda en los planteamientos iniciales piagetianos.

Kohlberg (1976) describió tres niveles de razonamiento en el desarrollo personal. El nivel preconventional sería el correspondiente al grupo de edad de 5-8 años. La adolescencia supondría el nivel convencional, mientras que en la juventud y vida adulta se alcanzaría el nivel posconvencional. Dentro de cada uno de los niveles se diferenciarían dos estadios de desarrollo.

Centrándonos en la adolescencia, Díaz-Aguado y Medrano (1994) han resumido la propuesta de Köhlberg, indicando que en este período el “bien” emana del mantenimiento de las reglas. Las razones para su cumplimiento serían la aprobación y la opinión de los demás. Los niveles de prosociabilidad aumentan al hacerse cada vez más complejos los razonamientos morales. En la fase tardía de la adolescencia, gradualmente iría apareciendo el último nivel, el posconvencional, en el que el “bien” es definido en función de los derechos humanos universales y de los principios que la sociedad debe mantener. El seguimiento de las reglas surge por el compromiso que todas las personas tenemos por el hecho de pertenecer a una sociedad, implicando en ello el respeto a los derechos de todos.

En la Tabla 3 se recogen las principales características del desarrollo moral en la etapa adolescente, de acuerdo con la teoría de Kohlberg.

**Tabla 3: Desarrollo moral según Kohlberg**

<b>Nivel Convencional (Adolescencia)</b>	<b>Estadio 3</b>	<b>Estadio 4</b>
	Mutuas expectativas interpersonales, relaciones y conformidad interpersonal	Sistema social y conciencia (2ª mitad adolescencia)
<b>Lo que está bien</b>	Vivir de acuerdo a las expectativas de la gente de alrededor.  “Ser bueno” es importante y significa que se tienen buenas intenciones, preocupándose de los demás.  Valores: Relaciones mutuas de gratitud, lealtad y confianza	Cumplir las obligaciones acordadas.  Se deben mantener las leyes en casos extremos, donde entran en conflicto con otros deberes establecidos.  Está igualmente bien contribuir al grupo, la sociedad o la institución  Valor: ley
<b>Razones para actuar correctamente</b>	Necesidad de ser buena persona ante uno mismo y ante los demás.  Cuidar de otros. Deseo de mantener los estereotipos de buena conducta	Mantener la institución en funcionamiento como un todo
<b>Perspectiva social</b>	Perspectiva del individuo en relación con otros individuos.  Consciencia de sentimientos compartidos que tienen preferencia sobre los intereses individuales	Distinción entre el punto de vista de la sociedad y los acuerdos interpersonales.  Consideración de las relaciones individuales según el lugar que ocupan en el sistema

Fuente: Etxebarria (1999)

Al inicio de la adolescencia (estadio 3), los juicios morales se elaboran basándose en las expectativas del grupo social. La aprobación de los demás y el ser considerado favorablemente como miembro de un colectivo son las razones justificativas del seguimiento de las reglas sociales. De este modo, “ser un buen alumno/a” y contar con el respaldo del profesorado serán importantes en el contexto

escolar, del mismo modo que “ser un buen compañero/a” o un “buen amigo/a” será una consideración deseable por parte del grupo de iguales. En el estadio más avanzado dentro de este nivel convencional, va surgiendo una orientación moral más amplia; la ley y el orden deben ser respetados por el bien de la comunidad.

Tal como hemos nombrado, gradualmente hacia el final de la adolescencia o ya en la edad adulta, puede ir dándose la evolución hacia la última fase del desarrollo del razonamiento moral, el nivel posconvencional. Los derechos humanos universales se convierten en el eje vertebrador para juzgar el comportamiento, situando estos principios por encima de las normas de una sociedad concreta.

A pesar de que en las primeras formulaciones, tanto Piaget como Kohlberg, partían del presupuesto de *universalidad*, este aspecto fue criticado desde diferentes puntos de vista y a la luz de datos empíricos, ya que un importante número de adultos permanecen en el nivel convencional, sobre todo cuando se trata de miembros de sociedades menos desarrolladas y gobernadas de manera no democrática.

Sin entrar en esta polémica, la evolución del razonamiento moral en la etapa adolescente sigue un proceso que va de una consideración estereotipada y concreta del “buen comportamiento” a una mayor abstracción, en el que la ley, la justicia o los derechos humanos serán finalmente el referente básico para el enjuiciamiento de la conducta de los individuos. En dicho proceso, no todas las personas alcanzarán el mismo nivel de desarrollo, dependiendo de múltiples factores externos e internos.

### 1.2.5. Procesos de socialización en la adolescencia

Según Bronfenbrenner (1979, 1989), el desarrollo del sujeto se produce a través de un conjunto de estructuras sociales anidadas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema). La familia sería la estructura más próxima que desempeña un papel decisivo en la socialización durante la infancia y la adolescencia, siendo a la vez una de sus funciones más ampliamente reconocidas.

La socialización familiar es el conjunto de procesos de interacción que se producen en el contexto familiar, cuyo objetivo principal es inculcar en los hijos un determinado sistema de valores, normas y creencias (Musitu *et al.*, 2001). Sin embargo, como hemos indicado, en la adolescencia se produce una paulatina diferenciación del núcleo familiar con la adquisición de una mayor autonomía que llevarán a que el y la adolescente amplíen su red social, ya que compartirán una menor cantidad de actividades con sus padres y permanecerán mucho más tiempo implicados en interacciones fuera de dicho entorno familiar. Evidentemente, este deseo de independencia provocará modificaciones en su contexto familiar, el cual puede llegar a ser facilitador o perturbador de su desarrollo social general.

En este período, el análisis de los procesos de socialización incluye las relaciones familiares y las establecidas con su grupo de iguales (actuando como referentes los compañeros/as de clase, las amistades y también la pareja o sucesivas parejas).

Los siguientes apartados están dedicados a la presentación de las características de cada uno de los agentes de socialización.

Las relaciones en el seno familiar

Arnett (1999) retoma la conflictividad en la adolescencia, aunque de manera matizada, señalando que hay más probabilidad de estrés y tensión que en otros momentos del ciclo vital. Señala que se trata de una etapa difícil, no sólo para el adolescente, sino también para las personas que le rodean.

Este autor plantea la existencia de tres momentos críticos: la primera adolescencia, que se caracterizaría por los conflictos con los padres; posteriormente, aparecerían las alteraciones del estado de ánimo, mientras la adolescencia tardía o el inicio de la juventud estarían marcados por las conductas de riesgo. En nuestra opinión, evidentemente no se trata de una pauta universal; incluso el propio autor subraya la existencia de una enorme variabilidad en la intensidad y grado de conflicto, así como remarca las diferencias individuales y culturales entre adolescentes.

En el ámbito familiar, durante esta etapa la familia se encuentra en la tesitura de compaginar dos movimientos antagónicos: el mantenimiento de los lazos afectivos y el sentimiento de pertenencia, por un lado, y la tendencia hacia la diferenciación y la autonomía. Ello va a requerir poner en juego la capacidad de toda la unidad familiar para adaptarse. No sólo los adolescentes han de alcanzar un nivel adecuado de independencia, sino que los padres deben aceptar y apoyar esa emancipación e iniciar el establecimiento de nuevos canales de comunicación para las relaciones con unos hijos en camino de convertirse en adultos

En esta línea, Oliva (2003b) indica que, a la luz de los datos disponibles hoy en día, los cambios en la relación que chicos y chicas establecen con sus padres no tienen que suponer necesariamente la aparición de conflictos graves. También Olivares, Rosa y García López (2004) resumen las conclusiones de numerosas investigaciones, en las que se pone de manifiesto que la mayoría de adolescentes se

lleva bien con sus padres y comparte con ellos su escala de valores. Así, las malas relaciones no formarían necesariamente parte del desarrollo normal, sino que irían asociadas a la presencia de trastornos psicológicos.

“*Cada familia es un mundo*”. Este tópico comúnmente aceptado ha dado origen a gran cantidad de estudios acerca de las múltiples formas de ejercer y desarrollar las funciones parentales, ampliándose también el análisis a las consecuencias psicológicas, derivadas de las diversas maneras de aplicar y entender la paternidad en la interacción con los hijos/as.

Como referencia de partida, resulta útil la distinción efectuada por Darling y Steinberg (1993) entre: objetivos de socialización, prácticas y estilos parentales, que presentamos esquemáticamente en la tabla 4.

**Tabla 4: Elementos de la socialización familiar según Darling y Steinberg (1993)**

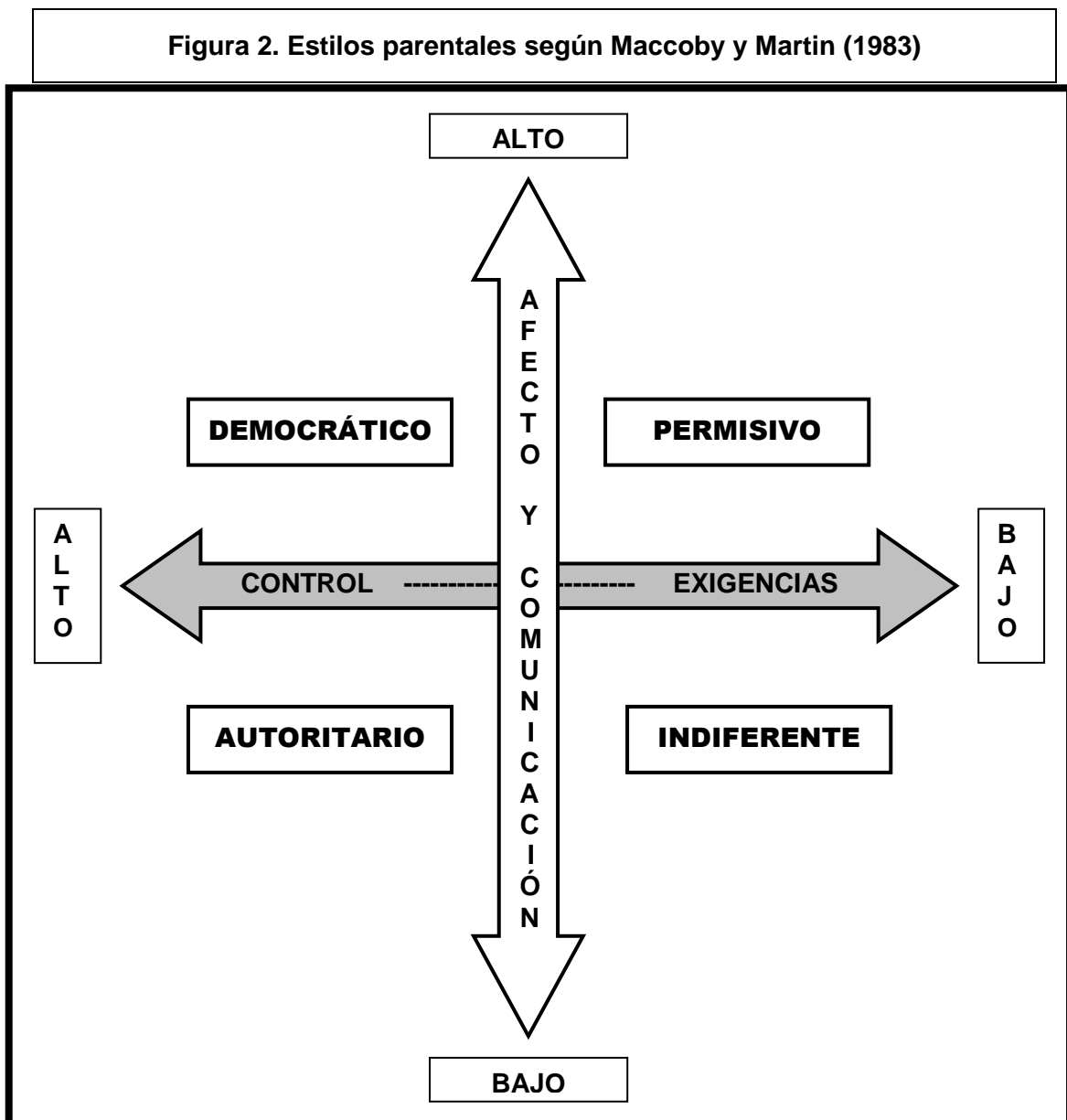
<b>Contenido</b>	<b>Objetivos</b>	Adquisición por parte del niño: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades y conductas específicas</li> <li>• Cualidades globales</li> </ul>
	<b>Prácticas</b>	Conductas de los padres encaminadas a la consecución de los objetivos de socialización
<b>Contexto</b>	<b>Estilos</b>	Constelación de actitudes de los progenitores hacia el niño que crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres

Fuente: Musitu *et al.* (2001).

El trabajo pionero de Diana Baumrid (1971) diferenciaba tres estilos según la dimensión de control ejercido por los padres sobre los hijos: *estilo autoritario* (valoración de la obediencia y restricción de la autonomía), *estilo permisivo* (alto grado de autonomía) y *estilo autorizativo o democrático* (dirección racional y orientada a los problemas).



No obstante, desde una posición más amplia, y ya en la década de los 80, Maccoby y Martin (1983) realizaron una categorización en función de dos dimensiones ortogonales: por un lado, *afecto y comunicación* (expresión emocional, diálogo y apoyo); y, por otro, *control y exigencias* (disciplina, supervisión conductual, número y tipo de demandas hechas por los padres). Estas dimensiones deben ser entendidas en la forma de un continuo entre ambos polos. La combinación de estas dimensiones daría lugar a una tipología bastante similar a la anterior, con la inclusión de otro estilo más: *negligente – indiferente* (ver figura 2).



Hay un importante cuerpo de investigación que ha tomado como base este sistema clasificatorio y ha analizado las consecuencias que cada estilo educativo conlleva. Tal como lo resume Oliva (2003b), tanto en la adolescencia como en la infancia, comparativamente el estilo democrático va asociado a una adaptación más favorable de los hijos/as, ya que se relaciona con mayor confianza y seguridad en sí mismos, mejores rendimientos académicos, actitudes y un desarrollo más saludable, así como una menor problemática conductual. En los hogares permisivos, se pueden encontrar adolescentes con dificultades de conducta y un bajo control, que puede llevar a consumo abusivo de alcohol y/o drogas. Un estilo autoritario puede facilitar el desarrollo de la obediencia y la orientación hacia el trabajo – esfuerzo; pero también puede acarrear consecuencias negativas a largo plazo: hostilidad, rebelión, baja autoestima y sintomatología depresiva. Por último, la indiferencia (carencia de control, apoyo y afecto) se relaciona con problemas externalizantes e internalizantes en los hijos e hijas adolescentes.

Este sistema de clasificación de los estilos parentales se ha mostrado útil, desde el punto de vista teórico-empírico, al permitir encuadrar la forma en que se abordan las tareas de educación y crianza.

Sin embargo, ha recibido críticas al considerarlo demasiado rígido y simplista (Ceballos y Rodrigo, 1998; Palacios, 1999b). Los argumentos en contra de este modelo de socialización pueden agruparse en:

1.- Consideración unidireccional: únicamente las prácticas de los padres son las responsables directas e irreversibles de las características de sus hijos, no contemplando la interacción entre ambos.

2.- Visión monolítica-estable de los estilos y prácticas educativas a lo largo del tiempo, sin que se incluya la posibilidad de cambio por parte de los adultos en función de su propio desarrollo personal. Tampoco se contempla la posibilidad de que

un mismo progenitor reaccione de forma distinta con cada uno de sus hijos/as o que module su actuación dependiendo de aspectos concretos de cada situación.

Además, existen otra serie de cuestiones que vendrían a matizar los resultados de las investigaciones, como pueden ser las diferencias culturales, la composición o estructura familiar, la materialización de los estilos mediante prácticas disciplinarias concretas distintas e incluso el hecho frecuente de que no exista una coincidencia entre los estilos utilizados por el padre y la madre.

De todos modos, y anticipando cuestiones que se tratarán con más profundidad en el capítulo 2, los estilos educativos, el nivel de confianza, el grado de control, la intimidad, la comunicación y otros aspectos específicos de las relaciones entre padres e hijos adolescentes ejercen una poderosa influencia en la determinación del inicio de las relaciones sexuales y la prevención o no de conductas de riesgo (Cheryl *et al.*, 2007; Dittus y Jaccard, 2000; Hindelang, Dwyer y Leeming, 2001; Swain, Ackerman y Ackerman, 2006; Wight, Williamson y Henderson, 2006; entre otros).

También se observa una repercusión de las relaciones padres-hijos en los estilos de vida de los adolescentes desde una perspectiva amplia de salud (Rodrigo *et al.*, 2004). Un dato significativo: los adolescentes cuyos padres están más implicados en sus vidas (tomando como medida la frecuencia de comidas que efectúan juntos regularmente) tienen significativamente menores tasas de problemas conductuales, tales como consumo de tabaco, alcohol o marihuana; mentiras a los padres; peleas; inicio de actividad sexual; ideas o intentos de suicidio (U.S. Council of Economic Advisors, 2000).

Además de lo expuesto, un factor importante a tener en cuenta es la diversidad de contextos familiares en los que se desarrollan los y las adolescentes del

siglo XXI. La familia ha ido experimentando en la sociedad occidental una serie de profundas transformaciones.

Hoy en día, nos encontramos ante una amplia variedad de hogares que se asemejan poco a la imagen tradicional de familia. Habrá adolescentes que convivan con uno de sus progenitores biológicos porque sus padres se han divorciado; pero esta convivencia será más o menos frecuente dependiendo del tipo de custodia y del régimen de visitas establecido, llegando incluso al extremo de perder el contacto por causas diferentes (desinterés, desvinculación, sentencia judicial, etc). En otros casos, se tratará de familias reconstituidas, en las que viven juntos menores sin lazos de parentesco entre ellos porque son hijos de anteriores parejas; o también con algún hermano/a por parte de un progenitor (padre o madre). Puede darse situaciones en las que los abuelos ejerzan de hecho las funciones parentales, debido a los horarios laborales de ambos padres. Por otro lado, aunque menos frecuentes, tampoco podemos olvidar la existencia de parejas homosexuales, que tienen bajo su cuidado a hijos, ya sean fruto de uniones heterosexuales, adoptados o concebidos por medio de técnicas de reproducción asistida.

Todo ello da una diversidad calidoscópica que sobrepasa los tópicos del pasado; aunque debe asumirse cuando se plantea el estudio de las condiciones del contexto familiar en el que se desenvuelven los y las adolescentes de nuestros días. En la sociedad española, hoy nos encontramos ante una pluralidad de “familias”, tanto en sus “formas” como en los valores y normas de comportamiento, en agudo contraste con la uniformidad manifiesta de hace tan sólo aproximadamente medio siglo.

Sea como sea, hay otras circunstancias dentro del grupo familiar que van a influir en el desarrollo del adolescente. La historia previa de vinculación afectiva con la figura central de apego (con frecuencia, la madre) marcará el modo en que se establece la relación en este período, puesto que existe una evidente continuidad con

la vivencia de etapas anteriores. No es posible improvisar de repente una buena o mala relación con los progenitores, sino que han sentado las bases con anterioridad. Contar con una o varias figuras de apego incondicionales y disponibles permitirá un sentimiento de confianza, seguridad y competencia para adentrarse y explorar nuevas relaciones con los iguales, amistosas o afectivo-sexuales.

No nos parece oportuno cerrar este apartado sin hacer referencia a otros miembros del núcleo familiar: los hermanos. A pesar de que se observa un claro descenso en la natalidad en nuestro entorno próximo con un número creciente de hijos/as únicos, el número de hermanos, el género de éstos y el lugar que un determinado adolescente ocupa en la fratría son variables dignas de tener en cuenta.

En la práctica clínica o educativa, a menudo los profesionales nos encontramos con la demanda de padres y madres, que solicitan orientaciones para enfrentar la transición adolescente. Una familia puede encararla con una cierta experiencia, si se trata del menor de la casa; otros padres pueden mostrarse inexpertos y desorientados cuando es el primogénito/a o un hijo único; incluso, pueden afrontar casi de manera simultánea varias “adolescencias” en el seno de una familia numerosa y con escasa diferencia de edad entre los hijos.

Además, por otra parte, el grado de calidez y armonía de las relaciones fraternas puede favorecer o perturbar el funcionamiento de toda la estructura familiar, creando ambientes propicios para la cooperación o las desavenencias. Los hermanos desempeñan el papel de “otros significativos”, con los que se puede compartir confidencias, tiempo de ocio o vivencias intra y extrafamiliares, aunque no siempre respondan de manera idílica y puedan generarse conflictos de convivencia cotidiana, de intensidad variable. Muchas veces, tener un hermano mayor, sobre todo cuando es del mismo género, puede ser un referente importante en la etapa adolescente (ya sea en sentido positivo como en negativo)

### El grupo de iguales

La relativa desvinculación de la familia se acompaña en este período con una mayor importancia e intensidad de las relaciones con los iguales, que se convierten en el contexto de socialización más influyente.

Retomando cuestiones ya tratadas en anteriores apartados, la adquisición de un sentimiento de *identidad personal* y el proceso de *diferenciación del yo*, junto con otros aspectos relacionados con el desarrollo moral y cognitivo, son posibles y suceden en la interacción con los demás. El adolescente se juzga a sí mismo a través de la percepción de los otros, en especial de su grupo de iguales, y se compara con ellos.

El proceso comprende un continuo que va desde la identificación basada en la adscripción al grupo hasta la adquisición de su propia afirmación personal, que requiere una paulatina diferenciación.

La primera fase es gregaria, colectiva y de casi total identificación con su grupo. Poco a poco el adolescente busca su propio yo, sus patrones de conducta, sus valores y actitudes. Va afianzando aquellos elementos diferenciadores y consigue un nuevo estilo de pensar y actuar. Es capaz de aceptar a los demás en cuanto a diferentes y aceptarse a sí mismo en cuanto diferenciado e independiente.

Evidentemente, no se llega a la adolescencia sin contar con la mochila de las experiencias infantiles, que recoge unas nociones básicas de compañerismo y amistad mediadas fundamentalmente por el juego, la cercanía y el contacto cotidiano. Sin embargo, estas relaciones adquieren progresivamente unas características diferenciales, que implican más estabilidad, reciprocidad e intimidad, ampliando y profundizando el concepto mismo de amistad (Tabla 5)

**Tabla 5. Características de la amistad en la etapa adolescente**

- 
- Relaciones voluntarias y selectivas
  - Intimidad y confianza
  - Reciprocidad
  - Apoyo emocional en sentido bidireccional
  - Validación de la identidad personal
  - Búsqueda de consejo y ayuda
  - Desarrollo de conductas prosociales
  - Afinidades y similitudes en actitudes, gustos y conductas
- 

Extractado de Musitu *et al.* (2001)

---

Las relaciones con los iguales, especialmente con los amigos, tienen un efecto muy positivo en este período. Muy a menudo, el tiempo compartido con los iguales está dedicado a conversar acerca de sí mismos y sus “problemas”, lo cual facilita el ir comprendiéndose mejor; al tiempo que esta interacción se convierte en una importante fuente de información del mundo fuera de su entorno familiar y de ellos mismos (Santrock, 2004).

Los adolescentes varían en el número de amistades que poseen y en cómo utilizan el tiempo con ellos (por ejemplo, si hay mayor introversión, se tiende a tener pocos pero íntimos amigos/as). Múltiples estudios han recogido datos acerca de las diferencias de género en las amistades, tal como coinciden en destacar Musitu *et al.* (2001), APA (2002) y Oliva (2003b). Las amistades íntimas de las chicas son más precoces e intensas que las de los chicos, generalmente más reacios a compartir sus sentimientos. Estas diferencias se observan también en el tipo de actividades: los chicos suelen estar más orientados a la acción con la realización o planificación de actividades conjuntas, como puede ser la práctica de un deporte o alguna afición común. En cualquier caso, chicos y chicas coinciden en las cualidades que debe tener un amigo/a: lealtad, franqueza y confianza (Claes, 1992).

El que un adolescente determinado disponga de amigos/as con los que mantiene diferentes tipos de relación, más o menos íntimas, es un indicativo claro de que posee habilidades sociales; pero también que cuenta con la posibilidad de ponerlas en práctica y mejorarlas. Las amistades proporcionan múltiples beneficios al facilitar apoyo emocional (lo que se ha denominado “apego horizontal”) e instrumental, que será útil para la resolución de problemas y para la obtención de información sobre diferentes temas. Más adelante, en el próximo capítulo volveremos sobre esta cuestión al incidir en las fuentes de información sexual y las personas a las que recurren para hablar sobre la sexualidad.

La carencia de amigos/as supone una dificultad adicional en esta etapa, ya que no se podrá contar con el apoyo descrito en el párrafo anterior, siendo frecuente que vaya acompañada de sentimientos de soledad, aislamiento u otras alteraciones más o menos graves.

Clásicamente, a lo largo de la adolescencia se ha descrito una evolución del grupo de iguales. A este respecto, recogemos la secuencia propuesta por Dunphy en la década de los 60, quien marca cuatro etapas que resumimos a continuación.

- a) Pandilla unisexual: grupos pequeños de chicos o de chicas
- b) Interacción esporádica entre pandillas unisexuales
- c) Pandilla mixta
- d) Disgregación de la pandilla con la creación de parejas

En una muestra de adolescentes valencianos de 13-16 años, encontramos que suelen salir mayoritariamente en pandillas mixtas (73%); con menor frecuencia indican el grupo del mismo sexo (21%). Las categorías “persona del mismo sexo” o “distinto sexo” son únicamente elegidas por un 7% y 9%, respectivamente, sin que observen diferencias significativas en función de sexo o nivel (Claramunt, 2005).



Hasta el momento nos hemos referido a las relaciones de amistad, desde un punto de vista tradicional. El auge de las nuevas tecnologías ha introducido un elemento nuevo en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones entre iguales. Las redes sociales han supuesto un cambio radical en tales consideraciones. Hoy es posible escuchar a los y las adolescentes comentar la cantidad de amistades que poseen, con cifras que superan en ocasiones el centenar. Claro está, dicho número hace referencia a los contactos vía Internet con los que se establece conexión más o menos regular.

Ante dicho fenómeno, la sociedad adulta muestra su perplejidad, temor, o básicamente, incompreensión, demostrando con ello una escasa memoria histórica. Pensemos en la irrupción del teléfono en la vida cotidiana, cuando los abuelos de esta generación de adolescentes no comprendían que sus hijos/as (adultos y padres hoy en día) pudieran “engancharse” en conversaciones interminables con unas amistades con las que habían compartido la tarde y de las que se habían despedido hace unas pocas horas. Sería conveniente reflexionar que ha cambiado el medio de comunicación de la adolescencia y juventud actual; pero, permanece lo que puede considerarse un rasgo característico de esta etapa evolutiva, el afán de estar en contacto frecuente (en ocasiones, casi permanente) con los iguales.

## La escuela

En el ámbito escolar se desarrolla una parte fundamental del proceso de socialización adolescente, además del aprendizaje y adquisición de las competencias básicas en las diferentes áreas curriculares.

El inicio de la pubertad con todo el proceso de transformaciones corporales coincide frecuentemente con la transición a la siguiente etapa educativa. La promoción a la Educación Secundaria Obligatoria va acompañada de un cambio de centro, en el caso de escolarización en el sistema público. El entorno próximo de la escuela primaria es sustituido por el instituto; exigencias y expectativas nuevas, profesorado y hasta compañeros/as diferentes, todo ello requiere un período de adaptación, asimilación y reajuste por parte del alumnado en su recién estrenada “adolescencia”. Para la mayoría, será cuestión de un trimestre o algo más; para otros, afortunadamente los menos, un escollo difícil de superar.

La ampliación de la etapa de escolarización obligatoria hasta los 16 años, implantada en el sistema educativo español (LOGSE, 1990), supone una mejora de las posibilidades formativas de la población general. Al mismo tiempo, también implica una prolongación de la evidencia de “fracaso” para quienes obtienen un bajo rendimiento académico, con independencia de cuáles sean las causas que lo provocan.

Dentro del ámbito de la Unión Europea, España registra una tasa muy elevada de abandono escolar, situándose por encima de la media registrada en el resto de países miembros (OECD: Informe Pisa 2006; Progress towards the Lisbon objectives in education and training. Indicators and benchmarks, 2009). Más de un tercio de adolescentes no obtiene el título de graduado en Secundaria. Además, nos encontramos con un alto porcentaje de alumnado que no promociona al curso

siguiente, debido a que no consigue alcanzar los objetivos mínimos requeridos, con lo que va acumulando retraso y acaba por desfasarse de su grupo de edad.

El rendimiento escolar es un aspecto relevante en la trayectoria vital adolescente, con clara repercusión en su ajuste personal y social, tal como viene refrendado por numerosos trabajos. Una última consideración sería la referente a las diferencias de género: las chicas aventajan a sus compañeros, obteniendo mejores resultados en la etapa de educación obligatoria.

### 1.3. La salud en la adolescencia

A menudo la adolescencia ha sido considerada “grupo de riesgo”, entendiéndose que este período presenta unas características que pueden incrementar la posibilidad de involucrarse en actividades que pueden acarrear consecuencias negativas en cuestiones de salud.

Esta consideración obvia la responsabilidad de la sociedad respecto al bienestar físico y psicológico de los adolescentes, quienes se encuentran todavía en una etapa de crecimiento, sin haber alcanzado la suficiente madurez para el desarrollo de pautas y habilidades en el cuidado de su salud.

Por ello, resulta mucho más adecuado referirse a las conductas y situaciones de riesgo en las que pueden implicarse o padecer los adolescentes.

El sentimiento de invulnerabilidad, muy acusado en esta etapa, les lleva a infravalorar su susceptibilidad a sufrir las consecuencias negativas de determinadas conductas de alto riesgo.

El deseo de ajustar su cuerpo al ideal de delgadez presentado por los medios de comunicación lleva a muchas adolescentes a iniciar dietas extremas sin ningún tipo de control, desarrollando graves trastornos de alimentación.

La gran cantidad de cambios y ajustes que conlleva esta etapa propicia la inestabilidad emocional. El estudio de Forns, Amador, Kirchner, Martorell, Zanini y Muro (2004) plantea un sistema de codificación para la identificación y análisis de los problemas libremente expresados por los adolescentes, a partir de una muestra de 1.362 participantes de 12 a 16 años. Según indican, el 50% de problemas se reducen a tres tipos básicos: problemas interpersonales de relación con compañeros, que afectan mayoritariamente a chicas; problemas de rendimiento escolar, cuyo

protagonista es el propio individuo, que afectan preferentemente a chicos; y problemas ajenos, relativos a muertes de familiares, que preocupan por igual a ambos sexos.

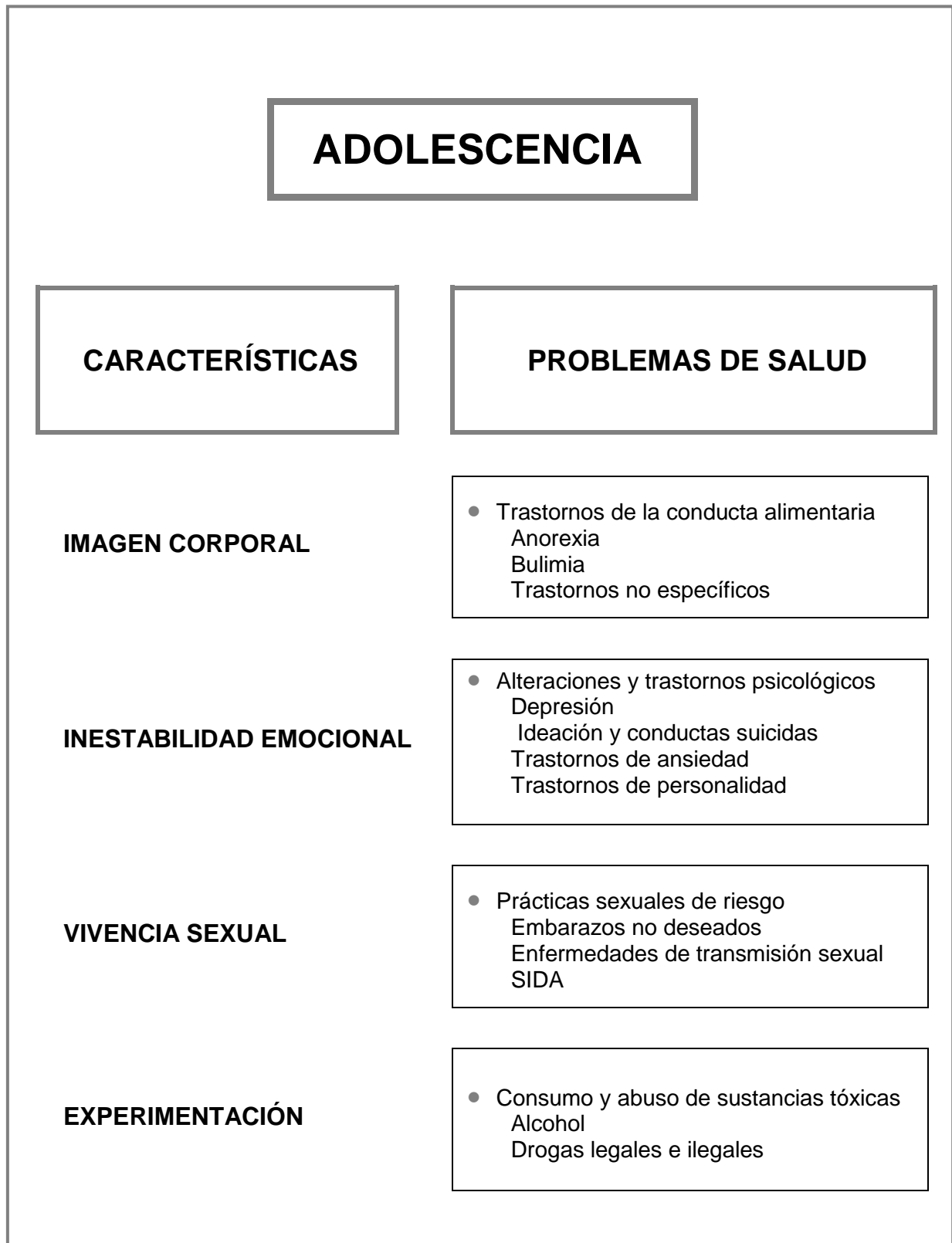
La escasez de recursos de afrontamiento junto con acontecimientos negativos puede originar síntomas depresivos y otras alteraciones psicológicas.

En la vivencia sexual los adolescentes pueden incurrir en prácticas de riesgo, exponiéndose a embarazos no deseados y al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Su necesidad de experimentación, la búsqueda de independencia familiar y la vulnerabilidad a la presión del grupo disminuyen su capacidad para resistirse a “coquetear” con el consumo de drogas.

En la Figura 3 se relacionan a grandes rasgos las características asociadas a los problemas de salud más frecuentes entre la población adolescente.

Figura 3: Problemas de salud más frecuentes entre la población adolescente.



# Capítulo 2

## La sexualidad adolescente

### 2.1. EL DESARROLLO PSICOSEXUAL

La sexualidad es una dimensión básica dentro del desarrollo evolutivo, ya que somos seres sexuados a lo largo de todo el ciclo vital. Sin embargo, dicho planteamiento es reciente y debemos buscar sus inicios en el pasado siglo XX. Anteriormente, se constata una negación de la sexualidad en la etapa infantil, lo cual reflejaba una determinada visión social, con unos criterios morales rígidos y restrictivos, dependientes de concepciones religiosas.

Sigmund Freud (1856-1939), fundador del psicoanálisis, promueve la toma de conciencia de la importancia fundamental de la sexualidad en la vida humana. Aunque, como reconoce el propio Freud, fue Havelock Ellis (1859-1939), autor de “Estudios sobre la psicología del sexo”, el primero en presentar la sexualidad como dimensión positiva y decisiva en las motivaciones humanas.

En diferentes ensayos (1905, 1908, 1923), Freud considera que el recién nacido trae ya consigo su sexualidad, con lo que determinadas sensaciones sexuales acompañan su desarrollo a través del período de lactancia y de la época infantil. Desde su perspectiva, muy pocos niños son los que llegan a la pubertad sin haber pasado por actividades y sensaciones sexuales.

Sin entrar de lleno en una revisión exhaustiva de los postulados psicoanalíticos, esta idea es hoy ampliamente asumida por los profesionales de la sexología. Sin embargo, todavía en nuestra sociedad persisten posiciones reduccionistas, que equiparan sexualidad a genitalidad y, específicamente, a su función reproductiva. Desde este punto de vista, tanto la infancia como la vejez estarían excluidas; así, la sexualidad se restringiría únicamente al período fértil y su inicio iría asociado a la etapa de la pubertad.

Una concepción amplia e integradora de la sexualidad supone alejarse del reduccionismo genital y/o reproductivo, que conllevaría limitaciones tanto desde el punto de vista evolutivo como personal. La sexualidad acompaña al ser humano desde su nacimiento, expresándose de formas distintas a lo largo de los diferentes momentos de la vida. La obtención de placer, la comunicación interpersonal y la expresión afectiva, son dimensiones irrenunciables de la sexualidad que no se circunscriben a una etapa concreta. Como manifestaba Barragán (1991), entre otros autores, el conjunto de manifestaciones sexuales en el ser humano es muy amplio y diverso, al margen de que la cultura lo explique como sexual o lo niegue.

Valga todo ello como introducción explicativa del marco teórico en el que se basa el presente trabajo, ya que no es nuestro propósito incidir en las distintas fases del desarrollo psicosexual, sino que nos centraremos fundamentalmente en la etapa adolescente.



El desarrollo puberal con todos los cambios corporales que comporta, las capacidades cognitivas de razonamiento abstracto, el interés desplazado hacia la propia vivencia sexual, la adquisición de mayor autonomía y la reafirmación de la identidad sexual son determinantes para la comprensión de la evolución de la sexualidad en este período.

Incluso antes del inicio de la pubertad gonadal, hacia los 10 años de edad, acaece un aumento de andrógenos suprarrenales; ello guarda relación con la toma de conciencia de sentimientos de atracción sexual. La curiosidad sexual, la estimulación genital y el juego sexual están presentes en la infancia, aumentando la amplitud de las conductas según se avanza en edad. Los resultados obtenidos por López y cols. (2003) indican que los padres y educadores afirman haber observado juegos de contenido sexual en aproximadamente el 80% de los menores.

El estudio de Vizcarral, Balladares, Candia, Lepe y Valdivia (2004), realizado con 1075 estudiantes chilenos de Secundaria, constata lo anterior. Hasta los 12 años, los varones informan de mayor cantidad de conductas sexuales, tanto individuales como interpersonales, al tiempo que también experimentan sentimientos más positivos asociados a tales conductas que las mujeres. El incremento en la frecuencia de conductas sexuales a medida que aumenta la edad refleja los avances en las capacidades biopsicosociales de los niños y niñas, que posibilitan la aparición de conductas sexuales más variadas y complejas y contactos más autónomos y significativos con pares, estimulando la exploración, la experimentación y la búsqueda de información sexual.

En un contexto más cercano, Ballester y Gil (2006) analizaron el comportamiento y actitudes sexuales de una muestra de 470 escolares de la Comunidad Valenciana, con edades comprendidas entre los 9 y 14 años. La evaluación se llevó a cabo mediante la utilización de una escala específica sobre

sexualidad del Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-II) de Ballester y Gil (Gil, Ballester y Bravo, 2004).

Los resultados evidenciaron que los niños de 9 años ya manifiestan comportamientos que muestran su interés hacia la sexualidad. A esta edad, un 8% de los niños varones se ha masturbado y un 9% ha utilizado pornografía para excitarse. Un 14% de niños varones de 11-12 años han tenido contactos sexuales y un 38% tiene fantasías sexuales. Las niñas comienzan a masturbarse y tener relaciones sexuales más tarde que los niños y muestran menor prevalencia de fantasías sexuales y uso de pornografía. Así, pues, antes de los 14 años un buen porcentaje de niños ya expresan su sexualidad a través de la masturbación y de experiencias o contactos sexuales con otros niños (a veces del mismo sexo) y que, además, buscan la excitación a través de las fantasías sexuales y del uso de material erótico.

A pesar de la existencia de manifestaciones sexuales en el período infantil y pre-puberal, hay un número mucho mayor de investigaciones centradas en el estudio de la sexualidad adolescente, muestra del interés y de la preocupación social que despiertan los posibles riesgos asociados, concretamente los embarazos no deseados y las enfermedades o infecciones de transmisión sexual.

A partir de la pubertad, junto con el inicio de la capacidad reproductiva, aparece un deseo sexual más definido y focalizado hacia otros, al tiempo que el/la adolescente se percibe como objeto del deseo sexual de otras personas (Toro, 2009).

A este respecto, los diferentes ritmos madurativos, especialmente cuando se apartan del promedio, intervienen también en ese doble sentido. Los cambios hormonales tempranos en la adolescencia tienen una influencia directa en el interés y la motivación sexuales, e indirecta a través de los efectos de los cambios en la apariencia física y la atracción erótica que se pueda suscitar en los demás. Por ejemplo, una chica con un desarrollo puberal más temprano puede resultar atractiva y

deseable a adolescentes de más edad o incluso hombres adultos, con independencia tanto de que esté preparada o no para manejarse en determinadas situaciones como de su propio interés en actividades sexuales.

Los datos de un estudio retrospectivo de cohortes realizado por Manlove, Ikramullah, Mincieli, Holcombe y Danish (2009), comparando las características familiares, individuales y relacionales de adolescentes americanos de 15-19 años en 1992, 1997 y 2002, indican que la menarquía temprana, entre otros factores, está asociada a una mayor probabilidad de experiencia sexual.

Sin embargo, la evolución psicosexual no sólo viene determinada por el grado de madurez fisiológica, sino también por el conjunto de cambios que se producen a todos los niveles en la etapa adolescente.

La capacidad para pensar acerca del propio pensamiento y el de los demás, para analizarse a sí mismo, especialmente, en el manejo emocional, afectivo e interpersonal, el exceso de autoconciencia, el creerse “único” y la percepción de invulnerabilidad inciden en la vivencia y en las manifestaciones de la sexualidad adolescente.

Las nuevas capacidades cognitivas permiten el enriquecimiento de la identidad sexual, la cual ya se ha establecido y configurado en la infancia, a excepción de trastornos específicos, como la transexualidad. Por otro lado, dichas capacidades también posibilitan un análisis crítico de los roles de género regulados socialmente. Los y las adolescentes, sobre todo ellas, pueden cuestionar las normas y los estereotipos de conducta que fomentan la discriminación.

Aparece con mayor intensidad el deseo de implicarse en conductas más marcadamente sexuales, tanto de carácter autoexploratorio como en el contexto de una relación interpersonal. En general, la orientación de dicho deseo se especifica y consolida a lo largo de este período. Desde una perspectiva multidimensional, la

orientación sexual se concreta a través de las fantasías eróticas, la búsqueda de contacto, la atracción, el enamoramiento y la expresión de la afectividad dirigida hacia personas del mismo sexo (homosexualidad), de distinto sexo (heterosexualidad) o de ambos (bisexualidad). Tal como apuntan Fernández, Quiroga y Rodríguez (2006), el constructo de la orientación sexual es considerablemente más amplio que el de la atracción sexual.

El concepto de sí mismo y la autoestima en la adolescencia incorpora contenidos relacionados con el área de las relaciones afectivo-sexuales, dándose mucha importancia al atractivo físico. La reciprocidad en “gustarse-sentirse enamorado/a” o el rechazo por parte de la persona objeto de tales sentimientos contribuyen de manera decisiva en la imagen y en la valoración que cada adolescente hace de sí mismo/a. Gómez-Zapiain (2005) en su estudio sobre la relación entre la seguridad del apego y los riesgos asociados al comportamiento sexual, a partir de una muestra de 299 adolescentes de ambos sexos comprendidos entre 17 y 22 años, encuentra que la autoestima aumenta en la medida en que aumenta el nivel de experiencia sexual, tanto en mujeres como en hombres.

A este respecto, cabe matizar que actualmente no existe un consenso sobre la relación que hay entre la autoestima y la actividad sexual en la adolescencia. Según Vargas-Trujillo, Gambará y Botella (2006), la revisión de la literatura muestra unos resultados contradictorios, que van desde hallazgos de relaciones positivas significativas entre la autoestima y la edad de inicio de actividad sexual hasta asociaciones inversas, pasando por la ausencia de relación o diferencias en función del sexo. Por ello, los autores plantean un estudio meta-analítico, como la alternativa metodológica más apropiada, a partir de 38 informes de investigación realizados entre 1975 y 2003 con muestras de Australia, Bolivia, Estados Unidos, Malí, Noruega, Nueva Zelanda y Perú. Más adelante, comentaremos más ampliamente este estudio.

López (2005a) señala entre las características evolutivas de la etapa adolescente que influyen en la sexualidad las siguientes: la tendencia a asumir riesgos, minusvalorar lo que dicen los adultos, dejarse presionar por los compañeros y buscar nuevas experiencias.

Efectivamente, uno de los aspectos más preocupantes de la sexualidad adolescente desde un punto de vista social y sanitario es la implicación en conductas de riesgo, lo cual ha motivado la puesta en marcha de una ingente cantidad de programas de prevención con enfoques y objetivos muy variados (desde los que fomentan la abstinencia hasta los programas de educación sexual integral).

El cuestionamiento de las normas y valores adultos representados por la familia y otras instituciones sociales, unido a la importancia creciente de los iguales como referencia y guía, tanto en actitudes como en comportamientos sexuales, son determinantes en la vivencia individual de la sexualidad por parte de los y las adolescentes.

Mención aparte merece el interés por experimentar y probar nuevas experiencias, ya no sólo en variedad sino en intensidad. El constructo de *búsqueda de sensaciones sexuales* ha sido definido por Kalichman, Johnson, Adair, Rompa, Multhauf y Nelly (1994) como una tendencia para conseguir niveles óptimos de excitación sexual y de implicarse en experiencias sexuales novedosas. Destacan los trabajos realizados por Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva y Buela-Casal, (2007); Bermúdez, Teva y Buela-Casal, G. (2009), por centrarse específicamente en población adolescente española.

Ambos estudios utilizan la adaptación española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (*Sexual Sensation Seeking Scale*, de Kalichman y Rompa, 1995) llevada a cabo por Teva y Bermúdez (2008).

Los resultados obtenidos indican que los varones adolescentes tienen una mayor búsqueda de sensaciones sexuales que las mujeres, lo cual es consistente con otros estudios. Además, este rasgo de personalidad está relacionado con un mayor número de parejas sexuales, con la experiencia sexual y con haber tenido una pareja ocasional en la última relación sexual (Gutiérrez-Martínez *et al.*, 2007).

## 2.2. NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

La sexualidad y sus manifestaciones suscitan la curiosidad desde edades tempranas en niños y niñas, pero en la etapa adolescente este interés se desplaza centrándose, no en el mundo adulto como sucedía anteriormente, sino en la propia vivencia sexual. Chicos y chicas llegan a la pubertad con niveles distintos de conocimientos sexuales, obtenidos de diversas fuentes. La familia, la escuela, las amistades y los medios de comunicación son básicamente los que proporcionan información sobre contenidos sexuales, ya sea de manera formal o informal, intencional o casual, programada o incidental.

En el contexto de la civilización occidental, se ha ido produciendo paulatinamente una transformación sociocultural desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, que ha favorecido el desarrollo de una mayor permisividad y apertura, así como más facilidad en el acceso a la información relacionada con la sexualidad. Para completar dicho proceso, las nuevas tecnologías de la comunicación han puesto a disposición de toda la población la posibilidad de búsqueda y localización rápida de una enorme cantidad de datos para satisfacer la curiosidad o resolver cualquier duda.

A este respecto, precisamente son los más jóvenes quienes están más habituados y poseen un nivel de dominio mayor que muchos adultos de su entorno en el uso de tales tecnologías. Internet se ha convertido en un recurso frecuentemente

utilizado para la obtención de información sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad y específicamente sobre salud sexual/reproductiva. A nivel mundial, se observa una proliferación de páginas Web dirigidas a la población adolescente y juvenil; muchas de ellas de carácter interactivo, lo que permite realizar consultas, pedir consejos o incluir comentarios sobre sus contenidos.

Harvey, Brown, Crawford, Macfarlaney y McPherson (2007) realizaron un estudio de los mensajes recibidos desde enero a agosto de 2004 en la página Teenage Health Freak ([www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org)). Dicha página, muy visitada desde su creación en el año 2000, está dirigida por un equipo médico especialista en salud adolescente, con sede en Reino Unido, y está diseñada para un uso sencillo, interactivo y confidencial. La originalidad de este estudio estriba en el análisis lingüístico mediante el uso específico de software informático con el propósito de calcular frecuencias léxicas y concordancias. Entre los resultados obtenidos, se aprecia un alto nivel de preocupación acerca de la normalidad sobre aspectos relacionados con los genitales y su funcionalidad fisiológica (pene-vagina; flujo vaginal, semen), así como otras cuestiones sobre la sexualidad y la salud reproductiva.

A pesar de que la ausencia de datos demográficos impide conocer si se trata de población adolescente, joven o adulta, nos parece interesante comentar otro estudio reciente de Wynn, Foster y Trussell (2009), en el que se analizan las ideas erróneas contenidas en una muestra de 1134 correos electrónicos recibidos desde julio 2003 hasta junio 2004 en la página Web de contracepción de emergencia de la Universidad de Princeton (<http://ec.princeton.edu>).

Un 27% del total de las consultas recogía falta de información o ideas erróneas. Por su contenido, fueron agrupadas en cinco categorías principales: a) actos sexuales que podían conducir a un embarazo; b) definición de sexo “protegido”; c) señales y tiempo necesario para conocer si se está embarazada o cuando se pueden realizar las

pruebas para saberlo; d) peligros que conlleva el uso de anticonceptivos hormonales (incluidos la contracepción de emergencia) para las mujeres y los fetos; 5) confusión entre píldora contraceptiva de emergencia y píldora abortiva.

Para concluir las consideraciones sobre Internet y sus ventajas, hay que destacar que no toda la información disponible en la red procede de fuentes rigurosas y fiables desde el punto de vista científico. De ahí que sea necesario realizar una selección cuidadosa de la procedencia de los datos en materias tan sensibles, como salud-sexualidad, sobre todo cuando se trata de adolescentes y jóvenes, quizás más propensos a validar y dar por cierta cualquier información por el hecho de que aparezca en Internet.

Muy frecuentemente, a propósito de la sexualidad adolescente, se escuchan en las conversaciones de adultos comentarios similares a los siguientes: “hoy en día, están mejor preparados”, “ahora tienen mucha más información sexual que antes”, “se lo saben todo” o “están de vuelta”. No obstante, al igual que sucede en otras materias, la disponibilidad de la información no asegura ni garantiza una adecuada asimilación de su contenido.

En un estudio anterior (Claramunt, 2006b) se compararon los conocimientos y las actitudes sexuales de un total de 873 escolares de centros públicos y concertados de Torrent (Valencia), con edades comprendidas entre los 13-15 años, procedentes de dos promociones distanciadas temporalmente por una década: los cursos académicos 1993-94 y 2003-2004.

Los resultados indicaron más similitudes que diferencias significativas, reduciéndose éstas a algunos ítems aislados, como un mayor conocimiento de las siglas “E.T.S” por parte de los y las adolescentes de la promoción 2003-04. Por otra parte, se mantuvieron con un nivel equiparable determinadas creencias distorsionadas y mitos, tales como “la primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de quedarse



embarazada”, “el tamaño del pene es fundamental para que la mujer sienta placer” o “las películas pornográficas son una forma adecuada de información sexual porque presentan las cosas como son”. Por último, en ambas promociones alrededor de la mitad de los y las adolescentes se consideraban “bastante informados acerca del sexo” (42,9% en el curso 1993 y 45,8% en el 2003).

Igualmente, el estudio de Magnusson (2001) señala una similitud en el análisis de los pensamientos y sentimientos de chicas suecas, pertenecientes a dos cohortes diferentes, 1970 y 1996.

Guerrero, Guerrero, García-Jiménez y Moreno (2008), en una investigación sobre los conocimientos de salud sexual, encontraron un alto nivel de permanencia de ciertos mitos, tales como: “es imposible quedarse embarazada durante la regla” (26,9%); “la fertilidad de la mujer depende de la duración del período” (41,8%); “bañarse o hacer deporte con la regla es malo” (22,5%), entre otros. Asimismo hallaron que alrededor de un 30% desconocía las características asociadas a los métodos anticonceptivos o la función del preservativo en la prevención de ETS en el coito vaginal (13,3%) y en el coito anal (43,2%). Tales datos indican carencias y lagunas importantes en el grado de información, si tenemos en cuenta que proceden de una muestra de adolescentes escolarizados en institutos de secundaria, con una edad media de 16,3 años, y que la mayoría refiere haber recibido educación sexual previa a la realización de la encuesta (94%), incluso en el propio centro de enseñanza (89,5%).

Como ya hemos señalado, hay distintos tipos de fuentes de información sobre sexualidad a disposición de cada adolescente, lo que supone una dificultad añadida a la hora de integrar coherentemente unos contenidos, con frecuencia inconexos, dispersos y fragmentados o, incluso hasta en ocasiones, contradictorios entre sí.

La familia es uno de los referentes más próximos para tratar temas relacionados con la sexualidad, aunque no siempre es el más utilizado en esta etapa,

tal como se desprende de los datos de Ballester y Gil (2006). A la edad de 9-10 años, la principal fuente son los padres, seguidos de los amigos y las revistas. Más tarde, en el tramo comprendido entre los 11-14 años, son los amigos quienes ocupan la primera posición, quedando relegados los padres al segundo o tercer lugar conforme avanzan en edad. En esta misma línea, López (2005b) señala que, a veces, o ni siquiera se les menciona u ocupan el último lugar, junto con la escuela.

No obstante, hemos encontrado una notable variabilidad en los datos acerca del nivel de comunicación sobre temas sexuales dentro del contexto familiar. Según un estudio del Ministerio de Educación de Chile realizado por la empresa Adimark (2004), la madre es la principal fuente de información (72,6%), seguida de lejos por los amigos del colegio (48,6%), los profesores (42,2%) y los padres (37,5%). Silva y Ross (2003) encontraron un menor grado de comunicación familiar en una muestra reducida de estudiantes varones de Santiago de Chile. Únicamente un 25'3% hablaba de sexualidad con su padre, mientras que el 34'5 lo hacía con la madre. Wight, Williamson y Henderson (2006) encuentran unos porcentajes más elevados en adolescentes escoceses. Alrededor del 80-84% de los varones hablan sobre temas sexuales, bien con el padre o con la madre. En el caso de las chicas, prácticamente la mayoría lo hace con su madre (94%) y en menor grado con el padre (79%).

Ciñéndonos a población española, se mantienen también notables diferencias entre unos estudios y otros. Utilizando una muestra de adolescentes valencianos, Hurtado (1997) encontró que el 43% de las chicas y el 23% de los chicos señaló a la familia como fuente de información, aunque para ambos sexos, las amistades fueron la referencia más importante (49% mujeres y 43% varones).

Por el contrario, los resultados obtenidos por Palenzuela (2006) señalaron a los padres como primera fuente, mientras que los amigos y los medios de comunicación

estarían en la segunda y tercera posición, sin que se observen diferencias de género significativas, en una muestra de 501 adolescentes (edad media 13,3 años).

Según nuestros datos (Claramunt, 2005), las personas elegidas para hablar de estos temas fueron los amigos/as; con mucha menor frecuencia, la madre y el padre. Se detectan diferencias de género respecto a las conversaciones con sus progenitores. La madre fue elegida por el 27% de las chicas y el 17% de los chicos; mientras que el padre apareció en las respuestas del 14% de los chicos y únicamente en el 5% de las chicas.

En un estudio piloto intergeneracional, Rodríguez y Farré (2004) indicaron que el grupo de edad entre los 14-20 años obtenía información de un mayor número de fuentes respecto al resto de grupos de mayor edad. La comparación de las respuestas de los diferentes grupos nos indica una mejora en la comunicación familiar sobre temas sexuales de una generación a otra. Así, entre adultos de 36-45 años únicamente un 3,3% había recibido información de sus padres frente a un 11,1% de los jóvenes de 21-25 años y un 43,3% de adolescentes de 14-20 años. Sin embargo, con independencia del grupo generacional, en todos los casos las amistades ocupaban el primer lugar en la obtención de información.

Está claro que no puede sorprender la extrema variabilidad observada en el grado de comunicación familiar sobre tópicos sexuales. A grandes rasgos, estos resultados tan variados podrían ser justificados sobradamente, haciendo mención a las características de las muestras y al instrumento utilizado en la recogida de datos.

El tamaño de la muestra, la procedencia geográfica, los condicionantes generales del entorno socio-cultural, o el lugar de residencia (rural, urbana, densidad poblacional) conformarían, entre otros, una amplia categoría de *factores externos* a la propia familia que explicaría, al menos en parte, las diferencias. Una segunda categoría agruparía toda una serie de *factores internos del núcleo familiar*, en el que

se incluirían básicamente tres elementos: los progenitores (padre-madre), los hijos/as y el tipo de interacción establecido entre ambos, así como la estructura y composición familiar.

Por un lado, entre las características de los progenitores podemos citar la edad, el nivel educativo alcanzado por el padre y la madre, la pertenencia a una determinada clase social, las creencias morales y/o religiosas, sus actitudes hacia la sexualidad en general, etc. Por otro, también se observan diferencias en el ritmo madurativo de cada adolescente, en el nivel de aceptación/rechazo de los cambios puberales, en el grado de curiosidad e interés sexual demostrado, en sus habilidades comunicativas, o incluso en rasgos de personalidad, como la introversión/extroversión. Además, por último, la interacción estará marcada por aspectos relativos al estilo educativo de cada padre-madre (autoritario-permisivo), la coherencia de valores y normas, el tipo de vínculo afectivo o la proximidad y calidez de la relación, entre algunos de los más destacados. Pertenecer o no a una familia monoparental, ser hijo/a único o formar parte de una fratría más o menos numerosa, así como el lugar que se ocupa y el género de los hermanos son otras variables que influirían en la comunicación sobre sexualidad dentro de una determinada familia.

Como hemos señalado arriba, también el modo en que han sido recogidos los datos puede explicar la disparidad de los resultados porcentuales. En nuestra búsqueda dentro de la literatura actual, hemos encontrado formatos muy diferentes. En ocasiones, únicamente se solicita una respuesta dicotómica (sí/no) a la pregunta o preguntas: “¿hablas con tu padre sobre temas sexuales?”, “¿y con tu madre?”, o en términos generales: “mis padres hablan conmigo de sexo”, “¿alguna vez has hablado con tus padres sobre sexualidad? (Ballester y Gil, 2006; del Campo y López, 2006; Wight *et al.*, 2006). En determinados casos, la investigación se centra en la frecuencia

con que cada adolescente habla con su madre o con su padre; en otros, se indaga acerca del grado de comodidad en la comunicación sobre sexualidad.

Mientras unos estudios interrogan sobre la primera fuente de información desde un criterio cronológico, otros presentan un listado de posibles personas a las que se acude para consultar dudas sobre temas sexuales, o directamente preguntan si se tiene o no confianza para hablar con uno u otro progenitor, ambos o ninguno. Para completar este cuadro, algunos investigadores (como, por ejemplo, los trabajos ya citados de Adimark, 2004; Ballester y Gil, 2006) contrastan los datos obtenidos de adolescentes con los proporcionados por sus padres.

Con independencia de lo anterior, los sentimientos de vergüenza e incomodidad por parte del adolescente pueden trabar o impedir la comunicación con sus progenitores; aunque también puede darse el caso inverso, que sean el padre, la madre o ambos quienes no se sientan seguros y cómodos al hablar de cuestiones sexuales.

Por regla general, hay una marcada preferencia por el grupo de amigos, incluso a pesar de no considerar las amistades como el mejor medio de información (Claramunt, 2005). Las chicas se sitúan ligeramente por encima de los chicos en esta consideración negativa (85,1% frente a 75,3%;  $p < .005$ ). Estos datos aparentemente paradójicos plantean la diferenciación que hacen los adolescentes entre recurso real, cercano y fácilmente accesible ("las amistades") y fuente ideal para la obtención de información fidedigna. Una amiga o un amigo íntimo, en quien se confía, está disponible para conversar y consultar dudas en un lenguaje coloquial, sin que ello cause ningún tipo de rubor. No obstante, tal adolescente muestra su buen juicio al reconocer que su grupo de iguales no es el mejor medio de información, ya que pueden tener carencias y lagunas similares a las suyas.

La escuela también proporciona información sobre sexualidad, de manera más o menos explícita, a través de los contenidos curriculares de las distintas áreas, ya sea desde un diseño transversal, ya sea mediante actividades aisladas. De un modo u otro, independientemente de la metodología utilizada, los programas educativos abordan los aspectos biológicos y fisiológicos dentro de las Ciencias Naturales en el tramo de Secundaria y dentro del área de Conocimiento del Medio en la etapa de Primaria. Así, pues, con frecuencia el profesorado puede convertirse en fuente de información complementaria a la familia, o incluso en el recurso principal. Así, el estudio de Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón (1996) sobre una muestra representativa de la población adolescente española resalta la importancia del profesorado en una especie de transferencia de la responsabilidad de informar sobre temas sexuales. Más adelante, profundizaremos sobre la institución escolar y el desarrollo de programas específicos de educación sexual.

En el trato directo con adolescentes se observan distintos posicionamientos respecto a la información sexual, que podríamos establecer a lo largo de un continuo. En un extremo se situarían quienes se consideran total y absolutamente informados, mientras que en el opuesto habría un reconocimiento evidente de la desinformación. Además, habría que añadir otra cuestión: el hecho de ser capaces o no de mostrar su desconocimiento ante el resto del grupo. No es infrecuente encontrarnos ciertas actitudes y conductas que tienen como objetivo alardear de conocimientos o experiencia, dando la impresión de que “se está de vuelta” o “esto ya me lo sé”; aunque en sus intervenciones aparezcan creencias erróneas y poco fundadas.

Enlazando con lo anterior, la diferenciación de Rock, Ireland y Resnick (2003) entre *conocimiento objetivo* y *percepción de conocimiento* nos parece especialmente útil, tal como la plantean en su aplicación al ámbito de la adolescencia y de las conductas de riesgo sexual.

De todos modos, la valoración subjetiva del conocimiento, *conocimiento percibido*) mantiene algún tipo de relación con la evaluación objetiva del conocimiento. Para ilustrarlo, valga la presentación de un análisis efectuado a partir de los datos de nuestro estudio ya citado (Claramunt, 2005).

Coincidiendo con los porcentajes obtenidos por Hurtado (1997), alrededor del 55% del total de la muestra se consideraba bastante informado sobre temas sexuales. Según la terminología propuesta por Rock *et al.* (2003), mostraban un alto nivel de conocimiento percibido (CP). Se observaron diferencias significativas en las variables género y nivel educativo. Las chicas de 2º ESO mostraron un conocimiento percibido menor que sus compañeros varones. En términos globales, los y las adolescentes de 4º ESO se atribuyeron un mayor nivel de información comparados con el nivel de 2º ESO.

Por otro lado, se evaluó objetivamente sus conocimientos generales sobre sexualidad y otros más específicos relacionados con anticoncepción y ETS. Una prueba t para muestras independientes indica la existencia de diferencias significativas entre los grupos de alto CP y bajo CP, hallando un paralelismo entre el conocimiento percibido y los resultados obtenidos en la evaluación objetiva de tales conocimientos sexuales. El grupo de adolescentes con un alto CP alcanzaron unas puntuaciones medias de aciertos significativamente más altas que el de bajo CP en los cuestionarios de conocimientos específicos sobre métodos anticonceptivos y ETS. Sin embargo, ambos grupos obtuvieron unas medias similares en la evaluación sobre conocimientos generales.

De este modo, parece que el conocimiento percibido de los y las adolescentes tendría una relación significativa con su nivel objetivo de conocimientos sobre temas sexuales, al menos en aquellos aspectos más específicos relacionados con la salud sexual. Otra posibilidad sería el que un determinado adolescente se considere

bastante informado/a por el mero hecho de tener nociones sobre métodos anticonceptivos, sobre las distintas ETS y sobre la prevención de riesgos, a pesar de que su nivel de conocimientos sobre la sexualidad, en un sentido amplio, sea similar al de aquellos compañeros/as que se consideran menos informados.

Con ello, se quiere manifestar que, según la consideración adolescente, la información sexual estaría relacionada básicamente con el conocimiento de las estrategias preventivas de evitación de los riesgos que conllevarían las prácticas sexuales, en especial el coito. Este tipo de percepción podría tener su origen, estar sustentada o influida por los mensajes que la sociedad adulta transmite acerca de la necesidad de contar con una preparación adecuada para evitar los riesgos que entraña el desempeño sexual. Muy a menudo, se pone el acento en los peligros derivados de la sexualidad, sin hacer hincapié en otras dimensiones fundamentales, como la sensualidad, la expresión de afecto en las relaciones interpersonales o la diversidad en la vivencia sexual.

Sea como sea, la diferenciación entre *conocimiento objetivo* y *conocimiento percibido* puede ser una clave importante para mejorar la comprensión de la conducta sexual adolescente, tal y como plantean Rock *et al.* (2003), así como para revisar el tipo de intervención de los programas de educación sexual y de las campañas informativas dirigidas al público adolescente.

Barberá y Navarro (2000) han incidido en el estudio de la construcción de la sexualidad en la adolescencia mediante el análisis del contenido de más de mil preguntas sobre sexualidad formuladas por chicos y chicas de 13 y 14 años. La utilización de la técnica de preguntas escritas es una estrategia metodológica muy utilizada en los talleres de educación sexual (López, 1995).

Según su planteamiento, las preguntas nos permiten conocer el significado socialmente construido que adopta la sexualidad en la adolescencia, sus fuentes de



influencia, las diferentes fuentes de información sobre sexualidad, y las normas que buscan regular la expresión de la sexualidad.

Barberá y Navarro (2000) se han centrado básicamente en las siguientes variables: la clasificación por temas, la solicitud de una respuesta de información u opinión, la aclaración de conceptos, la salud sexual, el placer o displacer asociado a un determinado comportamiento sexual, la referencia a aspectos cuantitativos de las conductas sexuales y la demanda de información sobre sexualidad masculina o femenina.

Los resultados muestran la existencia de temas de interés común, así como cuestiones específicas para cada sexo. En líneas generales, los chicos se centran en el conocimiento del cuerpo, especialmente a través de la dimensión de comportamiento y placer. Las chicas manifiestan mayor interés en los aspectos anatómico-fisiológicos genitales y en la salud reproductiva. Asimismo, los adolescentes varones se interesan por mayor número de temas, realizan más preguntas sobre la sexualidad femenina y solicitan más respuestas de opinión. Las chicas, en cambio, están más interesadas en el ciclo menstrual, concretamente en la regla y el uso de tampones, en los métodos anticonceptivos o en la primera vez que se realiza el coito. Para Barberá (1998), las diferencias entre chicos y chicas en relación con sus inquietudes sobre la sexualidad serían imputables al significado cultural que éstas adoptan en el proceso de desarrollo de la identidad de género.

Tales datos concuerdan con los encontrados por Hurtado (1997); según su estudio, las mujeres se preocupaban más sobre métodos anticonceptivos, mientras que el interés de los varones se situaría en las diferentes conductas sexuales y en la evitación de contagios.

### 2.3. CONDUCTAS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA

Se ha escogido intencionadamente el plural para el título de este apartado con el objetivo de remarcar la amplia variedad de manifestaciones que pueden darse en la vivencia sexual, tanto individualmente como en la relación interpersonal, no sólo en la etapa adolescente, sino también a lo largo de todo el ciclo vital.

La mayor definición del deseo sexual, con independencia de su orientación hacia personas del mismo o distinto sexo, conlleva en la adolescencia un incremento del interés en desarrollar e implicarse en conductas sexuales. Como señalamos en el inicio del capítulo, la masturbación suele ser la primera conducta sexual voluntaria que puede aparecer en la infancia y con más frecuencia al principio de la adolescencia.

La literatura recoge que existen pautas significativamente diferenciadas en la práctica de la masturbación entre varones y mujeres, con independencia de la edad.

Los datos de Ballester y Gil señalaban que el 87,3% de los chicos y el 19,4% de las chicas de la submuestra de edad 13-14 años tenían experiencia masturbatoria; además se diferenciaban en la frecuencia de dicha práctica. Alrededor del 80% de varones afirmaba hacerlo “todos los días” o “2-3 veces a la semana”, mientras que para el 64% de las chicas la frecuencia se situaba entre “1-2 veces al mes” o menos.

Serrano *et al.* (1996) subrayan también la diferencia notable respecto a la experiencia y frecuencia de la masturbación entre chicos y chicas, a partir de los datos de una muestra representativa de la población adolescente española de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Un 9% de los varones frente a un 75% de las mujeres de su estudio decía no haberse masturbado nunca. Respecto a la frecuencia, para los varones, se trataba de un comportamiento muy generalizado, con un 43,5% que aseguraba practicarlo con frecuencia (30%) o diariamente (13,5%). En cambio, sólo un 12,1% de las chicas se adscribía a esas categorías.

En esa misma línea, Palenzuela (2006) indica que la masturbación es la manifestación sexual más habitual en los varones (56,2% de los chicos frente a un 12,3% de chicas). En cuanto a la edad de inicio, para la mitad de los chicos se situaba entre los 11-12 años, con un rango de edad entre 8 y 14 años. En el caso de las chicas, las conductas de autoestimulación comenzaban un año más tarde que los varones (12,2 años frente a 11,3 de edad media para los chicos).

Nuevamente las cifras varían de un estudio a otro, aunque puede afirmarse que esta práctica aumenta con la edad en ambos sexos.

Según apunta Toro (2010), se considera que entre los 14 y 16 años suele masturbarse un 32% de los chicos y un 26% de las chicas, incrementándose estos porcentajes hasta un 61% y un 36%, respectivamente, pasados los 18 años. Este mismo autor indica la existencia de dudas en torno a la fiabilidad de las respuestas de los adolescentes de menor edad en las encuestas referentes a las prácticas masturbatorias. En nuestra opinión, este posible falseamiento podría deberse a las creencias, actitudes y expectativas asociadas a la experiencia misma de la masturbación. Así, por ejemplo, un determinado adolescente podría no informar acerca de esta conducta debido al sentimiento de culpa derivado de sus convicciones religiosas, mientras que otros pueden creer que la falta de experiencia en la autoestimulación genital sería anómala y contestarán afirmativamente por entender que es una "conducta apropiada y saludable".

La masturbación puede marcar el inicio de la actividad sexual, especialmente entre los varones, quienes se inician más tempranamente en esta práctica. Sin embargo, dentro del contexto de una relación interpersonal, existe un repertorio más amplio de conductas con una secuencia más o menos determinada en la experiencia heterosexual adolescente.

Desde una perspectiva del desarrollo evolutivo, Martínez Álvarez (2000) analiza las diferentes conductas heterosexuales a lo largo de la adolescencia. Su revisión sobre los determinantes de la conducta heterosexual engloba un total de 32 estudios realizados entre 1985-2000 (la mayoría de procedencia estadounidense), entre los que se encuentran un par de investigaciones españolas.

A continuación, en la tabla 6 se presenta esquemáticamente los rasgos básicos de las manifestaciones heterosexuales en cada una de las fases de la etapa adolescente, así como un resumen de los factores determinantes.

**Tabla 6: Experiencias heterosexuales en la adolescencia (extractado de Martínez-Álvarez, 2000)**

<b>Fases</b>	<b>Conductas</b>	<b>Factores Determinantes</b>
<b>Adolescencia temprana (10-14 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la mayoría de los casos, conductas autoeróticas</li> <li>- Incidencia minoritaria de experiencia coital a los 14 años (3-12%)</li> <li>- Alrededor de un 60-80% de adolescentes han experimentado contactos heterosexuales, sean de carácter genital o no.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas problema: consumo de alcohol y drogas <b>(+)</b></li> <li>- Cambios biológico-puberales directos (niveles de testosterona) e indirectos (características sexuales secundarias y atractivo físico) <b>(+)</b></li> <li>- Influencias familiares: tener hermanos mayores y familias monoparentales <b>(+)</b></li> <li>- Grupo de iguales: popularidad, citas, inicio de relación estable <b>(+)</b></li> </ul>
<b>Adolescencia media (15-17 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia coital: alrededor del 40-50% ha realizado el coito en algún momento.</li> <li>- Menor incidencia de práctica coital regular: únicamente el 12-25% de los y las adolescentes responden afirmativamente cuando se les pregunta si mantienen relaciones coitales en la actualidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores sociodemográficos: mayor nivel social y cultural, menor dependencia de creencias religiosas, izquierda, urbanos, no escolarizados <b>(+)</b></li> <li>- Nivel de autoestima: resultados confusos y poco claros</li> <li>- Normas familiares: ausencia o disciplina estricta <b>(+)</b></li> <li>- Grupo de iguales: percibir a los mejores amigos como sexualmente activos (predictor) <b>(+)</b></li> <li>- Implicación en relación de pareja estable: chicas <b>(+)</b></li> </ul>
<b>Adolescencia tardía (18-22 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento de la experiencia coital: en el grupo de 18-19 años de edad se situaría entre el 60-70%.</li> <li>- Nivel menor de práctica, si se indaga acerca de la continuidad y regularidad en la actividad heterosexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias religiosas/actitudes conservadoras <b>(-)</b></li> <li>- Abandono estudios y acceso al mundo laboral <b>(+)</b></li> <li>- Mayor frecuencia y más parejas: inicio temprano del coito, familia monoparental, variables de personalidad y desarrollo (extraversión, erotofilia y búsqueda de sensaciones)</li> <li>- Estabilidad y duración de relación de pareja <b>(+)</b>: cantidad, variedad y satisfacción</li> </ul>

**(+)** Mayor probabilidad de experiencias heterosexuales; **(-)** Menor probabilidad

Según Martínez Álvarez (2000), las características más relevantes de la actividad heterosexual adolescente se centrarían en:

- Inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, tanto en los primeros contactos como en la práctica coital.
- Establecimiento de los primeros contactos heterosexuales alrededor de los 13–14 años. Incremento paulatino del grado de intimidad de las conductas (besos, abrazos, caricias corporales y genitales) hasta llegar al 1er coito.
- Actualmente, participación en conductas sexuales más íntimas en estadios más tempranos de la relación en comparación con las décadas anteriores.
- Existencia de diferencias de género:
  - Ambos tienen su primera experiencia coital con parejas mayores, pero con una diferencia de edad superior en las chicas.
  - Relación previa con la pareja de mayor intimidad y compromiso en el caso de las chicas; los chicos pueden iniciarse con parejas casuales.
  - Chicos: iniciativa del contacto físico y de la actividad sexual; aceptación y menor rechazo por parte de las chicas.
  - En las chicas, después del 1er. coito pueden darse sentimientos de culpabilidad, indiferencia y desagrado, aunque suelen ir desapareciendo posteriormente.

La actividad sexual adolescente tendría un carácter normativo, sobre todo en los últimos años de la adolescencia. Por tanto, desde el punto de vista de la salud, no supondrían un riesgo, si las relaciones son deseadas, planificadas y voluntarias.

Martínez-Álvarez (2000) mantiene una posición crítica al señalar una serie de limitaciones que presentan gran parte de las investigaciones revisadas:

- Escasez de estudios que incidan en la adolescencia temprana
- Ausencia de diferenciación por etapas en la mayoría de los estudios.
- Utilización de muestras compuestas por adolescentes escolarizados y estudiantes universitarios, al tratarse de grupos de más fácil acceso.
- Focalización en la experiencia coital y en los aspectos cuantitativos (frecuencia y número de parejas sexuales), desestimando otras conductas heterosexuales no coitales.

Enlazando con este último argumento crítico, en la literatura sobre la sexualidad adolescente existe una gran cantidad de estudios centrados en el análisis de la actividad sexual (Cheryl *et al.*, 2007; Dittus y Jaccard, 2000; Kan, Cheng, Landale y McHale, 2010; Kenyon, Sieving, Jerstad, Pettingell y Okay, 2009; Magnusson, 2001; Mueller, Gavin y Kulkarni, 2008; Rock *et al.*, 2003; Silva y Ross, 2003; Wight *et al.*, 2006, entre otras investigaciones empíricas recientes). Asimismo, se puede encontrar artículos de revisión sobre este mismo tema (por ejemplo: Buhi y Goodson, 2007; Kirby, Laris y Rolleri, 2007; Kotchick, Shaffer, Forehand y Miller, 2001; Meschke, Bartholomae y Zentall, 2002; Santelli, Ott, Lyon, Rogers, Summers y Schleifer, 2006; Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008).

En la mayor parte de los casos, la indefinición del término “actividad sexual” enmascara una referencia exclusiva a la relación heterosexual con penetración vaginal. Este interés generalizado por una parcela muy específica de la actividad sexual adolescente evidencia de nuevo la preocupación de la sociedad adulta por los riesgos que conlleva la relación coital, tanto en la posibilidad de embarazos imprevistos como en el contagio de enfermedades transmisibles por esta vía.

Algunos autores realizan una definición más amplia, incluyendo también el coito anal y el sexo oral (Tortolero *et al.*, 2010).

El trabajo de Hensel, Fortenberry y Orr (2008) requiere una mención especial por su planteamiento y diseño longitudinal. En la recogida de datos de una muestra de chicas adolescentes se incluye el autorregistro diario acerca de las distintas conductas sexuales, tanto coitales como no coitales (felación y cunnilingus), así como las distintas combinaciones entre ellas.

Según estos investigadores, es necesario contar con un lenguaje más preciso para representar la conducta sexual adolescente. Compartimos su opinión al considerar que el término “activo/a sexualmente”, usado como eufemismo de coito, ignora una sustancial proporción de encuentros sexuales definidos por una conducta sexual no coital o aquellos en los que suceden ambos (coito y conducta no coital).

Desde una posición crítica, Miller *et al.* (1997) cuestionan la diferenciación dicotómica entre adolescentes “*activos sexualmente*” y “*no activos*”.

Su propuesta plantea un sistema de clasificación más amplio, basado en cuatro indicadores conductuales:

1. - Iniciación de relación coital
2. - Número de parejas diferentes con las que se ha practicado el coito vaginal
3. - Número de veces en las que se ha mantenido una relación coital a lo largo de la vida
4. - En el caso de no tener ninguna experiencia coital, probabilidad de iniciarse en dicha práctica en el próximo año según una escala de 5 puntos (que va desde “seguro que no” hasta “seguro que sí”, pasando por categorías intermedias, como “probablemente” o el 50% de posibilidades).

En la tabla 7 se presenta esquemáticamente esta tipología.



**Tabla 7. Tipología experiencia sexual adolescente**

<b>Experiencia Sexual</b>	<b>Iniciación coito vaginal</b>	<b>Probabilidad inicio coito Próximo año</b>	<b>Nº parejas diferentes</b>	<b>Nº veces realización coito</b>
<b><i>Demoradores</i></b>	No	No	---	---
<b><i>Anticipadores</i></b>	No	Si	---	---
<b><i>Un único coito</i></b>	Si	---	1	1
<b><i>Pareja estable</i></b>	Si	---	1	+ de 1 vez
<b><i>Parejas múltiples</i></b>	Si	---	+ de 1 pareja	+ de 1 vez

Adaptado de Miller *et al.* (1997)

Uno de los propósitos de la investigación era comparar la tradicional dicotomía “activo - no activo sexualmente” con la nueva tipología en los siguientes aspectos:

- a) Experiencia precoital de los adolescentes que no habían practicado el coito vaginal: besos, caricias - frotamientos corporales y tocamientos genitales.
- b) Experiencia sexual (participación voluntaria en coito vaginal, sexo oral y sexo anal). Edad de inicio de la relación coital vaginal. Edad de la primera pareja con la que se había realizado el coito.
- c) Conductas relacionadas con ETS/VIH: Usos consistente del condón. Prueba para detección del VIH. Historial de ETS.

La muestra utilizada estaba compuesta por un total de 894 adolescentes (57% mujeres y 43% varones) de 14 – 17 años (media: 15,3), escolarizados en centros públicos de Alabama, Nueva York y Puerto Rico.

Según los datos de este estudio, el 60% de la muestra entraba dentro de la categorización de “no activos sexualmente”. Según el sistema de clasificación alternativo, el 63% correspondería a los criterios establecidos para el grupo *Demoradores*, mientras que el resto estaría dentro del tipo *Anticipadores* (37%).

La experiencia sexual de quienes no habían iniciado la práctica coital incluía las siguientes conductas: besos (86%), caricias corporales (47%), tocamientos genitales (16%) y sexo oral (3%).

No obstante, se detectaron diferencias significativas entre los dos subgrupos respecto al grado de experimentación. Dentro del grupo de adolescentes “no activos sexualmente”, quienes anticipaban un probable inicio de relaciones coitales durante el próximo año (*Anticipadores*) mostraban una cantidad significativamente mayor de conductas sexuales en comparación con quienes no veían posible iniciarse en el coito (*Demoradores*).

Por otro lado, en la categoría de “sexualmente activos” se situaba el 40% de la muestra adolescente. Según la tipología establecida por Miller *et al.* (2008), en el 13% de los casos, dicha actividad sexual se reducía a haber practicado el coito vaginal en una sola ocasión. En el resto de los casos, su práctica coital estaba restringida a una pareja estable /13%; por el contrario, el 68% habían mantenido relaciones coitales con más de una pareja.

Asimismo, se detectaron diferencias entre los distintos perfiles de adolescentes “activos sexualmente”. Quienes tenían menor edad en la primera relación coital y una mayor probabilidad de realizar el coito con una pareja que han conocido el mismo día estaban incluidos dentro de la categoría de *Parejas Múltiples*. En el caso de quienes cumplían los criterios de *Pareja estable*, la edad de la 1ª pareja con la que habían practicado el coito era significativamente mayor que la de los otros grupos.

La mayor parte de estas distinciones quedaban oscurecidas, si se examinaban en bloque todos los adolescentes “activos sexualmente”. Destacan que el número medio de parejas sexuales en el total de este grupo era de 3,86 (mediana: 2). Pero, aparecía un 32% de adolescentes que únicamente habían realizado el coito vaginal

con 1 pareja (un 19% estaban incluidos en la categoría de *Pareja Estable* y el restante 13% había tenido solamente una relación coital).

La diferenciación dicotómica entre “activos – no activos” agrupa e incluye experiencias adolescentes fundamentalmente distintas. Un determinado sujeto, cuya experiencia sexual se limite a un único coito, puede tener más puntos en común con el grupo que espera no tenerlas próximamente, sobre todo en el caso de que se haya decidido por la abstinencia después de esa primera relación coital.

Siguiendo con ese posicionamiento amplio en la consideración del repertorio sexual, existen también otras investigaciones en las que se analizan los diferentes tipos de experiencia sexual, abarcando una serie de conductas, tales como besos, caricias en los pechos, caricias genitales y sexo oral. Sin pretender una enumeración exhaustiva, podemos citar los trabajos de Diz, Sueiro, Chas y Diéguez (2003); Hensel *et al.* (2008); Martino, Elliott, Collins, Kanouse y Berry (2008); Navarro, Reig, Barberá y Ferrer (2006); Palenzuela (2006); Sueiro, Diéguez, Chas y Diz (2004).

La inclusión de todas estas manifestaciones permite una visión menos restringida y más acorde con nuestra consideración de la vivencia sexual, ya sea en la etapa adolescente como a lo largo de todo el ciclo vital.

Inicialmente, la sexualidad estaría marcada por la curiosidad y el deseo de experimentar sensaciones placenteras, con un predominio de las conductas autoeróticas, especialmente entre los chicos mediante la práctica de la masturbación. Posteriormente, de manera paulatina el deseo irá focalizándose hacia otras personas, sean del mismo o distinto sexo. El acercamiento y la atracción por una persona determinada será el detonante para ir estableciendo vínculos afectivos en relaciones más o menos estables con manifestaciones cada vez más íntimas. En términos generales, los y las adolescentes iniciarían sus contactos mediante besos y caricias corporales para ir avanzando hacia conductas que incluirían los tocamientos genitales,

el sexo oral y la penetración. Tal como hemos indicado, en comparación con décadas pasadas, actualmente esta secuencia puede darse más rápidamente completándose en una fase temprana de la relación, al menos en lo que respecta a las parejas adolescentes de nuestro contexto próximo.

Singh, Wulf, Samara y Cuca (2000) presentan un interesante estudio para analizar las diferencias culturales en la iniciación sexual de varones y mujeres adolescentes. Los datos se obtuvieron a partir de una serie de encuestas representativas a nivel nacional sobre conducta reproductiva, llevadas a cabo en 14 países de diferentes partes del mundo. A fin de obtener un panorama completo de las diferencias de comportamiento según el sexo, el análisis incluyó la población de 15-19 años, abarcando también al grupo de edad comprendido entre los 20-24 años.

Sus resultados remarcaron las notables diferencias en las pautas de la actividad sexual adolescente de varones y mujeres en todas las regiones del mundo, entre ambos sexos,. El contexto en el que tiene lugar la primera experiencia sexual varía, especialmente en los países en desarrollo. Entre adolescentes con experiencia sexual, las mujeres son mucho más proclives que los varones a haber estado casadas alguna vez.

El estudio proporciona datos acerca de la edad mediana en el momento del primer coito; es decir, la edad en la que el 50% de los sujetos habían comenzado a tener relaciones sexuales. En este aspecto, nuevamente aparecen contrastes evidentes entre los países y entre sexos. Para las mujeres, el rango fluctúa entre los 15,8 años en Malí y los 19,6 en Perú, mientras que excede a los 20 años en Filipinas y Tailandia. En contradicción con el punto de vista comúnmente aceptado de que los varones se inician más tempranamente, el rango es similar para los hombres (desde los 15,4 años en Jamaica hasta los 19 en Tailandia y más de 20 años en Filipinas).

Sin embargo, se detectan diferencias muy acusadas en determinadas zonas. En América latina y el Caribe generalmente son los hombres quienes comienzan la práctica coital a una edad menor que las mujeres. Únicamente en Ghana y Malí las mujeres tienen su primera experiencia de coito con menor edad que los varones. En el resto de países, la edad es aproximadamente la misma para ambos sexos.

Las diferencias de género en la iniciación sexual adolescente han sido también objeto de interés por parte de Navarro *et al.* (2006), aunque en este caso la investigación se centraba en indagar de manera específica acerca de la influencia del grupo de iguales. Su estudio forma parte de un proyecto más extenso sobre género y sexualidad en la adolescencia. Los participantes fueron 505 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, con una media de edad de 16,3 años, y escolarizados en cinco centros públicos de enseñanza secundaria de Elche (Alicante).

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario que incluía diferentes apartados sobre cuestiones personales, académicas, familiares, experiencia sexual y amorosa, vida en grupo y relación de pareja.

En este caso, el *estadio de iniciación sexual* estaba graduado en cinco niveles: I) *no iniciados*; II) *motivados*; III) *petting suave*; IV) *petting*; y V) *relación coital*. Los dos primeros niveles corresponderían a quienes no han experimentado ningún tipo de contacto sexual ni siquiera besos; pero en el nivel II se situarían quienes hablan de sexo en su grupo. El nivel III incluiría besos íntimos y caricias superficiales, mientras que en el IV abarcaría caricias con mayor grado de intimidad, pero sin penetración; es decir, aquellas conductas sexuales conocidas bajo la denominación de “petting”. Por último, el nivel V comprendería las relaciones coitales.

Por otro lado, se establecieron diferentes medidas de la vida en grupo, tales como número de buenos amigos y amigas, composición de la pandilla, consumo de

alcohol, horario habitual de regreso, estimación de la experiencia coital de los amigos y amigas, así como la capacidad de decisión y liderazgo autopercebido dentro del grupo.

Alrededor del 76% del total de la muestra tenían algún tipo de experiencia sexual, mientras que el resto de adolescentes entraba dentro de los niveles I y II (14% y 9,9%, respectivamente). Más del 50% de los y las adolescentes habían experimentado relaciones íntimas, con un 18% de la muestra en el nivel V (*relaciones coitales*).

No obstante, los resultados mostraron diferencias significativas en la distribución de chicas y chicos por estadios. Se encontró una proporción igualada en los niveles de *no iniciados*, *petting* y *relación coital*. En el estadio II (*motivados*) se situaba un 16% de varones frente a un 5'8% de mujeres. La relación se invertía en el nivel III (*petting suave*), con un mayor porcentaje de chicas (24,1%) que de chicos (15,5%). Globalmente, aparecía un mayor número de chicos que no había experimentado ningún tipo de relación sexual, aunque se mostraban directamente motivados hacia la sexualidad.

Otro dato interesante sería la mayor cantidad de chicas que entrarían en el nivel III (beso íntimo o *petting suave*); siendo ellas son menores que los chicos del mismo estadio. Aunque en la muestra hay más chicas que se inician a la misma edad en el *petting suave*, ellas permanecen durante más tiempo que los chicos en este estadio (Navarro *et al.*, 2006)

En la edad de inicio para la práctica del *petting* y de las relaciones coitales se observa una convergencia entre sexos, sin diferencias significativas. El 38,8% de las chicas y el 35,5% de los chicos habían mantenido relaciones íntimas sin penetración, mientras que tenían experiencia coital un 17,3% y un 19%, respectivamente.

El análisis de la iniciación sexual en relación con el grupo de iguales muestra una confluencia de género, con diferencias poco o nada significativas. Chicos y chicas muestran una sexualidad similar a la de su grupo de amigos habituales. Su nivel de iniciación sexual guarda relación con unos hábitos de vida en grupo, como salir en pandilla, consumir alcohol y salir los sábados por la noche. No obstante, en los varones la iniciación sexual parecía asociarse a un mayor liderazgo. En las chicas aparece una menor capacidad de decisión e influencia en el grupo en los estadios más avanzados (Navarro *et al.*, 2006).

Al igual que en otras investigaciones, se constata que el número de amigos/as que mantienen relaciones coitales es un buen predictor del nivel de iniciación sexual en la etapa adolescente. Es decir, a mayor número, más avanzado es el estadio en el que se encuentra la persona.

## 2.4. FACTORES ASOCIADOS A LA VIVENCIA SEXUAL ADOLESCENTE

En el estudio del repertorio de manifestaciones sexuales de la etapa adolescente, se encuentran numerosas investigaciones, que analizan toda una serie de factores que determinan, influyen o modulan, tanto la iniciación como el posterior desenvolvimiento de la experiencia sexual en los y las adolescentes. Otro aspecto es el modo en que la experiencia sexual se integra y repercute en los diferentes aspectos psicológicos individuales y relacionales.

A lo largo de este apartado se presentarán algunos factores relacionados con la vivencia sexual de los y las adolescentes: la construcción de la identidad sexual, el papel desempeñado por los roles de género en la actividad sexual, las actitudes hacia la sexualidad en general y hacia determinadas prácticas sexuales. Asimismo, se abordará la autoestima, uno de los constructos psicológicos que más atención suscita la hora de explicar las conductas que afectan a la salud adolescente, en general.

### **Construcción de la identidad sexual**

Buzzwell y Rosenthal (1996) señalan la existencia de diferentes estilos de identidad sexual, atendiendo a los niveles de autoestima, ansiedad, excitación, exploración y grado de compromiso. La combinación entre estas variables daría lugar a un estilo de identidad sexual, es decir a una autopercepción respecto a la vivencia sexual personal. En la tabla 8 aparece el esquema de esta tipología.

Los dos primeros estilos (*Ingenuidad – Inseguridad*) comparten una baja autoestima, con falta de confianza o descontento con su sexualidad y con sus rasgos físicos, además de un nivel alto de ansiedad, diferenciándose únicamente por el grado de excitación e interés en la exploración de placer sexual. Son estilos propios de



adolescentes vírgenes, sin experiencia coital, observándose además una menor excitación y necesidad de exploración sexual entre las chicas de 15-16 años (Buzzwell y Rosenthal, 1996).

**Tabla 8. Estilos de identidad sexual**

<b>Estilo</b>	<b>Autoestima</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Excitación Exploración</b>	<b>Compromiso</b>
<b>Ingenuidad</b>	BAJA Falta confianza	ALTA	MUY BAJA	-----
<b>Inseguridad</b>	BAJA Poco atractivo Descontento	ALTA	BAJA	-----
<b>Competencia</b>	ALTA Seguridad	BAJA	MEDIA	MEDIO
<b>Experimentación</b>	ALTA	BAJA	ALTA	ESCASO
<b>Elevada motivación</b>	ALTA	BAJA	ALTA	MUY ESCASO

Adaptado de Buzzwell y Rosenthal (1996)

Conforme se incrementa la edad y la experiencia sexual, se encontraría un estilo de *Competencia*, definido por una autoestima más elevada, sentimientos de seguridad, bajos niveles de ansiedad, un grado medio de excitación y una cierta disposición al compromiso en las relaciones. Este estilo correspondería al grupo de adolescentes de 17-18 años.

Finalmente, los estilos de *Experimentación* y *Elevada Motivación* tendrían como rasgos diferenciales respecto al estilo de *Competencia*: unos altos niveles de excitación – exploración y el mantenimiento de relaciones esporádicas o marcadas por un mínimo grado de compromiso. En este caso, se trataría de adolescentes con mayor experiencia sexual, siendo más frecuente el estilo de *Elevada Motivación* entre los chicos.

## **Roles de género**

El análisis de los roles de género y su influencia en la vivencia sexual ha dado lugar a interesantes aportaciones en el estudio de la sexualidad adolescente. A grandes rasgos, se puede hablar de los roles como patrones estereotipados de prescripciones que regulan el comportamiento; así, pues, las mujeres y los hombres han sido socializados para que sigan y desempeñen roles diferentes, especialmente en el área sexual.

La motivación y las circunstancias para implicarse en una relación sexual es una de las diferencias de género más acusadas dentro del comportamiento sexual.

Diversos estudios concluyen que las chicas son más proclives que los chicos a mencionar el enamoramiento como principal razón para ser sexualmente activas. Los chicos se centran en los aspectos físicos del encuentro sexual (placer, excitación o atractivo físico de la pareja potencial), así como la limitación de recursos. Mientras ellas *se dejan* arrastrar por la pasión (amorosa) del momento, ellos *no dejan* pasar una oportunidad de disfrutar del placer (Barberá y Navarro, 2000; Navarro, Barberá y Reig, 2003; Singh-Manoux, 2000).

Evidentemente, ese diferente patrón motivacional puede explicar la asimetría observada en las pautas de conducta sexual de hombres y mujeres. Ejemplo de ello sería el mantenimiento de actitudes más tolerantes hacia el mantenimiento de relaciones sexuales, con independencia del contexto amoroso, por parte de los hombres; lo que se relacionaría con un mayor número de parejas sexuales que las mujeres a lo largo de la vida, ya que éstas tienden a asociarlas con el amor.

Entre las chicas adolescentes, se citan también otras razones para implicarse en una relación sexual, además de la curiosidad y el deseo sexual. En ocasiones, una chica puede ceder a la presión de la pareja, que lo plantea como una “prueba de

amor". A veces, puede tratarse de un medio para establecer una mayor vinculación y compromiso en la relación, con la intención de evitar que *se vaya con otra*. Desde el punto de vista de la investigación de género, la motivación para la iniciación sexual en las chicas se debe a razones extrínsecas al placer y más centradas en aspectos relacionales.

La investigación de género ha aportado muchas más matizaciones para explicar la conducta y la vivencia sexual personal. Ejemplo de ello son los intentos de analizar los planteamientos sexistas en la atribución de rasgos y roles estereotipados, de acuerdo con modelos diferenciados de masculinidad y feminidad. En esta línea, se han elaborado instrumentos específicos para adolescentes, como la Escala de Detección del Sexismo (DSA) de Recio, Cuadrado y Ramos (2007).

García-Vega, Fernández y Rico (2005) proponen el estudio de la relación entre el tipo de género (masculino, femenino, andrógino e indiferenciado) y el sexo (chicos, chicas), con el propósito de indagar si la sexualidad está más determinada por el género, por el sexo o por una interacción de ambas variables. Para ello, se llevó a cabo la aplicación de una batería de inventarios sobre roles, conductas y fantasías sexuales. Aunque sus resultados están referidos a una muestra de jóvenes universitarios, lo cual limita su generalización, aparecen algunos datos destacables.

En general, el repertorio sexual de las mujeres incluye con mayor frecuencia conductas sexuales convencionales, mientras que los hombres realizan conductas menos convencionales o extravagantes. Sin embargo, el número de conductas sexuales en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas es reducido: mayor aparición de conductas románticas (acariciar, besar, abrazar) y vestir prendas eróticas en mujeres; en el caso de los hombres, mayor frecuencia de masturbación sin compañía, ver pornografía, humillar y forzar a su pareja sexual, entre otras. En la práctica del coito vaginal, el sexo oral y las masturbaciones mutuas no hay

diferencias entre ambos sexos. Respecto a las fantasías, los hombres fantasean más que las mujeres en la mayoría de las conductas, con la excepción de las fantasías de contenido romántico, de nuevo más frecuentes entre las mujeres. Se observa una mayor divergencia entre las experiencias reales y las fantasías sexuales de los hombres; mientras que el contenido de las fantasías de las mujeres está relacionado con aquellas conductas que efectivamente realizan.

Tales hallazgos vierten más especificaciones sobre las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la vivencia sexual, incidiendo en subrayar la importancia del género, tanto en la motivación como en las actitudes, fantasías y conductas sexuales.

### **Actitudes hacia la sexualidad**

Las actitudes sexuales en esta etapa van a estar claramente condicionadas, influidas y matizadas por los agentes sociales: familia, escuela, grupo de amistades, medios de comunicación y publicidad, por citar los más relevantes. En la adolescencia, pues, tales actitudes van a ser un reflejo de la sociedad adulta, a través de la cual han ido adquiriendo una visión del mundo.

Las actitudes comparten y guardan similitud semántica con otros términos, tales como valores, creencias, estereotipos, sentimientos, opiniones, motivación, prejuicios e ideología. Siguiendo una definición clásica, las actitudes son predisposiciones a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y/o las situaciones. Así, las actitudes suponen una predisposición conformada de acuerdo con una serie de convicciones, creencias y sentimientos que se manifiestan en un repertorio de comportamientos, hábitos y reacciones cognitivas, emocionales y afectivas.

La investigación sobre actitudes sexuales se ha centrado en torno a dos conceptos fundamentales: conservadurismo-liberalismo y erotofilia-erotofobia. El primero tiene sus raíces en trabajos de carácter sociopolítico y se centra en las opiniones tradicionales o progresistas aplicadas a los diferentes aspectos de la sexualidad. Se basa fundamentalmente en el componente cognoscitivo de las actitudes.

Siguiendo la revisión de Martínez Álvarez (2000), en términos generales las actitudes adolescentes muestran una mayor tolerancia y permisividad hacia las conductas sexuales previas al matrimonio, en comparación con épocas pasadas, acordes con los cambios sociales experimentados también entre la población adulta. Aparecen nuevamente diferencias de género, siendo los chicos quienes se muestran más liberales que las chicas, aunque se igualan con la edad o el compromiso en las relaciones. Ambos, varones y mujeres, están a favor de la práctica del coito en un contexto de afecto y compromiso emocional, lo cual como ya hemos indicado resulta especialmente importante para las chicas.

Martínez Álvarez (2000) remarca que se está paliando relativamente el “doble código moral”, a pesar de que persisten todavía ciertos rasgos, como por ejemplo, la mayor aceptación en los hombres del sexo casual, el número de parejas y la distinta consideración del hecho de tener experiencia sexual.

En el estudio ya citado de Serrano *et al.* (1996) se evaluaron las actitudes sobre la igualdad y la tolerancia relativas a conductas sexuales. Los resultados mostraron que la población adolescente estaba a favor de la igualdad de sexos con actitudes tolerantes hacia la sexualidad, siendo la edad y el lugar de residencia las variables más influyentes. Así, las actitudes de los y las más jóvenes (14-15 años) y quienes vivían en ciudades pequeñas, pueblos o ámbitos rurales eran menos igualitarias y tolerantes.

También se encontraron diferencias significativas en las actitudes sexuales de adolescentes del medio rural gallego según el lugar de residencia, junto con otras variables como la orientación política, el grado de práctica religiosa y el consumo de alcohol y otras drogas (Chas *et al.*, 2003; Diéguez *et al.*, 2003; Sueiro *et al.*, 2004).

Miras (2001) ha profundizado en el estudio de las actitudes adolescentes ante las relaciones sexuales, utilizando una muestra amplia compuesta por 1.989 sujetos, escolarizados en centros públicos y privados de Almería.

El interés de esta investigación radica en un enfoque más específico en el análisis de las actitudes ante las *relaciones sexuales libres*. En la recogida de datos se indagaba sobre la opinión acerca de la libertad para la elección del compañero/a en la relación sexual, planteando tres situaciones diferentes de referencia: a) género, es decir, relaciones *entre* hombre-mujer, hombre-hombre y mujer-mujer; b) personas que estiman de su entorno más inmediato, relaciones libres *para* padre, madre, hermano/a y uno/a mismo/a; y c) condiciones valorables como criterios reguladores de las relaciones sexuales. A continuación, se comentan los principales resultados obtenidos en cada una de las situaciones de referencia:

#### (A) Género: Actitudes ante las relaciones heterosexuales y homosexuales

Las relaciones heterosexuales son ampliamente aceptadas, tanto por parte de los chicos como de las chicas. No obstante, se observan diferencias marcadas en cuanto a la aprobación de las relaciones homosexuales. Casi el 50% de los varones se manifiesta resueltamente desfavorable a la relación entre hombres, frente a un 20% de mujeres que se encuadra en esa misma posición extrema. Las relaciones sexuales entre mujeres son aprobadas por más del 60% de las adolescentes, mostrando una

actitud desfavorable únicamente un 20%, mientras que este porcentaje de desaprobación se eleva hasta el 40% en el caso de los chicos.

En resumen, los chicos se muestran más resistentes a admitir cualquier tipo de relación homosexual, con mayor intransigencia ante la homosexualidad masculina. Las chicas, en cambio, son más coherentes, aceptándolas o desaprobándolas en igual medida, con independencia de que se trate de relaciones entre hombres o mujeres.

#### (B) Personas de su entorno más inmediato

Mayoritariamente, son rechazadas las relaciones sexuales libres para los progenitores. No obstante, las chicas se muestran más condescendientes que los chicos a conceder libertad sexual a la madre.

Hay un posicionamiento más favorable cuando se trata de los hermanos y hermanas, siendo valorados negativamente por el 39,3% para los hermanos y por el 43,5% para las hermanas. Aquí influye el género en un doble sentido: hay una mayor intolerancia con las hermanas que con los hermanos, y, además, los chicos son más exigentes con sus propias hermanas que las chicas con las suyas.

La situación cambia cuando se trata de posicionarse acerca de las relaciones sexuales libres para las amistades, ya que un 60% mantiene actitudes favorables, rechazándolas totalmente el 23% de la muestra. En contraste, hay una aceptación ligeramente menor de las relaciones libres para si mismo/a (57% de chicos y 45% de chicas) con un mayor rechazo de las chicas (42%) frente a los chicos (29%).

Según se desprende de lo anterior, hay una restricción de las actitudes ampliamente tolerantes hacia las relaciones sexuales libres en abstracto, dependiendo del parentesco, de la proximidad afectiva o de las convicciones personales.

(C) Criterios válidos para la regulación de las relaciones sexuales.

En cuanto a los criterios internos (no regulados socialmente), se encontró prácticamente unanimidad en la aceptación de “amor a la pareja” (91%), seguido de la “atracción mutua” (72%), el “compromiso” (66%) y el “placer sexual” (47%). Las diferencias de género nuevamente se hacen patentes, ya que las chicas se mostraban más favorables a los aspectos afectivos y de compromiso, mientras que los chicos se inclinaban más hacia la atracción y el placer sexual.

Entre los criterios externos, algo más de la mitad de la muestra se mostraba resueltamente favorable al “compromiso matrimonial”, siendo rechazados los valores religiosos por el 65,4% y los valores socio-culturales por el 55,8%. En cuanto a la “permisividad sexual absoluta”, se apreciaba una distribución similar de aceptaciones y rechazos.

En términos generales, Miras (2001) constata la existencia de actitudes favorables y tolerantes hacia las relaciones sexuales en abstracto, entendidas como un derecho para todos, cuando se trata de relaciones heterosexuales, pero con una menor aceptación de la homosexualidad. No obstante, se aprecian diferencias importantes, dependiendo del grado de afinidad, amistad o lazos de parentesco que les unan a personas determinadas de su entorno.

En el estudio de Claramunt (2006b), la comparación de las actitudes sexuales manifestadas por la población adolescente de las décadas 1993-2003 muestra matizaciones relacionadas con la variable género, en lo que respecta al comportamiento “adecuado” para hombres y mujeres en una relación sexual. En ambas cohortes, se aceptaba mayoritariamente la igualdad entre hombres y mujeres a la hora de tomar la iniciativa en las relaciones sexuales. Se evidenciaba una visión abierta al no asignar de antemano un rol activo-pasivo según el género.



No obstante, dicha igualdad es hipotética, ya que la expresión de deseos y la actividad sexual recibe consideraciones distintas, según el género. Globalmente, tanto en la década de los 90 como en la posterior, alrededor de la mitad de los adolescentes de ambas muestras consideran de forma negativa la conducta sexualmente activa de la mujer, valorándola como “fresca”, “golfa” “indecente” u otros adjetivos peyorativos. Cabe destacar que se observa una evolución en las actitudes de las chicas, al incrementarse el desacuerdo ante ese tipo de consideraciones desfavorables, mientras que no se observa variación en el posicionamiento de los chicos.

En ambas cohortes había unanimidad en el mantenimiento de posiciones permisivas ante las conductas sexuales previas al matrimonio, considerando que se trataba de una decisión personal. A este respecto, se detecta una tendencia hacia actitudes más liberales en la muestra de adolescentes del año 2003, con más aceptación de las relaciones coitales sin que sea necesario el vínculo matrimonial.

Nuestros datos evidencian un mayor avance en las actitudes de las chicas en comparación con los chicos, en lo que respecta a negarse a la aceptación de un doble código (varón experimentado-virginidad de la mujer). Un 67% de los chicos y un 80% de las chicas mostraban su desacuerdo ante este supuesto en la década de los 90, mientras que en el año 2003 lo hacían un 77% de los chicos frente a un 93,5% de las chicas.

Otra muestra de ello es que, en esta última cohorte, un 22% de los varones considera un signo de “hombría” el mantener relaciones sexuales con el mayor número posible de parejas diferentes. Tal valoración puede ser entendida como la persistencia de actitudes sexistas entre ciertos sectores de la población masculina adolescente que reproducen los modelos tradicionales, posiblemente por imitación y asimilación de creencias todavía presentes entre adultos significativos de su entorno próximo.

En concordancia con los hallazgos de Miras (2001), se observan también actitudes negativas hacia la homosexualidad, pero en nuestro caso, dado que se dispone de datos comparativos entre cohortes distanciadas temporalmente por un período de diez años, podemos afirmar que hay un desplazamiento generalizado hacia una valoración menos desfavorable. No obstante, se mantienen las diferencias entre chicos y chicas. Así, en el 2003 casi la totalidad de las mujeres encuestadas (un 93,5%) estarían dispuestas a aceptar entre sus amistades a personas de orientación homosexual; en el caso de los varones, el porcentaje es significativamente más reducido (72'3%). Paralelamente, se observa una menor incidencia en atribuir a la homosexualidad connotaciones de "enfermedad", "perversión" o "vicio" por parte de la muestra del 2003. Sólo el 19,5% de los chicos y el 2,9% de las chicas mantienen tales prejuicios e ideas erróneas.

Hasta aquí, hemos expuesto diferentes trabajos que se centraban en los aspectos más específicamente cognoscitivos de las actitudes adolescentes, analizando el grado de conservadurismo-liberalismo de sus posiciones ante las diferentes manifestaciones de la sexualidad.

Como ya adelantamos, otro concepto ampliamente utilizado en la investigación ha sido la erotofilia-erotofobia, centrado en la reacción sexual ante determinadas situaciones hipotéticas. Su definición engloba la "disposición aprendida a responder ante los estímulos sexuales a lo largo de una dimensión negativa-positiva de afecto y evaluación" (Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988) que se desarrollaría a partir de los procesos de socialización sexual. En este caso, el interés reside en la medición de los componentes emocionales y conductuales de las actitudes.

Según la literatura científica, se observa una relación entre la erotofilia y la receptividad a la información sexual, la asimilación de conocimientos y el desarrollo de conductas de prevención de riesgos. La erotofilia se asocia positivamente con la

retención y el aprendizaje de información sexual, con la posibilidad de anticipar una posible relación sexual, con la adquisición de métodos anticonceptivos y con el uso consistente de éstos. Además, también aparece asociada a una mayor frecuencia de actividad autoerótica, más experiencias sexuales en el pasado y mayor número de parejas sexuales, entre otros aspectos relacionados con las conductas sexuales.

En el polo opuesto, la erotofobia vendría caracterizada por reacciones emocionales de desagrado ante los estímulos sexuales y una evaluación negativa de los mismos, que conduciría a una evitación de tales situaciones o a sentimientos de culpa, en el caso de implicarse en ellas.

Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra (2005) han analizado la culpabilidad sexual en una muestra de 174 adolescentes, de edades comprendidas entre los 14 y 17 años, mediante la Escala de Culpabilidad Sexual – Revisada (RMGI; Mosher, 1998). Los objetivos de su trabajo se centran en identificar la presencia de mitos sexuales y tratar de explicar la culpabilidad sexual a partir del análisis de las actitudes sexuales (erotofilia-erotofobia y actitudes negativas hacia la masturbación) y fantasías sexuales.

Los resultados obtenidos indican un nivel bajo de culpabilidad sexual, una frecuencia más elevada de fantasías íntimas, con valores intermedios en el SOS (Fisher *et al.*, 1988; adaptación española de Carpintero y Fuertes, 1994) y en el Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (NAMI; Abramson y Mosher, 1975). La culpabilidad sexual correlaciona con las puntuaciones del NAMI, mostrando una mayor capacidad predictiva al explicar el 20'5% de la varianza. La inclusión de la erotofilia, el sexo no convencional, las fantasías sexuales íntimas y exploratorias, consideradas conjuntamente, elevó la explicación de la culpabilidad a un 37%.

De este modo, Ortega *et al.* (2005) señalan que las actitudes negativas hacia la masturbación y la abstinencia de su práctica, el sexo no convencional y las fantasías sexuales exploratorias estarían vinculadas a una mayor culpabilidad sexual. Por

contraposición, la práctica masturbatoria, el mantener relaciones sexuales con una sola pareja, las actitudes erotofílicas y las fantasías íntimas revelaron menor culpabilidad sexual.

## **Autoestima**

Innumerables estudios incluyen la autoestima como uno de los constructos psicológicos que podría explicar potencialmente los comportamientos que afectan a la salud adolescente; por ejemplo aquellos relacionados con los hábitos alimenticios, el consumo de sustancias u otras conductas de riesgo que hacen referencia a la sexualidad (McDonald y Martineau, 2002).

Centrándonos en el área sexual, el interés se ha dirigido al estudio de la relación entre el nivel de autoestima y una serie de indicadores de riesgo.

Teóricamente puede resultar plausible la consideración de que un elevado nivel de autoestima vaya asociado con el desarrollo de estrategias preventivas ante los riesgos sexuales. También se ha comprobado que la autoestima se incrementa conforme aumenta el nivel de experiencia sexual, tanto en mujeres como en hombres (Gómez-Zapiain, 2005).

No obstante, la literatura muestra resultados empíricos contradictorios, con un amplio abanico de datos que ilustran desde la existencia de relaciones positivas significativas entre la autoestima y la edad de inicio de actividad sexual hasta el establecimiento de asociaciones inversas o incluso la ausencia de relación entre ambas variables. En otros casos, se han identificado diferencias en función del género.

Dicha inconsistencia ha sido explicada atendiendo a dos grandes categorías; por un lado, el contexto normativo en el que se desenvuelve cada adolescente, y, por otro, la metodología usada en las investigaciones.

La revisión de Vargas-Trujillo *et al.* (2006), citada anteriormente, recoge un total de 38 informes de investigación realizados entre 1975 y 2003 con muestras de Australia, Bolivia, Estados Unidos, Malí, Noruega, Nueva Zelanda y Perú. Uno de los objetivos de este estudio meta-analítico se centraba en determinar si la autoestima se asociaba con el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia.

Se obtuvieron 55 tamaños del efecto independientes. La mayoría de ellos (el 62%) correspondían a la comparación en función del estatus sexual (activos vs. no activos); mientras que el resto (38%) representaba la comparación de los grupos según la edad de inicio de relaciones sexuales (temprana vs. tardía).

Los datos mostraron un mayor nivel de autoestima para los adolescentes que aún no habían iniciado la actividad sexual; así, los adolescentes no activos o los que se inician más tarde tienden a informar niveles de autoestima más altos que sus pares activos o que se inician más temprano.

No obstante, tal como apuntan los autores, el tamaño del efecto varía en función de algunas características metodológicas de las investigaciones, del grupo étnico y el país de origen de la muestra. Respecto a la metodología, el tipo de diseño (transversal o longitudinal), la fiabilidad del instrumento de medida de la autoestima y la definición operacional de la variable actividad sexual (medida en escala categórica o cuantitativa continua) son variables moderadoras del efecto.

No se encontraron diferencias significativas atribuibles al sexo en los tamaños del efecto. La diferencia media tipificada de autoestima entre los grupos de hombres, de alto riesgo y de bajo riesgo, tiende a ser menor que la que se observa entre los grupos de mujeres.

## 2.5. RIESGOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SEXUAL: EMBARAZOS NO DESEADOS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Desde cierta perspectiva evolutiva, la adolescencia puede ser entendida como “grupo de riesgo” en relación con la sexualidad, ya que este período presenta unas características que pueden incrementar la posibilidad de involucrarse en actividades que acarreen consecuencias negativas en cuestiones de salud. Sin embargo, esta consideración es ambigua y poco ajustada a la realidad. El hecho de pertenecer a un determinado grupo de edad, en este caso, la etapa adolescente, no acarrea un riesgo en sí mismo. De ahí que sea más apropiado referirse a las conductas y situaciones de riesgo en las que pueden implicarse los y las adolescentes en el desenvolvimiento de su actividad sexual.

Básicamente, la mayoría de las investigaciones sobre los riesgos sexuales se han centrado en las consecuencias negativas de la práctica coital no protegida; es decir, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y más específicamente el SIDA.

No obstante, aún tratándose de problemas muy relevantes, existen otras situaciones que conllevan dificultades en la vivencia sexual adolescente y que reciben una menor atención, pasando a menudo inadvertidas por parte de la sociedad. Por ejemplo, pocos estudios recogen datos acerca de la prevalencia de las disfunciones sexuales entre la población adolescente. La ausencia de una adecuada educación sexual, el inicio temprano de la actividad coital, incluso el lugar y el modo en que se lleva a cabo el primer coito, junto con otros factores, pueden provocar sentimientos de insatisfacción, frustración o bajo deseo sexual, cuando no otras patologías más graves. Al hilo de esta argumentación, se dan también otras circunstancias negativas que afectan a la población adolescente, que van desde las relaciones de pareja

basadas en un patrón sexista de coacción, maltrato psicológico o incluso violencia física, hasta los abusos sexuales perpetrados por adultos u otros menores.

En términos generales, hay una progresiva sensibilización social y sanitaria hacia los riesgos asociados a determinadas prácticas sexuales adolescentes, junto con un cambio en las actitudes y comportamientos de dicho sector poblacional.

Datos de diversas fuentes (Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo) coinciden en señalar un descenso creciente en la edad de inicio de las relaciones sexuales por parte de los y las adolescentes españoles.

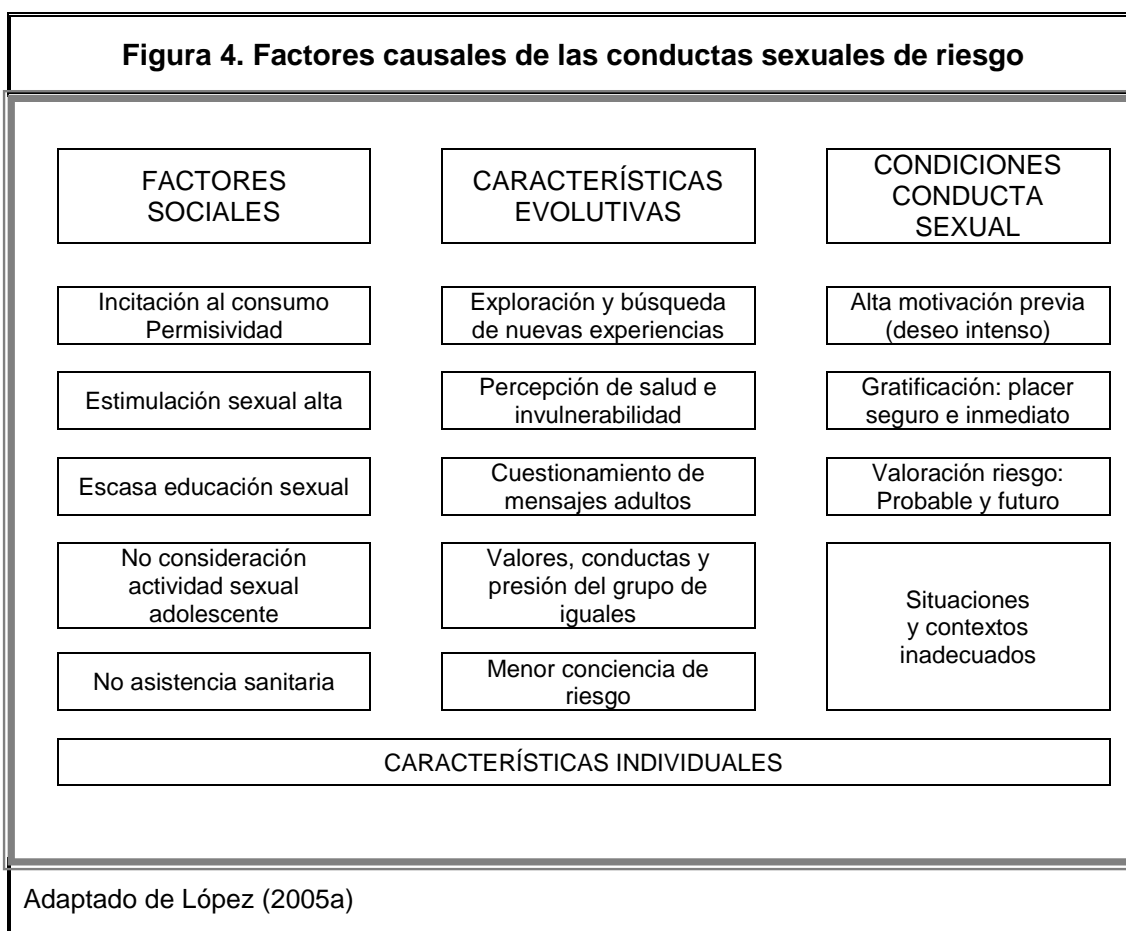
El 42,8% de los jóvenes españoles menores de 18 años afirma que ha mantenido relaciones sexuales completas, siendo la edad media de inicio 14,7 años en los chicos y 15,3 años en las chicas (Sociedad Española de Contracepción, 2010). En comparación con los varones, son las chicas quienes han incrementado más significativamente el acceso temprano a las relaciones coitales en las últimas décadas (Toro, 2010).

En España se observa un aumento de la población sexualmente activa (66% entre los 15 y los 19 años; 93 % entre 20 y 24), y el afianzamiento de la media de inicio de relaciones sexuales coitales a los 16 años, según se explicita en la 3ª Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española (Equipo Daphne – Bayer Shering Pharma, 2009).

Actualmente, el método de protección más ampliamente usado por la población adolescente es el preservativo. Se observa un avance notable en la difusión de la práctica de sexo seguro, tanto para la prevención de embarazos no deseados como para el contagio de infecciones de transmisión sexual. Pese a ello, persisten graves lagunas en la utilización consistente de dicho método, atribuibles al carácter imprevisto de las relaciones o a la asociación del sexo al consumo de alcohol o drogas (Equipo Daphne – Bayer Shering Pharma, 2009).

Según datos de la Encuesta nacional de Salud Sexual (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), llevada a cabo por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), mediante cerca de 10.000 entrevistas a personas mayores de 16 años, cerca del 40% del total de los encuestados no utilizó ningún método para evitar el embarazo en su primera relación sexual, porcentaje que se mantiene en la franja de edad entre los 16 y 24 años.

Con una perspectiva integradora amplia, López (2005a) plantea la necesidad de realizar un análisis causal de la asunción de riesgos en la conducta sexual por parte de los y las adolescentes. Según este autor, las causas que explican los motivos por los cuales los adolescentes asumen tales riesgos son muy complejas. La Figura 4 presenta un resumen esquemático de los factores causales de las conductas sexuales de riesgo.





Por un lado, podrían agruparse los factores sociales, haciendo hincapié en los mensajes contradictorios sobre la sexualidad adolescente; es decir, la permisividad, incitación y sobreestimulación, junto con la escasa educación sexual en el ámbito familiar y escolar, la falta de asistencia sanitaria y la no consideración de la actividad sexual en esta etapa. Según el símil, acertadamente utilizado por este autor, se “les ofrece el coche y las llaves; pero se niega a enseñarles a conducir” (López, 2005a)

Las características evolutivas de la etapa adolescente-juvenil formarían parte de otro grupo de factores. En este apartado se incluirían los siguientes: la exploración y la búsqueda de nuevas experiencias, la percepción de invulnerabilidad ante la enfermedad y los riesgos, la menor conciencia de tales posibles riesgos, el cuestionamiento de los mensajes adultos, así como la importancia del grupo de iguales como referencia para modelar los valores y las conductas. Incluso la propia presión ejercida por el grupo influye también en el tipo de comportamientos sexuales y en la implicación en conductas preventivas o arriesgadas.

Un tercer bloque estaría constituido por las condiciones específicas de la conducta sexual, precedida por una alta motivación (deseo intenso) y gratificada por un placer inmediato y seguro, mientras que los riesgos asociados son identificados y valorados como probables y futuros. A todo ello habría que añadir los contextos y situaciones inadecuadas en los que se llevan a cabo frecuentemente los comportamientos sexuales: consumo de alcohol y otras drogas, lugares poco apropiados carentes de intimidad, falta de comunicación previa o ausencia de planificación, son algunos de los aspectos más relevantes.

Por último, las características individuales pueden contribuir a una mayor exposición a las conductas arriesgadas. A este respecto, López (2005a) señala la falta de habilidades sociales asertivas para negarse a determinadas prácticas o para negociar sobre conductas sexuales más seguras en lugar del coito sin protección.

Buhi y Goodson (2007) efectúan una revisión sistemática de la literatura centrada en los predictores de la intención y de la conducta sexual adolescente. La relevancia de esta revisión estriba en que, tanto la búsqueda como la clasificación y categorización de los predictores, se ha realizado utilizando un marco teórico multidimensional integrador.

Dicho marco, basado en el trabajo iniciado en 1991 por una comisión del National Institute of Mental Health y en las posteriores elaboraciones de Fishbein (2001), integra ocho factores que describen la mayor parte de la varianza de una determinada conducta deliberada: 1) Intención (o compromiso de llevar a cabo dicha conducta); 2) Condicionantes o límites del entorno; 3) Habilidades; 4) Actitudes; 5) Presión normativa social; 6) Consistencia entre la conducta y autoconcepto/normas personales; 7) Reacciones emocionales; y 8) Autoeficacia.

La revisión de Buhi y Goodson (2007) recoge un total de 69 estudios empíricos, con muestras adolescentes de 11-18 años de edad, que habían sido publicados entre 1996 y 2005, en 38 revistas diferentes (de las cuales más de la mitad eran publicaciones específicas centradas en la infancia-adolescencia). Los estudios examinaban empíricamente la relación entre los elementos del modelo teórico mencionado y la conducta sexual o la intención. Además, la revisión incluye una evaluación de la calidad metodológica, el uso de una teoría y la aplicación de métodos analíticos multivariados para la obtención de resultados.

En primer lugar, Buhi y Goodson (2007) encontraron que la *Intención* o motivación para tener relaciones sexuales aparecía como el predictor más estable de todos los elementos del modelo teórico; ya que se halló una asociación estadísticamente significativa en cada uno de los ocho estudios revisados.

Los *Condicionantes y límites del entorno* constituyen el predictor más complejo, puesto que incluye diversos factores, principalmente familiares.

En los estudios revisados por Buhi y Goodson (2007), los más frecuentes son: intimidad/implicación paterna; calidad de la relación, normas/límites, apoyo paterno y supervisión/control. Los hallazgos no son concluyentes y muestran resultados contradictorios. Unos pocos estudios indican que pueden ejercer como factores protectores para demorar el inicio de las relaciones sexuales; otros señalan efectos diferenciales según género o incluso raza, mientras que en algunos casos no se observa ningún tipo de efecto. Curiosamente, dos investigaciones hallaron que el apoyo familiar podría ser incluso un factor de riesgo para iniciarse tempranamente en las relaciones sexuales o para tener intención de hacerlo.

De todos modos, la mayor variabilidad aparece en lo que respecta a la supervisión/control parental, lo cual podría atribuirse al uso de diferentes instrumentos para evaluar esta variable, tal como apuntan en la discusión Buhi y Goodson (2008). Los resultados más consistentes en este apartado están relacionados con la cantidad de tiempo en que los/as adolescentes permanecen solos en casa, asociado positivamente con un mayor riesgo sexual.

Respecto a las Habilidades, los autores de la revisión no encontraron ningún estudio que cumpliera los criterios; a pesar de que la cuestión de las habilidades para llevar a cabo una determinada conducta se cita frecuentemente en la literatura sobre salud adolescente.

Un total de 24 estudios, revisados por Buhi y Goodson (2007), incluían Actitudes. En la mitad de ellos, se encontró una relación significativa entre las actitudes positivas o permisivas y el inicio temprano de las relaciones sexuales, la intención de tenerlas y el haber mantenido relaciones sexuales en el último año. Por el contrario, las actitudes positivas hacia la abstinencia se asociaron a retrasar su inicio y a una menor probabilidad de iniciarse sexualmente. Un grupo pequeño de estos estudios mostraban resultados variados y menos consistentes.

La categoría de Presión normativa social incluye las percepciones adolescentes acerca de tres tipos de factores: la conducta sexual de los iguales, las actitudes de los iguales respecto al sexo o su aprobación del sexo y las actitudes paternas respecto al sexo.

Los resultados obtenidos por Buhi y Goodson (2007) apuntan a que la creencia de que *la mayoría del grupo de iguales mantiene relaciones sexuales* está asociada con la intención de implicarse en relaciones sexuales y con un inicio sexual temprano. No obstante, en uno de los estudios revisados aparecía la influencia de la variable género; es decir, esto ocurría sólo en los chicos, pero no en las chicas. Asimismo, un tercio de los estudios, objeto de revisión por estos autores, no hallaron relaciones significativas.

Por otro lado, la influencia de las actitudes de los iguales se reflejaba en la asociación de éstas con diversas conductas sexuales. Once estudios mostraban mayor probabilidad de abstinencia o de retrasar la iniciación sexual entre quienes percibían unas actitudes menos favorables por parte de sus amistades ante las relaciones sexuales en la adolescencia, así como también una menor intención de tenerlas y una baja probabilidad de experiencia coital.

En el caso de las actitudes sexuales de los padres, se observa una influencia similar: la percepción de desaprobación paterna o materna está relacionada con una reducida incidencia de relaciones sexuales, con la abstinencia sexual y con una menor implicación en conductas heterosexuales arriesgadas.

Buhi y Goodson (2007) hallaron pocos estudios que incluyeran la investigación acerca de los Valores personales y de las Reacciones emocionales. Por el contrario, la Autoeficacia fue examinada por un total de 11 trabajos con resultados diversos. Aproximadamente la mitad de ellos encontraron un efecto protector de la autoeficacia respecto a negociar sexo seguro, resistir la presión de las amistades para tener sexo,

retrasar la iniciación de la práctica coital, evitar la actividad sexual o la conducta sexual de riesgo y para mantener la abstinencia, aunque en el resto no se encontró ningún efecto de la autoeficacia sobre la intención de tener relaciones sexuales, la participación en conductas sexuales de riesgo, el no tener experiencia sexual o el negarse al sexo no deseado.

En líneas generales, según se desprende de lo anterior, la *Intención* o motivación para tener relaciones sexuales sería el predictor más estable, seguido por la *Percepción de las normas* y el *Estar mucho tiempo a solas con personas del sexo opuesto* (o también permanecer en casa sin la presencia de un progenitor). Ante tales hallazgos, Buhi y Goodson (2007) defienden en sus conclusiones la aplicación de programas centrados en estos tres elementos.

Por último, los autores de la revisión se muestran críticos con la calidad de los estudios, argumentando que se observa un estancamiento metodológico, un uso frecuente de muestras poco representativas y la aplicación de técnicas de análisis que no reflejan la complejidad de la conducta sexual adolescente. Todo ello dificulta el establecimiento de relaciones causales y la generalización de los resultados. En coincidencia con Kotchich *et al.* (2001), Buhi y Goodson (2007) señalan la necesidad de llevar a cabo investigaciones longitudinales, a fin de subsanar las deficiencias de los estudios de tipo transversal.

En esta línea, el estudio de Kan *et al.* aporta datos extraídos de un seguimiento longitudinal de una amplia muestra nacional norteamericana. Los resultados obtenidos señalan que las motivaciones adolescentes para tener sexo y las actitudes maternas permisivas predicen más parejas en la adolescencia; mientras que la calidez familiar es un predictor de tener pocas parejas, pero únicamente en relación a dos variables: género y grupo racial/étnico. Estos predictores no diferencian rotundamente en la temprana adultez.

Asimismo, destacan que las interacciones entre los predictores mantienen una estructura acumulativa de riesgo, tal como unas actitudes maternas permisivas o una baja calidez familiar, en combinación con una elevada motivación sexual, predicen un número más elevado de parejas en la adolescencia.

Como ya hemos indicado, la mayor parte de las investigaciones se ha centrado en la práctica coital no protegida. De este modo, se ha incidido en una serie de conductas o indicadores de alto riesgo para la salud adolescente, que se asocian a una mayor probabilidad de embarazos no deseados o al contagio de enfermedades transmisibles sexualmente.

En la tabla 9 se presenta una relación de los indicadores conductuales de riesgo más frecuentemente estudiados entre la población adolescente. Según Kotchick *et al.*, 2001, el uso de alcohol o drogas antes o durante la actividad sexual actuaría también como conducta potenciadora del riesgo

---

**Tabla 9. Indicadores conductuales de riesgo sexual**

---

- Edad de inicio de la actividad coital
  - Número de parejas sexuales diferentes
  - Frecuencia de relaciones sexuales coitales
  - Utilización consistente del condón
  - Utilización consistente de otros métodos anticonceptivos
- 

Desde una perspectiva mundial, la edad de inicio de la actividad coital es extremadamente variable, con notables diferencias entre los distintos países. Asimismo, también hay diversidad respecto a los contextos en los que tiene lugar la primera relación coital según zonas geográficas (Sing *et al.*, 2000). No obstante, existe un consenso generalizado en que la experiencia temprana del coito conlleva mayores riesgos para la salud sexual, siempre teniendo en cuenta la matización anterior; es

decir, el amplio rango de edades “normativas” en el que se mueven las diferentes culturas.

Según datos españoles, en un período de 50 años, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de las mujeres ha pasado de cerca de los 25 años a rondar los 18 (Delgado, 2010).

Evidentemente, la edad es un indicador objetivo fácilmente mensurable que está relacionado con otros condicionantes de mayor peso y calado, que determinan la posibilidad de asumir o no riesgos en la actividad sexual. Entre estos condicionantes, se incluiría la capacidad para anticipar una probable relación coital, el negociar con la pareja la utilización de medidas de protección, planificar su disponibilidad, así como el uso consistente de los métodos preventivos. Consecuentemente, los y las adolescentes que se inician más jóvenes tendrán probablemente un número mayor de parejas diferentes; sobre todo, si tenemos en cuenta el fenómeno conocido como “monogamia sucesiva”, muy frecuente en la actualidad.

A este respecto, el estudio de Kan *et al.* (2010) subraya que las curvas de crecimiento en el número de parejas sexuales entre los 11 y los 27 años muestra un incremento en el riesgo sexual durante la adolescencia, con una desaceleración al inicio de la edad adulta; aunque con ciertas diferencias en función de características demográficas, como la raza o etnia.

La frecuencia de las relaciones coitales es otro indicador de riesgo utilizado en la literatura científica. Recogiendo la clasificación propuesta por Miller *et al.* (1997), obviamente los y las adolescentes, cuya actividad sexual se limita a una única relación coital, estarían probablemente expuestos a un grado menor de riesgo que quienes tienen un nivel de experiencia más amplio. No obstante, ello puede ser cierto desde un punto de vista hipotético; ya que la clave principal no será el número de veces que se ha llevado a cabo el coito en una determinada unidad de tiempo, sino la utilización

consistente o no de métodos de protección (condón u otros tipos de anticonceptivos fiables y seguros). Así, pues, una frecuencia elevada no entrañaría un mayor riesgo, siempre y cuando vaya acompañada de la protección adecuada.

Rembeck y Gunnarsson (2009) señalan la existencia de diferencias de género evidentes en las actitudes ante la prevención, indicando que los varones muestran una menor responsabilidad en la prevención de enfermedades de transmisión sexual que las mujeres.

Según Rock *et al.* (2003), el grado de conocimiento sexual percibido sería una variable moduladora en el desarrollo de conductas de riesgo durante la etapa adolescente, así como en la comunicación directa con la pareja acerca de las cuestiones relacionadas con la salud sexual. Las adolescentes activas sexualmente, que manifiestan un bajo *conocimiento percibido sobre la sexualidad (CPS)*, muestran una menor probabilidad de hablar con sus parejas acerca de las enfermedades de transmisión sexual, comparadas con aquellas con un mayor CPS. En el caso de los varones, sería más improbable que se tratara el tema de un posible embarazo, a la vez que habría un menor uso del condón o de otros métodos anticonceptivos. Tanto en los chicos como las chicas con un bajo CPS, aparece un incremento de embarazos no deseados junto con un mayor número de parejas sexuales.

En un reciente estudio retrospectivo de cohortes, el equipo de Manlove *et al.* (2009) analiza las tendencias en experiencia sexual, en el uso de medios contraceptivos y en los partos adolescentes durante el período comprendido entre 1992-2002. La muestra, procedente del National Survey of Family Growth (2002), recogía un total de 6079 jóvenes (3516 mujeres y 2563 varones) de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, que cumplían los criterios de haber vivido durante su adolescencia en Estados Unidos y no estar casados antes de los 20 años.



Los resultados indican una doble tendencia; por un lado, una clara disminución de la experiencia sexual en el período de edad comprendido entre los 15 y los 19 años, junto con un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación coital.

En términos generales, en el estudio de Manlove *et al.* (2009) se detectó una probabilidad más baja de experiencia sexual asociada a las siguientes características: adolescentes inmigrantes, familias en las que conviven ambos progenitores y el nivel educativo alcanzado por ambos, padre y madre. En cambio, la menarquía temprana, una menor edad, el pertenecer a la raza negra, ser hijo/a de padres solteros, el tener una madre con trabajo a tiempo completo o que fue madre antes de los 20 años aparecía asociado a una mayor probabilidad de experiencia sexual.

En la discusión de los resultados obtenidos, Manlove *et al.* (2009) señalan que los cambios positivos en las características familiares pueden ser contrarrestados parcialmente por el incremento en el número de hijos nacidos de madres solteras y por el aumento en las familias monoparentales. Estos autores concluyen destacando que la mejora de salud sexual reproductiva en una generación puede redundar en unas condiciones más saludables en la vida sexual de sus hijos adolescentes.

Remitiéndonos a datos de población española, Delgado (2010) encuentra que las madres adolescentes viven en un período de tiempo muy corto una serie de acontecimientos relevantes (inicio de relaciones sexuales, finalización de estudios, emancipación familiar, matrimonio o convivencia con la pareja e incorporación al mundo laboral, en el caso de que lo consigan). Todo ello unido, además, a la crianza del primer hijo. Esta autora resalta que la maternidad en la adolescencia conlleva *“una notable aceleración del curso vital respecto sus coetáneas que han sido madres pasada la adolescencia”*. Sin embargo, esa aceleración en el ámbito familiar *“no se*

*corresponde con lo ocurrido en la esfera social; ya que, por el contrario, no precipita sino que retrasa la incorporación a la vida adulta en el ámbito laboral'* (op.cit.)

Otros investigadores han analizado la influencia de las relaciones familiares en la conducta sexual de los hijos, así como en la participación o no en conductas sexuales de riesgo por parte de la población adolescente (Cheryl *et al.*, 2007; Swain, Ackerman y Ackerman, 2006; Wight *et al.*, 2006).

A este respecto, Swain *et al.* (2006) hallaron que los progenitores hablaban más a menudo con sus hijas, que con sus hijos, de las consecuencias negativas del sexo y de la obtención de métodos anticonceptivos; siendo las madres, en general, quienes hablaban de estos temas más frecuentemente que los padres y lo hacen, en mayor medida, con las hijas.

Ford, Sohn y Lepkowski (2001) encontraron un incremento en el uso de métodos de anticoncepción entre la población adolescente; pero todavía una gran cantidad de adolescentes sexualmente activos sigue sin utilizarlos o lo hace de manera inconsistente; lo cual representa, como hemos dejado constancia, un indicador de riesgo importante.

De acuerdo con los datos del Informe de la Juventud en España (Comas, 2008), la utilización de los métodos de protección para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual se mantiene estable, tal como se constata comparativamente con cifras de otros informes españoles anteriores (Equipo Daphne, 2005; Martín Serrano y Velarde, 2001; Ochaita y Espinosa, 2003). Se ha observado una mejoría en el uso por parte de jóvenes españoles, siendo menos utilizados entre jóvenes inmigrantes. Este Informe resalta la existencia de tasas diferenciales de embarazos entre españolas de origen (10%) y extranjeras (23%); por lo que, se considera prioritario extender el derecho a la educación sexual a colectivos de jóvenes inmigrantes, aunque no estén escolarizados.

Para concluir este apartado, se presentan un resumen de la situación española en cuanto a los riesgos asociados a la conducta sexual adolescente (Tabla 10)

**Tabla 10. Adolescencia y riesgo: Situación en España**

- 
- Incremento de la población sexualmente activa, especialmente en los chicos y chicas de entre 15 a 19 años
  - Uso generalizado de métodos anticonceptivos, con un gran incremento de uso en el segmento de 15 a 19 años.
  - Entre las chicas de 15-19 años se observa un incremento en el uso de preservativo, píldora y otros métodos hormonales.
  - 15% de las chicas están en riesgo de un embarazo no deseado por el uso inconsistente del preservativo.
  - Interrupciones voluntarias de embarazo (IVEs): las menores de 19 años ocupan el tercer lugar en el tramo de edad más frecuente, con una tasa del 12,74 por mil
  - Cifras de IVE en el año 2009: 13.967 adolescentes menores de 20 años
  - Disminución global de las IVEs; 6,5% de reducción en las menores de 20 años
- 

Datos extraídos de las siguientes fuentes:  
Equipo Daphne (2009); Encuesta Nacional sobre Salud Sexual, 2009; Informe sobre Interrupción voluntaria de embarazo, Ministerio de Sanidad (2009)

Un último dato puede servir de enlace con el capítulo siguiente, que se centrará en la educación sexual. Según la 3ª Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española (Equipo Daphne, 2009), se observa un retroceso de la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, recibida a través de profesionales sanitarios, centros educativos o medios de comunicación convencionales (prensa, radio o TV), mientras que se incrementa el uso de Internet como fuente de información. Se evidencia una escasa presencia de sistema educativo en la educación sexual.



# Capítulo 3

## La educación sexual

### 3.1. TIPOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

El término “educación” es por sí mismo objeto de controversias clásicas y ha sido definido de muy diversos modos a lo largo de la historia, con matices diferentes según las épocas y según el posicionamiento teórico, filosófico y epistemológico de los autores. Enseñanza, instrucción, información, formación, entre otros, serían conceptos relacionados que participan de un campo semántico común. A menudo, son utilizados como sinónimos, a pesar de que cada uno incluye connotaciones distintas. Con esta aclaración, se pretende obviar el amplio debate acerca de la definición de educación, en cuanto se aparta de los objetivos del presente trabajo, y centrarse en las diferentes aproximaciones y tipologías en las que se puede encuadrar la educación sexual

Desde un punto de vista coloquial, tanto entre adultos, como entre adolescentes o niños/as, se sobreentiende que hace referencia a una serie de acciones, más o menos planificadas, mediante las cuales se abordan explícitamente contenidos temáticos acerca la sexualidad.

En este sentido, hoy en día es frecuente escuchar comentarios y quejas de personas adultas sobre la ausencia o la escasez de educación sexual recibida durante la infancia o la adolescencia. Tales críticas revelan que únicamente se considera como tal acción educativa, cuando se efectúa de manera intencional. Sin embargo, estamos de acuerdo con la paradójica afirmación de que *siempre se hace educación sexual, incluso cuando no se hace...* formalmente.

Siguiendo a López (1990), se puede establecer una primera distinción entre la *educación formal, intencional y sistemática*, llevada a cabo por profesionales de la educación (fuera o dentro del ámbito escolar) y la *no formal*, que carece de intención planificada y sistemática, independientemente de quién la haga. Ambos tipos pueden ser complementarios, darse simultáneamente o entrar en evidentes contradicciones respecto al contenido de los mensajes transmitidos. También se puede diferenciar entre *currículo explícito* y *currículo oculto* en un mismo acto educativo, sobre todo cuando se incide en temas afectivo-sexuales.

En este sentido, la *educación sexual tradicional*, a menudo tildada de inexistente, entraría dentro de la categoría de informal y poco sistemática. Además, su escasa o nula base científica ha contribuido a la propagación de falsos mitos y tabúes, fomentando una visión inadecuada y deformadora de la sexualidad. A este respecto, resulta ilustrativo el juego lingüístico de Amezúa (1980), al definirla con el término de “educastración”. Este tipo de educación sexual ha predominado en la sociedad occidental, manteniéndose en pleno auge durante el siglo XIX, y ha seguido vigente hasta mediados del siglo pasado. En nuestro país, las circunstancias políticas de la etapa de la dictadura franquista determinaron la permanencia de este modelo tradicional hasta prácticamente las últimas décadas del siglo XX.

Dejando a un lado esta caracterización inicial de la educación sexual según los aspectos formales, intencionales o sistemáticos, hay otras tipologías a la hora de

establecer los diferentes modelos de educación sexual. La tabla 11 ejemplifica las propuestas de diversos autores, indicando en cada caso el eje central del sistema de clasificación.

**Tabla 11: Resumen de tipologías de educación sexual**

Autores	Tipología
Amezúa (1973) Amezúa y Foucart (2005a) Eje: Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo prohibitivo: adoctrinamiento, peligros del sexo, centrado en la reproducción</li> <li>- Modelo permisivo: liberación sexual, naturalidad y espontaneidad en las relaciones.</li> <li>- Modelo social: cambio social, roles sexuales, igualdad entre los sexos y no marginación de las minorías</li> <li>- Modelo instructivo: adquisición de conocimientos científicos e información sexual</li> <li>- Modelo pregunta – respuesta: limitada a aquellos momentos en que se plantean consultas y dudas.</li> <li>- Modelo sanitario: inclusión dentro de la educación para la salud; prevención de ETS y embarazos no deseados.</li> <li>- Modelo psicológico: desarrollo de la personalidad, adecuación a las etapas evolutivas</li> <li>- Modelo relacional: preparación para el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias y respetuosas.</li> <li>- Modelo integrador: reúne elementos del resto de modelos, haciendo hincapié en la empatía, el acercamiento y la comprensividad.</li> </ul>
Gaudreau (1985) Eje: Tipo predominante de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biológicos: información anatómica y fisiológica</li> <li>- Morales y religiosos: matrimonio y familia</li> <li>- Sociales: análisis de las relaciones, roles, legislación, costumbres y conductas.</li> <li>- Preventivos: riesgos asociados a la actividad sexual</li> <li>- Personales: el ser humano como ser sexuado</li> </ul>
Barragán (1991) Eje: Conceptualización teórica de la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo Represivo-Religioso (Teoría Judeo-Cristiana)</li> <li>- Modelo Preventivo (Teoría Burguesa-Tradicional)</li> <li>- Modelo Liberal (Teoría Capitalista-Permisiva)</li> <li>- Modelo Mercantil (Teoría Productivista)</li> </ul>
Extractado de López-Soler (2003)	

En sus diferentes trabajos, Félix López plantea la existencia de cuatro modelos básicos de educación sexual (López, 1985, 1990, 2005a; López y Fuertes, 1989; López y Oroz, 1999). Tales modelos están claramente diferenciados entre sí y poseen características, objetivos, metodología y contenidos propios. Además, se corresponden y están asociados a momentos históricos concretos.

A continuación, se resumen los rasgos más característicos de cada modelo, según la clasificación propuesta por este autor.

### 3.1.1. Modelo de riesgos (preventivo o médico)

Desde el punto de vista histórico, las raíces de este modelo se situarían en la segunda mitad del siglo XX. Su primer antecedente se sitúa en la alarma social originada por los problemas de salud asociados a prácticas sexuales de riesgo, después de la primera Guerra Mundial.

Los cambios ideológicos y económicos, con el triunfo de las ideas liberales y la extensión de los procesos de industrialización, también contribuyeron a que la educación sexual llegara a ser una “necesidad social de evitar los riesgos que la actividad sexual conlleva”.

El modelo de riesgos viene determinado por un marco teórico clínico-médico de salud, entendida como mera ausencia de enfermedad. Los profesionales de la sanidad son, por tanto, los responsables directos de proporcionar la información necesaria para que la población conozca, tanto los síntomas como las técnicas, conductas o métodos más eficaces, para protegerse de las consecuencias negativas de la actividad sexual: embarazos no deseados, enfermedades o infecciones de transmisión sexual.

A lo largo de su desarrollo, este abordaje de la educación sexual ha ido evolucionando hacia una visión más amplia de la sexualidad en paralelo con el



concepto de salud propuesto por la OMS, que englobaría el bienestar psicosomático, personal y social. De ahí que frecuentemente se incluya en un área más amplia de educación para la salud.

### 3.1.2. Modelo moral

Las diferentes doctrinas religiosas han marcado desde sus mismos orígenes una serie de normas reguladoras de la sexualidad, prescribiendo las pautas morales apropiadas que debían regir las vivencias y conductas sexuales de sus seguidores.

Sin embargo, como indicábamos anteriormente, se ofrecía de manera no formal y dentro de un contexto amplio de regulación moral, sin incidir específicamente en contenidos sexuales.

El modelo moral de educación sexual surge como reacción a otras formas de hacer educación sexual; ya que, como apunta López (2005a), lo propio del pensamiento conservador es silenciar estos temas.

En términos generales, el marco teórico de este modelo se basa en una concepción religiosa del ser humano, en la que la actividad sexual se orienta a la procreación, enmarcada dentro del matrimonio heterosexual. Existen matices más o menos acusados en cuanto a la rigidez de los planteamientos, desde posiciones marcadamente fundamentalistas a otras de mayor apertura. Asimismo, en ocasiones, las personas creyentes pueden llevar a cabo prácticas fuera de la moral oficial y completamente idénticas a las de no creyentes, por ejemplo, en lo referido a la utilización de métodos anticonceptivos hormonales.

Este modelo ha ido evolucionando desde finales del siglo pasado, especialmente en los Estados Unidos. Bajo el epígrafe de *educación para la abstinencia (para el respeto, para el amor o educación del carácter)*, se aglutina una

corriente desarrollada por grupos de profesionales, que está teniendo una gran repercusión, por cuanto que viene planteada y respaldada por argumentos supuestamente basados en conocimientos y estudios científicos.

Desde este prisma, se han cuestionado otros modelos, los denominados *Comprensivo-No directivo* y *Abstinencia, Pero*. Se les acusa, no sólo de ineficaces, sino también de ser la causa del incremento de los problemas en el área de la sexualidad (López, 2005a),

Los principios básicos de la *educación del carácter* se centran en la castidad y la abstinencia sexual como única opción segura desde el punto de vista médico, a la vez que se considera que es la única moralmente responsable para adolescentes y jóvenes solteros. De este modo, el sexo seguro sería la actividad sexual dentro del matrimonio, guardándose los esposos una absoluta fidelidad.

Un caso ilustrativo de esta corriente sería el *Movimiento por el Compromiso de Virgindad*, iniciado en 1993 con el apoyo de la Iglesia Bautista del Sur, en el que participan iglesias y centros escolares. Su objetivo es reducir la prevalencia de las conductas sexuales que pueden conllevar riesgos de embarazo o ETS, retrasando el inicio de la actividad coital en los y las adolescentes mediante la realización de una promesa o compromiso de mantener su virgindad hasta el matrimonio (o hasta una edad posterior determinada). Con el lema "True Love Waits", en 1995 se estimaba que alrededor de un 12% de adolescentes estadounidenses hicieron esta promesa (Bearman y Bruckner, 2001).

En nuestra revisión de la literatura, hemos encontrado referencias a trabajos centrados en el análisis de las consecuencias de este movimiento (Bearman y Bruckner, 2001; Bersamin, Walker, Waiters, Fisher y Grube, 2005; Brückner y Bearman, 2005; Martino, Elliott, Collins, Kanouse, y Berry, 2008).

En torno al modelo de *educación del carácter*, que prima la abstinencia como eje central en el área de la sexualidad, existe una amplia polémica en Estados Unidos y en América Latina, con gran repercusión social y profesional, debido al carácter científico con que se presenta. Por ello, coincidimos con el análisis crítico realizado por López (2005a), que incide en que dicho modelo “es fraudulento, si no reconoce que se basa en determinadas doctrinas religiosas, legítimas y respetables, que tienen una base completamente distinta a la científica” (p.65).

Para ilustrar esta afirmación, sirva el ejemplo reciente de lo sucedido con el Programa de Intervención en Educación Sexual (P.I.E.S.), promovido por la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Dicho programa fue objeto de duras críticas por parte del Arzobispado de Valencia y de grupos católicos ultraconservadores. Según esta institución, contenía “errores científicos” y planteaba “una visión reduccionista del ser humano”; como alternativa, se proponía el programa Saber Amar Básico Escolar (SABE), en el que se recogen los fundamentos más conservadores de la jerarquía católica (por ejemplo, la masturbación es un “vicio” o “defecto”, la homosexualidad es una “disfunción” o la finalidad del sexo es la “procreación”).

La polémica, desatada en el pasado mes de julio de 2010, derivó en una “suspensión temporal” del PIES, lo que impidió su puesta en marcha al inicio del curso 2010-11, y una “redefinición” de sus contenidos. El debate, a día de hoy, todavía perdura, ya que se ha frenado la generalización del Programa PIES en los institutos valencianos. Según los datos disponibles, ha habido una reducción del 65% en el alumnado participante (Diario Levante, 14-05-2011)

### 3.1.3. Modelo revolucionario

Este modelo tiene raíces políticas, específicamente en la izquierda freudiana-marxista. Su aparición va asociada al movimiento SEX-POL (creado en Viena por W. Reich en torno a los años 30).

Desde una orientación comunista, el movimiento SEX-POL considera la necesidad de una revolución social y sexual, no siendo posible una sin la otra y viceversa. Este movimiento planteó una ideología que rompía con los esquemas de la época: la educación sexual como elemento imprescindible en la escuela, la amplitud del concepto de sexualidad más allá de la mera función reproductiva, la pareja más allá del débito conyugal, la posibilidad del uso libre de anticonceptivos por los jóvenes, el derecho a poder decidir la interrupción voluntaria del embarazo, la libertad de elección en la orientación sexual, la defensa de los homosexuales (López, 1990).

Posteriormente, en la década de los 60, se pueden considerar como hitos importantes de esta corriente dos acontecimientos: por un lado, la *revolución sexual* dentro del ámbito universitario estadounidense; y por otro, el *Mayo francés*, en 1968. En ambos casos, se retoman y popularizan los planteamientos reichianos, en especial los defendidos en dos de sus obras más difundidas: *La función del orgasmo* (1927) y *La revolución sexual de los jóvenes* (1936).

Una de las características de este modelo es la valoración negativa de la familia, en cuanto que reproduce los valores dominantes de la sociedad capitalista y ejerce una moral sexual represiva. La educación sexual debería realizarse desde una conciencia crítica de la organización social dominante y desde planteamientos combativos de la represión moral.

Su posicionamiento combativo lleva a la confusión de la educación sexual con la militancia política, recurriendo al uso de nuevos tópicos, a menudo tan poco fundados como los del modelo moral.

A pesar de su escasa implantación en la práctica escolar, muchas de las ideas centrales de este modelo han sido aceptadas socialmente por una amplia mayoría. Así, podemos destacar, entre otras, la defensa del derecho a la sexualidad de las minorías y a lo largo de todo el ciclo vital (desde la infancia hasta la senectud) o la igualdad entre el hombre y la mujer.

#### 3.1.4. Modelo biográfico y profesional

A principios de la década de los 90, la denominación usada para caracterizar este modelo era “educación sexual profesionalizada, democrática o abierta” (López, 1990) mientras que en escritos anteriores, López (1985) le atribuía los rasgos de “equilibrada e integradora”. Más tarde, el mismo autor plantea el modelo “biográfico y profesional” (López, 1999, 2005a) como una elaboración más completa de los rasgos apuntados en las caracterizaciones iniciales.

El punto de partida es una consideración más relativista y plural de la educación sexual, en la que desde un concepto positivo de salud se recogen e incorporan los elementos positivos de los otros tres modelos.

Una idea clave es el derecho a vivir la sexualidad desde la diversidad de las distintas biografías personales. La profesionalidad radica en ayudar a cada persona en la promoción de su bienestar y del bienestar social de manera libre y responsable. Se trata de una visión positiva (erotofílica) del hecho sexual humano y de todas sus posibilidades, yendo más allá del reduccionismo genito – coital – reproductivo. Así,

pues, la tolerancia, junto con la introducción de cuestiones de ética en las relaciones interpersonales serán los valores centrales de este modelo.

Los contenidos de este modelo se basan en los conocimientos sexuales científicos y en el desarrollo de actitudes tolerantes desde una posición erotofílica, con la utilización de una metodología que fomenta la participación activa a través del diálogo y el debate.

Para concluir este apartado, la tabla 12 recoge los modelos básicos de educación sexual, según López (2005a)

**Tabla 12. Modelos básicos de Educación Sexual (López, 2005a)**

MODELO DE RIESGOS		MODELO REVOLUCIONARIO
OBJETIVOS	<p>Evitación de riesgos inherentes a la actividad sexual</p> <p>Evitar costos económicos al sistema de salud</p>	<p>Transformación revolucionaria de la sociedad</p> <p>Aumentar la conciencia crítica sobre la explotación social y la represión sexual</p> <p>Reivindicación de la actividad sexual satisfactoria</p>
CONTENIDOS	<p>Información técnico-profesional sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgos y consecuencias</li> <li>- Conductas y métodos eficaces para la prevención</li> </ul>	<p>Análisis crítico de la sociedad capitalista y sus instituciones</p> <p>Derecho universal a la sexualidad, con inclusión de todos los sectores poblacionales y minorías</p> <p>Fisiología y psicología del placer: respuesta sexual humana</p> <p>Superación de los roles de género</p>
METODOLOGÍA	<p>Charlas aisladas o incluidas en planes de salud más amplios</p> <p>Campañas publicitarias generales junto con otras dirigidas a grupos concretos de la población</p>	<p>Debates y análisis sociopolíticos</p> <p>Inclusión generalizada de la educación sexual en el currículum formal escolar</p> <p>Participación y apoyo de los servicios comunitarios</p>
MODELO MORAL		MODELO BIOGRÁFICO Y PROFESIONAL
OBJETIVOS	<p>Principios morales asociados a concepciones religiosas</p> <p>Educación para el amor y para el matrimonio</p> <p>Evitación de riesgos mediante la abstinencia sexual (castidad y fidelidad)</p>	<p>Favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual</p> <p>Potenciar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan la vivencia sexual según la biografía personal</p>
CONTENIDOS	<p>Conocimientos anatómico-fisiológicos sobre la reproducción</p> <p>Familia: vinculación afectiva y relacional</p> <p>Normas y "formación del carácter" (aprender a decir no)</p>	<p>Sexualidad como dimensión personal e interrelacional: placer, fecundidad, afectividad, comunicación</p> <p>Conocimientos sexuales científicos</p> <p>Habilidades de comunicación y toma de decisiones</p> <p>Actitudes: erotofilia y tolerancia Ética relacional</p>
METODOLOGÍA	<p>Transmisión de consignas y doctrinas definidas desde la ortodoxia de las creencias religiosas (catecismo)</p> <p>Responsabilidad de los padres: asegurar una correcta educación sexual de sus hijos</p> <p>Formación ético-moral de los educadores</p>	<p>Participación activa</p> <p>Entrenamiento en habilidades</p> <p>Diálogo y debate</p>

### 3.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL

Los diferentes programas de educación sexual pueden ser encuadrados preferentemente dentro de uno de los cuatro modelos básicos, definidos por López y que han sido expuestos anteriormente. Sin embargo, no siempre un programa concreto recoge todas las características de un único modelo; hay casos en que se conjugan rasgos inspirados en más de uno de ellos.

Lo que parece evidente es que cualquier programa de intervención en educación sexual hace referencia directa a un conjunto de actuaciones diseñadas específicamente para ser desarrolladas en un ámbito determinado (escolar o no); se trata, pues, de educación formal, intencional y sistemática. Sin embargo, estos rasgos únicamente revelan un análisis superficial, que requiere una mayor profundización. A menudo, la educación sexual en el ámbito escolar se ha efectuado mediante intervenciones poco estructuradas, que se concretan en actuaciones aisladas y descoordinadas llevadas a cabo mediante charlas impartidas por profesionales ajenos al centro, habitualmente del ámbito sanitario, en la línea del modelo de prevención de riesgos.

Históricamente, la segunda mitad del siglo XX marca el inicio de los primeros programas de educación sexual en el mundo occidental, prácticamente en paralelo al estudio sociológico de la conducta sexual (Kinsey, 1948, 1953) y al estudio fisiológico de la respuesta sexual humana (Masters y Jonson, 1966).

Suecia es considerada la pionera en esta materia, con la publicación del primer manual de educación sexual en 1957. Otros países, tanto en Europa como en Norteamérica, se irán incorporando progresivamente, con planteamientos de mayor o menor apertura y desde diferentes posicionamientos teóricos.



### 3.2.1. La educación sexual en el ámbito escolar: situación internacional

Centrándonos en el contexto escolar, cabe resaltar la existencia de dos ejes fundamentales que marcan diferencias claras respecto al tratamiento de la educación sexual. Por un lado, estaría su inclusión o no en el currículo educativo oficial; y, por otro, el modo específico en que se contempla dentro del currículo.

Sin pretender una revisión exhaustiva que se apartaría de los objetivos del presente trabajo, se presenta esquemáticamente una visión de la situación en materia de educación sexual, reseñando el grado de inclusión en el currículo oficial de diferentes países del mundo.

**Tabla 13. La educación sexual formal en el contexto escolar en diferentes países**

---

**No inclusión en el currículo oficial**

---

Rusia, Irlanda, Grecia, Rumania e Italia  
Uruguay

---

**Inclusión en programas de otras asignaturas**

---

Polonia (*Preparación para el matrimonio y la vida familiar*)  
Francia (*Educación sobre la vida*)  
Turquía, Eslovaquia y República Checa (*Educación de la vida familiar*)  
Portugal (*Desarrollo personal y social*)  
Albania, Finlandia, Holanda, Hungría, Bélgica flamenca.  
Reino Unido (*Ciencias y Educación personal y social, para la salud y la ciudadanía*)  
España (Contenido transversal a lo largo de las diferentes etapas y áreas)  
Méjico (*Formación cívica y ética*)  
Colombia (*Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*)

---

**Inclusión como área específica en los planes de estudio**

---

Suecia, Canadá

---

Extractado de López (1990), Navarro, Torrico y López-López (2009) y otras fuentes: Correa Freitas (2003); Kempnec (2004); Maceiras, Barros-Dios, Pereira y Segovia (1995, 1996); Rodríguez, G. (2009a); Rogow y Haberland (2005).

En las páginas siguientes, nos centraremos con mayor detalle en el modelo sueco, haciendo referencia también a otros países europeos, para concluir con el actual y extenso debate sobre la educación “solo abstinencia” en Estados Unidos.

Como hemos indicado, Suecia es un referente obligado por su papel de vanguardia en la historia de la educación sexual, por cuanto está incluida con carácter sistemático y obligatorio en el currículo escolar desde 1956. No obstante, el primer manual de 1957 fue objeto de rechazo al ser considerado en exceso moralizante por parte de un amplio sector de profesionales. Dicha corriente crítica culmina en 1966 con la elaboración del denominado Manual *Samspel*, que reivindica el derecho al placer y al conocimiento de las técnicas anticonceptivas.

También el propio gobierno sueco lleva a cabo un proceso de revisión, creando en 1964 una comisión específica para el análisis, evaluación y seguimiento de los programas. Así, en 1977 los programas de educación sexual son renovados en función de las recomendaciones de dicha comisión, la cual insiste en la necesidad de poner el acento en los aspectos emocionales y éticos de la educación sexual (López, 1990). Se abre, por tanto, una nueva etapa en Suecia con un modelo menos biologicista y más centrado en las relaciones interpersonales desde una actitud abierta, tolerante y democrática.

A este respecto, especial mención merece el soporte proporcionado por la Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU), asociación nacional de profesionales, fundada en 1933 por Elise Ottesen Jensen, con el objetivo de promocionar un programa de políticas sexuales y que ha tenido gran influencia incluso en otros países (López, 1990). Los puntos principales defendidos por la RFSU pueden sintetizarse en los siguientes: a) información gratuita sobre contraceptivos y fácil acceso a ellos; b) legalización del aborto, sujeto a ciertas restricciones; c) educación de la sexualidad en las escuelas desde la etapa de educación primaria. Según Lindahl (1997), presidenta de la RFSU, éstos han sido y siguen siendo los pilares básicos de la educación sexual en este país escandinavo, a los que se añade la aceptación de la homosexualidad como un elemento clave específico.

En el caso de Francia, entre 1945 y 1968 se introduce la educación sexual en las escuelas públicas, aunque desde una visión que restringe la sexualidad a su dimensión reproductiva (Giami, 2007). En 1973 se publica una orden ministerial, concretando la obligatoriedad de la educación sexual en la escuela (Maceiras, 1996). Sin embargo, los contenidos se circunscriben a aspectos biológicos, que se amplían en los ciclos superiores de enseñanza llegando a abarcar el conocimiento de los métodos anticonceptivos; nos encontramos, por tanto, con un modelo que incide especialmente en la prevención.

En Portugal, la educación sexual no se legaliza hasta 1984. Noudin, Moureira y Ourô (2001) presentan un análisis de su evolución histórica desde la década de los sesenta, haciendo constancia de sus avances y retrocesos relacionados con los acontecimientos políticos de este país. La educación sexual se imparte dentro de un área denominada “Desarrollo personal y social”, pretendiendo un enfoque positivo e integral de la sexualidad. En 1998, una comisión interministerial presenta un informe con una propuesta de plan de acción para la educación sexual y la planificación familiar, que incluye medidas prácticas en varias áreas.

Situación similar se da en Alemania, donde el 3 de octubre de 1968 en el marco de la Conferencia de Ministros de Cultura se publica una serie de recomendaciones para la educación sexual en la escuela. Anteriormente, solamente Hamburgo (1946), Hessen (1967) y Berlín Occidental (1959) contaban con pautas educativas en este sentido. Sin embargo, hasta 1979 no existe una auténtica base jurídica para la educación sexual como parte integrante y fundamental del currículo escolar.

En líneas generales, en el ámbito europeo queda camino por recorrer hasta llegar a hacer realidad en el currículo escolar la implantación de una educación sexual, que vaya más allá de la información anatómico-fisiológica y la prevención.

En el continente americano, la disparidad de modelos es todavía más evidente, con diferencias marcadas por su nivel de desarrollo, casi en coincidencia con el eje geográfico Norte-Sur: por un lado, los países de América Latina; por otro, Canadá y Estados Unidos.

Aller, Bianco y Rada (1994) señalan los hitos importantes de la historia de la educación sexual y de la sexología clínica en América Latina, desde la década de los años 60. Estos autores hacen referencia a los profesionales más destacados y a su participación en los diferentes eventos, cursos de especialización en sexología y congresos, organizados a nivel mundial y nacional.

Todos estos datos históricos permiten una mejor comprensión de la situación en Latinoamérica, aunque Aller *et al* (1994) no se centran directamente en la educación sexual formal y su inclusión en los currículos oficiales, sino más bien en las redes de asociaciones profesionales de sexología. En esta línea, siguiendo con los apuntes históricos, también se puede consultar el contenido de la conferencia inaugural del XVI Congreso Mundial de Sexología de La Habana (2003), donde se revisa la historia de la educación sexual en Cuba.

Para concluir, algunos ejemplos de las diferencias existentes entre los países. En Uruguay, se evidencia la ausencia de la educación sexual formal. Según consta en el Diario de sesiones de la Cámara de Senadores, en palabras del senador Correa Freitas (2003) “se requiere una voluntad política más definida”. Méjico lleva a cabo un proceso de renovación a partir de 1998; así, Gabriela Rodríguez, directora general de Afluentes y vicepresidenta de la Red Democracia y Sexualidad, señala la modificación de los programas y libros de texto para incluir la formación de valores, las diferencias de género y la prevención (Rodríguez, 2009b). En Colombia, el Ministerio de Educación Nacional instaura en 1993 el *Programa de Educación Sexual: Para el Amor y la Vida*.

En América del Norte cabe resaltar la experiencia de Quebec (Canadá), pionero en implantar la educación sexual como materia obligatoria en la escuela y en ofrecer un programa universitario para la formación de educadores especialistas en sexualidad (Navarro *et al*, 2009). Desde 1984, la educación sexual forma parte del currículo de formación personal y social, como área específica, junto con educación para el consumo, relaciones interpersonales y vida en sociedad.

En Estados Unidos existen dos ideologías totalmente opuestas y enfrentadas, que actualmente protagonizan un debate enconado acerca del modelo de educación sexual a desarrollar en el marco escolar. En 1964, se constituye la *Sex Information and Education Council of the United States* (SIECUS), contando con Mary S. Calderone como presidenta y co-fundadora. Esta organización, creada según el modelo de la asociación sueca, será la principal promotora de la generalización de la educación sexual en los Estados Unidos.

Paralelamente, en clara oposición a la SIECUS, se va gestando un movimiento conservador con el apoyo de instituciones religiosas, que batalla a favor de la eliminación de la educación sexual, difundiendo el lema “sólo abstinencia” como único método para evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Kempnec, 2004).

Desde la década de los 80 hasta la actualidad, este movimiento ha ido logrando la colaboración gubernamental e institucional, tanto desde el punto de vista jurídico como económico, con subvenciones destinadas a financiar programas educativos para “promover la autodisciplina y otros enfoques prudentes” en la sexualidad adolescente o con el fin de “educar para la castidad”, desde un modelo eminentemente moral-religioso.

En un estudio comparativo, Darroch, Landry y Singh (2000) analizan el período comprendido entre 1988 y 1999, señalando los cambios en la educación sexual dentro

de las escuelas públicas de Estados Unidos: en 1999, alrededor de un 23% del profesorado de secundaria se centraba en la abstinencia como prevención frente a un 2% que lo hacía en 1988. Además, ha disminuido el número de profesores/as dispuestos a proporcionar información sobre control de natalidad o a tratar en las aulas temas, como el aborto y la orientación sexual.

La comunidad científica no permanece ajena a la polémica. Progresivamente, han aparecido estudios (Christopher y Roosa, 2002; Bersamin *et al*, 2005; Martino *et al*, 2008) y artículos de revisión críticos con el enfoque mantenido por los programas centrados únicamente en la abstinencia (Barnett, 1997; Santelli, Ott, Lyon, Rogers, Summers y Schleifer, 2006). Así, lo refleja Fortenberry (2005) en la editorial del número 36 de *Journal of Adolescent Health*. En su análisis señala que una de las deficiencias básicas de la argumentación de los programas que promueven únicamente la abstinencia es la falta de distinción entre la *abstinencia como una opción personal* y la *abstinencia como intervención de salud pública*. Su crítica se centra, además, en que no se han llevado a cabo rigurosos estudios longitudinales, ni se han abordado de forma sistemática los efectos potencialmente adversos de este tipo de intervenciones.

Obviamente, la SIECUS se ha posicionado contra este modelo de educación sexual, recopilando y proporcionando apoyo documental, basado en evidencias científicas, siguiendo su línea de asegurar el libre acceso a una información amplia y completa acerca de la sexualidad y en defensa de la salud sexual y reproductiva.

Entre los materiales elaborados, citaremos únicamente dos ellos, disponibles también en castellano. Por un lado, la *Guía para una Educación Sexual Integral, Kindergarten - Grado 12*, publicada inicialmente en inglés (1991, 3ª edic. 2004) y adaptada en 1995 para las comunidades hispano/latinas. En ella se recogen y amplían

las directrices generales de una educación sexual integral, proporcionando un marco de referencia para la creación de nuevos programas o mejora de los existentes.

Por otro, la guía de recursos: *Comprendiendo a la oposición religiosa y política a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos* (2004), elaborada conjuntamente con la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Esta guía resume los tópicos, tácticas y estrategias más utilizados por los detractores de la educación sexual integral, a fin de que la experiencia adquirida en Estados Unidos pueda ser útil en otros países. Hay una traducción al japonés.

Por último, queremos hacer referencia al proyecto PASHA (*Program Archive on Sexuality, Health, and Adolescence*), un recurso que surge en Estados Unidos, a principios de los 90, con el propósito de recoger los programas de educación sexual dirigidos a adolescentes, que han mostrado su eficacia para la prevención de embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (Card, Lessard y Benner, 2007). Su objetivo es facilitar el acceso a programas eficaces y animar a su implantación o replicación en lugares diferentes a los que se aplicaron inicialmente.

Desde su inicio, el proceso seguido por el proyecto PASHA ha incluido los siguientes pasos: a) Creación de un comité científico de expertos; b) Establecimiento de los criterios de selección; c) Identificación de los programas candidatos; d) Preparación de los informes sobre los programas; e) Selección de los programas más prometedores mediante puntuaciones de expertos; f) Adquisición de los programas, preparación y revisión de los materiales por parte de sus autores, y g) Aplicación de prueba en otros lugares. En los últimos 15 años, se han presentado 92 programas y han sido seleccionados por el PASHA un total de 56. El artículo de Card *et al.* (2007) recoge los criterios de selección, una descripción de las características de los programas, así como el propósito de la intervención, el número de horas dedicado a cada objetivo, las técnicas pedagógicas y los contenidos tratados.

### 3.2.2. La educación sexual en el en el sistema educativo español

En su revisión histórica de la educación sexual escolar, Navarro *et al* (2009) señalan que ha estado definida por el momento histórico y político de cada país, caracterizándose por su heterogeneidad en los planes de estudios y la falta de homogeneidad en cuanto a los objetivos y contenidos teóricos.

Un ejemplo de ello puede encontrarse en España, donde la educación sexual formal se iniciará muy tardíamente, a pesar del apoyo recibido por parte de grupos de intelectuales de ideas avanzadas durante el primer tercio del siglo XX.

Tal como referencia Amezúa (2001), la Sección española de la Liga mundial para la Reforma Sexual, se inicia en la década de los 30, animada entre otros por Gregorio Marañón y coordinada por Hildegart, nombre con el que fue conocida Carmen Rodríguez Carballeira. En coincidencia con el paréntesis de la II República, se celebran en Madrid las Jornadas de Educación Sexual (abril de 1932). Como bien es sabido, el golpe de Estado del General Franco en 1936 truncará todo este incipiente desarrollo, abriendo una etapa de oscurantismo y retroceso en esta y otras áreas, que durará hasta la muerte del dictador (1975) y el inicio de la democracia, con el referéndum y aprobación de la Constitución de 1978.

López (1985) señala como hitos importantes de este período la creación del Instituto de Sexología (In.Ci.Sex.) en Madrid (1976), las IV Jornadas Mediterráneas de Sexología en Barcelona (1979), la inclusión de la asignatura de "Psicología de la Sexualidad" dentro del plan de estudios de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca (1979).

Todo ello, junto con los cambios socio-políticos de la transición democrática, permitió que la educación sexual se fuera introduciendo oficialmente en el sistema escolar. López (1990) realiza un profundo análisis de la educación sexual en España



durante ese período, en el que insiste en que “el Ministerio de Educación y Ciencia ofrece condiciones legales (no reales) suficientes como para que los centros y los enseñantes puedan introducir la educación sexual en la escuela” (pp.25)

López-Soler (2003) remarca dos intentos clave para la inclusión de la educación sexual en el currículo escolar: los Programas renovados de 1977, en los que se contemplaban contenidos biológicos y reproductivos; y la Reforma de la enseñanza de 1991 dentro del marco de la LOGSE (1990), con las célebres Cajas Rojas del Ministerio de Educación y Ciencia (1992), donde se establece como uno de los temas transversales.

Venegas (2011) resalta que el modelo democrático de educación afectivo-sexual se inicia en España una vez consolidada la democracia, hacia mediados de los años 80. En su tesis doctoral, desde una perspectiva sociológica, Venegas (2009) efectúa una aproximación cronológica a los materiales sobre educación afectivo-sexual en España, centrada básicamente en los siguientes referentes: Programa Harimaguada, que se inicia en el año 1986; la obra de M<sup>a</sup> José Urruzola (1991); los monográficos de Cuadernos de Pedagogía (1997) y Aula de Innovación Educativa (2000); así como algunos otros artículos aparecidos con posterioridad (Cerviño *et al.*, 2007; Fajardo, 2004; Venegas, 2008). La autora también incluye una revisión detallada de los programas de educación sexual para adolescentes, editados en Andalucía.

A tales referentes citados por Venegas (2009), habría que añadir una serie de autores, que han contribuido al desarrollo de materiales y programas educativos.

Siguiendo un orden alfabético, podemos citar la labor de Efigenio Amezúa y su equipo del Instituto de Sexología de Madrid (Incisex) en la formación de profesionales (Amezúa y Foucart, 2005a; Amezúa y Foucart, 2005b).

Fernando Barragán Medero desarrolla sus primeros trabajos en la década de los años 80 (Barragán, 1982, 1987, 1988; Barragán, Bredy, Borja y Rivero, 1987) y es

el promotor de diferentes proyectos educativos en la etapa de Secundaria, editados por la Junta de Andalucía (Barragán, 1999; Barragán, Bredy y Rivero, 1993).

En Catalunya, destacaríamos a José M<sup>a</sup> Farré, editor de *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, en la que se han ido publicando numerosos estudios sobre la sexualidad en la adolescencia. Pere Font Cabré, fundador y director del Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella de Barcelona, que publica *Pedagogia de la sexualitat* (1991), traducida al castellano.

En Navarra, José Luis García Fernández (1984) y toda su extensa obra, que abarca desde temas de divulgación, artículos científicos y materiales de apoyo para las familias y el profesorado (manuales, libros de texto y cuadernos de ejercicios).

Javier Gómez Zapiáin es profesor titular de la Universidad del País Vasco y autor principal del Programa de Educación Afectivo-Sexual Uhin Bare, (2000). Al frente de su grupo de trabajo ha efectuado una ampliación de este programa en el año 2005. Actualmente, se está adecuando a las nuevas líneas educativas basadas en competencias, con lo que se contará con una nueva versión, disponible en septiembre de 2011, según aparece en su página web ([www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiweb](http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiweb)).

El equipo encabezado por María Lameiras Fernández, profesora titular de la Universidad de Vigo, desarrolla el Programa Agarimos (2004), programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual, dirigido a estudiantes de 12-16 años. El Programa Agarimos consta de dos grandes bloques, con siete áreas temáticas diferentes. Está diseñado para implementarlo en el contexto escolar dentro del horario de tutoría y se propone una aplicación semanal durante toda la etapa de Secundaria Obligatoria.

Félix López Sánchez, catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca, cuenta con numerosas publicaciones científicas y divulgativas, así como diferentes obras dedicadas especialmente a la educación sexual en la etapa adolescente (1995, 1999, 2005a, entre otras).

De todos modos, estamos de acuerdo con Venegas (2011) en que la práctica inexistencia de programas estatales puede deberse a la derivación de competencias en política educativa a las comunidades autónomas.

Por ello, es interesante referirse a la revisión de Fernández-Costa, Juárez y Díez (1999) sobre programas de prevención del SIDA, dirigidos a estudiantes de enseñanza secundaria, editados en España entre 1990 y 1997, en cualquier lengua de las Comunidades Autónomas del estado. Además, entre sus criterios de inclusión se encuentran: tener una duración superior a 30 minutos de trabajo y aquellos materiales de educación-afectivo sexual que incluyan el SIDA. En el trabajo se describen un total de 19 programas, analizando en cada caso el grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos por las autoras de la revisión.

Coincidimos, de nuevo, con Venegas, 2011, cuando afirma que la educación afectivosexual continúa ausente en las escuelas; pero, además, añadiríamos que ni siquiera se realiza una *mínima* educación sexual centrada en el placer. Como dato ilustrativo, sirva la omisión del clítoris en la descripción anatómica de los órganos genitales femeninos de los libros de texto de Educación Primaria, al centrarse exclusivamente en el tema de la Reproducción humana. Acertadamente, Barragán (1991) se refiere a este fenómeno como “la extirpación cognitiva del clítoris”.

Diferentes fuentes señalan la frecuente falta de conexión de los intereses adolescentes con los contenidos temáticos que se abordan en los centros escolares, cuando se aborda la sexualidad (Adimark, 2004; Barbera y Navarro, 2000).

En muchas ocasiones, las intervenciones han sido poco estructuradas, con actuaciones aisladas y descoordinadas llevadas a cabo mediante charlas impartidas por profesionales ajenos al centro, habitualmente del ámbito sanitario.

La educación sexual se ha incluido nominalmente en el currículo ordinario como un contenido transversal dentro del área de educación para la salud, junto con

temas tan variados, como la higiene buco-dental, los hábitos alimentarios y la prevención del consumo de sustancias adictivas entre otras. A menudo, se ha dejado al albur de la voluntariedad de los equipos docentes e incluso de sus propias convicciones ideológicas. No obstante, tal como se ha indicado anteriormente, ha habido experiencias muy relevantes que han surgido del empeño por garantizar el derecho de recibir una educación sexual adecuada, ajustada a las características evolutivas de cada etapa del desarrollo infantil.

La Ley Orgánica 2 /2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece un marco legal para la inclusión de la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo, en sus artículos 5 y 9.

A mediados de los 90, únicamente la mitad de los adolescentes valencianos entre 15 y 20 años había recibido asesoramiento sobre sexualidad y anticoncepción en la escuela, mientras que un 25-30% había tenido como fuente de información la familia (Generalitat Valenciana, 1995). Desafortunadamente, hoy en día, la situación no ha mejorado en demasía, después de lo sucedido en relación al Programa de Intervención en Educación Sexual (P.I.E.S).

La anunciada “reestructuración” o redefinición del P.I.E.S ha incluido una serie de novedades. En el curso actual 2010-11, la Conselleria d’Educació y la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana han llevado a cabo durante los meses de enero y febrero de 2011 un total de 18 cursos formativos dirigidos a los orientadores de los centros de Secundaria, condición previa para el posterior desarrollo del P.I.E.S. Otra modificación es que la participación del alumnado depende de la decisión de los padres/madres, que pueden renunciar a que sus hijos e hijas asistan a los talleres y actividades del P.I.E.S.

### 3.3. LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Los conocimientos de los adolescentes y sus ideas previas en temas sexuales suponen el punto de partida de cualquier intervención educativa y preventiva en salud sexual. Las actividades propuestas deberán adaptarse a estos esquemas conceptuales previos, ajustándose al desarrollo cognoscitivo de los sujetos a quienes se dirija el programa y a su etapa evolutiva (SIECUS, 1995; Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud, 2000). Para ello, será necesario efectuar una evaluación previa que incida en aspectos cognoscitivos, actitudinales y procedimentales de la población escolar, objeto de la aplicación de los programas. Al mismo tiempo, será necesario valorar el nivel de eficacia de los programas de educación sexual en la consecución de los objetivos propuestos.

A pesar de que los términos “evaluación” y “valoración” pueden ser utilizados habitualmente como sinónimos, tal como indica Moreno (2003), presentan puntos coincidentes, por un lado, a la vez que implican conceptos diferentes, por otro. En el proceso de cualquier tipo de intervención experimental, ya sea clínica o educativa, la “evaluación” precede a la “valoración” y ambas tareas no son independientes, sino complementarias.

Por ello, nos ha parecido interesante recoger una propuesta de evaluación de programas de educación sexual a través de indicadores.

Hernández (1995) presenta una técnica de evaluación de programas a través de indicadores, que incluye la evaluación de la conceptualización y del diseño de la intervención. Dicha autora realiza una adaptación del modelo de R. Stake, recogido por Alvira (1991).

En esta línea, el proceso de evaluación se inicia con la determinación de los objetivos para llegar a la creación y definición de los indicadores que nos permitan comprobar tales objetivos.

A grandes rasgos, se establecen los indicadores generales del programa (fuentes, fundamentación, adecuación y aspectos formales), así como otros indicadores específicos de los objetivos, contenidos, metodología, actividades, recursos y evaluación.

Ciñéndonos únicamente a los indicadores de la evaluación, Hernández (1995) se centra en los siguientes:

- Sistema de evaluación inicial y final de la intervención educativa.
- Formas de evaluación basadas en el proceso.
- Instrumentos de evaluación de la intervención.

Respecto al último punto, nos interesa resaltar los cuestionarios (pruebas de conocimientos), las escalas de actitudes hacia la sexualidad y las encuestas para la valoración de la intervención por parte del alumnado, de las familias y de los docentes.

En España, según señala García Blanco (1994), el interés por la evaluación de la sexualidad se ha concretado especialmente a partir de 1975 en trabajos estadísticos dirigidos al conocimiento de las conductas sexuales de las mujeres, los adolescentes y los universitarios.

El apartado siguiente está dedicado a los diferentes instrumentos de evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales.

### 3.3.1. Instrumentos de evaluación de conocimientos y actitudes sexuales

La selección de los instrumentos de evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales se ha efectuado siguiendo un criterio amplio, sin centrarse exclusivamente en la etapa adolescente; ya que en algunos casos se plantea la posibilidad de ser aplicados a población más joven o dentro del contexto de la educación sexual. La tabla 14 presenta un resumen de los instrumentos de evaluación que iremos comentando más detalladamente a lo largo de este apartado.

El Sexual Opinion Survey (SOS) fue desarrollado por White en 1977, con el objeto de operacionalizar el grado de erotofobia-erotofilia. Posteriormente, Fisher *et al.* (1988) realizaron los correspondientes estudios de fiabilidad y validez, mostrando una alta consistencia interna y un grado aceptable de validez convergente y discriminante.

El SOS es una escala de lápiz y papel autoaplicada para su administración individual o colectiva. Está compuesta por 21 ítems con una escala Likert de 1 a 7 (totalmente de acuerdo/ totalmente en desacuerdo), a través de los que se pretende conocer la respuesta afectiva y evaluativa de las personas ante diversos estímulos sexuales. El rango de estímulos evaluados abarca conductas autoeróticas, conductas heterosexuales y homosexuales, fantasías sexuales y estímulos visuales.

Carpintero y Fuertes (1994) efectuaron una validación de la versión castellana del SOS, seleccionando una muestra representativa de la sociedad española mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional, con un rango de edades entre los 18 y los 60 años. El análisis se realizó sobre 882 cuestionarios, encontrándose una consistencia interna de 0,86. Este valor es similar al obtenido en el estudio efectuado por Fisher *et al.* (1988). Los autores presentan además una versión reducida de 10 ítems (SOS-R), con una fiabilidad calculada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,78.

**Tabla 14. Instrumentos de evaluación de conocimientos y actitudes sexuales**

<b>Autores</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Áreas</b>	<b>Sujetos</b>
White y cols. (1977)	SOS (Sexual Opinion Survey)	ACTITUDES	ADULTOS
Carpintero y Fuertes (1994)	SOS versión castellana SOS-R versión reducida	ACTITUDES	ADULTOS
Fisher y Hall (1988)	Escala de Actitudes hacia la sexualidad (ATSS)	ACTITUDES	ADULTOS
Muehlenhard y Quackenbush (1998)	Doble Moral Sexual (Sexual Double Standard Scale)	ACTITUDES	ADULTOS
Cuadrado, Recio y Ramos (2005).	Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA).	ACTITUDES	ADOLESCENTES
Garrido y Beneyto (1996)	Cuestionario para la evaluación de Conocimientos sobre la sexualidad	CONOCIMIENTOS	ADULTOS
Castro y cols. (2004)	Cuestionario de Identificación de Mitos (CIM)	CONOCIMIENTOS	ADULTOS
Universidad de Cádiz (1991)	Cuestionario sobre el SIDA (CSUCA-2)	CONOCIMIENTOS SIDA	JÓVENES
Lameiras, Rodríguez, Calado y González (2004).	Escala de conocimientos sobre SIDA y prevención VIH	CONOCIMIENTOS SIDA	ADOLESCENTES
	Actitudes y creencias asociadas al uso del preservativo masculino	ACTITUDES	
	Actitudes hacia los métodos de control de natalidad	ACTITUDES	
Sueiro, Diéguez, Chas y Diz (2004)	Cuestionario de Conocimientos sobre Riesgos Sexuales	CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES
Bayés, Pastells y Tuldrá, (1995, 1996)	Cuestionario de Percepción de riesgo VIH	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SIDA	JÓVENES
García Blanco (1994)	Cuestionario de sexualidad en la adolescencia (14-17)	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	ADOLESCENTES
Rodríguez y Farré (2004)	Cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	ADOLESCENTES
<b>PROPUESTAS DE EVALUACIÓN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL</b>			
García Fernández, (1984, 1990)	Escalas y cuestionarios que no han sido validados	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	NIÑOS Y ADOLESCENTES
García Acúndez (1986)	Cuestionario A de conocimientos	CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES
	Cuestionario B de actitudes	ACTITUDES	
Font (1990)	Modelos orientativos de cuestionarios de evaluación que no han sido validados	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	ADOLESCENTES
Colectivo Harimaguada (1993)	Cuestionarios específicos de las unidades didácticas del Programa Harimaguada	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	NIÑOS Y ADOLESCENTES
Pick, Aguilar, Rodríguez, Trujillo y Reyes (1988)	Cuestionario de evaluación del Programa Planeando tu vida	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	ADOLESCENTES
Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro (2004)	Batería de 14 cuestionarios relacionados con las áreas del programa	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	ADOLESCENTES



Dentro del mismo constructo de erotofilia-erotofobia, la Escala de Actitudes hacia la sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall (1988) estaba compuesta por 14 ítems y ha sido adaptada y ampliada hasta un total de 28 ítems por López (1990).

Las propiedades psicométricas de dicha escala ampliada (ATSS-28) han sido estudiadas por Diéguez, López, Sueiro y López (2005) mediante su aplicación a una muestra de 4910 estudiantes universitarios, de edades comprendidas entre los 17 y los 52 años. Su consistencia interna evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,84, tras acordar la eliminación del ítem 4 por presentar un índice de homogeneidad insuficiente (correlación inferior a 0,20). Según los autores de este trabajo, se precisan futuras investigaciones con muestras de adolescentes más jóvenes para ampliar los grupos de edad y para estudiar el uso de este instrumento en diferentes áreas, tales como el desarrollo sexual adolescente y la educación sexual.

La Escala de Doble Moral Sexual (Double Standard Scale) de Muehlenhard y Quackenbush (1998) esta compuesta por un total de 26 ítems que evalúan el grado de acuerdo – desacuerdo ante una serie de afirmaciones relacionadas con las actitudes hacia el comportamiento sexual de las mujeres y de los hombres, a fin de valorar la existencia o no de diferencias en la consideración moral dependiendo de si es una mujer o un hombre quien actúa. Esta escala ha sido utilizada por Diéguez, López, Sueiro y López (2003) en un estudio descriptivo transversal realizado con 5.614 estudiantes universitarios.

En su versión final, la Escala de Detección del Sexismo (DSA) de Cuadrado, Recio y Ramos (2005) consta de 26 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 6 (totalmente de acuerdo/ totalmente en desacuerdo). Su objetivo es la evaluación del sexismo hostil y benevolente. Posee unas buenas propiedades psicométricas, con valores de alfa de 0,90 para el total de la escala; de 0,92 para la subescala de sexismo hostil y 0,80 para la de sexismo benevolente (Recio, Cuadrado y Ramos, 2007).

Rodríguez y Farré (2004) llevaron a cabo un estudio piloto intergeneracional para la evaluación de las similitudes y diferencias en los conocimientos y actitudes sexuales. La muestra estaba compuesta por 168 sujetos, de 14 a 60 años, distribuidos en cuatro subpoblaciones según la edad. Para ello aplicaron un cuestionario elaborado expresamente para tal investigación, en el que se incluían un total de 13 ítems de elección múltiple y 2 con una escala Likert de 1 a 10. Los autores no incluyen datos sobre la fiabilidad y validez del cuestionario utilizado.

García Blanco, J. (1994) elaboró y validó un cuestionario basándose en los cuestionarios de Bayarri y Benavent (1989) y Xambó (1986) para su estudio sobre la sexualidad en la adolescencia, realizado con una muestra de 810 estudiantes valencianos de BUP y COU de un rango de edad comprendido entre los 14 y 17 años. Dicho cuestionario contiene 113 ítems agrupados en tres categorías básicas: datos identificativos (17), aspectos comportamentales (56) y aspectos actitudinales (40).

Centrándonos en las actitudes, éstas han sido evaluadas a través de dos escalas independientes: la Escala de Igualdad de Sexos y la Escala de Tolerancia Sexual. Cada una de ellas estaba compuesta por 20 afirmaciones ante las cuales los sujetos debían manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo (1 a 5).

El Cuestionario para la evaluación de Conocimientos sobre la sexualidad de Garrido y Beneyto (1996) está compuesto por 24 ítems agrupados en cinco áreas: contenidos anatomofisiológicos, proceso de maduración sexual, deseo sexual, actividad comunicativa, análisis de estímulos sociales y evaluación cognitiva de la situación sexual. Este cuestionario ha sido utilizado por los propios autores y por otros investigadores (Castro, Sueiro, López y Cortegoso, 2004) para evaluar programas de tratamiento para delincuentes y agresores sexuales. No obstante, al analizar su contenido, consideramos que sería interesante investigar acerca de su utilidad para la

evaluación de otros grupos de población, adaptando parcialmente la redacción de los ítems, en caso de ser aplicados a adolescentes.

El Cuestionario de Identificación de Mitos (CIM) ha sido utilizado por Castro *et al.* (2004) en su estudio piloto para valorar la eficacia de un programa de intervención en educación sexual con delincuentes sexuales en prisión. Consta de 48 ítems de verdadero y falso, en los se indaga acerca del nivel de conocimientos sobre la sexualidad y la capacidad de los sujetos para identificar mitos sexuales e ideas erróneas.

El Cuestionario de Conocimientos sobre Riesgos Sexuales consta de 17 ítems de verdadero-falso cuyo contenido se centra en la utilidad y eficacia de los métodos anticonceptivos, así como en las vías de transmisión y en la prevención del contagio del VIH y otras enfermedades transmisibles sexualmente. Ha sido utilizado por Sueiro, Diéguez, Chas y Diz (2004) en un estudio descriptivo transversal sobre 562 adolescentes del medio rural gallego (edad media: 17,10 años).

Los instrumentos que se describen a continuación tienen en común su especificidad, ya que todos ellos centran su contenido en el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en el Síndrome de la Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

El Cuestionario sobre SIDA de la Universidad de Cádiz (CSUCA-2, 1994) es un instrumento multidimensional autoadministrado de 23 ítems, que evalúa las siguientes dimensiones: Nivel de conocimientos, Actitudes ante el SIDA, Percepción de riesgo, Conductas de riesgo e Información. Está diseñado con respuestas cerradas, utilizándose una escala analógico-verbal de tres grados en la evaluación de las Actitudes. La escala del Nivel de conocimientos puntúa en un rango entre 0-8 y la de Actitudes entre -8 y 8, correspondiendo las puntuaciones negativas a las actitudes de mayor rechazo de los afectados y ante la enfermedad en general.

Dicho cuestionario fue utilizado por González, Ortega y Salvador (1994) para la evaluación de las actitudes ante el SIDA en población adolescente. Se planteó un estudio transversal-secuencial de 1081 adolescentes escolarizados en C.O.U. en los cursos académicos 90-91 y 92-93.

El Cuestionario de Percepción de riesgo VIH (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1995, 1996) consta de tres historias en las que se reproducen situaciones reales diferentes (ligue esporádico, relación estable de corta duración, infidelidad excepcional en una pareja monogámica de larga duración) ante las que el sujeto debe responder tratando de identificarse con los/as protagonistas de la historia. Ha sido utilizado para la evaluación de la percepción de riesgo en jóvenes universitarios por los autores, así como por Lameiras y Failde (1998), Gras, Planes, Soto, y Font-Mayolas, (2000), entre otros.

Siguiendo con esta línea de cuestionarios específicos sobre VIH y SIDA, Lameiras, Rodríguez, Calado y González (2004) realizaron un estudio transversal con una muestra de 1.343 estudiantes gallegos de secundaria con una media de edad de 17, 34 años. En su investigación utilizaron una escala de conocimientos sobre SIDA y prevención del VIH, compuesta por 28 ítems de tres alternativas de respuesta: “verdadero”, “falso” y “no sé”. El Alpha de Cronbach es de 0,72.

En este mismo estudio, se incluyen dos escalas de actitudes. La Escala de Actitudes y creencias asociadas al uso del preservativo masculino, adaptada de Ubillos (1995), consta de 29 ítems tipo Likert (1 a 5), agrupados en dos subescalas que evalúan las percepciones de los costes del uso del preservativo masculino y sus beneficios. El alpha de Cronbach es de 0,75 y 0,80 para cada una de las subescalas. La Escala de Actitudes hacia los métodos de control de natalidad está formada por 10 ítems tipo Likert (1 a 5), con un alpha de Cronbach de 0,65.

Como indicábamos en la introducción, uno de los ejes básicos del interés de los instrumentos de evaluación se centra en la valoración de la eficacia e impacto de los programas de intervención en el nivel de información, en las actitudes y en las pautas de conducta sexual adolescente.

García Fernández (1984) afirma que el mayor handicap para la evaluación de las actividades en educación sexual está en la carencia de instrumentos adecuados, que permitan medir el alcance de las intervenciones educativas respecto a tres aspectos fundamentales: conocimientos, actitudes y comportamientos. Dicho autor propone algunas escalas que pueden ser utilizadas a nivel puramente informativo e indicativo por parte de los educadores, ya que no han sido validadas y pueden considerarse únicamente como posibles modelos.

Siguiendo dentro de nuestro contexto próximo, cabe resaltar el trabajo de López, García, Montero, Rodríguez y Fuertes (1986), que aborda específicamente los contenidos, la metodología, la programación y la evaluación de la eficacia en la consecución de los objetivos de educación sexual en la etapa adolescente.

En uno de los capítulos, García-Acúndez (1986) presenta unos cuestionarios para la evaluación de actitudes y conocimientos en adolescentes que pueden ser utilizados a partir del nivel de 7º E.G.B. La fiabilidad de ambos se sitúa alrededor de 0,79. El cuestionario de conocimientos está compuesto por 28 ítems de elección múltiple. La escala de actitudes consta de 25 ítems, los cuales recogen una serie de afirmaciones respecto a la sexualidad ante las que los sujetos deben expresar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una escala Likert de 1 a 5.

Font (1990) señala que la evaluación ha de hacer referencia, no sólo a las actividades, sino también al proceso y a todos los participantes. Para ello será necesario disponer de una serie de indicadores básicos, recabando información a tres

niveles: profesorado, alumnado y familias. En su obra el autor presenta unos modelos orientativos de cuestionarios de evaluación.

Dentro de esta área, cabe mencionar las publicaciones que presentan programas de educación sexual para ser utilizados fundamentalmente en contextos escolares. Tales programas suelen proporcionar pautas para la recogida de información y evaluación de los sujetos participantes. En este apartado, vamos a referirnos más extensamente por su amplitud e interés al Programa Harimaguada (1993), *Planeando tu vida* (1988) y al Programa Agarimos (2004)

El Programa Harimaguada de Educación Afectivo Sexual (1993) constaba de una serie de carpetas didácticas monográficas con un planteamiento transversal que abarca todas las etapas educativas (Infantil, Primaria y Secundaria). El desarrollo de las unidades didácticas incluye la programación, actividades, fichas de trabajo del alumnado, documentación para el profesorado y contenidos básicos, aportando asimismo cuestionarios de evaluación específicos para cada unidad. Actualmente, están disponibles en la pagina web <http://www.harimaguada.org>

Pick, Aguilar, Rodríguez, Vargas y Reyes (1988) presentan el programa de educación sexual para adolescentes "Planeando tu vida", que ha sido reeditado en diferentes ocasiones. En su 5ª edición, Pick *et al.* (1991) incluyen los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, así como un cuestionario amplio para la evaluación del programa. Félix López ha efectuado una reelaboración de este programa en su obra *Educación sexual de adolescentes y jóvenes* (1995), en la que incluye además una guía de técnicas de dinámica grupal especialmente aplicables en estos grupos de edad.

Lameiras, Rodríguez, Ojea y Dopereiro (2004), autores del Programa Agarimos, hacen especial hincapié en la evaluación. Tal como indican, para evaluar la eficacia del programa es necesario llevar a cabo dos tipos de metodologías de

evaluación: la evaluación cualitativa y la evaluación cuantitativa. Además, dicha evaluación debe incluir a los agentes que implementan el programa (docentes, estudiantes y material curricular).

Lameiras *et al.* (2004) plantean un proceso de evaluación que consta de tres fases: inicial, continua y sumativa. La evaluación inicial consiste en la determinación de conocimientos previos y actitudes del alumnado; de tal manera que permitirá conocer el punto de partida y ajustar el programa a las necesidades educativas del grupo al que se le aplica. La evaluación continua se centra en el procedimiento y desarrollo de las sesiones; mientras que la evaluación sumativa hace referencia a la evaluación post-test y a la valoración del programa efectuada por el alumnado.

El Programa Agarimos incluye 14 cuestionarios para ser utilizados en la evaluación pre-test y post-test, que están incluidos en el CD que acompaña al programa. Aunque algunos de ellos son conocidos por los profesionales de la psicología, no aparece en el texto la ficha técnica ni los baremos; tampoco constan las propiedades psicométricas. En otros casos, el instrumento propuesto requiere una valoración cualitativa, al tratarse de preguntas abiertas o frases incompletas.

Además, Lameiras *et al.* (2004) proponen un amplio listado de tests, escalas y cuestionarios como instrumentos de evaluación complementarios, hasta un total de 42 diferentes. A pesar de que se indica que pueden ser elegidos por los docentes de acuerdo con los contenidos y actividades trabajados, aparecen instrumentos que requieren de una formación específica en el área de la psicología clínica para una adecuada utilización y una correcta interpretación de los resultados. Sirva de ejemplo un par de ellos, el Inventario de trastornos del comportamiento alimentario EDI (Garner, 1983) o el cuestionario MMPI (Hathaway y McKinley, 1988).

Esta revisión de los instrumentos de evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales nos lleva a considerar que existen dificultades para su aplicación en

la adolescencia; ya que, en muchos casos, han sido concebidos para ser utilizados con población adulta y se han aplicado a jóvenes universitarios. Este hecho hace que el contenido de los ítems, su redacción y el lenguaje utilizado no se adapte a chicos y chicas escolarizados en la etapa de secundaria obligatoria.

La limitación de algunos instrumentos se centra en la carencia de datos sobre sus propiedades métricas, siendo presentados por sus autores como modelos orientativos o propuestas para ser utilizadas en contextos educativos, sin haber sido objeto de estudio para contrastar su idoneidad a la hora de ser aplicados en determinados grupos poblacionales.

En otros casos, los instrumentos están incluidos dentro del marco de un programa específico de educación sexual o están asociados al desarrollo de actividades concretas integradas en unidades didácticas.

Un bloque importante de los instrumentos se ha centrado en la evaluación de conocimientos específicos, como es el caso de aquellos que tratan de valorar el nivel de información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA o riesgos sexuales en un sentido más amplio. De este modo, su utilidad queda restringida a una parcela limitada, obviando una amplia gama de contenidos.

Salvo alguna excepción, los trabajos consultados consisten en estudios transversales descriptivos con muestras de población en la que analizan las interacciones entre las diversas variables evaluadas a través de los instrumentos que hemos comentado. Según nuestro punto de vista, es necesario contar con estudios longitudinales de cara a poder estudiar la evolución de los conocimientos y actitudes sexuales a lo largo de un período de tiempo amplio. Por otro lado, falta más investigación dirigida a la valoración de los programas de intervención en el área de la educación sexual dentro del sistema escolar español.



En este sentido, los instrumentos de evaluación tienen que estar en estrecha relación con los objetivos, contenidos y actividades del programa de educación sexual impartido. Además, éstos deben aportar información sobre las ideas previas, actitudes, conductas e intereses de los y las adolescentes para ajustar adecuadamente los contenidos tratados a lo largo de la intervención. Esta idea viene recogida por numerosos autores (se puede citar, entre otros, a López *et al.*, 1986; López, 1990; Font, 1990; Colectivo Harimaguada, 1993; Marín, Mena y Nuevo, 1995; López Soler, 2003; Lameiras *et al*, 2004)

Los programas de intervención en educación sexual y los instrumentos para su evaluación deben mantener una estrecha relación a fin de que puedan utilizarse para valorar la eficacia de los programas en la consecución de los objetivos propuestos.

Al mismo tiempo, los contenidos programados deben partir del nivel de conocimientos, actitudes e ideas previas de la población. Asimismo, es necesario recoger datos sobre sus fuentes de información, sentimientos, intereses, relaciones sociales y experiencia sexual, a fin de poder ajustar y adaptar las actividades del programa a sus características específicas.



## **II. PARTE EMPÍRICA**



# **Capítulo 4**

## **Construcción de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex)**

### **Estudio psicométrico preliminar**

#### **4.1. JUSTIFICACIÓN**

La revisión teórica sobre los Programas existentes de Educación Sexual y los instrumentos de evaluación utilizados para valorar su eficacia nos muestra que deben guardar una estrecha relación. Por ello, el primer paso fue la construcción de una Batería de instrumentos que permitiesen evaluar los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes, y que constituyó el trabajo de investigación del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) del Programa de Doctorado del Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED, dirigido por la profesora Moreno-Rosset y presentado en Noviembre de 2005.

## 4.2. OBJETIVOS

El objetivo central de este estudio preliminar consistió en la elaboración de una serie de instrumentos de evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales de adolescentes entre 13 y 16 años, aspectos centrales del Programa de Educación Sexual cuya eficacia se valorará en la presente Tesis Doctoral. Asimismo se analizará la idoneidad y la calidad métrica de dichos instrumentos: fiabilidad, índices de dificultad, discriminación y homogeneidad de los ítems.

## 4.3. CONTENIDOS DE LA BIESex

Los contenidos de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex) están relacionados con los conocimientos, actitudes e ideas previas acerca de la sexualidad que presenta la población adolescente. Asimismo, tales contenidos se relacionan estrechamente con las líneas generales y los bloques temáticos básicos que deben abordarse en un programa de intervención en educación sexual dirigido a este grupo poblacional. También incluye datos sobre las fuentes de información, los sentimientos, los intereses, las relaciones con iguales y el nivel de experiencia sexual, debido a la utilidad de este conjunto de datos a la hora de diseñar y ajustar las actividades de un programa.

Las áreas de evaluación e intervención en la etapa adolescente pueden agruparse en dos grandes núcleos: por un lado, la información, conceptos y conocimientos sobre la sexualidad y, por otro, las actitudes ante la sexualidad, tanto en sentido amplio como específico. Así, pues, la BIESex está compuesta por una serie de instrumentos que recogen ambos aspectos. A continuación, se presentan esquemáticamente los principales contenidos.

### CONTENIDOS CONCEPTUALES

- a) La sexualidad: funciones, vivencias, ciclo vital, orientación del deseo, conductas sexuales, mitos más frecuentes.
- b) Métodos anticonceptivos: tipos de métodos, funcionamiento y eficacia.
- c) Sexualidad y salud: enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, más específicamente, el SIDA; vías de transmisión y medidas de prevención de riesgos.

### ACTITUDES

- a) Actitudes hacia la sexualidad, como expresión de una dimensión natural e irrenunciable del desenvolvimiento personal.
- b) Actitud ante las manifestaciones de la sexualidad a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta, madurez y senectud).
- c) Orientación del deseo sexual: actitudes hacia las diversas orientaciones (heterosexual, homosexual y bisexual).
- d) Vivencia de la sexualidad: sensualidad frente a una concepción restringida a los órganos genitales y a la práctica coital heterosexual.
- e) Roles sexuales: desempeño de los roles masculino y femenino en las relaciones sexuales.
- f) Sexualidad y salud: actitudes ante la prevención de los riesgos asociados a la práctica sexual (embarazos no deseados, ETS)
- g) Experiencia sexual previa al matrimonio: actitudes hacia las relaciones sexuales entre personas solteras.

#### 4.4. MÉTODO

##### 4.4.1. Participantes

En el estudio participaron 711 adolescentes de ambos sexos, escolarizados en centros públicos y concertados en la etapa de Secundaria Obligatoria, siendo 376 varones y 335 mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. La tabla 4.1 presenta la distribución según edad y sexo.

**Tabla 15. Estudio preliminar: Distribución de la muestra según edad / sexo**

Edad	Sexo		Mujer	Total
	Varón			
12	3 (0,8%)	4 (1,2%)	7 (1,0%)	
13	121 (32,2%)	125 (37,3%)	246 (34,6%)	
14	69 (18,4%)	37 (11,0%)	106 (14,9%)	
15	105 (27,9%)	100 (29,9%)	205 (28,8%)	
16	61 (16,2%)	58 (17,3%)	119 (16,7%)	
17	17 (4,5%)	10 (3,0%)	27 (3,8%)	
18	---	1 (0,3%)	1 (0,1%)	
N	376 (100%)	335 (100%)	711 (100%)	

La edad media de los escolares es de 14,4 (D.T.=1,25), situándose la moda en 13 años (246 sujetos; 34,6%). En segundo lugar, se encuentra el grupo de edad de 15 años con 205 sujetos (28,8%). Ello se ajusta cronológicamente a los niveles educativos de los participantes, que cursaban estudios de 2º y 4º ESO (51,3% y 48,7%, respectivamente).

Atendiendo al tipo de centro, existe una mayor representación de adolescentes escolarizados en centros públicos (66%) frente a los matriculados en centros concertados, ya sean de carácter laico o religioso, tal como puede observarse en la tabla 16.



**Tabla 16. Estudio preliminar: Distribución de la muestra: Tipo de centro/ Nivel ESO**

Tipo de Centro	Nivel educativo		Total
	2º ESO	4º ESO	
Públicos	235 (64,4%)	234 (67,6%)	469 (66,0%)
Concertados Laicos	26 (7,1%)	40 (11,6%)	66 (9,3%)
Concertados Religiosos	104 (28,5%)	72 (20,8%)	176 (24,7%)
N	365 (100%)	346 (100%)	711 (100%)

#### 4.4.2. Instrumentos.

La Batería de Instrumentos de Educación Sexual (BIESex) está compuesta por los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Información General (CIG)
- Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS)
- Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI)
- Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS)

Para la construcción de los cuestionarios, se han seguido las recomendaciones propuestas por Navas (2001), cubriendo las cuatro fases siguientes: definición del objetivo del test, especificación, confección de los ítems y confección de la prueba.

Se han elaborado cuatro cuestionarios independientes que recogen los contenidos de las áreas de evaluación e intervención descritas en el apartado 4.3, haciendo referencia al nivel de información general, los conocimientos y las actitudes sexuales de la población adolescente en el tramo de edad comprendido entre los 13-16 años. La definición de los objetivos de cada uno de los cuestionarios se ha resumido en la tabla 17 de la página siguiente.

**Tabla 17. Definición de los objetivos de la BIESex**

Variable de interés:	- CIG: Información general y vivencia personal sexual
	- CAS: Conocimientos sobre la sexualidad. Actitudes sexuales
	- ANTI: Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos
	- SYS: Conocimientos sobre las ETS (o ITS) y SIDA
Población diana:	ADOLESCENTES 13-16 años
Utilización prevista:	- Detección de nivel de conocimientos y actitudes sexuales - Valoración de la eficacia de un programa de educación sexual

En el proceso de confección y redacción de los ítems, se ha tenido en cuenta los siguientes criterios:

- Lenguaje sencillo y adaptado a la población adolescente.
- Enunciados cortos redactados de forma concisa y clara.
- Evitar términos técnicos e incluir, si fuera necesario, una breve definición.
- En los ítems relativos a conocimientos, añadir en todos los casos la alternativa de respuesta: “No lo sé”, a fin de reducir al máximo la posibilidad de que traten de responder al azar.
- Limitar las formulaciones negativas en la redacción de los ítems para que sea más fácil su comprensión.
- Combinar el tipo de elementos para que sean variados: preguntas abiertas y cerradas, ya sean del tipo verdadero – falso o de elección múltiple.

En la fase final de confección de las pruebas, se han precisado las instrucciones dadas a los sujetos, el formato de presentación de cada cuestionario y el formato de registro de las respuestas de los sujetos a los ítems.

A continuación, se presenta una descripción de los instrumentos de evaluación en su fase piloto, con indicación del número, tipo y contenido de los ítems que inicialmente se establecieron.

- CIG (Cuestionario de Información General)

Este cuestionario recoge 8 ítems de diferente formato (acuerdo-desacuerdo y elección múltiple), relacionados con la frecuencia de pensamientos sexuales, personas con las que se tratan estos temas, sentimientos experimentados al tratar tópicos sexuales, información y tipo de experiencia sexual.

- CAS (Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales)

El Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales está compuesto por un total de 35 ítems que evalúan los conocimientos y actitudes del alumnado sobre la sexualidad en un sentido amplio. Cada ítem recoge una afirmación que se debe responder indicando acuerdo - desacuerdo.

- ANTI (Métodos anticonceptivos)

El cuestionario ANTI evalúa el nivel de conocimientos del alumnado sobre medios anticonceptivos. Está compuesto por un total de 20 ítems, que incluyen enunciados de verdadero/falso y preguntas de elección múltiple.

- SYS (Sexualidad y salud)

Este cuestionario valora el nivel de conocimientos sobre sexualidad y salud, incluyendo las distintas enfermedades de transmisión sexual, y más específicamente el SIDA. Está compuesto por 27 ítems, que incluyen enunciados de verdadero/falso y preguntas de elección múltiple, más 1 ítem complementario con formato de pregunta abierta, para que enumeren todas las enfermedades conocidas que pueden contagiarse por vía sexual.

#### 4.4.3. Procedimiento

El procedimiento utilizado consta de los siguientes pasos:

a) Envío de una carta informativa a todos los centros de un municipio (Torrent), cercano a Valencia, que cuenta con 9 colegios públicos, 3 institutos y 9 centros concertados, con el objeto de invitarles a participar en el estudio.

b) Reunión con los equipos docentes de los centros interesados para facilitar las instrucciones y establecer el calendario de la aplicación de los cuestionarios por parte de los profesores tutores de cada grupo. Tales instrucciones estaban incluidas en una guía del profesorado, en la que se les indicaba que era necesario insistir en que el alumnado cumplimentara los cuestionarios de manera sincera, sin dejar ninguna cuestión en blanco. Para garantizar el anonimato, cada alumno/a debía identificarse únicamente a través de una clave de seis dígitos, compuesta por el día de la fecha de su nacimiento y las cuatro últimas cifras de su teléfono

c) Se solicitó a los padres o representantes legales de los participantes en el estudio preliminar el Consentimiento Informado para poder aplicarles la Batería BIESex.

d) Aplicación colectiva de la BIESex al alumnado de de 2º y 4º ESO dentro del horario de tutoría.

e) Se elaboró un dossier informativo para cada centro con los resultados obtenidos por el alumnado según los niveles. Este dossier se entregó al profesorado en una reunión, que sirvió además para recoger sus comentarios y sugerencias.

Por las características del procedimiento utilizado, se trata de un muestreo incidental, ya que no han participado todos los centros escolares de la localidad, sino únicamente aquellos en los que el equipo docente de Secundaria se ha mostrado sensible o interesado en la evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales del alumnado.

#### 4.4.4. Resultados

En este apartado, se presentan los resultados relativos al análisis de la idoneidad y calidad métrica de la BIESex en su fase de estudio preliminar, a excepción del Cuestionario de Información General (CIG), debido a que se trata de un instrumento complementario que sirve para la recogida de datos sobre las características de la población adolescente. Las estrategias metodológicas para el análisis se han adecuado al contenido de los instrumentos, siguiendo unas pautas diferentes para cada uno de ellos.

##### 4.4.4.1. Análisis del CAS (Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales)

El análisis del CAS consistió en el establecimiento de dos subescalas diferenciadas mediante un procedimiento que incluía un panel de seis expertos, que actuaron como jueces independientes. Para determinar la asignación de los ítems, se les solicitó que interpretaran el contenido de los ítems, decidiendo si eran representativos para la medición de *Conocimientos* o *Actitudes* sexuales.

El análisis posterior de sus respuestas sirvió para la clasificación de los ítems. Alrededor del 90% de los ítems del CAS obtuvo un grado de acuerdo elevado. Únicamente 3 ítems mostraron un menor consenso entre los jueces, aunque con una división clara de criterio, por lo que se incluyeron provisionalmente en ambas categorías, quedando pendiente su revisión para estudios posteriores.

La versión inicial de 35 ítems del cuestionario CAS quedó compuesta por 17 ítems clasificados en la categoría de *Actitudes* y 15 en *Conocimientos* y los tres ítems mencionados, se adscribieron provisionalmente a ambas subescalas, ofreciendo un total de 20 y 18 ítems respectivamente.

Según el análisis del contenido de los ítems del CAS, se han establecido dos subescalas: Conocimientos y Actitudes. En la tabla 18 se exponen los estadísticos descriptivos para las dos subescalas del CAS.

**Tabla 18. Estadísticos descriptivos subescalas CAS**

		TOTAL CAS CONOCIMIENTO	TOTAL CAS ACTITUD
Media		11,79	16,85
Moda		12	18
Desv. típ.		2,54	2,41
Percentiles	10	8,00	13,70
	20	10,00	15,00
	30	11,00	16,00
	40	11,00	17,00
	50	12,00	17,00
	60	13,00	18,00
	70	13,00	18,00
	80	14,00	19,00
	90	15,00	19,00

Para analizar la relación entre los conocimientos y las actitudes sexuales se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados indican una asociación directa entre las puntuaciones totales de ambas subescalas, ya que se obtiene un coeficiente de correlación de Pearson= 0.676 (p=0.01).

Una prueba t de muestras independientes reveló que las diferencias de las medias son significativas en función del sexo y del nivel educativo para las dos subescalas (p=.000), siendo las chicas y el alumnado de 4º ESO quienes alcanzan unas medias significativamente mayores que los chicos de la muestra y el nivel de 2º ESO, tanto en conocimientos generales sobre la sexualidad como en actitudes sexuales.

En las tablas 19 y 20 se muestran las medias y las desviaciones típicas obtenidas en las subescalas de conocimientos y actitudes en cada nivel educativo y sexo.

**Tabla 19. CAS Subescala Conocimientos**

NIVEL	SEXO					
	VARON		MUJER		Total	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
2º ESO	10,62	2,69	11,84	2,35	11,19	2,61
4º ESO	12,09	2,18	12,80	2,41	12,43	2,32
Total	11,33	2,56	12,31	2,43	11,79	2,54

**Tabla 20. CAS Subescala Actitudes**

NIVEL	SEXO					
	VARON		MUJER		Total	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
2º ESO	15,66	2,86	17,03	2,19	16,29	2,66
4º ESO	16,99	2,03	17,94	1,78	17,44	1,97
Total	16,30	2,58	17,48	2,05	16,85	2,41

#### 4.4.4.2. Análisis del ANTI (Métodos anticonceptivos) y SYS (Sexualidad y Salud)

El procedimiento para determinar la calidad de los ítems de los Cuestionarios ANTI. Métodos anticonceptivos y SYS. Sexualidad y Salud se realizó a partir del análisis de los índices de dificultad, discriminación y homogeneidad. Al final del capítulo se incluye un anexo en el que se explicita el contenido de los ítems de cada cuestionario con los valores correspondientes de estos índices.

- Índices de dificultad del ANTI y SYS

Entre los diferentes procedimientos para estimar la dificultad de los ítems, se ha escogido el índice  $p$  por ser el más utilizado. Según este parámetro, la dificultad del ítem es la proporción de sujetos que responden correctamente a dicho ítem. El valor  $p$  oscila entre 0 (muy difícil) y 1 (muy fácil).

En el estudio preliminar se realizó el análisis de los índices de dificultad de los ítems de estos cuestionarios, ANTI y SYS, para el total de la muestra, para cada uno de los niveles educativos (2º - 4º ESO) y según la variable Género (Varones-Mujeres). Las tablas completas aparecen detalladas en el trabajo anteriormente citado (Claramunt, 2005). A continuación, se resumen los principales hallazgos.

Para el total de la muestra, los índices de dificultad del cuestionario ANTI se distribuyen entre los valores 0,91 y 0,23; mientras que en el cuestionario SYS éstos se sitúan entre 0,90 y 0,12.

De acuerdo con lo esperado, los ítems de ambos cuestionarios muestran unos índices de dificultad diferentes para cada uno de los niveles educativos. A fin de facilitar su comparación, se ha considerado oportuno agrupar por intervalos los valores del índice  $p$ . En la tabla 4.6 se presenta la distribución porcentual de los ítems de los cuestionarios ANTI y SYS, adscritos a cada intervalo, con indicación del nivel educativo, 2º y 4º ESO.

**Tabla 21. Índices dificultad ANTI y SYS. Nº y % de ítems por nivel educativo**

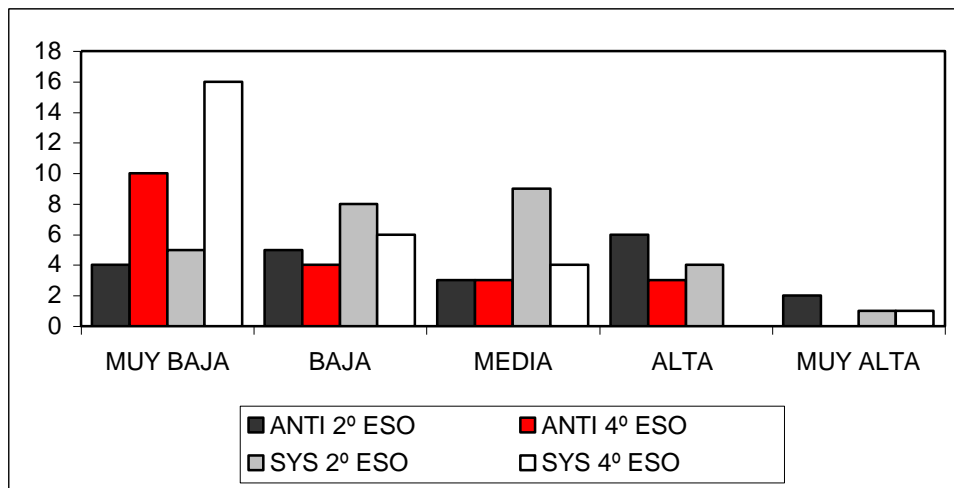
Nivel de dificultad	Valor de $p$	ANTI		SYS	
		2º ESO	4º ESO	2º ESO	4º ESO
Muy baja	1 – 0,80	4 (20%)	10 (50%)	5 (18,5%)	16 (59,2%)
Baja	0,79 – 0,60	5 (25%)	4 (20%)	8 (29,7%)	6 (22,3%)
Media	0,59 – 0,40	3 (15%)	3 (15%)	9 (33,3%)	4 (14,8%)
Alta	0,39 – 0,20	6 (30%)	3 (15%)	4 (14,8%)	---
Muy alta	0,19 – 0,01	2 (10%)	---	1 (3,7%)	1 (3,7%)

*Nota: Se indica el número de ítems del cuestionario con el porcentaje entre paréntesis.*



En su conjunto, el cuestionario ANTI presenta una dificultad media ( $p=0,51$ ) para el alumnado escolarizado en 2º ESO, mientras que en 4º ESO el índice de dificultad se sitúa en un nivel bajo ( $p=0,72$ ). El cuestionario SYS obtiene valores similares para el alumnado de 2º y 4º ESO con unos índices de dificultad  $p$  de 0,57 y 0,76, respectivamente (ver figura 5)

Figura 5: Índices de dificultad ANTI y SYS



- Índices de discriminación del ANTI y SYS

El poder discriminativo es la capacidad del ítem para diferenciar adecuadamente a los sujetos con diferentes grados en la característica evaluada por la prueba.

El índice de discriminación  $D$  se basa en la información que proporciona la comparación de las respuestas al ítem de dos grupos extremos formados atendiendo a su puntuación en el test. Para su cálculo, se estima la diferencia entre dos proporciones: la proporción de aciertos en el grupo superior menos la proporción de

aciertos en el grupo inferior, estando formados tales grupos por el 27% de los sujetos con más alta y más baja puntuación total en el cuestionario.

Este índice presenta limitaciones, debido a que puede haber preguntas que discriminan bien pero son difíciles (y fallan algunos del grupo superior) o fáciles (y las aciertan algunos del grupo inferior).

Para la toma de decisiones sobre el poder discriminativo de los ítems, se ha tomado como referencia la propuesta de Suárez (2001).

Valores e interpretación del Índice D	
Índice de discriminación	Interpretación
$D \geq 0,40$	Gran poder discriminativo
$0,30 \leq D \leq 0,39$	Discriminación aceptable
$0,20 \leq D \leq 0,29$	Escasa discriminación: revisión del ítem
$0,0 < D \leq 0,19$	Ítem inadecuado: modificación o eliminación
$D \leq 0,0$	Eliminación directa

*Tomado de Suárez (2001)*

El análisis de resultados nos indica que el cuestionario ANTI está compuesto por un total de 15 ítems (75%) que muestran un nivel de discriminación adecuado/aceptable para el alumnado de 2º ESO. Solamente el ítem 5 presenta una inadecuada capacidad discriminativa, debido a una dificultad muy alta ( $p = 0,15$ ).

En la línea de lo esperado, para el grupo de 4º ESO, 12 ítems (60%) alcanzan valores de  $D$  superiores o iguales a 0,30, pero hay 8 ítems (40%) que manifiestan un poder discriminativo escaso /inadecuado, tal como se detalla en la tabla 22.

**Tabla 22. Índices discriminación  $D$  ANTI y SYS. Nº y % de ítems por nivel educativo**

Interpretación	Valor de $D$	ANTI		SYS	
		2º ESO	4º ESO	2º ESO	4º ESO
Adecuado	$D > 0,40$	10 (50%)	11 (55%)	19 (70,3%)	7 (25,9%)
Aceptable	0,30 - 0,39	5 (25%)	1 (5%)	4 (14,8%)	8 (29,6%)
Escaso	0,20 - 0,29	4 (20%)	2 (10%)	3 (11,1%)	4 (14,8%)

---

Inadecuado	0,0 - 0,19	1 (5%)	6 (30%)	1 (3,7%)	8 (29,6%)
------------	------------	--------	---------	----------	-----------

---

Nota: Se indica el número de ítems del cuestionario con el porcentaje entre paréntesis.

En el cuestionario SYS, se observan 23 ítems (85%) con un nivel de discriminación adecuado/aceptable para el alumnado de 2º ESO. Únicamente el ítem 13 muestra un nivel inadecuado debido a una dificultad muy alta ( $p = 0,12$ ).

Nuevamente, se detecta un menor número de ítems con un adecuado o aceptable poder discriminativo para el grupo de 4º ESO: 15 ítems (56%). Por el contrario, 8 ítems (29,6%) manifiestan una inadecuada discriminación porque resultan muy fáciles con unos valores de  $p > 0,90$ . Cabe exceptuar al ítem 10.2 con una dificultad media ( $p = 0,57$ ).

A la vista de los resultados obtenidos, se ha considerado conveniente utilizar además el índice de discriminación  $D_c$ . Este índice es independiente del grado de dificultad de la pregunta, por lo que supera las limitaciones y complementa la información facilitada por el índice  $D$ .

El índice  $D_c$  nos indica la proporción de aciertos en el grupo superior con respecto al número total de acertantes. Puede considerarse satisfactorio si es superior a .50; es decir, más de la mitad de los acertantes pertenece al grupo que sabe más (Morales, 2000).

En el análisis efectuado, todos los ítems que presentaban un nivel de discriminación escaso / inadecuado ( $D$  inferior o igual a 29) obtienen un índice  $D_c$  con valores superiores a 0,50, considerándose satisfactorios para el alumnado de ambos niveles educativos, 2º y 4º ESO (ver tablas completas en anexo al final del capítulo)

Por último, para calibrar el poder discriminativo de los ítems, se ha comparado mediante una prueba t de significación las medias obtenidas en cada uno de los ítems por los grupos de mayor y menor puntuación (27% superior e inferior).

Prácticamente la mayoría de los ítems de ambos cuestionarios discriminaron significativamente entre los grupos inferior y superior para los niveles educativos de 2º

y 4º ESO, con valores de  $p < 0,001$ . Ello indica que son altamente útiles para diferenciar entre ambos grupos. En la tabla 23 se especifican las excepciones; es decir, los ítems que superan el nivel de significación de  $p = 0.001$ .

**Tabla 23. Ítems ANTI y SYS con menor poder discriminativo**

<b>CUESTIONARIO ANTI</b>			
<b>Nivel educativo</b>	<b>Ítems</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>2º ESO</b>	5	2,83	0,005
<b>4º ESO</b>	3	1,78	0,075 *
	6	3,14	0,002
<b>CUESTIONARIO SYS</b>			
<b>Nivel educativo</b>	<b>Ítems</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>2º ESO</b>	10.2	3,08	0,002
	13	2,22	0,028
<b>4º ESO</b>	10.2	0,77	0,437 *
	10.3	3,15	0,002

\*  $p > .05$  (escasamente discriminativo entre los grupos de mayor y menor puntuación)

- Índices de homogeneidad del ANTI y SYS

La homogeneidad puede evaluarse mediante un índice basado en la correlación ítem-test descontando el ítem. El valor obtenido expresa el grado de relación entre las respuestas al ítem y el resto de los ítems medidos a través de la puntuación total en el test.

Todos los ítems de ambos cuestionarios fueron significativamente homogéneos ( $p < .001$ ), indicándonos que están evaluando la misma variable. Sin embargo, existen algunos de ellos que muestran una correlación inferior a .20, considerándose por tanto que precisan una segunda revisión para decidir si son modificados o eliminados.

Las puntuaciones medias de la muestra en los cuestionarios ANTI y SYS son 12,19 y 17,97, con unas desviaciones típicas de 3,78 y 4,80, respectivamente. En la tabla 24 se presentan los estadísticos descriptivos del total de la muestra.

**Tabla 24: Estadísticos descriptivos ANTI y SYS**

		TOTAL ANTI	TOTAL SYS
Media		12,19	17,97
Desv. típ.		3,78	4,78
Moda		13	20
Percentiles	10	7,00	11,00
	20	9,00	14,00
	30	10,60	16,00
	40	11,80	18,00
	50	13,00	19,00
	60	13,00	20,00
	70	14,00	21,00
	80	15,00	22,00
	90	17,00	23,00

Para analizar la relación entre los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y los relacionados con enfermedades de transmisión sexual se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

Los resultados indican una asociación directa entre las puntuaciones totales de ambos cuestionarios ANTI y SYS, ya que se obtiene un coeficiente de correlación de Pearson= 0.726 ( $p=0.01$ ).

En las tablas 25 y 26 se muestran las medias y las desviaciones típicas obtenidas en ambos cuestionarios por cada nivel educativo y sexo.

**Tabla 25. Media y desviación típica ANTI según sexo y nivel**

NIVEL	TOTAL ANTI1					
	SEXO					
	VARON		MUJER		Total	
	Media	D. T.	Media	D. T.	Media	D. T.
2º ESO	10,27	3,25	10,15	3,45	10,22	3,34
4º ESO	14,04	3,15	14,53	2,89	14,27	3,03
Total	12,09	3,71	12,31	3,86	12,19	3,78

**Tabla 26. Media y desviación típica SYS según sexo y nivel**

NIVEL	TOTAL SYS1					
	SEXO					
	VARON		MUJER		Total	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
2º ESO	15,65	4,79	15,76	4,66	15,70	4,72
4º ESO	20,23	3,91	20,55	3,09	20,38	3,54
Total	17,84	4,95	18,11	4,63	17,97	4,80

Una diferencia de medias de muestras independientes reveló que las diferencias no son significativas en función del sexo para ninguno de los cuestionarios ( $p=.440$  y  $.458$ , para ANTI y SYS, respectivamente)

Sin embargo, se encuentran diferencias significativas en función del nivel educativo ( $p=.000$ ); es decir, el alumnado de 4º ESO muestra unos conocimientos más amplios sobre métodos anticonceptivos y sobre enfermedades de transmisión sexual que el escolarizado en 2º ESO.

A su vez, la interacción entre sexo y nivel no resulta significativa, por lo que podemos decir que chicos y chicas incrementan sus conocimientos de modo similar al comparar 2º y 4º ESO.

#### 4.4.4.3. Fiabilidad de los cuestionarios CAS, ANTI Y SYS

En el análisis de la fiabilidad de la BIESex, se ha considerado conveniente estimar la consistencia interna y la estabilidad temporal.

La consistencia interna se ha evaluado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y los valores resultantes para cada uno de los instrumentos aparecen reseñados en la Tabla 27. Se observa, por tanto, que la fiabilidad es elevada para los tres cuestionarios.

**Tabla 27. Consistencia interna de la BIESex: Alfa de Cronbach**

Cuestionario	Total	Género		Nivel educativo	
		Varón	Mujer	2º ESO	4º ESO
CAS	0,78	0,75	0,79	0,78	0,76
ANTI	0,78	0,76	0,80	0,70	0,78
SYS	0,81	0,82	0,79	0,69	0,75

La estabilidad temporal de los cuestionarios se ha evaluado mediante el método test-retest, utilizando una muestra reducida de sujetos ( $n= 54$ ), a los que se les aplicó los cuestionarios en dos ocasiones distanciadas por un período de un mes, sin que se realizase ninguna intervención específica.

Una prueba t de significación para muestras relacionadas indica que no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en ambas evaluaciones.

La correlación entre las puntuaciones totales de los sujetos en los cuestionarios CAS, ANTI y SYS es significativa ( $p < .001$ ) con valores de 0,472, 0,563 y 0,582, respectivamente. Ello confirma que estos instrumentos presentan una adecuada consistencia temporal en la evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales adolescentes

#### 4.5. CONFIGURACIÓN FINAL DE LOS INSTRUMENTOS DE LA BATERIA BIESex

Este estudio preliminar muestra que los instrumentos de la batería BIESex son suficientemente fiables para su aplicación en adolescentes de 13 a 16 años. Asimismo, manifiestan una estabilidad temporal adecuada según el método test-retest.

El análisis de la idoneidad de los instrumentos, junto con la determinación de la calidad de los ítems, ha permitido la introducción de una serie de modificaciones para la configuración de la versión final de la BIESex, tal como se enuncia a continuación.

#### CIG (Cuestionario de Información General)

El CIG no fue analizado psicométricamente por tratarse de un cuestionario de recogida de datos; pero se amplió el número total de ítems hasta 13, a fin de recoger datos complementarios, relacionados con la primera fuente de información sexual, el grado de confianza para plantear dudas y consultar con los progenitores, así como las actitudes manifestadas por los padres ante el diálogo sobre tópicos sexuales.

#### CAS (Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales)

En primer lugar, y siguiendo las indicaciones de los jueces, se ha introducido un cambio de formato en los ítems con el establecimiento de tres alternativas de respuesta, quedando de este modo: *acuerdo – desacuerdo – no lo sé o no estoy seguro*. También se ha eliminado el ítem 35, que hacía referencia a actitudes específicas ante las personas afectadas de SIDA.

La configuración de las subescalas de *Conocimientos y Actitudes* del CAS se ha resuelto mediante el sistema de jueces independientes, que han valorado nuevamente los 3 ítems con menor grado de consenso, quedando incluidos en la Subescala de Actitudes. En la versión final, cada una de las Subescalas está compuesta por un total de 17 ítems.

#### Consideraciones previas a las modificaciones de los cuestionarios ANTI y SYS



El objetivo de ambos cuestionarios es evaluar el nivel general de conocimientos de prevención de riesgos asociados a los embarazos no deseados (ANTI) y a las infecciones de transmisión sexual (SYS). Por ello, deben contener básicamente ítems de dificultad media por su mayor capacidad para discriminar en la zona central de la población (Navas, 2001).

La existencia de diferencias significativas atribuibles a la edad y al nivel educativo ha motivado la creación de dos versiones distintas, eliminando, modificando o incluyendo ítems que permitan evaluar con mayor precisión los conocimientos previos de los y las adolescentes en cada nivel educativo, así como valorar el impacto y eficacia de un programa de educación sexual dirigido a esta etapa evolutiva.

#### ANTI (Cuestionario de Métodos Anticonceptivos)

La formulación inicial del cuestionario ANTI resulta adecuada para evaluar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de menor edad y escolarizados en el nivel de 2º ESO, con una dificultad global media ( $p=0,51$ ). La distribución de los ítems según su índice de dificultad presenta un equilibrio aceptable. Según el análisis efectuado, el 70% de los ítems están adscritos a las categorías de dificultad baja, media o alta.

No obstante, este cuestionario presenta deficiencias para su aplicación al alumnado de mayor edad y que cursa estudios de 4º ESO, puesto que el 50% de los ítems presentan un índice de dificultad muy bajo.

El análisis conjunto de las propiedades métricas (dificultad, poder discriminativo y homogeneidad) ha motivado las siguientes modificaciones:

- Eliminación de los siguientes ítems por su bajo nivel de dificultad, escaso poder discriminativo y/o insuficiente homogeneidad :

- *Los métodos anticonceptivos tienen como finalidad impedir el embarazo*
- *El preservativo ha de utilizarse únicamente después de la penetración en el momento en que el hombre note que va a eyacular*
- Reformulación de 8 ítems con unas propiedades menos aceptables.
- Inclusión de nuevos ítems con contenidos que se refieren a:
  - *Métodos anticonceptivos más recientes (píldora post-coital, anillo vaginal, parches hormonales)*
  - *Idoneidad de los métodos anticonceptivos para su utilización por parte de parejas jóvenes*

Tras la realización de estas modificaciones, el cuestionario ANTI se ha reorganizado de la siguiente forma:

- a) Módulo común, para adolescentes de 13-16 años, en el que se han mantenido 13 ítems del cuestionario inicial, con algunas reformulaciones en su redacción, y 6 ítems nuevos con los contenidos antes mencionados. De este modo, se contaría con un total de 19 ítems, útiles para un doble objetivo: 1) evaluar los conocimientos adolescentes en el tramo de edad de 13-16 años y 2) valorar la eficacia de un programa de educación sexual dirigido al incremento de su nivel de información.
- b) Bloque 1: Para adolescentes de 13-14 años. Consta de un subconjunto específico para la población adolescente de menor edad, compuesto por 5 ítems del cuestionario inicial que se añaden a las 19 de módulo común. Consta, por tanto, de 24 ítems.
- c) Bloque 2: Para adolescentes de 15-16 años. Supone una ampliación del cuestionario inicial, aplicable a adolescentes de mayor edad, escolarizados en 4º ESO. Está compuesto por 26 ítems, que recogen contenidos de mayor dificultad acerca de la eficacia y funcionamiento de los métodos anticonceptivos más habituales que se añaden a los 19 elementos del módulo común; por lo que cuenta con 45 ítems. También indaga acerca

del modo de actuar ante una situación hipotética, tal como la negativa a utilizar el preservativo durante el coito, según se trate de relaciones ocasionales o pareja estable.

En la tabla 28 se refleja el número total de ítems de la configuración final del cuestionario ANTI con indicación de los cambios efectuados.

**Tabla 28. Configuración final cuestionario ANTI: Módulos**

Procedencia	Módulo común	Bloques específicos	
		2º ESO	4º ESO
Ítems versión inicial	8	2	--
Modificación ítems versión inicial	5	3	--
Inclusión ítems nuevos	6	--	26
Total ítems ANTI versión final	19	5	26

### **SYS (Cuestionario de Sexualidad y Salud)**

El análisis del cuestionario SYS en su formulación previa nos presenta una situación similar a la observada en el ANTI, con un índice global medio ( $p$  de 0, 57) para los adolescentes de menor edad y escolarizados en el nivel de 2º ESO. La distribución de los ítems del cuestionario SYS según el índice de dificultad muestra una proporción equilibrada, encontrándose un 78% entre las categorías de dificultad baja, media y alta.

En cambio, su contenido resulta más fácil para el alumnado que cursa estudios de 4º ESO, lo cual conlleva limitaciones debido a que alrededor del 60% de los ítems se sitúan dentro de una dificultad muy baja. No obstante, a pesar del menor poder discriminativo de tales ítems según el índice  $D$ , la información complementaria ofrecida por el índice  $D_c$  matiza los resultados obtenidos. La mayoría de los ítems discriminan significativamente entre los grupos inferior y superior, tanto para el alumnado de 2º como de 4º ESO, demostrando su utilidad.

En un primer paso, se ha determinado la eliminación de los siguientes 3 ítems por reiterar contenidos evaluados en la reformulación del cuestionario ANTI:

- *En los Centros de Planificación Familiar únicamente se asesora sobre métodos anticonceptivos*
- *Las píldoras anticonceptivas previenen del SIDA*
- *El uso correcto del preservativo previene del embarazo y del contagio de una enfermedad de transmisión sexual*

Las modificaciones necesarias para su utilización en el nivel de 4º ESO se han realizado con el apoyo de especialistas médicos en el área de salud y prevención. Ello ha determinado la reformulación de 5 ítems.

Después de este proceso preliminar, el cuestionario SYS se ha reorganizado de la siguiente forma:

- a) Módulo común, en el que se mantienen 20 ítems del cuestionario inicial, para ser utilizados para evaluar los conocimientos sobre sexualidad y salud de los y las adolescentes de 13-16 años.
- b) Bloque 1: Para adolescentes de 13-14 años. Consta de 5 ítems del cuestionario inicial, para su aplicación en población adolescente de menor edad, que se añaden a los 20 elementos del módulo común.
- c) Bloque 2: Para 15-16 años. Comprende el subconjunto de los 5 ítems, elaborados o reformulados para utilizarse con adolescentes de mayor edad, escolarizados en 4º ESO y que se añaden, asimismo, a los 20 del módulo común.

Una vez configurada la versión final de la BIESex (ver tablas 29, 30 y 31), se procedió al análisis de su fiabilidad y validez, lo cual constituye el primer objetivo de esta tesis, tal como aparece reflejado en el capítulo siguiente.

**Tabla 29: Configuración del CIG**

		Ítems	Tipo de respuesta
CIG	Configuración inicial	8	Acuerdo/Desacuerdo Elección múltiple
	Configuración final	13 + 2 preguntas abiertas	Acuerdo/Desacuerdo Elección múltiple Preguntas abiertas

**Tabla 30: Configuración del CAS**

		Ítems	Escala conocimientos	Escala actitudes	Tipo de respuesta
CAS	Configuración inicial	35	17 + (3)	15 + (3)	Acuerdo/Desacuerdo
	Configuración final	34	17	17	Acuerdo/Desacuerdo No lo sé ó no estoy seguro

**Tabla 31: Configuración del ANTI y SYS**

		Ítems	Tipo de respuesta	Ítems Específicos	
				Bloque 1 (13-14 años)	Bloque 2 (15-16 años)
ANTI	Configuración inicial	20	Verdadero/Falso y elección múltiple	-----	-----
	Configuración final	19	Las mismas	19 +5= 24	19 +26= 45
SYS	Configuración inicial	28	Verdadero/Falso y elección múltiple	-----	-----
	Configuración final	20	Verdadero/Falso y elección múltiple	20+5= 25	20 +5= 25



**ANEXO:**  
**ESTUDIO PRELIMINAR**  
**ÍNDICES DE DIFICULTAD, DISCRIMINACIÓN Y HOMOGENEIDAD**  
**CUESTIONARIOS ANTI Y SYS**









**Tabla 32. Estudio preliminar: Índices de dificultad y discriminación ANTI 2º ESO**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>p</b>	<b>D</b>	<b>Dc</b>
1	Una chica no puede quedarse embarazada la primera vez que hace el amor	0,68	0,45	0,68
2	Si la chica contiene la respiración cuando el hombre eyacula, no se queda embarazada	0,45	0,58	0,81
3	Los métodos anticonceptivos tienen como finalidad impedir el embarazo	0,90	0,22	0,57
4	La fecundación es posible <input type="checkbox"/> Siempre que una pareja haga el amor <input type="checkbox"/> Depende de cuándo haya sido la última vez <input type="checkbox"/> Si se realiza el coito sin protección cuando el óvulo está maduro <input type="checkbox"/> Si se excita el hombre y la mujer	0,42	0,51	0,83
5	El método Ogino (o del ritmo) consiste en: <input type="checkbox"/> Tener en cuenta los óvulos que hay <input type="checkbox"/> Precisar el primer día de la menstruación <input type="checkbox"/> No eyacular dentro de la vagina <input type="checkbox"/> No hacer el coito durante los días fértiles de la mujer	0,15	0,15	0,71
6	El condón y el diafragma son <input type="checkbox"/> métodos para evitar el coito <input type="checkbox"/> para aumentar la excitación sexual <input type="checkbox"/> para que no haya orgasmo <input type="checkbox"/> métodos barrera que impiden la unión del óvulo y del espermatozoide	0,86	0,39	0,62
7	La píldora anticonceptiva actúa <input type="checkbox"/> bloqueando el paso de los espermatozoides <input type="checkbox"/> para evitar que se produzca el semen <input type="checkbox"/> impidiendo la maduración de óvulo <input type="checkbox"/> aumentando el número de óvulos	0,30	0,51	0,92
8	Las píldoras anticonceptivas se toman: <input type="checkbox"/> después de hacer el amor <input type="checkbox"/> antes del coito <input type="checkbox"/> generalmente 21 días al mes <input type="checkbox"/> una vez al año	0,26	0,39	0,84
9	Las duchas o lavados vaginales con agua son un método eficaz para prevenir el embarazo	0,60	0,45	0,70
10	Utilizar espermicidas (cremas o espumas) es un método poco seguro para evitar el embarazo	0,31	0,39	0,82
11	La función básica de la píldora es la de inutilizar los espermatozoides para que no fecunden el óvulo	0,14	0,23	0,85
12	El preservativo ha de utilizarse únicamente después de la penetración en el momento en que el hombre note que va a eyacular	0,81	0,35	0,62
13	El método Ogino, junto con la “marcha atrás”, son los mejores y más eficaces métodos anticonceptivos	0,25	0,44	0,85
14	Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por cualquier persona porque no tienen consecuencias en la salud	0,30	0,32	0,75
15	El condón es un método seguro para evitar el embarazo y para prevenir enfermedades de transmisión sexual	0,86	0,25	0,58
16	Las píldoras y el diafragma (o capuchón) son métodos que pueden adquirirse en la farmacia sin necesidad de control médico	0,23	0,28	0,74
17	La vasectomía y la ligadura de trompas son métodos que requieren una intervención quirúrgica	0,54	0,66	0,82
18	Todos los métodos anticonceptivos pueden tener fallos aunque hay algunos más eficaces que otros	0,78	0,53	0,68
19	En los Centros de Planificación Familiar sólo atienden a personas casadas.	0,71	0,46	0,67
20	La responsabilidad de evitar el embarazo corresponde únicamente a la chica; al chico no le afecta.	0,67	0,57	0,74

**Tabla 33. Estudio preliminar: Índices de dificultad y discriminación ANTI 4º ESO**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>p</b>	<b>D</b>	<b>Dc</b>
1	Una chica no puede quedarse embarazada la primera vez que hace el amor	0,88	0,22	0,57
2	Si la chica contiene la respiración cuando el hombre eyacula, no se queda embarazada	0,80	0,43	0,64
3	Los métodos anticonceptivos tienen como finalidad impedir el embarazo	0,93	0,11	0,53
4	La fecundación es posible <input type="checkbox"/> Siempre que una pareja haga el amor <input type="checkbox"/> Depende de cuándo haya sido la última vez <input type="checkbox"/> Si se realiza el coito sin protección cuando el óvulo está maduro <input type="checkbox"/> Si se excita el hombre y la mujer	0,56	0,43	0,71
5	El método Ogino (o del ritmo) consiste en: <input type="checkbox"/> Tener en cuenta los óvulos que hay <input type="checkbox"/> Precisar el primer día de la menstruación <input type="checkbox"/> No eyacular dentro de la vagina <input type="checkbox"/> No hacer el coito durante los días fértiles de la mujer	0,34	0,53	0,85
6	El condón y el diafragma son <input type="checkbox"/> métodos para evitar el coito <input type="checkbox"/> para aumentar la excitación sexual <input type="checkbox"/> para que no haya orgasmo <input type="checkbox"/> métodos barrera que impiden la unión del óvulo y del espermatozoide	0,97	0,08	0,52
7	La píldora anticonceptiva actúa <input type="checkbox"/> bloqueando el paso de los espermatozoides <input type="checkbox"/> para evitar que se produzca el semen <input type="checkbox"/> impidiendo la maduración de óvulo <input type="checkbox"/> aumentando el número de óvulos	0,63	0,68	0,77
8	Las píldoras anticonceptivas se toman: <input type="checkbox"/> después de hacer el amor <input type="checkbox"/> antes del coito <input type="checkbox"/> generalmente 21 días al mes <input type="checkbox"/> una vez al año	0,51	0,60	0,78
9	Las duchas o lavados vaginales con agua son un método eficaz para prevenir el embarazo	0,82	0,26	0,59
10	Utilizar espermicidas (cremas o espumas) es un método poco seguro para evitar el embarazo	0,61	0,46	0,69
11	La función básica de la píldora es la de inutilizar los espermatozoides para que no fecunden el óvulo	0,35	0,58	0,85
12	El preservativo ha de utilizarse únicamente después de la penetración en el momento en que el hombre note que va a eyacular	0,93	0,17	0,55
13	El método Ogino, junto con la “marcha atrás”, son los mejores y más eficaces métodos anticonceptivos	0,77	0,54	0,69
14	Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por cualquier persona porque no tienen consecuencias en la salud	0,39	0,49	0,79
15	El condón es un método seguro para evitar el embarazo y para prevenir enfermedades de transmisión sexual	0,94	0,13	0,53
16	Las píldoras y el diafragma (o capuchón) son métodos que pueden adquirirse en la farmacia sin necesidad de control médico	0,53	0,61	0,77
17	La vasectomía y la ligadura de trompas son métodos que requieren una intervención quirúrgica	0,91	0,32	0,60
18	Todos los métodos anticonceptivos pueden tener fallos aunque hay algunos más eficaces que otros	0,96	0,10	0,53
19	En los Centros de Planificación Familiar sólo atienden a personas casadas.	0,75	0,47	0,67
20	La responsabilidad de evitar el embarazo corresponde únicamente a la chica; al chico no le afecta.	0,94	0,15	0,54

**Tabla 34. Estudio preliminar: Índices de dificultad y discriminación SYS 2º ESO**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>p</b>	<b>D</b>	<b>Dc</b>
<b>1</b>	Las siglas E.T.S. significan <input type="checkbox"/> Efecto total sexual <input type="checkbox"/> Enfermedad traumática superior <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	0,65	0,62	0,75
<b>3</b>	Pueden ser síntoma de una enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Cambios en el flujo vaginal (aspecto, olor, color...) <input type="checkbox"/> Sensación de escozor en el pene al orinar <input type="checkbox"/> Irritación en la zona genital, tanto en el hombre como en la mujer <input type="checkbox"/> Todos los anteriores	0,28	0,41	0,82
<b>4</b>	Si noto algún síntoma “raro” o tengo dudas, lo adecuado sería <input type="checkbox"/> Esperar hasta que pase porque no será nada. <input type="checkbox"/> Desconfiar de la pareja y cortar por si acaso. <input type="checkbox"/> Ir a un especialista, si es posible en compañía de mi pareja <input type="checkbox"/> Continuar manteniendo relaciones sexuales como antes	0,86	0,33	0,60
<b>5</b>	Sólo se puede contraer una enfermedad de transmisión sexual si se va con profesionales de la prostitución o con viciosos/as	0,67	0,62	0,75
<b>6</b>	Si me relaciono con chicos/as jóvenes como yo, no corro el riesgo de “pillar” una enfermedad	0,76	0,48	0,66
<b>7</b>	Existen tratamientos médicos eficaces para curar la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual	0,55	0,26	0,63
<b>8</b>	En los Centros de Planificación Familiar únicamente se asesora sobre métodos anticonceptivos	0,46	0,60	0,80
<b>9</b>	El SIDA está causado por <input type="checkbox"/> El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas múltiples. <input type="checkbox"/> Un virus desconocido	0,40	0,42	0,76
10.1	El SIDA se transmite a través de: Transfusiones de sangre	0,67	0,49	0,69
10.2	Picaduras de insectos	0,67	0,22	0,59
10.3	Contacto con semen, flujo vaginal y/o sangre infectada	0,83	0,40	0,63
10.4	Compartir maquinillas de afeitar y cepillos de dientes	0,36	0,44	0,78
10.5	Utilizar el mismo vaso, cubierto, toallas	0,53	0,29	0,65
10.6	Relaciones sexuales de penetración sin protección	0,85	0,33	0,60
10.7	Besos y caricias	0,68	0,38	0,64
10.8	Bañarse con un infectado en la misma piscina	0,56	0,61	0,77
10.9	Uso compartido de jeringuillas	0,84	0,44	0,64
10.10	De la madre seropositiva al hijo en el embarazo, parto o lactancia	0,36	0,48	0,80
<b>11</b>	El virus del SIDA se detecta <input type="checkbox"/> Con un análisis del semen o flujo vaginal <input type="checkbox"/> Analizando si hay anticuerpos en la sangre <input type="checkbox"/> Con una ecografía y un análisis de orina	0,24	0,38	0,88
<b>12</b>	Una persona portadora del SIDA puede transmitir la enfermedad incluso sin tener síntomas	0,55	0,62	0,80
<b>13</b>	Las personas infectadas con el virus VIH son enfermas del SIDA	0,12	0,12	0,71
<b>14</b>	Todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz para curar el SIDA	0,56	0,54	0,74
<b>15</b>	El SIDA sólo afecta a homosexuales, prostitutas y drogadictos	0,78	0,54	0,70
<b>16</b>	Con una sola relación con penetración es imposible contagiarse del SIDA o de otra enfermedad de transmisión sexual	0,50	0,54	0,77
<b>17</b>	El mejor medio de combatir el SIDA es la prevención y la solidaridad con las personas que lo padecen	0,63	0,52	0,73
<b>18</b>	Las píldoras anticonceptivas previenen del SIDA	0,52	0,72	0,84
<b>19</b>	El uso correcto del preservativo previene del embarazo y del contagio de una enfermedad de transmisión sexual	0,83	0,42	0,64

**Tabla 35. Estudio preliminar: Índices de dificultad y discriminación: SYS. 4º ESO**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>p</b>	<b>D</b>	<b>Dc</b>
1	Las siglas E.T.S. significan <input type="checkbox"/> Efecto total sexual <input type="checkbox"/> Enfermedad traumática superior <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	0,85	0,33	0,60
3	Pueden ser síntoma de una enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Cambios en el flujo vaginal (aspecto, olor, color...) <input type="checkbox"/> Sensación de escozor en el pene al orinar <input type="checkbox"/> Irritación en la zona genital, tanto en el hombre como en la mujer <input type="checkbox"/> Todos los anteriores	0,53	0,54	0,78
4	Si noto algún síntoma "raro" o tengo dudas, lo adecuado sería <input type="checkbox"/> Esperar hasta que pase porque no será nada. <input type="checkbox"/> Desconfiar de la pareja y cortar por si acaso. <input type="checkbox"/> Ir a un especialista, si es posible en compañía de mi pareja <input type="checkbox"/> Continuar manteniendo relaciones sexuales como antes	0,93	0,11	0,53
5	Sólo se puede contraer una enfermedad de transmisión sexual si se va con profesionales de la prostitución o con viciosos/as	0,91	0,21	0,56
6	Si me relaciono con chicos/as jóvenes como yo, no corro el riesgo de "pillar" una enfermedad	0,95	0,11	0,53
7	Existen tratamientos médicos eficaces para curar la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual	0,55	0,31	0,64
8	En los Centros de Planificación Familiar únicamente se asesora sobre métodos anticonceptivos	0,60	0,53	0,73
9	El SIDA está causado por <input type="checkbox"/> El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas múltiples. <input type="checkbox"/> Un virus desconocido	0,80	0,38	0,62
10.1	El SIDA se transmite a través de: Transfusiones de sangre	0,89	0,25	0,57
10.2	Picaduras de insectos	0,57	0,04	0,52
10.3	Contacto con semen, flujo vaginal y/o sangre infectada	0,96	0,08	0,52
10.4	Compartir maquinillas de afeitar y cepillos de dientes	0,72	0,35	0,62
10.5	Utilizar el mismo vaso, cubierto, toallas	0,70	0,42	0,65
10.6	Relaciones sexuales de penetración sin protección	0,96	0,13	0,53
10.7	Besos y caricias	0,84	0,29	0,59
10.8	Bañarse con un infectado en la misma piscina	0,81	0,43	0,64
10.9	Uso compartido de jeringuillas	0,98	0,07	0,52
10.10	De la madre seropositiva al hijo en el embarazo, parto o lactancia	0,55	0,44	0,71
11	El virus del SIDA se detecta <input type="checkbox"/> Con un análisis del semen o flujo vaginal <input type="checkbox"/> Analizando si hay anticuerpos en la sangre <input type="checkbox"/> Con una ecografía y un análisis de orina	0,60	0,47	0,69
12	Una persona portadora del SIDA puede transmitir la enfermedad incluso sin tener síntomas	0,75	0,46	0,66
13	Las personas infectadas con el virus VIH son enfermas del SIDA	0,12	0,24	0,90
14	Todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz para curar el SIDA	0,81	0,36	0,61
15	El SIDA sólo afecta a homosexuales, prostitutas y drogadictos	0,93	0,14	0,54
16	Con una sola relación con penetración es imposible contagiarse del SIDA o de otra enfermedad de transmisión sexual	0,64	0,33	0,63
17	El mejor medio de combatir el SIDA es la prevención y la solidaridad con las personas que lo padecen	0,84	0,33	0,60
18	Las píldoras anticonceptivas previenen del SIDA	0,80	0,36	0,62
19	El uso correcto del preservativo previene del embarazo y del contagio de una enfermedad de transmisión sexual	0,97	0,08	0,52

**Tabla 36. Índices de homogeneidad: ANTI**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>I. H.</b>
1	Una chica no puede quedarse embarazada la primera vez que hace el amor	0,38
2	Si la chica contiene la respiración cuando el hombre eyacula0, no se queda embarazada	0,45
3	Los métodos anticonceptivos tienen como finalidad impedir el embarazo	0,19 *
4	La fecundación es posible <input type="checkbox"/> Siempre que una pareja haga el amor <input type="checkbox"/> Depende de cuándo haya sido la última vez <input type="checkbox"/> Si se realiza el coito sin protección cuando el óvulo está maduro <input type="checkbox"/> Si se excita el hombre y la mujer	0,25
5	El método Ogino (o del ritmo) consiste en: <input type="checkbox"/> Tener en cuenta los óvulos que hay <input type="checkbox"/> Precisar el primer día de la menstruación <input type="checkbox"/> No eyacular dentro de la vagina <input type="checkbox"/> No hacer el coito durante los días fértiles de la mujer	0,25
6	El condón y el diafragma son <input type="checkbox"/> métodos para evitar el coito <input type="checkbox"/> para aumentar la excitación sexual <input type="checkbox"/> para que no haya orgasmo <input type="checkbox"/> métodos barrera que impiden la unión del óvulo y del espermatozoide	0,36
7	La píldora anticonceptiva actúa <input type="checkbox"/> bloqueando el paso de los espermatozoides <input type="checkbox"/> para evitar que se produzca el semen <input type="checkbox"/> impidiendo la maduración de óvulo <input type="checkbox"/> aumentando el número de óvulos	0,45
8	Las píldoras anticonceptivas se toman: <input type="checkbox"/> después de hacer el amor <input type="checkbox"/> antes del coito <input type="checkbox"/> generalmente 21 días al mes <input type="checkbox"/> una vez al año	0,33
9	Las duchas o lavados vaginales con agua son un método eficaz para prevenir el embarazo	0,32
10	Utilizar espermicidas (cremas o espumas) es un método poco seguro para evitar el embarazo	0,34
11	La función básica de la píldora es la de inutilizar los espermatozoides para que no fecunden el óvulo	0,34
12	El preservativo ha de utilizarse únicamente después de la penetración en el momento en que el hombre note que va a eyacular	0,30
13	El método Ogino, junto con la "marcha atrás", son los mejores y más eficaces métodos anticonceptivos	0,50
14	Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por cualquier persona porque no tienen consecuencias en la salud	0,17 *
15	El condón es un método seguro para evitar el embarazo y para prevenir enfermedades de transmisión sexual	0,22
16	Las píldoras y el diafragma (o capuchón) son métodos que pueden adquirirse en la farmacia sin necesidad de control médico	0,33
17	La vasectomía y la ligadura de trompas son métodos que requieren una intervención quirúrgica	0,53
18	Todos los métodos anticonceptivos pueden tener fallos aunque hay algunos más eficaces que otros	0,41
19	En los Centros de Planificación Familiar sólo atienden a personas casadas	0,30
20	La responsabilidad de evitar el embarazo corresponde únicamente a la chica; al chico no le afecta	0,40

\* Correlación inferior a .20 : revisión

**Tabla 37. Índices de homogeneidad: SYS**

<b>Nº</b>	<b>Contenido</b>	<b>I. H.</b>
<b>1</b>	Las siglas E.T.S. significan <input type="checkbox"/> Efecto total sexual <input type="checkbox"/> Enfermedad traumática superior <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	0,38
<b>3</b>	Pueden ser síntoma de una enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Cambios en el flujo vaginal (aspecto, olor, color...) <input type="checkbox"/> Sensación de escozor en el pene al orinar <input type="checkbox"/> Irritación en la zona genital, tanto en el hombre como en la mujer <input type="checkbox"/> Todos los anteriores	0,33
<b>4</b>	Si noto algún síntoma "raro" o tengo dudas, lo adecuado sería <input type="checkbox"/> Esperar hasta que pase porque no será nada. <input type="checkbox"/> Desconfiar de la pareja y cortar por si acaso. <input type="checkbox"/> Ir a un especialista, si es posible en compañía de mi pareja <input type="checkbox"/> Continuar manteniendo relaciones sexuales como antes	0,26
<b>5</b>	Sólo se puede contraer una enfermedad de transmisión sexual si se va con profesionales de la prostitución o con viciosos/as	0,46
<b>6</b>	Si me relaciono con chicos/as jóvenes como yo, no corro el riesgo de "pillar" una enfermedad	0,39
<b>7</b>	Existen tratamientos médicos eficaces para curar la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual	0,12 *
<b>8</b>	En los Centros de Planificación Familiar únicamente se asesora sobre métodos anticonceptivos	0,33
<b>9</b>	El SIDA está causado por <input type="checkbox"/> El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas múltiples. <input type="checkbox"/> Un virus desconocido	0,41
10.1	El SIDA se transmite a través de: Transfusiones de sangre	0,41
10.2	Picaduras de insectos	-0,28 *
10.3	Contacto con semen, flujo vaginal y/o sangre infectada	0,39
10.4	Compartir maquinillas de afeitar y cepillos de dientes	0,32
10.5	Utilizar el mismo vaso, cubierto, toallas	0,23
10.6	Relaciones sexuales de penetración sin protección	0,36
10.7	Besos y caricias	0,30
10.8	Bañarse con un infectado en la misma piscina	0,46
10.9	Uso compartido de jeringuillas	0,43
10.0	De la madre seropositiva al hijo en el embarazo, parto o lactancia	0,33
<b>11</b>	El virus del SIDA se detecta <input type="checkbox"/> Con un análisis del semen o flujo vaginal <input type="checkbox"/> Analizando si hay anticuerpos en la sangre <input type="checkbox"/> Con una ecografía y un análisis de orina	0,40
<b>12</b>	Una persona portadora del SIDA puede transmitir la enfermedad incluso sin tener síntomas	0,38
<b>13</b>	Las personas infectadas con el virus VIH son enfermas del SIDA	0,10 *
<b>14</b>	Todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz para curar el SIDA	0,39
<b>15</b>	El SIDA sólo afecta a homosexuales, prostitutas y drogadictos	0,45
<b>16</b>	Con una sola relación con penetración es imposible contagiarse del SIDA o de otra enfermedad de transmisión sexual	0,28
<b>17</b>	El mejor medio de combatir el SIDA es la prevención y la solidaridad con las personas que lo padecen	0,41
<b>18</b>	Las píldoras anticonceptivas previenen del SIDA	0,45
<b>19</b>	El uso correcto del preservativo previene del embarazo y del contagio de una enfermedad de transmisión sexual	0,41

\* Correlación inferior a .20 : revisión



# Capítulo 5

## Características psicométricas de la versión final de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex)

### 5.1. OBJETIVOS

El estudio preliminar ha permitido la construcción y configuración de la versión final de la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex), compuesta de los cuatro cuestionarios que se han reseñado en el capítulo anterior: Cuestionario de Información General (CIG), Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS.), Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI) y Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS).

El primer objetivo de esta tesis doctoral es el análisis de las características psicométricas de los cuestionarios CAS, ANTI y SYS, que constituyen el núcleo de la batería BIESex, a fin de comprobar su fiabilidad y validez. Para ello, se ha procedido a su aplicación a una muestra más amplia de adolescentes, diferente de la anterior.

## 5.2. MÉTODO

### 5.2.1. Participantes

En el estudio participaron 1322 adolescentes de ambos sexos (673 varones y 649 mujeres), escolarizados en centros públicos y concertados en la etapa de Secundaria Obligatoria, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. La tabla 38 presenta la distribución según edad y sexo.

**Tabla 38. BIESex: Distribución de la muestra según edad / sexo**

Edad	Sexo		Mujer	Total
	Varón			
13	227 (33,7%)	250 (38,5%)	477 (36,1%)	
14	95 (14,1%)	84 (12,9%)	179 (13,5%)	
15	224 (33,3%)	214 (33,0%)	438 (33,1%)	
16	104 (15,5%)	83 (12,8%)	187 (14,1%)	
17	23 (3,4%)	18 (2,8%)	41 (3,1%)	
N	673 (100%)	649 (100%)	1322 (100%)	

La edad media de los escolares es de 14,4 (D.T.=1,19). Alrededor de un tercio corresponde a la edad de 13 años (477 sujetos; 36,1%) y otro tercio incluye al grupo de 15 años (438; 33,1%). Ello se ajusta cronológicamente a los niveles educativos de los participantes, que cursaban estudios de 2º y 4º ESO (50,7% y 49,3%, respectivamente).

Atendiendo al tipo de centro, existe una mayor representación de adolescentes escolarizados en centros públicos frente a los matriculados en centros concertados, según se recoge en la tabla 39.

**Tabla 39. Distribución de la muestra: Tipo de centro/ Nivel ESO**

Tipo de Centro	Nivel educativo		Total
	2º ESO	4º ESO	
Públicos	536 (80,0%)	520 (79,8%)	1056 (79,9%)
Concertados	134 (20,0%)	132 (20,2%)	266 (20,1%)
N	670 (100%)	652 (100%)	1322 (100%)

Para estudiar la estabilidad de las respuestas en la BIESex, se realizó un segundo pase de la BIESex, un mes después del anterior, a 353 adolescentes (26,7% del total de los participantes), 233 escolarizados en 2º ESO y 120 en 4º ESO.

### 5.2.2. Instrumentos

La Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (Claramunt y Moreno-Rosset, 2009) está compuesta por tres cuestionarios básicos:

- Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS)
- Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI)
- Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS).

Además, incluye el Cuestionario de Información General (CIG), de carácter complementario, para la recogida de datos sobre las fuentes de información y vivencias sexuales de los adolescentes.

En el capítulo anterior se explicita detalladamente cada uno de ellos, indicando además las modificaciones efectuadas tras el estudio preliminar.

En la versión final estos cuestionarios han quedado configurados según se presenta en el esquema de la página siguiente (Tabla 40)

**Tabla 40. Composición esquemática de la BIESex (versión final)**

<b>Cuestionario</b>	<b>Contenido y formato de los ítems</b>	<b>Nº Ítems</b>
<b>CIG</b>	<p>Información y vivencia sexual Cuestionario complementario de la BIESex Formato: acuerdo – desacuerdo -no sé /no estoy seguro y elección múltiple Incluye además dos preguntas abiertas</p>	13
<b>CAS</b>	<p>Comprende dos subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos (17 ítems): puntúa el total de aciertos; el rango de las puntuaciones oscila entre 0-17</li> <li>- Actitudes sexuales (17 ítems): evalúa el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones; el rango de las puntuaciones oscila entre 0-34.</li> </ul> <p>Formato: acuerdo – desacuerdo -no sé /no estoy seguro</p>	34
<b>ANTI</b>	<p>Conocimientos sobre métodos anticonceptivos</p> <p>Está compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Módulo común (13-16 años)</li> <li>- Bloque 1 (13-14 nivel 2º ESO)</li> <li>- Bloque 2 (15-16 nivel 4º ESO)</li> </ul> <p>Las puntuaciones del Módulo y de los bloques específicos recogen el total de aciertos.</p> <p>Formato: elección múltiple y verdadero / falso /no sé</p>	19 5 26
<b>SYS</b>	<p>Conocimientos sobre sexualidad y salud: ETS y SIDA</p> <p>Está compuesta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Módulo común (13-16 años)</li> <li>- Bloque 1 (13-14 nivel 2º ESO)</li> <li>- Bloque 2 (15-16 nivel 4º ESO)</li> </ul> <p>Las puntuaciones del Módulo y de los bloques específicos recogen el total de aciertos.</p> <p>Formato: elección múltiple, verdadero / falso /no sé y una pregunta abierta</p>	20 5 5

Nota: Los textos completos pueden consultarse en el Anexo 1.

### 5.2.3. Procedimiento

En esta investigación, se ha seguido un procedimiento similar al utilizado en el estudio preliminar, puesto que se trataba de aplicar la BIESex a una muestra más amplia de adolescentes de las mismas características de edad y escolarización, con el objeto de analizar la fiabilidad y validez de la batería de instrumentos.

El primer paso consistió en contactar con los equipos directivos de los centros de tres municipios: Paiporta, Picanya y Torrent. Todos ellos, cercanos a la ciudad de Valencia. Dicho contacto se realizó por vía telefónica en el caso de los centros de Torrent que habían participado en el estudio previo, o por medio de una carta informativa, para aquellos que no participaron anteriormente. Para las poblaciones de Picanya y Paiporta, se realizó una reunión inicial con el personal de enfermería de los Centros de Salud, organizada por las profesionales de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y de la Unidad de Prevención del SIDA, pertenecientes al Departamento 8 de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Tras ese proceso de toma de contacto, se consiguió la participación de 4 centros concertados y de la totalidad de los centros públicos existentes en las tres localidades: 6 institutos.

Nuevamente, se llevaron a cabo reuniones con los equipos docentes de los centros para establecer el calendario de la aplicación de los cuestionarios por parte de los profesores tutores de cada grupo. También se les proporcionó una guía para el profesorado con las correspondientes instrucciones, ya reseñadas.

El único cambio fue la composición de la clave identificativa del alumnado con el propósito de evitar confusiones u olvidos. Así, para garantizar el anonimato y la privacidad de las respuestas, cada alumno/a se identificaba mediante una clave de siete dígitos, compuesta por los siguientes elementos: a) sexo (1=varón; 2=mujer); b) día y mes de la fecha de su nacimiento; c) la última letra del primer apellido y d) la inicial del segundo apellido

Salvo esta modificación, el resto del procedimiento fue idéntico, tal como se menciona escuetamente a continuación:

- Obtención del Consentimiento Informado de los padres o representantes legales de los participantes.
- Aplicación colectiva de la BIESex al alumnado de 2º y 4º ESO dentro del horario de tutoría.
- Elaboración de un dossier informativo de los resultados obtenidos en cada centro.

En esta investigación se ha realizado un muestreo incidental, con la participación de todos los centros públicos de las localidades, pero con un número más reducido de centros concertados, que se mostraron dispuestos a colaborar.

#### 5.2.4. Análisis estadísticos

Los datos han sido codificados en una matriz informática y analizados con el paquete estadístico Statistical Pacckage for Social Sciencies (SPSS) versión 13.0.

Para el análisis de la fiabilidad se tomó como referencia la Teoría Clásica de los Tests (Martínez Arias, 1995), evaluando la fiabilidad como consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Se ha controlado también la estabilidad temporal de las respuestas mediante la correlación de Pearson test-retest.

La validez se ha analizado a través de correlaciones y pruebas T de Student.

### 5.3. RESULTADOS

#### 5.3.1. Fiabilidad

La consistencia interna se ha evaluado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y los valores resultantes para los instrumentos básicos de la BIESex aparecen reseñados en la Tabla 41.

**Tabla 41. Consistencia interna de la BIESex: Alfa de Cronbach**

Cuestionario	Total	Nivel educativo	
		2º ESO	4º ESO
CAS	0,790	0,808	0,751
Subescala CONOCIMIENTOS	0,716	0,741	0,664
Subescala ACTITUDES	0,608	0,622	0,584
ANTI: Modulo común	0,724	0,755	0,596
ANTI Total		0,796	0,855
SYS: Modulo común	0,769	0,784	0,704
SYS Total		0,830	0,753

El coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario CAS, considerando los 1322 participantes, obtuvo un valor de 0,79, indicando una elevada consistencia interna entre sus elementos. El valor de alfa para la Subescala de Conocimientos fue de 0,71, y para la Subescala de Actitudes de 0,60.

La fiabilidad del cuestionario CAS, considerada separadamente según el nivel educativo, alcanza unos valores de alfa entre 0,80 y 0,75 para 2º y 4º ESO, respectivamente. En la Subescala de Conocimientos, el coeficiente alfa se sitúa entre 0,74 (2º ESO) y 0,66 (4º ESO). Para la Subescala de Actitudes, estos valores descienden ligeramente, con niveles aceptables de 0,62 para 2º ESO y 0,58 para 4º ESO.

Para la totalidad de los participantes, el coeficiente alfa del Módulo común del cuestionario ANTI obtuvo un valor de 0,72, lo que indica una elevada consistencia interna. Igual sucede con el Módulo común del cuestionario SYS, con un alfa de 0,76.

Considerando por separado cada nivel educativo, la fiabilidad del Módulo común del cuestionario ANTI es elevada, con un valor de alfa de 0,75 para el nivel de 2º ESO, descendiendo este valor a 0,59 en el caso del alumnado de 4º ESO. Sin embargo, se observa un ascenso notable de estos valores, cuando se toma conjuntamente las puntuaciones del Módulo común y de los bloques específicos, tal como se presenta en la tabla 5.3.

El coeficiente alfa de Cronbach del cuestionario ANTI Total (Módulo común más Bloque específico), considerando los 670 participantes escolarizados en 2º ESO, fue de 0,79. En el caso del alumnado de 4º ESO, este valor ascendió hasta 0,85. Se constata, por tanto, una elevada consistencia interna entre sus elementos para ambos niveles educativos.

Lo mismo sucede con la fiabilidad del cuestionario SYS Total (Módulo común más Bloque específico), con valores de alfa de 0,83 para el nivel de 2º ESO y 0,75 para 4º ESO.

De todo ello, se desprende que los cuestionarios básicos de la BIESex (CAS, ANTI y SYS) poseen una elevada fiabilidad.

La estabilidad temporal de los cuestionarios se ha evaluado mediante el método test-retest, utilizando una muestra reducida de participantes (n= 353), a los que se les aplicó los cuestionarios en dos ocasiones distanciadas por un período de un mes, sin que se realizase ninguna intervención específica.

Se calculó la media aritmética de las puntuaciones obtenidas por la totalidad de los participantes en cada uno de los tres cuestionarios y se correlacionaron las puntuaciones medias del test y el retest (Tabla 42).



**Tabla 42. Estabilidad test-retest: Totalidad muestra**

Cuestionario	Test	Retest	<i>r</i> Pearson
CAS: Subescalas			
- CONOCIMIENTOS	8,38	9,54	0,681(**)
- ACTITUDES	28,48	29,51	0,662(**)
ANTI: Modulo común	9,18	9,80	0,693(**)
SYS: Modulo común	12,50	13,17	0,707(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La correlación entre las puntuaciones de la totalidad de los participantes en el test y el retest de los cuestionarios CAS, ANTI y SYS es significativa ( $p < 0.01$ ).

También se analizó la estabilidad para cada nivel educativo, observándose de nuevo correlaciones significativas (tabla 43)

**Tabla 43. Estabilidad test-retest: Niveles educativos**

Nivel educativo 2º ESO			
Cuestionario	Test	Retest	<i>r</i> Pearson
CAS: Subescalas			
- CONOCIMIENTOS	7,69	8,79	0,625(**)
- ACTITUDES	27,71	28,89	0,654(**)
ANTI: Modulo común	8,18	9,19	0,695(**)
ANTI Total	10,53	11,78	0,695(**)
SYS: Modulo común	11,61	12,25	0,679(**)
SYS Total	14,52	15,02	0,677(**)
Nivel educativo 4º ESO			
Cuestionario	Test	Retest	<i>r</i> Pearson
CAS: Subescalas			
- CONOCIMIENTOS	9,73	11,03	0,690(**)
- ACTITUDES	29,97	30,72	0,587(**)
ANTI: Modulo común	11,13	10,98	0,605(**)
ANTI Total	23,92	25,15	0,664(**)
SYS: Modulo común	14,26	14,97	0,631(**)
SYS Total	16,69	17,65	0,634(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las subescalas del CAS muestran valores que oscilan de 0,587 (Actitudes) a 0,690 (Conocimientos) para el nivel de 4º ESO, mientras que en adolescentes de menor edad (2º ESO) se sitúa entre 0,625 y 0,654, en las Subescalas de Conocimientos y Actitudes, respectivamente. La estabilidad de las mediciones de los cuestionarios ANTI y SYS también parece apropiada, con valores de  $r$  entre 0,605 y 0,695, tanto tomando aisladamente los Módulos comunes como conjuntamente con los bloques específicos.

Se confirma que estos instrumentos presentan una adecuada consistencia temporal en la evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 13-16 años.

### 5.3.2. Validez

Finalmente, se realizó un análisis de las asociaciones entre las puntuaciones de cada uno de los cuestionarios, incluyendo también las parciales en las subescalas del CAS. Según puede observarse en la tabla 44, todas las asociaciones resultaron significativas, tanto para la totalidad de los participantes como para los niveles educativos de 2º y 4º ESO.

La Subescala de Conocimientos del CAS aparece en mayor medida asociada con los Módulos comunes de los cuestionarios ANTI y SYS, así como con la subescala de Actitudes, con valores de  $r$  que oscilan entre 0,502 (Subescala de Actitudes) y 0,663 (Módulo común SYS). Sin embargo, la Subescala de Actitudes muestra una menor asociación con los cuestionarios ANTI y SYS, lo cual puede explicarse teniendo en cuenta que ambos evalúan el nivel de conocimientos específicos sobre la prevención de riesgos: embarazos no deseados y enfermedades transmisibles pro vía sexual.

**Tabla 44. Asociaciones entre la BIESex: Correlación de Pearson**

Totalidad de la muestra de participantes				
Cuestionario	CAS CONOCIMIENTOS	CAS ACTITUDES	ANTI MOD.COMÚN	SYS MOD.COMÚN
CAS: Subescalas				
- CONOCIMIENTOS	-----			
- ACTITUDES	0,502(**)	-----		
ANTI: Modulo común	0,592(**)	0,464(**)	-----	
SYS: Modulo común	0,531(**)	0,455(**)	0,663(**)	-----
Nivel educativo 2º ESO				
Cuestionario	CAS CONOCIMIENTOS	CAS ACTITUDES	ANTI MOD.COMÚN	SYS MOD.COMÚN
CAS: Subescalas				
- CONOCIMIENTOS	-----			
- ACTITUDES	0,443(**)	-----		
ANTI: Modulo común	0,537(**)	0,438(**)	-----	
SYS: Modulo común	0,467(**)	0,384(**)	0,620(**)	-----
Nivel educativo 4º ESO				
Cuestionario	CAS CONOCIMIENTOS	CAS ACTITUDES	ANTI MOD.COMÚN	SYS MOD.COMÚN
CAS: Subescalas				
- CONOCIMIENTOS	-----			
- ACTITUDES	0,483(**)	-----		
ANTI: Modulo común	0,526(**)	0,376(**)	-----	
SYS: Modulo común	0,482(**)	0,436(**)	0,577(**)	-----

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Por otro lado, se comprobó la validez de la BIESex para discriminar entre adolescentes de mayor y menor edad, mediante una prueba t para muestras independientes. Se procedió a la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los cuestionarios y de las subescalas por parte del alumnado escolarizado en los niveles de 2º y 4º ESO.

Los resultados recogidos en la tabla 45 muestran diferencias significativas en los conocimientos y actitudes sexuales, medidos mediante las dos subescalas del CAS

y los Módulos comunes de los cuestionarios ANTI y SYS.

**Tabla 45. Validez discriminante de la BIESex**

Cuestionario	Adolescentes 13-14 años (2º ESO) Media (DT)	Adolescentes 15-16 años (4º ESO) Media (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>
CAS: Subescalas				
- CONOCIMIENTOS	8,01 (3,20)	10,13 (3,24)	-11,962	p=0.000*
- ACTITUDES	27,46 (3,94)	29,39 (3,79)	-9,026	p=0.000*
ANTI: Modulo común	8,20 (3,34)	11,54 (2,96)	-19,251	p=0.000*
SYS: Modulo común	11,32 (3,67)	13,96 (3,25)	-13,836	p=0.000*

Nota: Se ha utilizado la prueba de Levene para comprobar el supuesto de homogeneidad de varianza. En caso de violación del supuesto se han aplicado las correcciones oportunas

#### 5.4. CONCLUSIONES

La Batería de Instrumentos de Evaluación en Educación Sexual (BIESex) está compuesta por tres cuestionarios básicos (CAS, ANTI y SYS) y uno complementario, el Cuestionario de Información General (CIG).

Esta Batería ha sido diseñada para la evaluación de los conocimientos y las actitudes sexuales de la población adolescente, con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años, que está escolarizada, según el actual sistema educativo español, en la Etapa de Secundaria Obligatoria en los niveles de 2º - 4º ESO. Asimismo, puede ser utilizada para la valoración de la eficacia de programas de intervención en el área de la educación sexual.

El presente estudio empírico ha permitido constatar las adecuadas características psicométricas de los instrumentos, habiéndose cumplido con los objetivos previstos.

## **Capítulo 6**

# **Construcción y descripción del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex)**

En este capítulo se presenta el diseño del programa de educación sexual, al que hemos denominado P.E.Sex, dirigido a adolescentes de 13 a 16 años y aplicado en el contexto educativo de Secundaria Obligatoria.

Este programa es el resultado de un proceso que se inició en 1986 y que ha ido creciendo durante dos décadas hasta llegar a su formato actual. De ahí que una de las características más destacables sea su propia trayectoria, descrita en diferentes trabajos (Claramunt, 1990, 1992a, 1992b, 1997a, 1997b, 1999, 2006).

Seguidamente se hace referencia a las fases de su creación. El resto de apartados muestran los objetivos específicos, los contenidos y la metodología de las sesiones grupales, así como el grado de participación y responsabilidad de los agentes implicados en su puesta en práctica.

## 6.1. FASES DE CREACIÓN

Inicialmente, surge como respuesta a la demanda específica de un centro escolar de Torrent (Valencia), con el propósito de llevar a cabo una intervención que complementara la unidad didáctica de la reproducción humana dentro del área de Ciencias Naturales. Poco a poco, se van incorporando otros centros de la localidad. Al mismo tiempo, se analizan los resultados, se recogen las sugerencias de los equipos docentes y se introducen cambios.

Su evolución ha supuesto una serie de avances que pueden concretarse en:

- Progresiva ampliación de los contenidos.
- Aumento en el grado de estructuración del proyecto
- Evaluación continua de la eficacia del propio programa
- Cambios sustanciales en las actitudes del profesorado participante
- Incremento creciente del número de participantes hasta abarcar toda la población escolarizada en centros públicos de Torrent
- Incorporación de los centros concertados en el curso 2003-04
- Extensión del programa para incluir el 2º Ciclo de la ESO (14-16 años)

La consolidación del P.E.Sex y su extensión a todos los centros públicos de Torrent desde el curso 1993-94 se ha visto potenciada y respaldada, gracias a la acción conjunta de las Concejalías de Educación y Bienestar Social del Ayuntamiento de Torrent. El P.E.Sex está coordinado por el Gabinete Psicotécnico Municipal y cuenta con la colaboración de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y de la Unidad de Prevención del SIDA, ambas entidades pertenecientes a la red de Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

La inclusión del 2º ciclo de ESO durante el curso 2003-04 supuso extender la educación sexual a todo el período de escolarización obligatoria, facilitando además la participación de los Centros concertados en las actividades y recursos del Programa.

En octubre de 2003 se puso en marcha el Programa Municipal de Educación Sexual (P.E.Sex), en una edición que podría considerarse “piloto”, en la que participaron alrededor de 800 alumnos/as de 2º y 4º ESO escolarizados en centros escolares públicos y concertados de Torrent. Con la experiencia obtenida, se perfiló el diseño, la metodología y el contenido de las sesiones de los módulos que componen la intervención.

El P.E.Sex se realiza con la colaboración del tutor/a de cada grupo de alumnos/as, así como con la participación del equipo de ciclo y los profesionales de los distintos servicios implicados (Gabinete Psicotécnico Municipal, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y Unidad de Prevención del SIDA).

## 6.2. OBJETIVOS DEL P.E.Sex

Los objetivos del P.E.Sex se ajustan a la población adolescente (13-16 años) y a sus características evolutivas (biológicas, psíquicas y sociales), así como a las capacidades del alumnado en el desarrollo de la dimensión afectivo-sexual.

Estos objetivos son:

- ◆ Ampliar los conocimientos básicos acerca de la sexualidad humana, desarrollando un sentido crítico que permita cuestionar y eliminar las distorsiones, prejuicios, mitos, tabúes y temores infundados.
- ◆ Asumir una actitud ética ante la sexualidad, entendida como expresión de identidad, sentimientos, placer, comunicación y reproducción.
- ◆ Profundizar en las habilidades de comunicación sobre temas sexuales, favoreciendo el diálogo, la comprensión y la expresión de mensajes entre iguales y con personas adultas, mediante la utilización de un vocabulario preciso y no discriminatorio.
- ◆ Potenciar el respeto y la responsabilidad en las relaciones personales, aceptando las diferentes expresiones de la sexualidad.
- ◆ Desarrollar la autoestima a través de la propia identidad sexual y la adquisición de las habilidades necesarias para vivir la sexualidad.



### 6.3. METODOLOGÍA APLICADA EN EL PROGRAMA

El marco metodológico de referencia engloba las características propias de esta etapa evolutiva, apoyándose en los siguientes principios didácticos:

- La construcción crítica y reflexiva de los conocimientos
- El carácter activo del alumnado en el proceso de enseñanza- aprendizaje
- La globalización de los procesos de adquisición de aprendizajes

Por ello, la metodología utilizada se basa principalmente en un análisis inicial de las ideas previas del alumnado, para ir posteriormente ampliando sus áreas de conocimiento. El desarrollo de las sesiones supone la realización de actividades individuales y en pequeños equipos de trabajo para concluir finalmente con una puesta en común, exposición o difusión de la información.

En las sesiones se ha utilizado principalmente el método socrático, empleando el diálogo como medio para llegar al conocimiento a través de preguntas planteadas por el educador, que ejerce de moderador en el debate del grupo. Dicho método es frecuentemente empleado en las intervenciones de educación sexual y conlleva el fomento del respeto a la diversidad en la vivencia sexual personal, así como la aceptación de las diferentes opciones y actitudes hacia la sexualidad.

La figura del educador-moderador recurre al uso de distintos tipos de preguntas en función del desarrollo del debate. A grandes rasgos, y sin pretender una exposición exhaustiva, la intervención del moderador puede tener como objetivo la devolución de la cuestión planteada al propio participante (*pregunta-eco*), a otro miembro del grupo (*pregunta-rebote*) o incluso a todo el grupo (*pregunta-reflector*). Las preguntas también pueden ser de tipo abierto o cerrado, directas o indirectas.

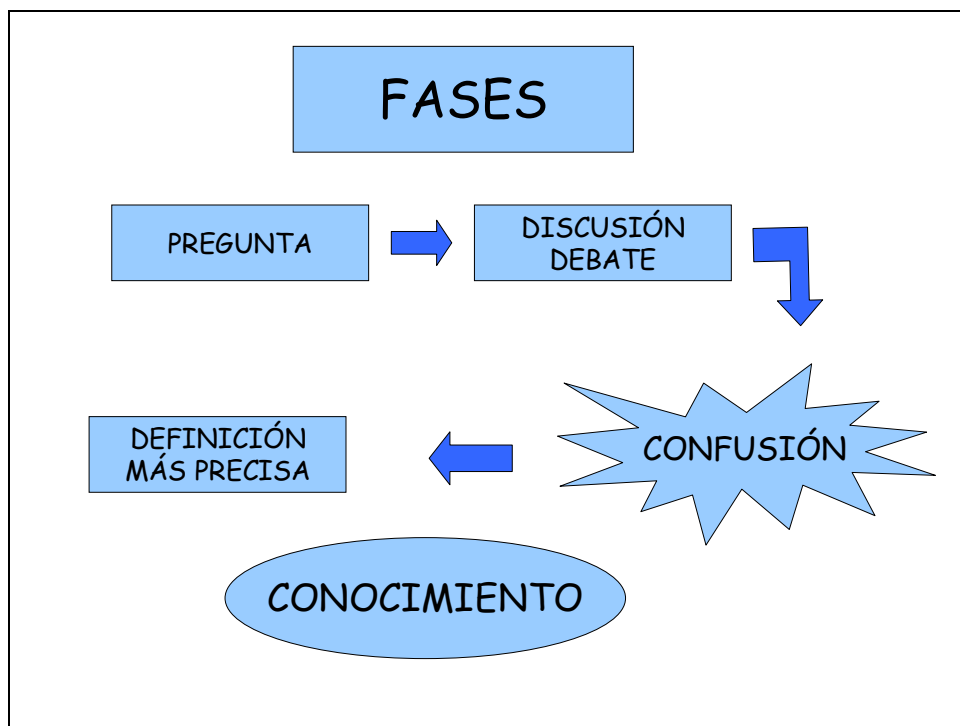
En ocasiones, la intervención del moderador puede tener como finalidad invitar a la participación del grupo en su conjunto o a un miembro poco activo, ya sea

específicamente o mediante alguna estrategia no directiva. Un recurso posible para activar el debate puede ser el análisis comentado de las intervenciones efectuadas hasta el momento, el recuerdo de preguntas anteriores o la práctica de la empatía animando a ponerse en el lugar de una persona que ha manifestado una determinada opinión (“¿por qué crees que X ha dicho tal cosa?”).

Evidentemente, además de estos recursos verbales, se incluye la comunicación no verbal: contacto ocular, expresión facial, gestos, postura corporal y otros componentes paralingüísticos, tales como el tono y volumen de voz, las pausas, el manejo del silencio, entre otros (Caballo, 1993)

En la Figura 6 se plasma un esquema de las fases del método socrático.

**Figura 6. Método socrático**



#### 6.4. ESTRUCTURA Y CONTENIDOS

El P.E.Sex está estructurado en dos Módulos, diseñados para su aplicación en grupos de adolescentes de 13-16 años dentro del contexto escolar, lo cual se corresponde en el actual sistema educativo con la etapa de Secundaria Obligatoria.

Cada uno de estos módulos engloba distintos contenidos temáticos, distribuidos en bloques. El Módulo 1 incide en el alumnado de 2º de Secundaria (13-14 años), mientras que el Módulo 2 se dirige al nivel de 4º de ESO (15-16 años).

En su conjunto, el P.E.Sex está compuesto por un total de seis bloques temáticos que abordan de manera específica contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales sobre el tema de la sexualidad. En la tabla 46 se presenta la estructura general del programa.

**Tabla 46: Estructura del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex)**

Bloques temáticos	
<b>Módulo 1</b> <b>(2º ESO)</b>	I ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.
	II LA SEXUALIDAD (1)
	III MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
<b>Módulo 2</b> <b>(4º ESO)</b>	IV LA SEXUALIDAD (2)
	V RESPUESTA SEXUAL. MITOS ASOCIADOS.
	VI SEXUALIDAD Y SALUD

En las páginas siguientes se detalla el contenido de cada uno de los bloques, haciendo referencia a los agentes implicados en el desarrollo de las sesiones grupales.



Tabla 47

<h2 style="margin: 0;">PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL</h2> <h3 style="margin: 0;">MÓDULO 1 (2º E.S.O.)</h3>
---

BLOQUES TEMÁTICOS	ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA	SEXUALIDAD (1)	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
<b>RESPONSABLE</b>	Profesorado de C. Naturales	Coordinadora del P.E.Sex	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva
<b>CONTENIDOS</b>	<p>Sexuación: anatomía y fisiología de los órganos genitales masculino y femenino.</p> <p>Sistemas hormonales.</p> <p>Cambios puberales.</p> <p>Reproducción, fecundación, embarazo y parto.</p>	<p>Definición de la sexualidad.</p> <p>Dimensiones de la sexualidad: Identidad, Placer, Afectividad, Fecundidad.</p> <p>Formas de relación sexual: coital y no coital.</p> <p>Orientaciones sexuales: homo/heterosexualidad.</p>	<p>Regulación de la fecundidad: métodos anticonceptivos.</p> <p>Análisis comparativo de su eficacia.</p> <p>Dudas y temores relacionados con la contracepción.</p> <p>Decisiones responsables.</p>

Tabla 48

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL  
MÓDULO 2 (4º E.S.O.)**

BLOQUES TEMÁTICOS	SEXUALIDAD (2)	RESPUESTA SEXUAL, MITOS	SEXUALIDAD Y SALUD
RESPONSABLE	TUTORES/PROFESORADO	COORDINADORA DEL P.E.Sex	UNIDAD DE PREVENCIÓN SIDA
CONTENIDOS	<p>Definición de la sexualidad.</p> <p>Dimensiones de la sexualidad: Identidad, Placer, Afectividad, Fecundidad.</p> <p>Deseo, sentimientos, actitudes y conducta sexual.</p> <p>Debate y recogida de temas de interés para el alumnado</p>	<p>Fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo y resolución.</p> <p>Mitos sexuales frecuentes</p>	<p>E.T.S. Definición y síntomas más relevantes.</p> <p>Definición: VIH y SIDA .</p> <p>Vías de transmisión.</p> <p>Medios de detección.</p> <p>Conductas y prácticas de riesgo.</p> <p>Medidas activas de prevención.</p>

## 6.5. DESARROLLO DE LOS MÓDULOS DEL P.E.Sex

En este apartado se presenta una descripción del desarrollo de cada uno de los bloques temáticos que componen los Módulos 1 y 2 del programa de intervención. Las fichas de trabajo se recogen en el Anexo 2.

### **MÓDULO 1: NIVEL EDUCATIVO 2º ESO**

#### **BLOQUE I: ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA**

El desarrollo de este bloque está a cargo del profesorado del área de Ciencias Naturales. Los contenidos forman parte del currículo ordinario de la Educación Secundaria Obligatoria, dentro de la Unidad Didáctica de la Reproducción Humana.

Cada docente establece las actividades oportunas para la adquisición de los conceptos, actitudes y procedimientos según el programa de la asignatura, con los materiales que considera pertinentes, ya sea los incluidos en el libro de texto u otros de carácter complementario, adaptándolos a las características del grupo y a sus niveles de competencia curricular.

Esta circunstancia conlleva el asumir que no se parte de la uniformidad en el tratamiento de los contenidos, ni en la metodología o en las actividades; porque, como hemos explicitado, la intervención de cada docente se ajusta al marco general del área, a la programación de la asignatura establecida en cada uno de los centros escolares y también a las características y diversidad del alumnado de cada grupo, así como a su propio estilo didáctico.

Además, tampoco se da homogeneidad en el número de sesiones empleadas ni el tiempo total empleado porque se decidió mantener al máximo las condiciones naturales habituales, tal como sucede en las aulas de ESO cuando se aborda esta Unidad Didáctica.

Ello conlleva una notable variabilidad, que abarca desde un planteamiento adscrito únicamente a la materia contenida en el libro de texto con escasa profundización, hasta la formación de grupos de trabajo para llevar a cabo pequeñas exposiciones en el aula. Por término medio, el tiempo empleado se sitúa entre 2-4 sesiones; desarrollándose a lo largo de una o dos semanas, según nos han informado los docentes. La propia amplitud del programa del área de Ciencias Naturales no permite ahondar específicamente ni de una manera exhaustiva en un contenido determinado, porque iría en detrimento del resto.

Evidentemente, este hecho incluye una serie de variables no sujetas a control dentro del diseño de investigación. Aceptando estas limitaciones, en la versión final de la BIESex se ha evitado en lo posible la inclusión de conceptos anatómicos o fisiológicos en los instrumentos de evaluación.

Sin embargo, para el desarrollo del P.E.Sex se ha considerado necesario que se hubiera impartido previamente la Unidad Didáctica de la Reproducción Humana, a fin de asegurarse que el alumnado posee un dominio suficiente de los conceptos anatómicos y fisiológicos básicos que permitan la comprensión y la utilización de un lenguaje común de base científica.

## **BLOQUE II: LA SEXUALIDAD (1)**

Este bloque se desarrolla en una sesión grupal, para la cual se han elaborado unas fichas de trabajo que se incluyen en el anexo 2. Esta sesión supone el primer contacto del alumnado con el equipo que lleva a cabo el P.E.Sex; en este caso, con la sexóloga del Gabinete. Hasta el momento las actividades se habían realizado por parte de los miembros del claustro del centro escolar, concretamente el tutor/a y el profesorado del área de Ciencias Naturales. Así, pues, es necesario efectuar una presentación y crear un clima positivo para el desarrollo de una dinámica adecuada que permita la expresión de las opiniones personales desde el respeto a la diversidad de vivencias y opciones.



Esta sesión de trabajo se inicia repartiendo entre el alumnado la Ficha de trabajo individual del Bloque II *¿Qué es la sexualidad?* (Anexo 2). El objetivo es hacerles reflexionar y que plasmen por escrito sus ideas previas sobre la sexualidad. Esta estrategia permite la consecución de un mayor grado de participación, ya que facilita la expresión de los y las adolescentes más tímidos a los que les cuesta especialmente hacer una intervención en voz alta delante del grupo.

Una vez que han cumplimentado la tarea propuesta, se les entrega la Ficha-Resumen de la sesión (Anexo 2). Se les invita a ir leyendo lo que han anotado en cada apartado para poner en común las ideas. Las conclusiones se van anotando en la pizarra, al tiempo que el alumnado lo transcribe de manera resumida. Al final, se les indica que elaboren una definición sobre la sexualidad.

Los contenidos temáticos son los siguientes:

- a) Fines de la sexualidad: reproducción, placer y expresión de sentimientos.
- b) Tipos de relación sexual coital y no coital
- c) Formas de vivir la sexualidad: orientación del deseo sexual
- d) Ciclo vital sexual: evolución de la sexualidad en las distintas etapas de la vida. Infancia, pubertad, edad adulta, menopausia y vejez.

El tiempo empleado para el desarrollo de la sesión se sitúa entre 90-120 minutos. La mayor o menor duración de esta sesión depende básicamente de las diferencias grupales respecto al nivel de curiosidad e interés por profundizar en aspectos concretos y, como no, también de las habilidades individuales para expresar dudas y preguntas delante del resto de compañeros/as.

### **BLOQUE III: LOS MEDIOS ANTICONCEPTIVOS**

El desarrollo de este bloque implica el desplazamiento de cada grupo de 2º ESO, en compañía del profesor-tutor/a o algún otro docente, hasta las dependencias de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Atención Primaria del área 8 de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, donde son atendidos por el personal de Enfermería.

La visita tiene como objetivo adicional acercar a la población adolescente a los profesionales sanitarios, de cara a proporcionarles información “in situ” sobre las características del servicio y de los requisitos de acceso. De este modo, se considera que se incrementa la posibilidad de que acudan cuando sea oportuno para efectuar una consulta o solicitar orientación individual sobre anticoncepción.

A menudo, las chicas adolescentes, potenciales usuarias, se muestran reticentes a demandar asistencia, desconocen el procedimiento, tienen vergüenza o temen encontrarse con adultos conocidos de su entorno. Conocer por su nombre de pila al profesional de enfermería y demás especialistas, así como las instalaciones, estar informadas de la existencia de un horario específico para la atención a jóvenes y de la confidencialidad de la consulta, es un paso previo para disipar sus dudas.

Los contenidos conceptuales de este bloque están centrados en el conocimiento del funcionamiento y eficacia de los distintos métodos de prevención de embarazos no deseados. Desde el punto de vista procedimental y actitudinal, se incide en la toma de decisiones responsables en las prácticas sexuales que impliquen riesgos para la salud, facilitando la información correcta, fundada en conocimientos científicos, que evite el mantenimiento de creencias erróneas, distorsiones y mitos.

La duración de la sesión oscila entre 75-90 minutos, dependiendo básicamente de las características del grupo. Tal como mencionábamos anteriormente, existen acusadas diferencias en la dinámica desarrollada durante las actividades del P.E.Sex, determinadas

tanto por los miembros componentes, como por las relaciones que se establecen entre ellos, que repercuten directamente en su nivel de participación.

En líneas generales, se utiliza una metodología activa. También esta sesión se inicia con la presentación del profesional y del resto del equipo de la Unidad, siempre que sea posible y no se produzcan interferencias en el horario de atención de los especialistas.

La información sobre los métodos anticonceptivos se proporciona mediante una serie de diapositivas en formato Power-Point que acompañan y complementan gráficamente la explicación. Además, se cuenta con folletos y muestras de cada método para que puedan ser manipuladas por el alumnado, tales como dispositivos intrauterinos de distintos modelos, anticonceptivos hormonales (píldoras, parches, anillos vaginales), preservativos masculinos y femeninos, espermicidas (gel, espuma, óvulos).

Previamente, se les ha entregado la ficha de trabajo individual del Bloque III: *Métodos anticonceptivos* (Anexo 2) para que puedan ir anotando de manera esquemática un resumen de la información recibida durante la sesión. Al finalizar la parte expositiva, se les entrega la Ficha de trabajo en equipo para recoger el resultado del debate. A continuación se les propone que debatan entre ellos cuáles serían los métodos más idóneos, así como los menos adecuados, para ser utilizados en una situación determinada que se les plantea como ejemplo. Ambas fichas aparecen en el Anexo 2.

Básicamente, se les presenta dos casos diferentes que describimos brevemente:

- A) Pareja de edad comprendida entre 35-40 años. Convivencia en común. Familia con dos hijos, de 6 y 10 años.
- B) Pareja joven que no conviven juntos. Tiempo de relación: 6 meses.

El objetivo es plantearles una situación hipotética en la que deben realizar una toma de decisiones a partir de la asimilación de la información recibida. Los resultados del debate se comentan y se aclaran las posibles dudas que surjan o la idoneidad de la elección efectuada.

## MÓDULO 2: NIVEL EDUCATIVO 4º ESO

### BLOQUE IV: LA SEXUALIDAD (2)

Este bloque inicia el Módulo 2 del P.E.Sex, que va dirigido al alumnado escolarizado en el nivel educativo de 4º ESO. Su desarrollo está a cargo del docente-tutor/a, dentro de su horario de tutoría. En algún caso aislado, la ha realizado otro miembro del profesorado.

En líneas generales, supone una introducción a los contenidos que se trabajaran en los siguientes bloques temáticos del Módulo 2. El objetivo es contar con un resumen de las ideas previas del alumnado, al tiempo que puede dar lugar a un debate en el aula, recogiendo conceptos ya tratados anteriormente, junto con otros nuevos.

Para facilitar la tarea al profesorado, se decidió elaborar una Ficha de trabajo individual (Anexo 2) como punto de partida para el posterior debate. Su contenido se estructura en tres partes diferenciadas. En primer lugar, se incide en las similitudes y diferencias de los términos “sexo” y “sexualidad”. Posteriormente, se les pide que completen un listado de sentimientos asociándolos a los gestos, acciones y conductas habitualmente utilizadas para expresarlos. La tercera parte corresponde a un sondeo de sus conocimientos sexuales. Se ha incluido también un apartado para que se puedan plantear preguntas, dudas o aclaraciones (ver Ficha de trabajo individual Bloque IV: Nuestras ideas sobre la sexualidad).

Al finalizar la actividad, cada profesor/a resume las respuestas dadas por su grupo de alumnos/as, reflejando también todas aquellas observaciones sobre el desarrollo de la sesión que considere de interés (ver Anexo 2: Resumen de las fichas del trabajo del alumnado del Bloque IV). De este modo, se dispone de una información previa que sirve de introducción a los contenidos tratados en el siguiente bloque temático.

## **BLOQUE V: RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

En esta sesión el alumnado vuelve a tomar contacto con el equipo que lleva a cabo el P.E.Sex, en concreto con la sexóloga del Gabinete, a la cual conocen de su participación en el Módulo 1 del programa. A pesar de ello, resulta necesario efectuar una presentación, especialmente de cara a posibles nuevas incorporaciones de participantes.

Para romper el hielo y conseguir un clima positivo que favorezca la comunicación, se les propone el “Juego del Guionista”, tras asegurarse de que conocen en qué consiste dicha profesión. Se les explica que cada uno/a va a inventar un guión. Todo ello se les plantea en tono lúdico, dándole un aire misterioso y divertido, para crear expectación hasta el momento en que se les pide que imaginen una “situación sexual”: qué personajes intervendrán y sus rasgos principales (edad, tipo y duración de la relación que mantienen), qué hacen y en qué lugar se desarrolla la acción. No se les ofrece ninguna pista o instrucción adicional, haciendo hincapié en que cada cual puede imaginar lo que desee. Únicamente se acota el tiempo: disponen de unos minutos. Se deja a su criterio la posibilidad de escribirlo o simplemente pensar en esa escena.

Finalizado el tiempo, se hace una puesta en común, anotando en la pizarra:

- PERSONAJES
- EDADES
- RELACIÓN
- LUGAR
- CONDUCTAS

El propósito es caracterizar lo que entiende el grupo por “situación sexual”, sirviendo de base para un análisis de los estereotipos. Mayoritariamente, las escenas

imaginadas están protagonizadas por parejas heterosexuales, de edades similares o un poco mayores (entre 15-25 años), que mantienen una relación de noviazgo, aunque también en menor medida pueden ser “amigos”, “acaban de conocerse” o incluso “desconocidos”. En el apartado de “lugar” hay más variabilidad, desde el clásico “en la cama” hasta algunos tópicos y clichés, como “en la playa”, “ascensor”, “lavabo de una discoteca” o “en un jacuzzi”. En cuanto a las conductas, el coito vaginal es el más citado, seguido del sexo oral.

Todo ello se utiliza para debatir y reflexionar sobre si la sexualidad se circunscribe únicamente a la heterosexualidad y a la relación coital vaginal, introduciendo la idea de que la respuesta sexual humana abarca una amplia gama de sensaciones. A continuación, se reparte la Ficha de trabajo del Bloque V: *Cómo reacciona nuestro cuerpo ante la sexualidad*, para que puedan ir tomando nota de las fases de la respuesta sexual y de las reacciones que aparecen en cada una de ellas. Dicha Ficha aparece en el Anexo 2.

Durante la sesión, se insiste en aclarar dudas, mitos y distorsiones frecuentes, tales como “los chicos siempre tienen ganas”, “el alcohol y las drogas potencian la respuesta sexual”, “si el chico controla y consigue eyacular todo fuera, no hay riesgo de embarazo”, “el orgasmo en las chicas se manifiesta en gemidos y gritos” o “lo importante es conseguir llegar los dos al orgasmo al mismo tiempo”.

En todo momento se potencia la participación del alumnado, pidiendo que expongan sus conocimientos previos, antes de proporcionar la información pertinente.

## **BLOQUE VI: SEXUALIDAD Y SALUD**

El desarrollo de este bloque está a cargo de la Unidad de Prevención de SIDA del área 8 de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y es impartida por un profesional médico especialista de Salud Pública.

El objetivo de este bloque puede concretarse en el incremento de los conocimientos acerca de las ETS y, más específicamente, de la infección por VIH/SIDA, proporcionando información suficiente y correcta sobre las posibles vías de transmisión de esta infección y las prácticas de riesgo. Se fomenta, asimismo, el cambio de actitudes hacia el uso de medidas preventivas, proporcionando entrenamiento en habilidades para la adopción de prácticas seguras.

Otros aspectos reseñables son el aumentar la percepción de riesgo frente a la infección y la toma de conciencia de la responsabilidad individual ante la propia salud y la de los demás. El conocimiento de la problemática social de las personas enfermas de SIDA se considera básico para el fomento de actitudes de tolerancia y solidaridad hacia las personas afectadas.

Los contenidos trabajados se centran principalmente en

- Información general sobre las ETS y específicamente sobre el VIH.
- Percepción de riesgo de contagio frente a las ETS (principalmente VIH).
- Cambio de actitudes acerca de las medidas preventivas.
- Habilidades necesarias para uso de las medidas preventivas.

La duración media de la sesión oscila entre los 75-90 minutos, dependiendo siempre del nivel de participación del grupo.

Al igual que en el resto de sesiones, se indaga acerca de los conocimientos previos, pasando posteriormente a aclarar dudas y proporcionar la información pertinente. Se utiliza como material diferentes folletos informativos y preservativos.





# Capítulo 7

## Valoración de la eficacia del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex)

### 7.1. INTRODUCCIÓN

El planteamiento básico del estudio consiste en la valoración de la eficacia de un programa de intervención en educación sexual dirigido a la población adolescente, específicamente en el tramo de edad comprendido entre los 13-16 años. Por ello, tal como hemos reflejado en los capítulos cuarto y quinto, la creación y validación de los instrumentos de evaluación era un requisito imprescindible para dicho propósito. El capítulo sexto ha recogido el proceso de construcción y la descripción del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex). A continuación, se incluyen los objetivos de la investigación, hipótesis de trabajo, método y los principales resultados obtenidos.

## 7.2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general se centra en valorar la eficacia de un programa de educación sexual (P.E.Sex), y constatar si cumple los objetivos específicos para los cuales fue diseñado: aumentar el nivel de conocimientos sobre la sexualidad y potenciar el desarrollo de actitudes sexuales positivas y saludables en la población adolescente.

Dicho objetivo general incluye una serie de objetivos específicos que se concretan a continuación:

A) Valorar la eficacia del Programa administrando la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex) a un mismo grupo experimental en 2º y 4º de la ESO y a otro de control con los mismos niveles educativos. Los cuatro momentos de evaluación aplicados a ambos grupos (control y experimental) se establecerán en función de los dos Módulos de 2º y 4º de la ESO de que consta el Programa de Educación Sexual (P.E.Sex), realizándose antes y después de la aplicación de cada Módulo de intervención: Pre-intervención-1 (momento 1) y Post-intervención-1 (momento 2), aplicado en 2º de la ESO; y Pre-intervención-2 (momento 3) y Post-intervención-2 (momento 4), en 4º de la ESO.

B) Estudiar la valoración cualitativa que realizan los y las adolescentes del grupo experimental sobre la utilidad y eficacia del P.E.Sex recogiendo sus comentarios a través de una encuesta sobre las actividades desarrolladas.

C) Explorar la valoración de los equipos docentes sobre la utilidad y eficacia del P.E.Sex mediante reuniones de trabajo en las que se les solicita un análisis de las actividades realizadas, así como sus sugerencias.

### 7.3. HIPÓTESIS

La elaboración de las hipótesis se ha centrado en los objetivos específicos enumerados.

A) En relación a la valoración de la eficacia del Programa de Educación Sexual, se establece como primera hipótesis general que el P.E.Sex, en su conjunto (Módulos 1 y 2), mostrará una eficacia global en la mejora de los conocimientos y actitudes sexuales en la etapa adolescente; por lo que se hallarán diferencias significativas en estas variables entre los grupos control y experimental, siendo superiores las obtenidas por el grupo experimental tras su participación en el programa.

De acuerdo con la revisión de la literatura, como segunda hipótesis general se espera encontrar diferencias en conocimientos y actitudes sexuales en función del género de los participantes.

Estas dos hipótesis generales se concretan en los siguientes supuestos:

1. - **En la evaluación pre-intervención-1** (Momento 1), los grupos experimental y control no presentarán diferencias significativas en conocimientos y actitudes hacia la sexualidad.
2. - **En la evaluación post-intervención-1** (Momento 2), los grupos experimental y control presentarán diferencias significativas, siendo superior el nivel de información y actitudes hacia la sexualidad en el grupo experimental.
3. - **En la evaluación pre-intervención-2** (Momento 3) se apreciarán diferencias entre los dos grupos, manteniéndose el grupo experimental por encima del control.

4. - **En la evaluación post-intervención-2** (Momento 4), los grupos experimental y control presentarán diferencias significativas, siendo superior el nivel de información y actitudes hacia la sexualidad obtenidas por el grupo experimental.
5. - **El grupo control** no presentará diferencias significativas en información y actitudes hacia la sexualidad entre las evaluaciones pre y post-intervención-1 (Momentos 1 y 2).
6. - **El grupo control** no presentará diferencias significativas en información y actitudes hacia la sexualidad entre las fases pre y post-intervención-2 (Momentos 3 y 4).
7. - **El grupo experimental** mejorará significativamente el nivel de información y actitudes sexuales en la evaluación post-intervención 1 (Momento 2) en comparación con la evaluación pre-intervención 1 (Momento 1).
8. - **El grupo experimental** presentará en la evaluación post-intervención-2 (Momento 4) mayores puntuaciones en información y actitudes hacia la sexualidad en comparación con la evaluación pre-intervención-2 (Momento 3).
9. - **Ambos grupos**, en el Momento 3 (pre-intervención 2) habrán incrementado significativamente sus respectivos niveles de información y actitudes hacia la sexualidad en comparación con el Momento 2 (post-intervención-1), debido a una mayor edad, experiencia y a la posible obtención de información a través de otras fuentes que hayan podido darse en los grupos.

B) En cuanto al objetivo de conocer la **valoración cualitativa efectuada por los participantes del grupo experimental** acerca del P.E.Sex, la hipótesis planteada es que:

10. - Los y las adolescentes del grupo experimental se mostrarán satisfechos acerca de su participación en las actividades de los dos módulos del P.E.Sex, considerando útiles y suficientes los contenidos tratados.

C) En esta misma línea, respecto al objetivo centrado en la recogida de datos sobre **la valoración de los equipos docentes de los centros escolares** en los que se ha llevado a cabo el P.E.Sex, se ha planteado el siguiente supuesto:

11. - Los equipos docentes de los centros participantes valorarán positivamente el P.E.Sex, considerando adecuados los contenidos y las actividades de cada uno de los dos módulos.

## 7.4. MÉTODO

### 7.4.1. Participantes

La muestra inicial estaba compuesta por un total de 670 adolescentes (344 varones y 326 mujeres), escolarizados en el nivel de 2º ESO durante el curso 2004-05 en centros públicos y concertados de poblaciones de la comarca de l'Horta Sud de Valencia (Paiporta, Picanya y Torrent) con un rango de edad entre los 13 -15 años.

Entre los participantes, se encontraba un numeroso grupo que estaba repitiendo o había repetido algún curso anterior, lo cual podía interferir en el tipo de diseño de esta investigación debido a las razones que se exponen a continuación.

España registra un porcentaje elevado de abandono escolar (31,9%), muy por encima de la media de la Unión Europea, tal como se recoge en informes recientes (*Progress towards the Lisbon objectives in education and training. Indicators and benchmarks, 2009*). Además, hay un amplio porcentaje de alumnado que acumula retrasos antes de alcanzar el nivel de 4º de ESO.

Según los datos del curso 2005-06 de la Oficina de Estadística del Ministerio de Educación, en la Comunidad Valenciana únicamente un 55,7% alcanzó dicho nivel a la edad de 15 años; la población escolar restante (44,3%) ha repetido curso, bien en la etapa de primaria (13%) o bien en secundaria (31,3).

Esta situación generalizada de fracaso escolar se observaba también entre los sujetos de la muestra inicial, con un 18,5% del alumnado de 2º ESO que estaba repitiendo en ese curso o lo había hecho en cursos anteriores (n = 124). Este porcentaje se asemeja a los proporcionados por la ya mencionada Oficina de Estadística del M.E.C. en relación a las tasas de idoneidad de la Comunidad Valenciana.

Dichas tasas de idoneidad en la edad del alumnado muestran quienes progresan adecuadamente durante la escolaridad obligatoria, de forma que realizan el curso correspondiente a su edad. Así pues, para el curso 2005-06 únicamente el 66'3% del alumnado de 3º ESO y el 55'7% del que cursaba 4º ESO cumplía dicho criterio de idoneidad.

Todo lo expuesto justifica la no inclusión de este grupo, atendiendo básicamente a dos razones: mayor edad que sus coetáneos y un mayor riesgo de abandonar sus estudios, bien al cumplir la edad mínima obligatoria o por finalizarlos más tarde que el resto de sus compañeros.

Por tanto, tras aplicar este primer criterio de exclusión, la muestra del estudio se limitó a 546 participantes, 239 varones (46,6%) y 274 mujeres (53,4%), distribuidos en dos grupos: control (n=192) y experimental (321).

En segundo lugar, se consideró conveniente excluir al alumnado que no hubiera cumplimentado la batería de cuestionarios en las dos primeras aplicaciones efectuadas en 2º ESO (n = 33), lo cual redujo la muestra a 513 participantes.

Esta primera muestra ha presentado una considerable mortandad, debido a las condiciones de la recogida de datos y a otros factores ajenos a la propia investigación, que pueden atribuirse a las características de la etapa educativa.

En nuestro caso, se han dado diversas situaciones que han afectado a la pérdida de muestra; tales como la no promoción del alumnado por un bajo rendimiento académico, lo cual motiva la repetición de curso y la permanencia de un año más en el mismo nivel, o el abandono de la escolarización tras haber cumplido la edad mínima obligatoria, incluso sin cursar el nivel de 4º ESO.

El número de participantes que ha ido respondiendo a la batería de cuestionarios en los cuatro momentos de aplicación de los instrumentos de evaluación aparece reflejado en la [tabla 49](#).

**Tabla 49. Variabilidad de la muestra a lo largo del estudio**

<b>GRUPOS</b>	<b>MOMENTO 1</b>	<b>MOMENTO 2</b>	<b>MOMENTO 3</b>	<b>MOMENTO 4</b>
<u>EXPERIMENTAL</u>	321	<u>321</u>	<u>194</u>	<u>163</u>
<u>CONTROL</u>	192	<u>192</u>	<u>118</u>	<u>66</u>
Total participantes	513	513	312	229

A efectos prácticos, la cantidad de muestra útil es menor. Se ha seguido el mismo criterio riguroso utilizado anteriormente, descartándose a los participantes que no habían cumplimentado la batería de cuestionarios en los cuatro momentos de evaluación: pre y post-intervención del Módulo 1 del P.E.Sex (Momentos 1 y 2); pre y post-intervención del Módulo 2. Fueron retirados de la muestra los registros de un total de 83 adolescentes (31 pertenecientes al grupo experimental y 52 al grupo control), por incumplimiento del criterio.

Así, pues, para la valoración de la eficacia del P.E.Sex se ha contado con 229 participantes, de los cuales 138 son mujeres y 91 varones. La edad media fue 13,09 años (DT= 0,31) en el Momento 1; mientras que en el Momento 4, la media fue de 15,01 años (DT = 0,04). No se apreciaron diferencias significativas en la media de edad entre varones y mujeres en ninguno de los dos momentos.

El grupo experimental está constituido por 163 participantes, escolarizados en seis centros escolares de Torrent (4 institutos públicos y 2 centros concertados), de los cuales son 67 varones y 96 mujeres. Dicho alumnado estaba repartido en 21 grupos.

El grupo control se compone de 66 adolescentes de las localidades de Paiporta y Picanya, que realizaban estudios de 2º ESO durante ese mismo curso en dos institutos públicos y un centro concertado, de los cuales 24 son varones y 42 mujeres. Un total de 12 aulas participó en la recogida de datos.



## Características de la muestra del estudio

### Tipo de centro

Según los datos del informe del Ministerio de Educación (2009), en la Comunidad Valenciana un 68'2% del alumnado de enseñanzas de régimen General no universitarias está escolarizado en centros públicos.

Mayoritariamente, los sujetos de nuestra muestra provienen de centros públicos (el 70,7%); un 29'3% procede de centros concertados religiosos, a excepción de un centro de tipo laico con una representación minoritaria (n=6). Ello ha determinado que no puedan ser considerados de manera diferenciada y han sido incluidos en la categoría amplia de centros concertados.

Para determinar la homogeneidad de los grupos control y experimental, procedimos a aplicar el estadístico  $\chi^2$  sobre la tabla de contingencia que recoge la frecuencia en Tipo de centro (Tabla 50). El resultado indica que no existe diferencia significativa entre ambos grupos ( $\chi^2_1=3,330$ ,  $p=0,068$ ), lo cual significa que el grupo experimental y el grupo control manifiestan homogeneidad en esta variable.

**Tabla 50. Tipo de centro: Distribución de frecuencias/ porcentaje**

	<b>Experimental</b>	<b>Control</b>	<b>Total</b>
<b>Público</b>	121 (74,2%)	41 (62,1%)	162 (70,7%)
<b>Concertado</b>	42 (25,8%)	25 (37,9%)	67 (29,3%)
	163	66	229

## Composición familiar

Para poder contar con una caracterización del tipo de familia del alumnado participante, se ha creído oportuno recoger datos sobre el número de personas adultas con las que conviven y el tipo de parentesco que les une a los y las adolescentes (padre, madre, abuelos u otros familiares). Asimismo se les preguntaba sobre si sus padres estaban separados o divorciados. Para concluir, se les solicitaba que indicasen el número de hermanos y género, así como el lugar que ocupan en la fratría.

El 93,4% de esta muestra adolescente convive con ambos progenitores biológicos. En el 10,4% de los casos reside también uno o dos abuelos, siendo más frecuente la abuela quien viva en casa (6,5%) que el abuelo (3,9%). El número de adultos que forman parte del núcleo familiar oscila entre 1-4, con una media de 2,07.

Según los datos aportados, únicamente el 8,3% de los y las adolescentes indica que sus padres están separados o divorciados. Únicamente, en el 1,7% de los hogares la 2ª pareja del progenitor está incluida en la constelación familiar.

La composición de la fratría mostraba un rango amplio (0-9 hermanos). Alrededor de 10% de los y las adolescentes eran hijos únicos. La situación más frecuente es “tener un hermano/a” (73,9%), mientras que un 6,3% cuenta con 3 o más hermanos. Un 41,9% son los primogénitos/as, un 34,9% están en la segunda posición. El 13,6% restante ocupa el tercer puesto o más entre los hermanos. En la muestra del estudio, un 51,7% de las chicas y un 48,5% de los chicos tienen uno o más hermanos de su mismo género.

La tabla 51 recoge la distribución de frecuencias. La aplicación del estadístico  $\chi^2$  nos indica que no existen diferencias significativas entre los grupos control y experimental, manifestando homogeneidad en casi todas estas variables familiares, excepto en el número de hermanos ( $\chi^2_{2}=8,536$ ;  $p=0,014^*$ ).

**Tabla 51. Composición familiar: Distribución de frecuencias / porcentajes**

	Experimental		Control		Total	
<b>Convivencia con ambos progenitores</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1 progenitor	12	(7,4%)	3	(4,5%)	15	(6,6%)
Ambos	151	(92,6%)	63	(95,5%)	214	(93,4%)
$\chi^2_{1}=0,609; p=0,435$						
<b>Adultos en la familia</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Padre	153	(93,9%)	64	(97,0%)	217	(94,8%)
Madre	161	(98,8%)	65	(98,5%)	226	(98,7%)
Abuelo	8	(4,9%)	1	(1,5%)	9	(3,9%)
Abuela	14	(8,6%)	1	(1,5%)	15	(6,5%)
2ª pareja progenitor	4	(2,5%)	0	(0%)	4	(1,7%)
<b>Separación/Divorcio de los padres</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
No	147	(90,2%)	63	(95,5%)	210	(91,7%)
Si	16	(9,7%)	3	(4,5%)	19	(8,3%)
$\chi^2_{1}=1,715; p=0,190$						
<b>Hermanos</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
No (hijo/a único)	18	(11,0%)	4	(6,1%)	22	(9,6%)
Si	145	(89,0%)	62	(93,9%)	207	(90,4%)
$\chi^2_{1}=1,343; p=0,247$						
<b>Nº hermanos</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1 hermano/a	99	(68,3%)	54	(87,1%)	153	(73,9%)
2 hermanos/as	36	(24,8%)	5	(8,1%)	41	(19,8%)
3 hermanos/as ó +	10	(6,9%)	3	(4,8%)	13	(6,3%)
$\chi^2_{2}=8,536; p=0,014^*$						
<b>Lugar en la fratria</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
No (hijo/a único)	18	(11,0%)	4	(6,1%)	22	(9,6%)
Primogénito/a	66	(40,5%)	30	(45,5%)	96	(41,9%)
2º lugar	53	(32,5%)	27	(40,9%)	80	(34,9%)
3º lugar ó +	26	(16,0%)	5	(7,5%)	31	(13,6%)
$\chi^2_{4}=8,020; p=0,091$						

### Variables sociodemográficas de los progenitores

Los rangos de edades de los progenitores se sitúan entre 32–58 años para el padre; y entre 31–55 años para la madre, con una edad media de 43,5 y 41,7, respectivamente. Más de la mitad de los padres (54,8%) y un 69,5% de las madres está incluido en el intervalo de 35-44 años.

El estatus socioeconómico y sociocultural de los padres ha sido determinado en función de la dedicación profesional y el nivel de estudios. Según la información facilitada por el alumnado, aproximadamente de la mitad de los padres (51,3%) y de las madres (53,5%) poseen estudios primarios. Alrededor del 25% de los progenitores entra en la categoría de estudios medios, mientras que un 13-14% tiene estudios universitarios. Aproximadamente el 10% indica que no tienen estudios reglados.

Los datos sobre la profesión ejercida por los padres y las madres se han agrupado en cinco categorías profesionales: 1) Ejecutivos, empresarios y profesionales; 2) Personal administrativo, comerciantes y vendedores; 3) Obreros cualificados o semiespecializados; 4) Trabajadores no cualificados; y 5) Inactividad laboral: Pensionistas o en situación de paro, minusválías.

Mayoritariamente, los padres de los y las adolescentes de la muestra se adscriben a la categoría de “obreros cualificados o semiespecializados” (60,8%); un 11,5% se corresponde a “ejecutivos, empresarios y profesionales”; un 20,7% se ocupan en “administración y comercio” y un 2,8% en “trabajos no cualificados. En situación de inactividad laboral (minusvalía, paro o pensionista), se encuentra el 4,1%.

En el caso de las madres, la mitad de ellas realiza trabajos no cualificados (50,5%). Un 20,2% ejerce un empleo con cualificación o semi-especialización, un 17,4% trabaja en el sector de “administración y comercio”, mientras que aproximadamente el 10% está en el mundo empresarial o en profesiones universitarias. Un pequeño porcentaje (1,4%) se encuentra en paro o es pensionista.

La distribución de frecuencias para el total y para los grupos control y experimental aparece detallada en la tabla 52. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de estas variables sociodemográficas.

**Tabla 52: Variables sociodemográficas de los progenitores**

	Experimental		Control		Total	
<b>Edad del padre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Menos de 35 años</b>	6	(3,8%)	0	(0,0%)	6	(2,7%)
<b>35-44 años</b>	86	(55,1%)	35	(53,8%)	121	(54,8%)
<b>45-54 años</b>	62	(39,7%)	28	(43,1%)	90	(40,7%)
<b>Más de 55 años</b>	2	(1,3%)	2	(3,1%)	4	(1,8%)
<b>NS/NC</b>	7	-----	1	-----	8	-----
$\chi^2_3=3,456; p=0,327$						
<b>Edad de la madre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Menos de 35 años</b>	9	(5,8%)	0	(0%)	9	(4,1%)
<b>35-44 años</b>	106	(68,4%)	47	(72,3%)	153	(69,5%)
<b>45-54 años</b>	40	(25,8%)	17	(26,2%)	57	(25,9%)
<b>Más de 55 años</b>	0	(0%)	1	(1,5%)	1	(0,5%)
<b>NS/NC</b>	8	-----	1	-----	9	-----
$\chi^2_3=6,262; p=0,100$						
<b>Estudios del padre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Sin estudios</b>	13	(9,8%)	5	(7,7%)	18	(9,1%)
<b>Estudios primarios</b>	71	(53,8%)	30	(46,2%)	101	(51,3%)
<b>Estudios medios</b>	30	(22,7%)	20	(30,8%)	50	(25,4%)
<b>Estudios universitarios</b>	18	(13,6%)	10	(15,4%)	28	(14,2%)
<b>NS/NC</b>	31	-----	1	-----	32	-----
$\chi^2_3=1,920; p=0,589$						
<b>Estudios de la madre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Sin estudios</b>	15	(11,1%)	5	(7,7%)	20	(10,0%)
<b>Estudios primarios</b>	78	(57,8%)	29	(44,6%)	107	(53,5%)
<b>Estudios medios</b>	28	(20,7%)	19	(29,2%)	47	(23,5%)
<b>Estudios universitarios</b>	14	(10,4%)	12	(18,5%)	26	(13,0%)
<b>NS/NC</b>	31	-----	1	-----	32	-----
$\chi^2_3=5,489; p=0,139$						
<b>Profesión del padre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Empresarios y profesionales</b>	15	(9,8%)	10	(15,6%)	25	(11,5%)
<b>Administrac. y comercio</b>	39	(25,5%)	6	(9,4%)	45	(20,7%)
<b>Obreros cualific. o semi</b>	89	(58,2%)	43	(67,2%)	132	(60,8%)
<b>Trabajo no cualificado</b>	3	(2,0%)	3	(4,7%)	6	(2,8%)
<b>Inactividad laboral</b>	7	(4,6%)	2	(3,1%)	9	(4,1%)
<b>NS/NC</b>	10	-----	2	-----	12	-----
$\chi^2_3=11,318; p=0,125$						
<b>Profesión de la madre</b>						
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Empresarios y profesionales</b>	12	(7,8%)	11	(12,0%)	23	(10,6%)
<b>Administrac. y comercio</b>	31	(20,3%)	7	(12,0%)	38	(17,4%)
<b>Obreros cualific. o semi</b>	30	(19,6%)	14	(22,5%)	44	(20,2%)
<b>Trabajo no cualificado</b>	77	(50,3%)	33	(52,4%)	110	(50,5%)
<b>Inactividad laboral</b>	3	(2,0%)	0	(0,0%)	3	(1,4%)
<b>NS/NC</b>	10	-----	1	-----	11	-----
$\chi^2_4=7,283; p=0,122$						

#### 7.4.2. Instrumentos

En este estudio se ha utilizado la Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual, cuyas características psicométricas han sido expuestas en el capítulo 5. Además, se ha complementado con un Formulario inicial para el registro de los datos personales de los participantes (ver Anexo 1).

De acuerdo con los objetivos e hipótesis planteadas, se ha considerado oportuno elaborar otros instrumentos para recoger la valoración del P.E.Sex, efectuada por el alumnado y por el profesorado de los centros que conformaban el grupo experimental.

La totalidad de los instrumentos aparece reseñada a continuación, junto con una descripción breve de cada uno de ellos (ver tabla 53).

**Tabla 53. Esquema de la BIESex: instrumentos de evaluación**

<b>Formulario inicial: Datos personales</b>		
<b>Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex)</b>	<b>Rango de edades para aplicación</b>	
Cuestionario de Información General (C.I.G)	13-16	
Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS)	13-16	
Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI) Bloque 1	13-14	
Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI) Bloque 2	15-16	
Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS) Bloque 1	13-14	
Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS) Bloque 2	15-16	
<b>Valoración cualitativa del P.E.Sex</b>		
Cuestionario de valoración del alumnado participante	VAL-1 13-14 años	VAL-2 15-16 años
Ficha de valoración de los equipos docentes	Módulo 1	Módulo 2

Nota: Los textos completos se pueden consultar en el Anexo 1.

El Formulario inicial recoge los siguientes datos personales de los participantes: a) *Historia académica* (centro educativo, cursos repetidos en E. Primaria y Secundaria); b) *Familia* (personas que conviven en el núcleo familiar, edades, estudios y profesiones del padre y de la madre, número de hermanos y lugar que ocupan en la fratría).

La Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (Claramunt y Moreno-Rosset, 2009), tal como se explicita en el capítulo 5, está compuesta por tres cuestionarios básicos: CAS, ANTI y SYS, más el Cuestionario de Información General (CIG), de carácter complementario.

**Tabla 54. Propiedades psicométricas de la BIESex**

Cuestionarios	Fiabilidad (Alfa de Cronbach)	Estabilidad (r Pearson)
CAS	0,790	
Subescala CONOCIMIENTOS	0,716	0,681(**)
Subescala ACTITUDES	0,608	0,662(**)
ANTI: Modulo común	0,724	0,693(**)
SYS: Modulo común	0,769	0,707(**)

(\*\*) la correlación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral)

El Cuestionario de Valoración (VAL-1 y VAL-3) se ha aplicado en el grupo experimental después de su participación en las actividades del P.E.Sex. Hay dos versiones diferenciadas para recoger la valoración del alumnado sobre el Módulo 1 (VAL-1) y el Módulo 2 (VAL-2) Ambas versiones del cuestionario presentan la misma estructura. Están compuestos por cinco cuestiones, que recogen la asistencia, la sesión que más o menos ha sido de su agrado y las razones de su respuesta, una valoración del contenido según una clasificación dicotómica y una pregunta abierta para recoger sugerencias y críticas.

La participación directa del profesorado estuvo centrada en la aplicación de los instrumentos de evaluación y en la realización de una sesión introductoria, tanto en 2º como en 4º ESO. Teniendo en cuenta su papel como agentes en el desarrollo personal y social del alumnado, se ha considerado imprescindible conocer sus opiniones sobre el Programa de Educación Sexual, por varias razones. Por un lado, los equipos de docentes, en especial quienes ejercen tareas de tutoría con el alumnado, han presenciado las actividades y las reacciones del alumnado, así como sus comentarios posteriores. Por otro, como profesionales de la educación, sus sugerencias y críticas son útiles para la mejora del programa de intervención.

Con dicha finalidad, se elaboraron unas Fichas de valoración por parte de los equipos docentes, para recoger sus apreciaciones acerca de cada uno de los Módulos del P.E.Sex: puntos fuertes, puntos débiles y propuestas de mejora. En el Anexo 1 se presenta la ficha utilizada para la recogida de los datos cualitativos.



### 7.4.3. Diseño y procedimiento

De acuerdo con los objetivos e hipótesis, se ha utilizado un diseño cuasiexperimental mixto 2 x 2 (x 4), siendo las variables entregrupos, “Género” (varones y mujeres) y “Grupo” (control y experimental). La variable intrasujetos “Momento” se compone de los cuatro momentos de evaluación en los que se ha administrado la BIESex al grupo control y experimental en función de la aplicación de los dos Módulos del P.E.Sex en 2º ESO (Momento 1: pre-intervención-1, Momento 2: post-intervención-1) y 4º ESO (Momento 3: pre-intervención-2 y Momento 4: post-intervención-2). Las variables dependientes son las dos subescalas que constituyen el cuestionario CAS (Conocimientos y Actitudes), los cuestionarios ANTI (Métodos Anticonceptivos) y el SYS (Sexualidad y Salud).

Este tipo de diseño cuasiexperimental es habitual en las “aplicaciones en situaciones naturales, en las cuales es imposible asignar al azar a los participantes o controlar el orden de aplicación de los niveles de la variable independiente” (Montero y León, 2002, 2007).

La asignación de los sujetos viene dada por el hecho de que están matriculados en un determinado centro sin que se haya producido una aleatorización de los mismos, por lo que su selección es incidental. Por tanto, pertenece al grupo experimental el alumnado escolarizado en centros que han aceptado participar activamente en el programa, aplicando los módulos 1 y 2 del Programa de Educación Sexual (P.E.Sex) en los niveles de 2º y 4º ESO.

El grupo control está compuesto por alumnado escolarizado en centros que no participan en las actividades del programa, pero que han aceptado llevar a cabo la evaluación de conocimientos y actitudes en los mismos momentos en los que se evalúa al grupo experimental.

A modo de resumen, la Figura 7 presenta las fases de la investigación.

<b>Figura 7. Fases de la investigación</b>						
<b>GRUPO</b>	<b>Nivel de escolarización 2º ESO</b>			<b>Nivel de escolarización 4º ESO</b>		
	<b>EVALUACIÓN MOMENTO 1</b>		<b>EVALUACIÓN MOMENTO 2</b>	<b>EVALUACIÓN MOMENTO 3</b>		<b>EVALUACIÓN MOMENTO 4</b>
<b>EXPERIMENTAL</b>	PRE INTERVENCIÓN 1	MODULO 1 P.E.Sex	POST INTERVENCIÓN 1	PRE INTERVENCIÓN 2	MODULO 2 P.E.Sex	POST INTERVENCIÓN 2
<b>CONTROL</b>		SIN INTERVENCIÓN			SIN INTERVENCIÓN	

Respecto al **Procedimiento**, es la continuidad del proceso iniciado en el estudio para la validación de la BIESex, ya que se había realizado el contacto con los equipos directivos de los centros de los municipios: Paiporta, Picanya y Torrent. Por tanto, se contaba con su colaboración y se había obtenido el Consentimiento informado por parte de los padres de los estudiantes para la evaluación en el Momento 1 (pre-intervención), a la vez que se aseguraba la posibilidad del seguimiento longitudinal del alumnado.

Asimismo, después de las experiencias anteriores, la concejalía de Educación del Ayuntamiento de Torrent apoyaba la realización del P.E.Sex en los centros escolares de la localidad.

Con el objeto de que los participantes de las poblaciones de Picanya y Paiporta pudieran servir como grupo control para esta investigación, se constató que no se realizaba ninguna intervención específica de educación sexual, salvo los contenidos curriculares propios del área de Ciencias Naturales. Este requisito era necesario para poder garantizar el rigor de la investigación, manteniendo sin interferencias al alumnado participante en la condición de grupo control.

El procedimiento ha sido similar en ambos grupos. El cronograma seguido se presenta en la tabla siguiente.

<b>Tabla 55. Procedimiento: cronograma de la investigación</b>	<b>Grupos</b>	
	Control	Experimental
<b>Reunión previa con el equipo de tutores/as de 2º ESO:</b>		
- Facilitar la batería de instrumentos junto con una guía de instrucciones para su aplicación	x	x
- Secuenciar temporalmente el pase de la batería en los Momentos 1 y 2 en los grupos de alumnos de 2º ESO	x	x
- Establecer calendario para el desarrollo del Módulo 1 del P.E.Sex		x
Aplicación de la batería de cuestionarios por el profesorado en horario lectivo	x	x
Desarrollo de las sesiones del Módulo 1 del P.E.Sex con el alumnado de 2º ESO		x
Análisis de los datos y preparación de un dossier informativo	x	x
<b>Reunión con los equipos docentes de 2º ESO de los centros participantes:</b>		
- Entrega del dossier informativo sobre los resultados	x	x
- Revisión y valoración del desarrollo del Módulo 1 del P.E.Sex		x
<b>Reunión previa con el equipo de tutores/as de 4º ESO:</b>		
- <b>Facilitar la batería de instrumentos junto con una guía de instrucciones para su aplicación</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
- Secuenciar temporalmente el pase de la batería en los Momentos 3 y 4 en los grupos de alumnos de 2º ESO	x	x
- Establecer calendario para el desarrollo del Módulo 2 del P.E.Sex		x
Aplicación de la batería de cuestionarios por el profesorado en horario lectivo	x	x
Desarrollo de las sesiones del Módulo 2 del programa con el alumnado de 4º ESO		x
Análisis de los datos y preparación de un dossier informativo	x	x
<b>Reunión con los equipos docentes de 4º ESO de los centros :</b>		
- Entrega del dossier informativo sobre los resultados	x	x
- Revisión y valoración del desarrollo del Módulo 2 del P.E.Sex		x

Para completar este apartado, se puntualizan aspectos concretos relativos al procedimiento.

Para garantizar el anonimato y la privacidad de las respuestas, cada alumno/a se identificaba en cada uno de Momentos de evaluación únicamente a través de una clave numérica de siete dígitos. Sin embargo, ello impedía la localización directa de los participantes, salvo que permanecieran matriculados en 4º ESO en el mismo centro educativo.

Tanto en el grupo control como en el experimental, la aplicación de la batería de cuestionarios se realizó por el profesorado en horario lectivo, accediendo a los grupos naturales y durante una sesión de tutoría, con una duración aproximada de 50 minutos. Se informó al alumnado que su participación era voluntaria y que sus respuestas eran confidenciales y anónimas. Ningún estudiante se negó a participar.

Las sesiones grupales de los dos Módulos del P.E.Sex se realizaron dentro del horario escolar, con la asistencia del tutor/a u otro miembro del claustro de profesores. Habitualmente, se realizaban a lo largo de un mes; así, entre la evaluación pre-intervención y post-intervención transcurría alrededor de 45 días. En el grupo control (sin intervención) entre los Momentos de evaluación 1-2 y 3-4 también transcurrió un período similar.

#### 7.4.4. Análisis estadísticos

Los datos han sido codificados en una matriz informática y analizados con el paquete estadístico Statistical Pacckage for Social Sciencies (SPSS) versión 13.0.

En todos los análisis que se presentan en el trabajo, tanto para los factores manipulados entregrupos como para las variables intrasujeto, se consideró la posible violación del supuesto de homogeneidad de varianzas de error y se han realizado las correcciones que se describen a continuación.

En el caso de las variables de medidas repetidas se aplicó la corrección de Greenhouse-Geisser. Los resultados se presentan con los grados de libertad originales y los valores de probabilidad corregidos. También se incluyen en las tablas los valores de Epsilon ( $\epsilon$ ) aplicados a los grados de libertad en cada una de las variables de medidas repetidas. En el caso de las variables manipuladas entregrupos con dos niveles para su análisis, se ha aplicado la prueba T y también se consideró la posible violación del supuesto mediante la prueba de Levene. En caso de violación del supuesto, se utilizó la prueba T para varianzas separadas. Esta prueba establece una corrección de los grados de libertad del error en función de la desigualdad de varianzas.

Por último, en los resultados también se incluyen los valores del tamaño del efecto mediante el coeficiente eta cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ). Este coeficiente representa la proporción de la variabilidad total que se explica por la variación en la variable independiente. Se obtiene mediante el cociente entre la suma de cuadrados intergrupos y la suma de cuadrados total. Siguiendo a Cohen (1988) su interpretación es: tamaño pequeño/bajo (0,01), tamaño mediano (0,06) y tamaño grande/alto (0,14).

En los casos en que se han comparado dos medias mediante el estadístico T, como índice del tamaño del efecto se incluye en los resultados la diferencia de medias.

## 7.5. RESULTADOS

Para el análisis de la eficacia del PE<sub>Sex</sub>, se han realizado cuatro ANOVAS factoriales mixtos independientes, siendo las variables entregrupos, Género (Varones versus Mujeres) y Grupo (Control versus Experimental). La variable intrasujetos, Momento, con cuatro niveles, se constituye de los cuatro momentos de evaluación, en los que se ha aplicado la batería de instrumentos (BIE<sub>Sex</sub>) a los participantes de ambos grupos. Las variables dependientes en los diferentes ANOVAS fueron las dos Subescalas del cuestionario CAS (Conocimientos y Actitudes sexuales), el Módulo común del cuestionario ANTI (Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos) y el Módulo común del SYS (Conocimientos sobre Sexualidad y Salud: ETS y SIDA).

### 7.5.1. Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS

Los resultados del primer ANOVA, considerando como variables independientes las variables Género y Grupo y como variable dependiente la subescala “Conocimientos” del Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS) se presentan en la tabla 56.

**Tabla 56. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente CAS: Subescala de CONOCIMIENTOS**

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	MC <sub>error</sub>	p	$\eta^2_p$
<b>Grupo</b>	$F_{1, 225} = 29,566$	22,487	$p < 0,000^*$	0,116
<b>Género</b>	$F_{1, 225} = 1,839$	22,487	$p = 0,176$	0,008
<b>Grupo x Género</b>	$F_{1, 225} = 0,541$	22,487	$p = 0,463$	0,002
<b>Momento</b>	$F_{3, 675} = 100,157$	4,880	$p < 0,000^*$	0,308
<b>Momento x Grupo</b>	$F_{3, 675} = 14,678$	4,880	$p < 0,000^*$	0,061
<b>Momento x Género</b>	$F_{3, 675} = 7,315$	4,880	$p < 0,000^*$	0,031
<b>Momento x Grupo x Género</b>	$F_{3, 675} = 0,448$	4,880	$p = 0,702$	0,002

*Nota: Factor de corrección  $\epsilon$  (Momento) = 0,919*

El resultado del análisis (ver tabla 56) pone de manifiesto un efecto significativo del factor Grupo ( $F_{1, 225} = 29,566$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,116$ ). No resultan significativos ni el factor Género ni la interacción Grupo x Género. Además, se observa un efecto significativo de la variable Momento ( $F_{3, 675} = 100,157$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,308$ ) y de las interacciones Momento x Grupo ( $F_{3, 675} = 14,678$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,061$ ) y Momento x Género ( $F_{3, 675} = 7,315$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,031$ ). No resulta significativa la triple interacción Momento x Grupo x Género ( $F_{3, 675} = 0,488$   $p > 0,05$ ,  $\eta^2_p = 0,031$ ).

El análisis de la interacción Grupo x Momento (tabla 57) indica que existen diferencias en el nivel de conocimientos del alumnado en función del grupo en todos los Momentos, excepto en el Momento 1, siendo el grupo experimental el que supera al control en los Momentos 2 ( $T_{227} = 7,295$   $p < 0,000$ ), 3 ( $T_{227} = 4,789$   $p < 0,000$ ) y 4 ( $T_{227} = 5,123$   $p < 0,000$ ), lo que confirma la primera hipótesis general y se constata la eficacia global del programa de intervención en relación con la mejora de los conocimientos generales sobre la sexualidad.

**Tabla 57. Análisis de la interacción Grupo (x Momento)  
Subescala de Conocimientos del CAS**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo en Momento 1</b>	0,360	0,939	$p < 0,349$
<b>Grupo en Momento 2</b>	3,102	7,295	$p < 0,000^*$
<b>Grupo en Momento 3</b>	2,173	4,789	$p < 0,000^*$
<b>Grupo en Momento 4</b>	2,279	5,123	$p < 0,000^*$

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto .*

En cuanto a las hipótesis específicas, se confirma el supuesto 1, observándose que en la evaluación pre-intervención-1 (Momento 1), los grupos experimental y control no presentan diferencias significativas en la variable Conocimientos medida por la Subescala del CAS. Además, se han confirmado las siguientes hipótesis:

- En la evaluación post-intervención-1 (Momento 2), el grupo experimental supera al control en el nivel de conocimientos sexuales (hipótesis 2).
- En el Momento 3 se mantiene las diferencias significativas entre los grupos, situándose el grupo experimental por encima del control, (hipótesis 3).
- El grupo experimental supera al control en el Momento 4 (evaluación post-intervención-2), con un mayor nivel de conocimientos (hipótesis 4).

En la tabla 58 (Estadísticos descriptivos), se presentan las puntuaciones medias, en las que puede observarse que el grupo experimental en la Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS obtiene significativamente puntuaciones más elevadas que las del grupo control a lo largo del seguimiento longitudinal (Momentos 2, 3 y 4).

**TABLA 58. Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS**  
**Estadísticos descriptivos: Media (DT)**

<b>Grupo experimental</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	8,50 (3,23)	8,46 (3,30)	8,52 (3,20)
<b>Momento 2</b>	12,44 (2,85)	12,18 (2,95)	12,61 (2,78)
<b>Momento 3</b>	12,07 (3,25)	11,63 (3,27)	12,38 (3,21)
<b>Momento 4</b>	13,52 (3,07)	12,49 (3,64)	14,24 (2,36)
<b>Grupo control</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	8,14 (2,35)	8,83 (2,10)	7,74 (2,41)
<b>Momento 2</b>	9,33 (3,07)	9,29 (3,09)	9,36 (3,09)
<b>Momento 3</b>	9,89 (2,75)	9,54 (3,06)	10,10 (2,56)
<b>Momento 4</b>	11,24 (3,01)	10,38 (3,15)	11,74 (2,85)

Con el objeto de comprobar el resto de hipótesis en las que se compara cada grupo (experimental y control) entre los distintos momentos, se llevó a cabo una prueba T para muestras relacionadas (tabla 59).



**Tabla 59. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas  
Subescala de Conocimientos CAS**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo Control</b>			
Momento 1 y 2	- 1,197	- 3,547	p = 0,001*
Momento 2 y 3	- 0,561	- 1,655	p = 0,103
Momento 3 y 4	- 1,348	- 4,623	p < 0,000*
<b>Grupo Experimental</b>			
Momento 1 y 2	- 3,939	- 17,715	p < 0,000*
Momento 2 y 3	0,368	1,638	p = 0,103
Momento 3 y 4	- 1,454	- 6,557	p < 0,000*

De este modo, se observa que en el grupo control hay diferencias significativas en sus conocimientos entre las evaluaciones pre y post-intervención-1, tanto si comparamos sus puntuaciones entre los Momentos 1 y 2 ( $T_{65} = - 3,547$   $p = 0,001$ ) como las obtenidas entre los Momentos 3 y 4 ( $T_{65} = - 4,623$   $p < 0,000^*$ ). Se descartan, por tanto, las hipótesis específicas 5 y 6 (ver tabla 59).

En relación al grupo experimental, asimismo se han encontrado diferencias significativas entre los Momentos 1 y 2 ( $T_{162} = - 17,715$   $p < 0,000^*$ ) y entre los Momentos 3 y 4 ( $T_{162} = - 6,557$   $p < 0,000^*$ ), por lo que se confirman las hipótesis 7 y 8 (ver tabla 59).

El hecho de no encontrar diferencias significativas entre los Momentos 2 y 3 ni en el grupo control ni en el experimental, nos lleva desestimar la hipótesis 9, puesto que no hay un incremento de los niveles de conocimientos entre dichos momentos. No se aprecian diferencias ni en el grupo control ( $T_{65} = - 1,655$   $p = 0,103$ ), ni tampoco en el grupo experimental ( $T_{162} = 1,638$   $p = 0,103$ ) (ver tabla 59)

El análisis de la interacción Género x Momento indica la existencia de diferencias en el nivel de conocimientos entre varones y mujeres, pero tales diferencias se circunscriben únicamente al Momento 4 ( $T_{227} = 3,459$   $p < 0,001$ ), sin que lleguen a ser significativas en el resto de momentos, por lo que la hipótesis general 2 quedaría comprobada en relación a los conocimientos adquiridos en el Momento 4, tal como se muestra en la tabla 60

**Tabla 60. Análisis de la interacción Género (x Momento)  
Subescala de Conocimientos CAS**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Género en Momento 1</b>	0,278	0,684	p= 0,495
<b>Género en Momento 2</b>	- 0,206	- 0,470	p= 0,639
<b>Género en Momento 3</b>	- 0,604	- 1,377	p= 0,170
<b>Género en Momento 4</b>	- 1,544	- 3,459	p< 0,001*

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

Se ha considerado oportuno analizar separadamente cada grupo a fin de determinar los efectos del programa de intervención en función del sexo; para ello se ha efectuado una prueba T de diferencia de medias para muestras independientes (Tabla 61). Los resultados indican que únicamente hay diferencias significativas entre los varones y las mujeres del grupo experimental en el Momento 4, correspondiente a la evaluación post-intervención-2 del programa de educación sexual ( $T_{104} = 3,457$   $p < 0.001$ ). De este modo, se observa que en el grupo experimental las chicas superan a los chicos y mejoran significativamente sus conocimientos sobre sexualidad, con un mayor aprovechamiento de su participación en el programa (hipótesis general 2).

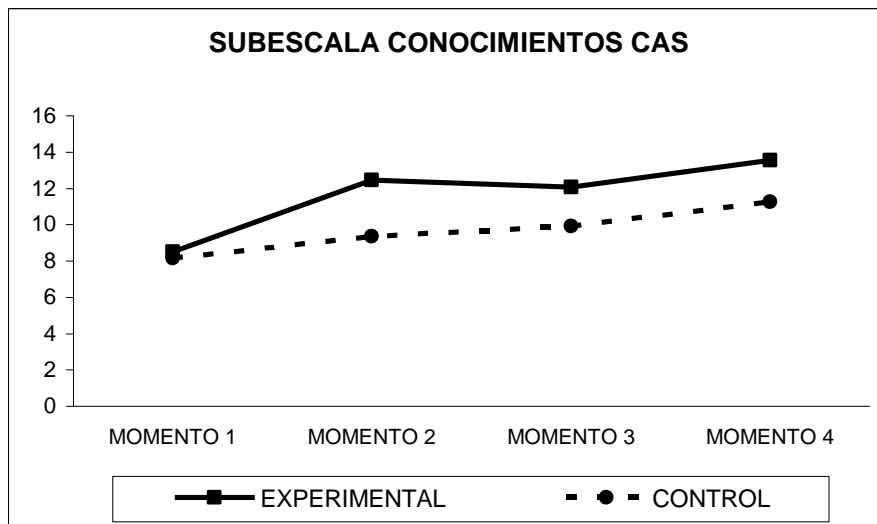
**Tabla 61. Pruebas T diferencia de medias entre varones y mujeres  
Subescala de Conocimientos**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo Control</b>			
<b>Momento 1</b>	1,095	1,859	p< 0,068
<b>Momento 2</b>	- 0,065	0,083	p< 0,934
<b>Momento 3</b>	- 0,553	0,785	p< 0,435
<b>Momento 4</b>	- 1,363	1,801	p< 0,076
<b>Grupo Experimental</b>			
<b>Momento 1</b>	- 0,058	0,113	p< 0,910
<b>Momento 2</b>	- 0,435	0,959	p< 0,339
<b>Momento 3</b>	- 0,748	1,453	p< 0,148
<b>Momento 4</b>	- 1,747	3,457	p< 0,001*

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

Para concluir este apartado, se incluyen las gráficas 1 y 2 que muestran la evolución de las puntuaciones de los grupos control y experimental en la Subescala de Conocimientos del Cuestionario CAS para cada uno de los cuatro momentos de evaluación.

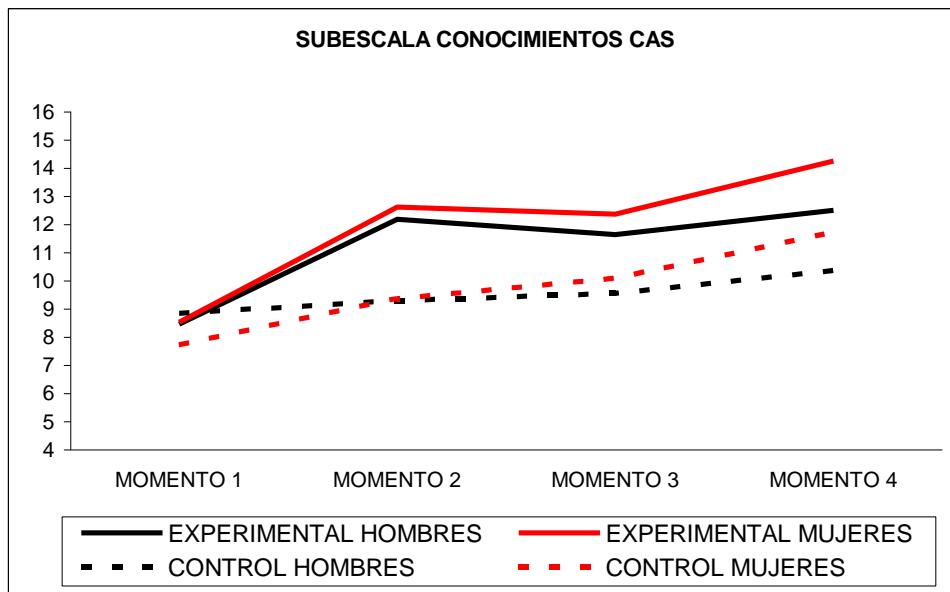
**Figura 8: Evolución de los grupos control y experimental Subescala Conocimientos CAS**



Según la Figura 8, ambos grupos no muestran diferencias en el nivel de conocimientos sobre la sexualidad en el Momento 1. El grupo experimental supera al grupo control a lo largo del seguimiento, incrementando significativamente su nivel de conocimientos en los Momentos 2, 3 y 4, tras su participación en el P.E.Sex. En el grupo control se observan diferencias significativas entre los momentos 1 y 2, y 3 y 4, pero en ningún caso llegan a equipararse con el grupo experimental que asimismo muestra diferencias significativas entre dichos momentos, lo cual permite confirmar nuestra primera hipótesis general acerca de la eficacia global del Programa.

La Figura 9 plasma que los chicos y las chicas de ambos grupos muestran niveles similares de conocimientos, sin diferencias significativas a lo largo del seguimiento, lo que supone la confirmación parcial de la segunda hipótesis general en la que se presuponía diferencias en función del género. Únicamente las chicas del grupo experimental superan al resto de adolescentes en el Momento 4.

**Figura 9: Evolución de los grupos según la variable género**



7.5.2. Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS

En el segundo ANOVA se ha considerado como variables independientes las variables Género y Grupo y como variable dependiente la subescala “Actitudes” del Cuestionario de Conocimientos y Actitudes Sexuales (CAS). Los resultados se presentan en la Tabla 62.

**Tabla 62. ANOVA Grupo x Género (x Momento) para la variable dependiente CAS: Subescala de ACTITUDES**

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	MC <sub>error</sub>	p	$\eta^2_p$
<b>Grupo</b>	$F_{1, 225} = 1,060$	18,097	$p = 0,304$	0,005
<b>Género</b>	$F_{1, 225} = 51,511$	18,097	$p < 0,000^*$	0,186
<b>Grupo x Género</b>	$F_{1, 225} = 0,116$	18,097	$p = 0,734$	0,001
<b>Momento</b>	$F_{3, 675} = 25,666$	8,561	$p < 0,000^*$	0,308
<b>Momento x Grupo</b>	$F_{3, 675} = 2,164$	8,561	$p = 0,101$	0,061
<b>Momento x Género</b>	$F_{3, 675} = 2,039$	8,561	$p = 0,117$	0,031
<b>Momento x Grupo x Género</b>	$F_{3, 675} = 0,306$	8,561	$p = 0,789$	0,002

Nota: Factor de corrección  $\epsilon$  (Momento)= 0,854

El resultado del análisis pone de manifiesto un efecto significativo del factor Género ( $F_{1, 225} = 18,097$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,186$ ). No resultan significativos ni el factor Grupo ni la interacción Grupo x Género. Además, se observa un efecto significativo de la variable Momento ( $F_{3, 675} = 25,666$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2_p = 0,308$ ), no resultando significativas las distintas interacciones. Ello indica que las actitudes sexuales varían en los diferentes momentos de evaluación.

El análisis de la variable Momento en los grupos control y experimental aparece reflejado en la tabla 63. Se confirma parcialmente la hipótesis general 1, que establecía la eficacia global del P.E.Sex en el fomento de cambios actitudinales, debido a que solamente se ha observado la eficacia del Módulo 1 del P.E.Sex aplicado a 2º de la ESO, observándose que en el Momento 2 (post-intervención 1) el grupo

experimental (ver tabla 63) mejora significativamente sus actitudes sexuales, en comparación con el grupo control.

**Tabla 63. Subescala de Actitudes: Análisis de la interacción Grupo (x Momento)**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
Grupo en Momento 1	- 0,242	- 0,537	p= 0,592
Grupo en Momento 2	1,084	2,307	p= 0,022*
Grupo en Momento 3	0,126	0,306	p= 0,760
Grupo en Momento 4	- 0,183	- 0,305	p= 0,760

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto .*

En la Tabla 63, asimismo se ve confirmada la hipótesis específica 1. En el Momento 1 (preintervención del Módulo 1 del P.E.Sex), los grupos experimental y control no presentan diferencias significativas en la variable Actitudes sexuales, medida por la Subescala del CAS. También se confirma la hipótesis específica 2, debido a se observan diferencias significativas en las actitudes entre los grupos en el Momento 2 ( $T_{227} = 7,295$   $p < 0.000$ ), siendo superiores las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental (ver tabla 64); rechazándose los supuestos 3 y 4, por no encontrarse diferencias en el resto de las evaluaciones (momentos 3 y 4).

Los estadísticos descriptivos aparecen recogidos en la tabla 64. Las puntuaciones medias del grupo experimental en la Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS son significativamente más elevadas que las del grupo control en el Momento 2, pero no en las siguientes evaluaciones.

**TABLA 64. Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS  
Estadísticos descriptivos: Media (DT)**

<b>Grupo experimental</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	28,26 (3,24)	27,42 (3,58)	28,84 (2,85)
<b>Momento 2</b>	30,45 (3,11)	29,28 (3,79)	31,26 (2,21)
<b>Momento 3</b>	30,69 (2,90)	29,15 (3,29)	31,76 (2,01)
<b>Momento 4</b>	30,65 (4,44)	29,03 (5,84)	31,78 (2,61)
<b>Grupo control</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	28,50 (2,70)	27,29 (3,21)	29,19 (2,10)
<b>Momento 2</b>	29,36 (3,49)	27,96 (4,46)	30,17 (2,52)
<b>Momento 3</b>	30,56 (2,66)	29,17 (3,55)	31,36 (1,53)
<b>Momento 4</b>	30,83 (3,14)	28,71 (3,86)	32,05 (1,77)

En la tabla 65 se presentan los resultados de la prueba T para muestras relacionadas, que se ha llevado a cabo para comprobar el resto de hipótesis relativas a la comparación entre los distintos momentos en cada grupo individualmente.

**Tabla 65. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas  
Subescala de Actitudes**

<b>FUENTES DE VARIABILIDAD</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Control</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 0,864	-2,448	p = 0,017*
<b>Momento 2 y 3</b>	- 1, 197	-3,019	p = 0,004*
<b>Momento 3 y 4</b>	- 0,273	- 0,821	p = 0,414
<b>Grupo Experimental</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 2,190	-1,673	p< 0,000*
<b>Momento 2 y 3</b>	- 0,239	0,304	p = 0,386
<b>Momento 3 y 4</b>	0,037	0,721	p = 0,916

El grupo control muestra diferencias significativas en sus actitudes entre las evaluaciones pre y postintervención 1, si comparamos sus puntuaciones entre los Momentos 1 y 2 ( $T_{65} = - 2,448$  p= 0,017). Ello descarta la hipótesis específica 5; por el contrario, se acepta la hipótesis 6, dado que las medias de la Subescala de Actitudes se mantienen sin cambios en los dos últimos momentos 3 y 4.

En relación al grupo experimental, solamente se han encontrado diferencias significativas entre los momentos 1 y 2, lo que ratifica la eficacia del Módulo 1 del

P.E.Sex en relación a la mejora de las actitudes sexuales ( $T_{162} = -1,673$   $p < 0,000$ ). Por tanto, se acepta la hipótesis 7; pero se debe rechazar la hipótesis 8 por no encontrar tales diferencias entre los momentos 3 y 4 ( $T_{162} = 0,721$   $p = 0,916$ ).

Por otro lado, solamente en el grupo control aparecen variaciones significativas cuando se comparan los Momentos 2 y 3 ( $T_{65} = -3,019$   $p = 0,004$ ), tal como se había establecido. De este modo, se confirma parcialmente nuestra hipótesis específica 9, según la cual se establecía que ambos grupos experimentarían cambios, debido a una mayor edad, experiencia u otras fuentes de información.

El análisis de la interacción Género x Momento indica la existencia de diferencias en el nivel de conocimientos entre varones y mujeres a lo largo del seguimiento longitudinal, tal como se muestra en la tabla 66, por lo que se acepta la hipótesis general 2.

**Tabla 66. Subescala de Actitudes: Análisis de la interacción Género (x Momento)**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
Género en Momento 1	- 1,565	- 3,661	$p < 0,000^*$
Género en Momento 2	- 1,993	- 4,297	$p < 0,000^*$
Género en Momento 3	- 2,484	- 6,458	$p < 0,000^*$
Género en Momento 4	- 2,917	- 4,878	$p < 0,000^*$

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

Se ha analizado separadamente cada grupo a fin de valorar la evolución de los y las participantes en cada uno de los Momentos de evaluación; para ello se ha efectuado una prueba T de diferencia de medias para muestras independientes. En la Tabla 67 se puede observar diferencias significativas entre los varones y las mujeres, tanto en el grupo control como en el experimental. Las puntuaciones medias de las chicas (ver tabla 64) en la Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS superan a las obtenidas por los chicos en todo el seguimiento efectuado, con lo que se confirma la hipótesis general 2.



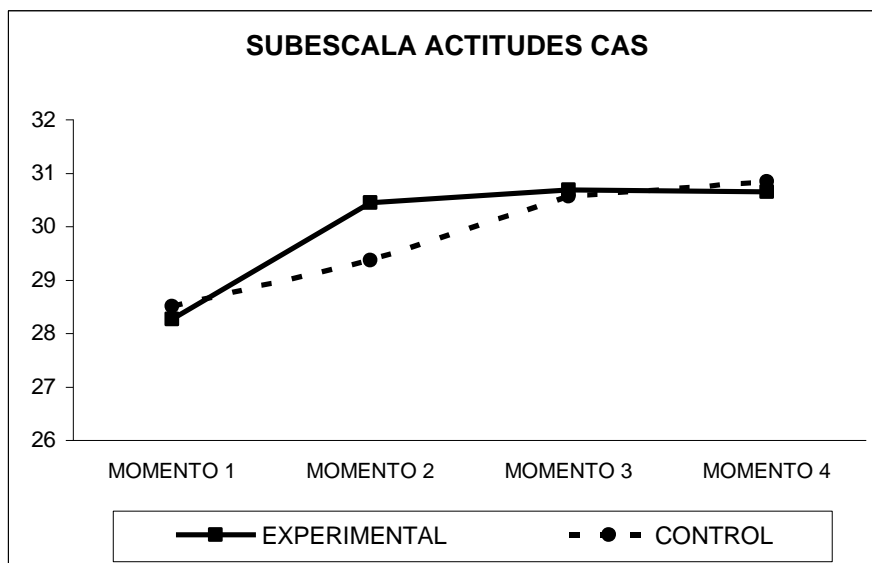
**Tabla 67. Pruebas T diferencia de medias entre varones y mujeres  
Subescala de Actitudes**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo Experimental</b>			
Momento 1	- 1,426	- 2,826	p= 0,005*
Momento 2	- 1,977	- 3,842	p< 0,000*
Momento 3	- 2,611	- 5,793	p< 0,000*
Momento 4	- 2,751	- 3,615	p= 0,001*
<b>Grupo Control</b>			
Momento 1	- 1,899	- 2,906	p= 0,005*
Momento 2	- 2,208	- 2,232	p= 0,033*
Momento 3	- 2,190	- 2,877	p= 0,008*
Momento 4	- 3,339	- 4,004	p< 0,000*

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

La Figura 10 plasma la evolución de las puntuaciones de los grupos control y experimental en la Subescala de Actitudes del Cuestionario CAS.

**Figura 10: Evolución de los grupos control y experimental**

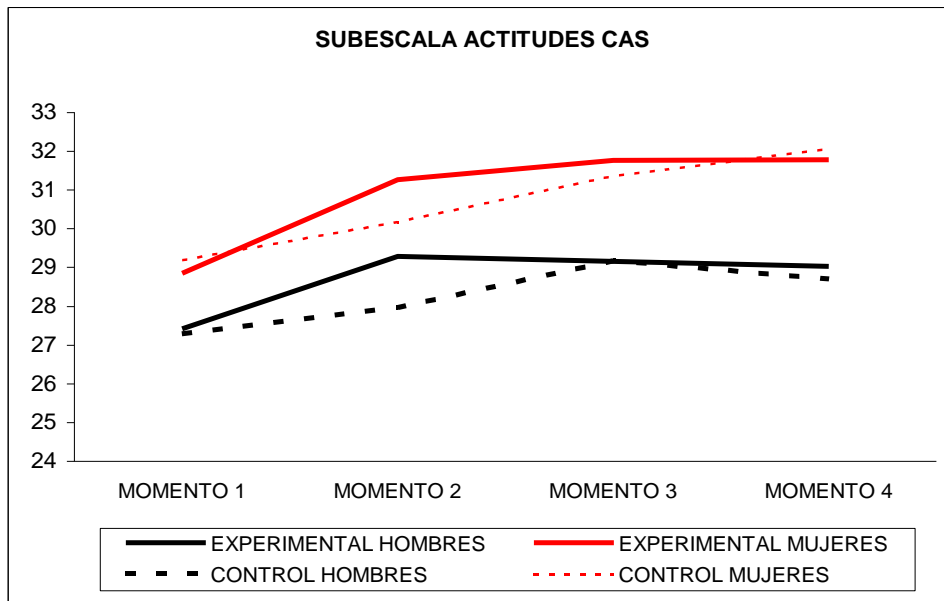


Según la figura anterior, las actitudes de ambos grupos son similares en el Momento 1, mejorando el grupo experimental significativamente en el Momento 2, en el que el grupo experimental supera al grupo control, tras su participación en el Módulo 1 del P.E.Sex, desarrollado cuando el alumnado estaba escolarizado en 2º ESO. Posteriormente (momentos 3 y 4), tales actitudes permanecen estables, sin variaciones significativas.

En cambio, el grupo control experimenta un cambio, incrementando su puntuación media en la Subescala de Actitudes en el Momento 3 y permanece estable en dicho nivel hasta la última evaluación realizada en 4º ESO, equiparándose con el grupo experimental. Así, pues, el Programa de Educación Sexual muestra una eficacia parcial en la mejora de las actitudes sexuales adolescentes, localizada en el desarrollo del primer módulo.

De acuerdo con nuestra hipótesis general 2, se observan diferencias acusadas entre las actitudes sexuales masculinas y femeninas de la población adolescente que ha participado en el estudio, tal como se refleja en la Figura 11.

**Figura 11: Evolución de los grupos según la variable género**



Las actitudes de las chicas del grupo experimental superan a las del resto de adolescentes tras su participación en el Módulo 2 del P.E.Sex y permanecen estables en las siguientes evaluaciones. En cambio, las chicas del grupo control mejoran paulatinamente sus actitudes, hasta llegar a equiparse con las del grupo experimental en el Momento 4.

En el caso de los chicos, no se observa variaciones significativas en el grupo control, con unas puntuaciones medias similares en la Subescala de Actitudes del CAS en los Momentos 1 y 2, siendo superados por los adolescentes varones del grupo experimental. Posteriormente, en los Momento 3 y 4 las actitudes de los chicos de ambos grupos se equiparan, estabilizándose a un mismo nivel, tal como puede apreciarse en la Figura 11.

### 7.5.3. Cuestionario de Métodos Anticonceptivos (ANTI)

En este tercer ANOVA se ha considerado como variables independientes las variables Género y Grupo y como variable dependiente el cuestionario de Métodos Anticonceptivos: Módulo común (ANTI-MC). Los resultados aparecen en la tabla 68.

**Tabla 68. ANOVA Grupo x Sexo x (Momento) para la variable dependiente ANTI: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	MC <sub>error</sub>	p	$\eta^2$
<b>Grupo</b>	$F_{1, 224} = 22,346$	20,179	$p < 0,000^*$	0,091
<b>Género</b>	$F_{1, 224} = 6,059$	20,179	$p = 0,015^*$	0,026
<b>Grupo x Género</b>	$F_{1, 224} = 2,835$	20,179	$p = 0,094$	0,012
<b>Momento</b>	$F_{3, 672} = 89,794$	5,361	$p < 0,000^*$	0,286
<b>Momento x Grupo</b>	$F_{3, 672} = 27,335$	5,361	$p < 0,000^*$	0,109
<b>Momento x Género</b>	$F_{3, 672} = 5,163$	5,361	$p = 0,002^*$	0,023
<b>Momento x Grupo x Género</b>	$F_{3, 672} = 0,970$	5,361	$p = 0,402$	0,004

Nota: Factor de corrección  $\epsilon$  (Momento)= 0,926

En este caso se pone de manifiesto la existencia de efectos significativos de los factores Grupo ( $F_{1, 224} = 22,346$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2 p = 0,091$ ) y Género ( $F_{1, 224} = 6,059$   $p = 0,015$ ,  $\eta^2 p = 0,026$ ), no resultando significativa la interacción Género x Grupo. También, se observa un efecto significativo de la variable Momento ( $F_{3, 672} = 89,794$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2 p = 0,286$ ), y de las interacciones Momento x Grupo ( $F_{3, 672} = 27,335$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2 p = 0,109$ ) y Momento x Género ( $F_{3, 672} = 5,163$   $p = 0,002$ ,  $\eta^2 p = 0,023$ ).

El análisis de la interacción Grupo x Momento indica que existen diferencias en el nivel de conocimientos del alumnado en función del grupo (ver tabla 69), excepto en el Momento 1. Existe un efecto significativo en el Momento 2 ( $T_{227} = 8,483$   $p < 0,000$ ), Momento 3 ( $T_{227} = 4,370$   $p < 0,000$ ) y Momento 4 ( $T_{226} = 3,609$   $p < 0,000$ ). En todos ellos, el grupo experimental supera al control, constatándose la eficacia global del programa de intervención en relación con la mejora de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos (hipótesis general 1).

**Tabla 69. Análisis de la interacción Grupo (x Momento) ANTI: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
Grupo en Momento 1	- 0,492	- 1,127	$p = 0,261$
Grupo en Momento 2	3,855	8,483	$p < 0,000^*$
Grupo en Momento 3	1,812	4,370	$p < 0,000^*$
Grupo en Momento 4	1,529	3,609	$p < 0,000^*$

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto .*

Como se desprende de la Tabla 69, las hipótesis específicas 1, 2, 3 y 4 se confirman; puesto que, en la evaluación pre-intervención-1 (Momento 1), los grupos experimental y control no presentan diferencias significativas en la variable Conocimientos sobre anticoncepción, evaluada por el Módulo común del ANTI. Por el contrario, sí se constatan diferencias entre los grupos control y experimental en los

Momentos 2, 3 y 4, siendo el grupo experimental el que supera al control (ver tabla 70: Estadísticos descriptivos).

**TABLA 70: Módulo común del Cuestionario ANTI  
Estadísticos descriptivos: Media (DT)**

<b>Grupo control</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	9,11 (2,71)	9,25 (2,83)	9,02 (2,66)
<b>Momento 2</b>	9,73 (3,20)	10,33 (3,51)	9,38 (3,00)
<b>Momento 3</b>	11,50 (2,67)	10,96 (3,00)	11,81 (2,44)
<b>Momento 4</b>	11,38 (2,75)	10,50 (3,06)	11,88 (2,45)
<b>Grupo experimental</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	8,60 (3,11)	8,06 (3,13)	8,99 (3,06)
<b>Momento 2</b>	13,62 (3,04)	13,04 (3,13)	14,03 (2,93)
<b>Momento 3</b>	13,32 (3,24)	12,15 (3,32)	14,15 (2,94)
<b>Momento 4</b>	12,91 (2,96)	11,91 (3,53)	13,61 (2,25)

Se llevó a cabo una prueba T para muestras relacionadas (tabla 7.20), con el fin de comprobar el resto de hipótesis específicas sobre la comparación de cada grupo entre los distintos momentos.

**Tabla 71. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas  
ANTI: Módulo común**

<b>FUENTES DE VARIABILIDAD</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Control</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 0,621	- 2,078	p = 0,042*
<b>Momento 2 y 3</b>	- 1,773	- 5,248	p < 0,000*
<b>Momento 3 y 4</b>	0,121	0,461	p = 0,647
<b>Grupo Experimental</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 4,969	- 17,788	p < 0,000*
<b>Momento 2 y 3</b>	0,270	1,189	p = 0,236
<b>Momento 3 y 4</b>	0,413	1,784	p = 0,076

Como puede observarse en la tabla 71, se descarta la hipótesis 5 porque se detectan diferencias significativas en el grupo control entre los momentos 1 y 2 (pre y post-intervención-1) ( $T_{65} = - 2,078$  p = 0,042). Sin embargo, se constata la hipótesis 6 debido a la ausencia de diferencias entre los momentos 3 y 4 (pre y post-intervención-2).

Respecto al grupo experimental, se acepta la hipótesis 7, debido a que se detectan diferencias significativas entre los momentos 1 y 2 ( $T_{162} = - 17,778$ ;  $p < 0,000^*$ ); pero no se comprueba la hipótesis 8, al no encontrarse diferencias significativas entre las fases pre y post-intervención-2 (momentos 3 y 4). Ello puede justificarse, teniendo en cuenta que el Módulo 2 del P.E.Sex no incide en contenidos sobre anticoncepción (ver tabla 71)

En la hipótesis 9 se establecía que ambos grupos control y experimental experimentarán diferencias significativas entre los Momentos 2 y 3, debido al paso del tiempo, experiencia y la posible obtención de información a través de otras fuentes. Sin embargo, éstas solamente se han dado en el grupo control, que mejora significativamente, incrementando sus conocimientos sobre anticoncepción en el Momento 3, si lo comparamos con la evaluación anterior ( $T_{162} = - 5,248$   $p < 0,000$ ), por lo que el supuesto 9 se confirma parcialmente (ver tabla 71).

El análisis de la interacción Género x Momento indica la existencia de diferencias en el nivel de conocimientos entre varones y mujeres únicamente en el Momento 3 ( $T_{227} = -3,791$   $p < 0,000$ ) y Momento 4 ( $T_{227} = -3,693$   $p < 0,000$ ), sin que lleguen a ser significativas en el resto, tal como se muestra en la tabla 72.

**Tabla 72. Análisis de la interacción Género (x Momento) ANTI: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Género en Momento 1</b>	- 0,634	- 1,570	$p = 0,118$
<b>Género en Momento 2</b>	- 0,236	- 0,488	$p = 0,626$
<b>Género en Momento 3</b>	- 1,585	- 3,791	$p < 0,000^*$
<b>Género en Momento 4</b>	- 1,542	- 3,693	$p < 0,000^*$

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

Se ha considerado oportuno analizar separadamente cada grupo a fin de determinar los efectos del programa de intervención en función del sexo; para ello se ha efectuado una prueba T de diferencia de medias para muestras independientes (Tabla 73).

**Tabla 73. Pruebas T diferencia de medias entre varones y mujeres ANTI-MC**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo Experimental</b>			
Momento 1	- 0,940	- 1,919	p= 0,057
Momento 2	- 0,913	- 1,878	p= 0,062
Momento 3	- 1,975	- 4,009	p< 0,000*
Momento 4	- 1,700	- 3,487	p< 0,001*
<b>Grupo Control</b>			
Momento 1	0,226	0,324	p= 0,747
Momento 2	0,952	1,165	p= 0,248
Momento 3	- 0,851	- 1,252	p= 0,215
Momento 4	- 1,381	- 2,008	p= 0,049*

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

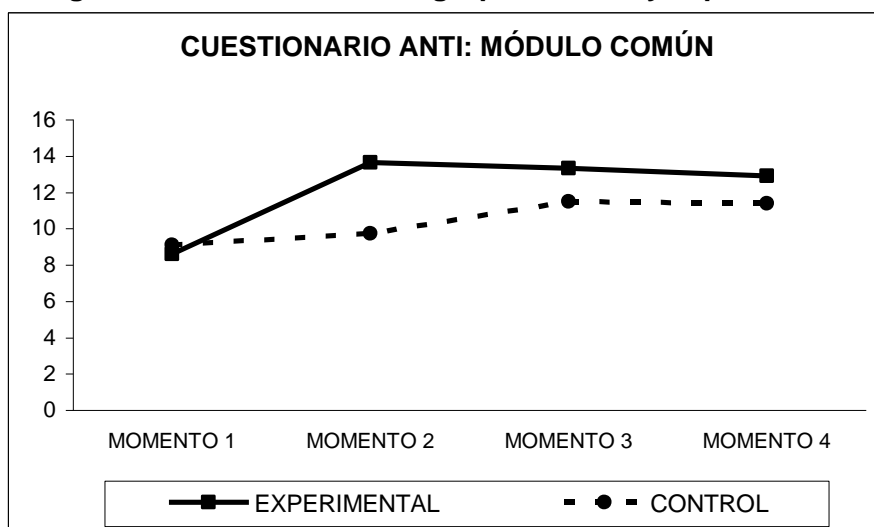
En los dos primeros momentos se observa cierta tendencia a la significatividad en el grupo experimental, mostrando las chicas unas puntuaciones medias ligeramente superiores a las de los chicos (ver tabla 70).

Sin embargo, aparecen diferencias significativas entre los varones y las mujeres de este grupo en las evaluaciones pre-post intervención del Módulo 2 del P.E.Sex, es decir en el Momento 3 ( $T_{161} = - 4,009$   $p < 0,000$ ) y en el Momento 4 ( $T_{160} = - 3,478$   $p < 0,001$ ). Las puntuaciones de las chicas superan a las de los chicos (ver tablas 70 y 73).

En el grupo control, las diferencias significativas entre varones y mujeres se circunscriben al Momento 4 ( $T_{64} = - 2,008$   $p = 0,049$ ), siendo superiores en las chicas.

En la Figura 12 se muestra la evolución de las puntuaciones de los grupos control y experimental en el Módulo Común del Cuestionario ANTI para cada uno de los cuatro momentos de evaluación.

**Figura 12: Evolución de los grupos control y experimental**



Ambos grupos no muestran diferencias en los conocimientos sobre la anticoncepción en el Momento 1. El grupo experimental supera significativamente al grupo control a lo largo del seguimiento (momentos 2, 3 y 4), lo que permite confirmar la eficacia global del Programa de Educación Sexual (hipótesis general 1).

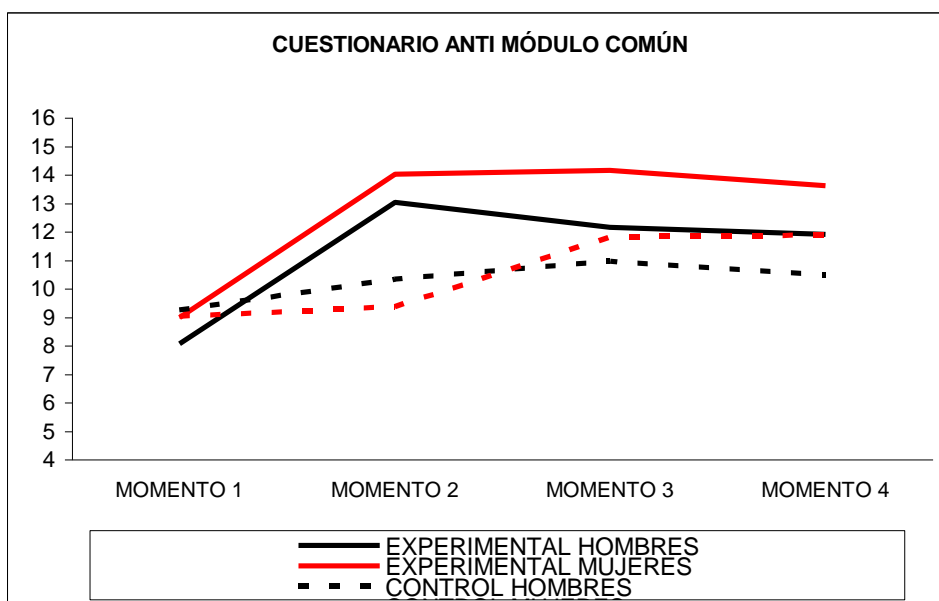
En el grupo control se observa una mejora de sus conocimientos entre los Momentos 1 y 2, por un lado, y entre los Momentos 2 y 3, por otro; pero no llegan a equipararse con el grupo experimental.

La hipótesis general 2, según la cual se esperaba encontrar diferencias en función del género de los participantes, se ha comprobado. En la Figura 13 se observa que las chicas del grupo experimental superan al resto de adolescentes en el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, mostrando un aprovechamiento óptimo de su participación en el Programa de Educación Sexual.



Las chicas del grupo control incrementan sus conocimientos a lo largo del seguimiento, equiparándose con los chicos del grupo experimental en el Momento 4.

**Figura 13: Evolución de los grupos según la variable género**



#### 7.5.4. Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS)

Los resultados del cuarto ANOVA, considerando como variables independientes las variables Género y Grupo y como variable dependiente el Módulo común del Cuestionario de Sexualidad y Salud (SYS-MC) se presentan en la tabla 74.

**Tabla 74. ANOVA Grupo x Sexo x( Momento) para la variable dependiente SYS: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	F	MC <sub>error</sub>	p	$\eta^2$
<b>Grupo</b>	$F_{1, 224} = 0,822$	17,837	$p = 0,365$	0,004
<b>Género</b>	$F_{1, 224} = 3,542$	17,837	$p = 0,061$	0,016
<b>Grupo x Género</b>	$F_{1, 224} = 0,483$	17,837	$p = 0,488$	0,002
<b>Momento</b>	$F_{3, 672} = 81,496$	6,628	$p < 0,000^*$	0,267
<b>Momento x Grupo</b>	$F_{3, 672} = 4,938$	6,628	$p = 0,004^*$	0,022
<b>Momento x Género</b>	$F_{3, 672} = 6,158$	6,628	$p = 0,001^*$	0,027
<b>Momento x Grupo x Género</b>	$F_{3, 672} = 2,366$	6,628	$p = 0,081$	0,010

Nota: Factor de corrección  $\epsilon$  (Momento)= 0,837

El análisis pone de manifiesto la existencia de un efecto significativo de la variable Momento ( $F_{3, 672}=81,496$   $p < 0,000$ ,  $\eta^2p=0,267$ ), y de las interacciones siguientes: Momento x Grupo ( $F_{3, 672}=4,938$   $p= 0,004$ ,  $\eta^2p =0,022$ ) y Momento x Género ( $F_{3, 672}=6,158$   $p= 0,001$ ,  $\eta^2p =0,027$ ). No se observa un efecto significativo de los factores Género y Grupo ni de su interacción.

El análisis de la interacción Grupo x Momento indica que las diferencias en el nivel de conocimientos del alumnado en función del grupo se circunscriben únicamente al Momento 4 ( $T_{226}= 2,041$   $p=0,042$ ), que corresponde a la evaluación post-intervención 2. Ello concuerda con lo esperado, puesto que en el Módulo 1 del P.E.Sex no se tratan específicamente contenidos relacionados con la salud sexual, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA, concentrándose tales temas en el Módulo 2 del Programa de Educación Sexual. Se confirma, por tanto la eficacia del P.E.Sex (hipótesis general 1).

Asimismo se aceptan las hipótesis específicas 1 y 4 debido a que no se han detectado diferencias entre los grupos en el Momento 1, pero sí en el Momento 4, como acabamos de indicar. Sin embargo, en ningún otro caso aparecen diferencias significativas entre los grupos control y experimental, por lo que se rechazan las hipótesis específicas 2 y 3, según se observa en la tabla 75.

**Tabla 75. Análisis de la interacción Grupo (x Momento) SYS: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
Grupo en Momento 1	- 0,492	- 1,402	p= 0,162
Grupo en Momento 2	3,855	1,081	p= 0,281
Grupo en Momento 3	1,812	1,198	p= 0,232
Grupo en Momento 4	1,529	2,041	p= 0,042*

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto .*

En la tabla 76 se presentan los estadísticos descriptivos de cada uno de los grupos, relacionando los totales y los parciales en función del género.

**TABLA 76: Módulo común del Cuestionario SYS  
Estadísticos descriptivos: Media (DT)**

<b>Grupo experimental</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	11,57 (3,20)	11,30 (3,28)	11,76 (3,15)
<b>Momento 2</b>	13,62 (2,84)	13,30 (3,17)	13,85 (2,56)
<b>Momento 3</b>	15,25 (2,56)	14,82 (2,71)	15,56 (2,42)
<b>Momento 4</b>	16,17 (3,29)	15,27 (4,31)	16,80 (2,11)
<b>Grupo control</b>	<b>TOTALES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Momento 1</b>	12,21 (3,11)	12,88 (2,68)	11,83 (3,30)
<b>Momento 2</b>	13,14 (3,05)	13,50 (3,32)	12,93 (2,91)
<b>Momento 3</b>	14,80 (2,71)	13,75 (3,40)	15,40 (2,04)
<b>Momento 4</b>	15,23 (2,79)	14,29 (3,82)	15,76 (1,83)

En cuanto a las demás hipótesis específicas, se han visto confirmadas con matizaciones, según se desprende de la prueba T para muestras relacionadas (Tabla 77).

**Tabla 77. Pruebas T diferencia de medias para muestras relacionadas  
SYS: Módulo común**

<b>FUENTES DE VARIABILIDAD</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Control</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 0,924	- 3,079	p = 0,003*
<b>Momento 2 y 3</b>	- 1,667	- 3,953	p < 0,000*
<b>Momento 3 y 4</b>	- 0,424	-1,654	p = 0,103
<b>Grupo Experimental</b>			
<b>Momento 1 y 2</b>	- 2,031	-8,717	p < 0,000*
<b>Momento 2 y 3</b>	- 1,663	-7,740	p < 0,000*
<b>Momento 3 y 4</b>	- 0,914	-3,415	p = 0,001*

A pesar de que el Módulo 1 del P.E.Sex no incide en contenidos relacionados con la salud sexual, tanto el grupo control como el experimental mejoran sus conocimientos sobre salud sexual, si comparamos las evaluaciones pre y post-intervención-1 (Momentos 1 y 2). Ello refuta la hipótesis 5 relativa al grupo control ( $T_{65} = - 3,079$   $p=0,003^*$ ) sobre el que no se esperaba encontrar diferencias

significativas. Por otro lado, se confirma la hipótesis 7 en relación al grupo experimental ( $T_{162} = - 8,717$   $p < 0,000^*$ ). Ello podría venir justificado por un posible efecto del pase del cuestionario SYS, que ha propiciado en ambos grupos un incremento de la curiosidad con la consiguiente búsqueda de información a través de diferentes medios.

Las hipótesis 6 y 8 se confirman al no encontrarse diferencias entre los momentos 3 y 4 en el grupo control ( $T_{65} = - 1,654$   $p = 0,103$ ); pero, sí en el experimental ( $T_{162} = - 3,415$   $p = 0,001^*$ )

La hipótesis 9 establecía una mejora de los conocimientos entre los Momentos 2 y 3, dada la mayor edad, experiencia y obtención de información por otras fuentes. Se confirma la hipótesis, ya que tanto en el grupo control ( $T_{65} = - 3,953$   $p < 0,000$ ), como en el experimental ( $T_{162} = - 7,740$   $p < 0,000$ ) aparecen diferencias significativas.

El análisis de la interacción Género x Momento indica la existencia de diferencias en el nivel de conocimientos entre varones y mujeres únicamente en el Momento 3 ( $T_{227} = -2,682$   $p = 0,008$ ) y Momento 4 ( $T_{226} = -3,105$   $p = 0,002$ ), sin que lleguen a ser significativas en el resto, tal como se muestra en la tabla 78.

**Tabla 78. Análisis de la interacción Género (x Momento) SYS: Módulo común**

FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Género en Momento 1</b>	- 0,061	- 0,142	$p = 0,887$
<b>Género en Momento 2</b>	- 0,185	- 0,454	$p = 0,651$
<b>Género en Momento 3</b>	- 0,976	- 2,682	$p = 0,008^*$
<b>Género en Momento 4</b>	- 1,471	- 3,105	$p = 0,002^*$

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

Se ha considerado oportuno analizar separadamente cada grupo a fin de determinar los efectos del programa de intervención en función del sexo; para ello se ha efectuado una prueba T de diferencia de medias para muestras independientes (Tabla 79).

**Tabla 79. Pruebas T diferencia de medias entre varones y mujeres SYS-MC**

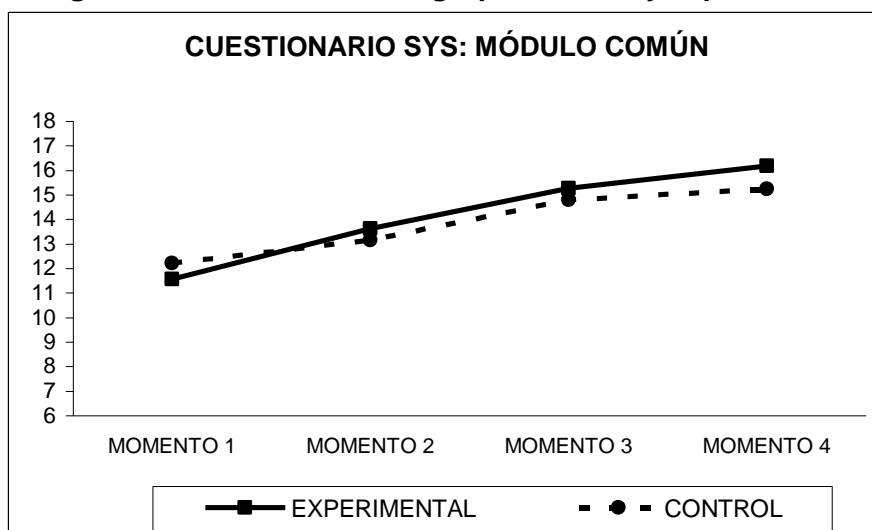
FUENTES DE VARIABILIDAD	Diferencia de medias	T	p
<b>Grupo Experimental</b>			
Momento 1	- 0,451	- 0,889	p= 0,376
Momento 2	- 0,504	- 1,072	p= 0,286
Momento 3	- 0,742	- 1,837	p= 0,068
Momento 4	- 1,531	- 2,688	p= 0,009*
<b>Grupo Control</b>			
Momento 1	1,042	1,316	p= 0,193
Momento 2	0,571	0,729	p= 0,469
Momento 3	- 1,655	- 2,170	p= 0,037*
Momento 4	- 1,470	- 1,774	p= 0,086

*Nota: Se ha utilizado el test de Levene para comprobar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicándose la prueba T para varianzas separadas en caso de violación de dicho supuesto*

En ambos grupos no se observan diferencias significativas entre los varones y las mujeres, salvo dos excepciones: Momento 3 del grupo control (T64= - 2,170 p=0,037) y Momento 4 del grupo experimental (T160= - 2,688 p=0.009).

En la Figura 14 se muestra la evolución de las puntuaciones de los grupos control y experimental en el Módulo Común del Cuestionario SYS para cada uno de los cuatro momentos de evaluación.

**Figura 14. Evolución de los grupos control y experimental**



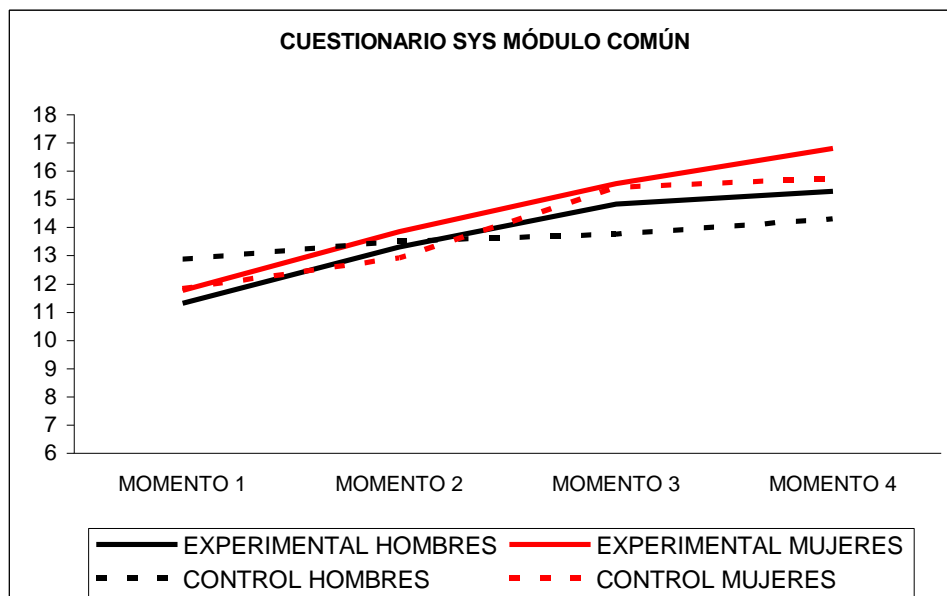
Ambos grupos van incrementando a lo largo del seguimiento sus niveles respectivos de conocimientos sobre los riesgos derivados de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, pero sin mostrar diferencias significativas entre ellos, excepto en la evaluación post-intervención del Módulo 2 del P.E.Sex (Momento 4), dado que se incide directamente en tales contenidos. El grupo experimental supera significativamente al grupo control, lo que permite confirmar la eficacia global del Programa de Educación Sexual (hipótesis general 1).

Se ha comprobado también la hipótesis general 2, según la cual se esperaba encontrar diferencias en función del género de los participantes (Figura 15). En general, las chicas de ambos grupos evolucionan más positivamente que los chicos en el seguimiento longitudinal. En el Momento 4, las chicas del grupo experimental superan de manera significativa a los chicos de su grupo en el nivel de conocimientos sobre salud sexual, mostrando un mejor aprovechamiento de su participación en el Programa de Educación Sexual.

En el Momento 1 los varones del grupo control alcanzan unas puntuaciones superiores a las del resto de adolescentes, pero permanecen estables a lo largo de las sucesivas evaluaciones, sin incrementar significativamente sus conocimientos en el área de sexualidad y salud.

Los chicos del grupo experimental mejoran sus conocimientos de manera progresiva con un estancamiento entre los Momentos 3 y 4, donde no se detectan cambios significativos.

Figura 15. Evolución de los grupos según la variable género



### 7.5.5. Valoración del alumnado participante en el P.E.Sex

En este apartado se presentan los resultados de la valoración cualitativa de los participantes del grupo experimental acerca del P.E.Sex, a partir del análisis de las respuestas del total del alumnado que ha asistido a las sesiones de los Módulos 1 y 2 del P.E.Sex. Ello ha supuesto incluir a una muestra más amplia que la utilizada anteriormente, ya que el único criterio que se ha seguido es la participación en cada uno de los Módulos del Programa de Educación Sexual. Como instrumentos, se han utilizado los cuestionarios VAL 1 y VAL-2, diseñados específicamente para recoger las opiniones del alumnado participante.

#### Análisis de la valoración del Módulo 1 (VAL 1)

Se han tabulado las respuestas de 326 adolescentes acerca de los contenidos de los bloques temáticos del Módulo 1.

El 56,9% del alumnado se consideraba bastante informado sobre la sexualidad en la evaluación inicial (Momento 1), mientras que tras la aplicación del programa este porcentaje asciende hasta el 70,7% (Momento 2).

La tabla siguiente muestra la valoración de los participantes respecto a los bloques temáticos que componen el Módulo 1 del P.E.Sex.

**Tabla 80. Valoración de los contenidos del Módulo 1 del P.E.Sex**

<b>EVALUACIÓN</b>	<b>BLOQUE I Anatomía y fisiología</b>	<b>BLOQUE II La sexualidad (1)</b>	<b>BLOQUE III Mét. anticonceptivos</b>
<b>Suficiente</b>	82,3%	93,9%	94,6%
<b>Claro</b>	78,1%	95,2%	91,8%
<b>Interesante</b>	50,2%	76,0%	86,5%
<b>Nuevo</b>	22,4%	37,4%	63,3%
<b>Necesario</b>	75,8%	89,7%	95,5%



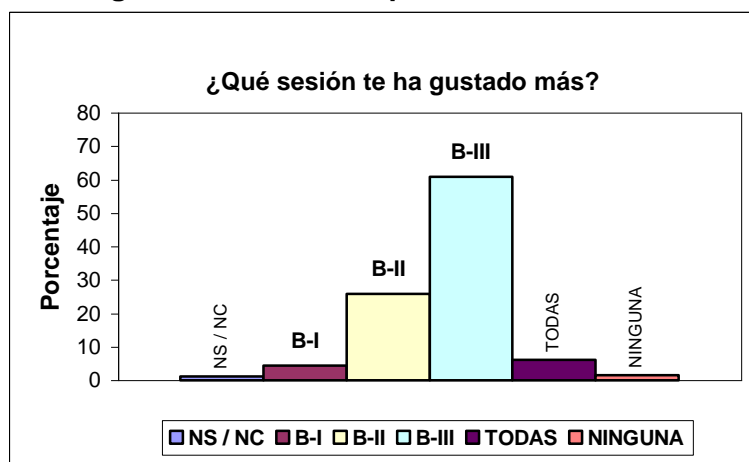
En términos generales, los y las adolescentes del grupo experimental consideran suficientes, claros y necesarios los contenidos de los bloques temáticos de este módulo, con porcentajes que oscilan entre el 75 % y el 95,5%. Se observa una mayor variabilidad en lo que respecta a la novedad e interés de los contenidos tratados.

El Bloque I (Anatomía y fisiología) es impartido por el profesorado de Ciencias Naturales y sus contenidos son considerados menos novedosos que el resto, al tiempo que sólo la mitad del alumnado participante los valora como “interesantes”.

El Bloque II (La sexualidad-1) recoge valoraciones más positivas que el anterior, aunque trata contenidos que resultan conocidos para la mayoría de los adolescentes (37'4% lo considera nuevo).

Por último, el Bloque III (Métodos anticonceptivos) aglutina los resultados más favorables en la valoración de los contenidos. Los y las adolescentes se muestran muy satisfechos con la visita a la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, siendo la actividad que más les ha gustado del Módulo 1, tal como se observa en la Figura 16.

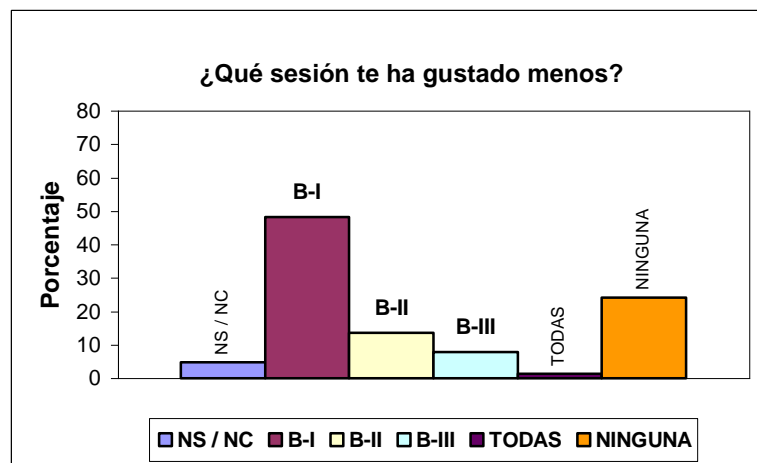
**Figura 16. Valoración positiva del Módulo 1**



Entre los motivos expuestos para refrendar su opinión positiva acerca del Bloque III, señalan el interés por el conocimiento de los diferentes medios para la prevención de embarazos no deseados, destacando también la oportunidad de realizar una visita a la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, así como el trato recibido por el equipo de profesionales sanitarios.

La Figura 17 ilustra que la actividad del Módulo I ha agradado menos al alumnado participante por diversos motivos; entre los que se pueden destacar los siguientes: “son temas ya conocidos”, “siempre nos explican lo mismo” o incluso, en ocasiones, el desagrado hacia un determinado profesor/a y su forma de impartir la docencia (“me aburren sus clases”).

**Figura 17. Valoración negativa del Módulo 1**



Para concluir, se solicitaba que indicaran qué aspectos añadirían o quitarían del Programa de Educación Sexual. La mayoría de sus respuestas señalaban que estaban satisfechos con el actual formato y contenido, aunque también mostraban su interés porque se ampliara el número de sesiones. De manera anecdótica, se realizaban algunas sugerencias respecto a la inclusión de cierto tipo de material audiovisual, en concreto películas pornográficas.

Análisis de la valoración del Módulo 2 (VAL-2)

En el Módulo 2 del P.E.Sex han participado 224 adolescentes en el grupo experimental y se han analizado sus respuestas sobre la valoración de los contenidos de los bloques temáticos de este módulo.

Un amplio porcentaje del alumnado participante (72,3%) se consideraba bastante informado sobre la sexualidad en la evaluación previa al Módulo 2 del P.E.Sex (Momento 3); mientras que este porcentaje asciende hasta el 82,5% después de la aplicación del Módulo 2 del P.E.Sex (Momento 4), reconociendo prácticamente la mayoría de los adolescentes que su nivel de información se ha visto incrementado por su participación en las actividades del P.E.Sex (89,3%).

En la tabla 81 se presenta la valoración del contenido de los bloques temáticos que componen el Módulo 2 del P.E.Sex.

**Tabla 81. Valoración de los contenidos del Módulo 2**

<b>EVALUACIÓN</b>	<b>BLOQUE IV La sexualidad (2)</b>	<b>BLOQUE V Respuesta sexual</b>	<b>BLOQUE VI Sexualidad y salud</b>
<b>Suficiente</b>	66,5%	97,7%	96,2%
<b>Claro</b>	82,3%	93,8%	94,9%
<b>Interesante</b>	24,5%	51,2%	89,5%
<b>Nuevo</b>	18,6%	31,0%	52,7%
<b>Necesario</b>	50,3%	90,5%	94,5%

De nuevo, se observa que los y las adolescentes del grupo experimental coinciden en la consideración de que los contenidos del Módulo 2 son suficientes y claros. No obstante, aparece más variabilidad en lo que respecta al interés, novedad y necesidad de los contenidos tratados en cada uno de los Bloques temáticos.

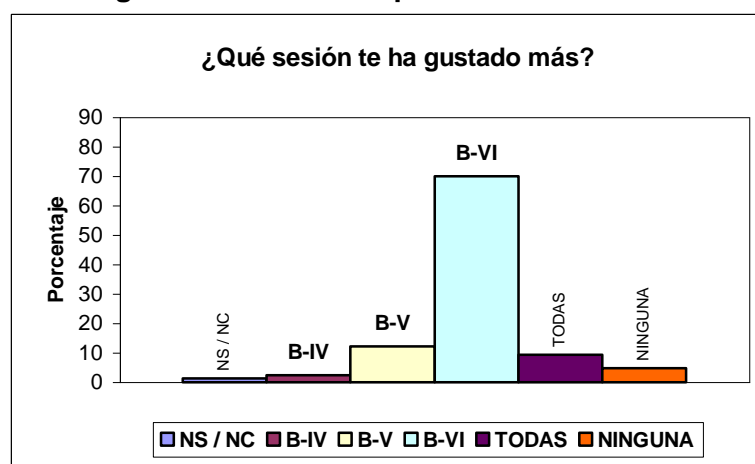
El Bloque IV (La sexualidad-2) es considerado necesario únicamente por la mitad del alumnado, a la vez que sus contenidos son considerados poco novedosos y

con escaso interés. Ello puede explicarse, teniendo en cuenta que se ha diseñado con el objeto de servir de introducción al resto del Módulo. No obstante, es conveniente plantearse una revisión profunda de este bloque, sobre todo, ante los argumentos utilizados por el alumnado a la hora de razonar sus opiniones desfavorables.

El Bloque V (Respuesta sexual) obtiene una valoración global más positiva que el anterior. La mitad del alumnado indica que le ha resultado interesante, a pesar de que solamente alrededor de un tercio de adolescentes (31%) manifiesta que trata contenidos nuevos.

El Bloque VI (Sexualidad y salud) es el que recibe una mejor consideración en todos los aspectos, siendo la actividad del Módulo 2 que más ha gustado a los y las adolescentes, según puede observarse en la Figura 18.

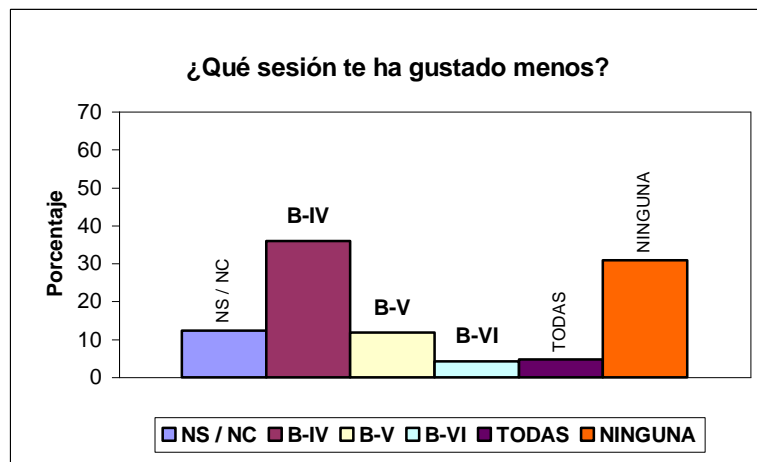
**Figura 18. Valoración positiva del Módulo 2**



Las razones expuestas para justificar su opinión positiva acerca del Bloque VI pueden agruparse en torno a la necesidad de estar informados sobre las distintas enfermedades de transmisión sexual y los medios de prevención para protegerse del riesgo de contagio. Además, muestran su agrado por la metodología y, en especial, por el hecho de que se les haya facilitado preservativos al final de la sesión.

Por último, en la Figura 19 se observa que el Bloque IV es valorado menos positivamente que el resto, aunque alrededor de un tercio del alumnado participante (30'86%) señala que no hay ninguna sesión que le disguste. Entre los argumentos para justificar su desagrado respecto al Bloque IV, hemos establecido dos grandes categorías. Por un lado, los relacionados con el tipo de metodología (“no hemos hecho nada más que rellenar una encuesta”, “ha sido muy aburrido”, “no se ha podido comentar nada”). Por otro, estaría la escasa novedad y/o utilidad de los contenidos (“no he aprendido nada nuevo”, “no se han tratado temas útiles para el futuro”). También, se ha constatado que en algunos casos, esta sesión no se ha llevado a cabo por parte del tutor/a por falta de tiempo dentro del horario de tutoría o por otras causas.

**Figura 19. Valoración negativa del Módulo 2**



Para concluir, también se les solicitaba sugerencias respecto al desarrollo del Módulo 2. En general, sus respuestas mostraban su satisfacción con el actual formato y contenido, pero con bastante frecuencia indicaban que debía eliminarse el Bloque IV, sustituyéndolo por otros contenidos muy diversos: edad idónea para el inicio de las relaciones sexuales, posturas, técnicas para dar mayor placer a la pareja, etc.

#### 7.5.6. Valoración de los equipos docentes de los centros participantes

El P.E.Sex se ha desarrollado en seis centros escolares, iniciándose la aplicación del Módulo 1 en un total de 21 aulas que correspondían al nivel educativo de 2º ESO. Posteriormente, en los mismos centros se realizó el Módulo 2 en otras 22 aulas con el alumnado escolarizado en 4º ESO.

Tal como se ha establecido en los objetivos de la investigación, se consideró conveniente contar con la valoración de los equipos docentes y recoger sus opiniones, comentarios y sugerencias sobre el Programa de Educación Sexual. Con dicho propósito, se elaboró un instrumento específico para la recogida de la información cualitativa (Anexo 1: Ficha de valoración de los equipos docentes).

Esta información se ha obtenido en las reuniones mantenidas con el profesorado implicado, fundamentalmente los tutores/as, aunque en algunos casos también han asistido miembros del equipo directivo como responsables de la Dirección o de la Jefatura de Estudios.

En general, el Programa de Educación Sexual ha sido valorado positivamente en todos los centros. A continuación, se reflejan los puntos fuertes y los puntos débiles, detallando seguidamente las propuestas de mejora realizadas por los equipos docentes para futuras ediciones del P.E.Sex.

##### Puntos fuertes

Entre los aspectos positivos, se ha resaltado la adecuación de los contenidos de ambos Módulos, así como el tipo de metodología utilizada que ha facilitado la participación activa del alumnado, remarcando especialmente que se había conseguido crear un ambiente propicio para el diálogo.

Las fichas de trabajo, al igual que los instrumentos de evaluación, se han considerado apropiados para la mayoría de adolescentes, con un vocabulario ajustado a la edad de los y las participantes. No obstante, algunos docentes manifestaron que podían resultar poco motivadores o complejos para el alumnado con necesidades educativas especiales, debido a sus dificultades en la comprensión y expresión escrita.

El profesorado considera que la visita a la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (Bloque III del Módulo) es muy útil e interesante, coincidiendo con el alumnado en su valoración. En cuanto al Módulo 2, consideran acertados los contenidos de los Boques temáticos V (Respuesta sexual) y VI (Sexualidad y salud), indicando expresamente la necesidad de facilitar información sobre las ETS y el SIDA, así como de hacer hincapié en la prevención de riesgos.

### Puntos débiles

Según el profesorado, uno de los puntos débiles del P.E.Sex es el número reducido de sesiones. En algunos casos, se han mostrado interesados en desarrollar dentro del horario de tutoría otras actividades relacionadas con la sexualidad, solicitando orientaciones o materiales para su realización. Sin embargo, también se ha señalado la dificultad para dedicar más tiempo a esta área transversal debido a la amplitud del currículo de la etapa de Secundaria.

Otro aspecto que ha sido destacado respecto a la idoneidad de los contenidos del Módulo I hace referencia a la desigualdad de nivel madurativo entre el alumnado de 2º ESO. Un pequeño sector de docentes se mostraba partidario de retrasar las actividades y concentrarlas un año más tarde; es decir, en 3º ESO. Por ejemplo, señalaban que algunos alumnos y alumnas eran todavía bastante inmaduros para

recibir información sobre métodos anticonceptivos. Sin embargo, ésta no era una opinión generalizada entre el profesorado, como hemos dejado constancia en el epígrafe anterior.

Respecto al Módulo II, ha habido unanimidad en la consideración negativa del Bloque temático IV, en coincidencia con el alumnado, pero con argumentaciones diferentes. Se ha remarcado, por un lado, el escaso interés de la Ficha de trabajo individual (ver anexo 2); ya que los y las adolescentes expresaban fastidio por tener que contestar a más preguntas, poco tiempo después de la aplicación de la batería de instrumentos de evaluación. Por otro, el profesorado señalaba como dificultad su falta de formación específica a la hora de abordar estos temas en el aula. Hay que señalar, además, que dos docentes se negaron a colaborar y no participaron en el desarrollo del Bloque IV.

#### Propuestas de mejora

En este apartado incluimos todas las sugerencias proporcionadas por el profesorado para mejorar el Programa de Educación Sexual en futuras ediciones:

- Elaborar una versión más reducida de la batería de instrumentos de evaluación
- Preparar una guía didáctica de actividades complementarias para llevar a cabo en las tutorías, con el objeto de que el profesorado pueda reforzar y ampliar el área de la educación sexual.
- Ajustar la duración y el horario de las sesiones del P.E.Sex al tiempo semanal destinado a la acción tutorial (50-55 minutos), a fin de no alterar el desenvolvimiento ordinario de la actividad académica



- Concentrar el desarrollo del P.E.Sex en el nivel de 3º de Secundaria, realizando de manera consecutiva los Módulos 1 y 2 durante el 2º y 3er. trimestre del curso escolar.
- Incluir material audiovisual en el desarrollo de las sesiones del P.E.Sex
- Ampliar el número de sesiones para tratar otros contenidos relacionados, como la expresión de sentimientos, las relaciones afectivas, las habilidades de comunicación, los estereotipos y las actitudes sexistas, entre algunos de los propuestos por el profesorado.
- Modificar la metodología y el material del Bloque IV (La sexualidad-2)
- Organizar un curso de formación específica para el profesorado en el área de la educación sexual
- Ofrecer al alumnado la posibilidad de realizar consultas individuales al acabar la sesión grupal; ello se planteaba para facilitar que determinadas chicas especialmente tímidas pudieran plantear sus dudas.

Una última cuestión que ha sido debatida por el profesorado es su presencia o no en las sesiones del P.E.Sex, ya que no había acuerdo al respecto. En algunos casos, se argumentaba que el alumnado podía sentirse más cohibido porque el tutor/a estuviera presente. Sin embargo, nuestra consideración es que la participación del profesorado es fundamental, en cuanto que posibilita la continuidad del tratamiento transversal de la educación sexual.



# **Capítulo 8**

## **Conclusiones:**

## **Discusión e implicaciones prácticas**

En el presente capítulo se presentan las principales conclusiones de la investigación y la discusión acerca de los resultados obtenidos, junto al análisis del grado de consecución de los objetivos propuestos en cada uno de los estudios que componen esta tesis. Se recogen también las aportaciones realizadas y las limitaciones que se han observado.

Por último, se esbozan las líneas de futuros desarrollos en el área estudiada, junto con sugerencias para la mejora de la batería de instrumentos (BIESex) y del programa de intervención (P.E.Sex).

## 8.1. CONCLUSIONES

Los objetivos propuestos en esta investigación han sido cubiertos, tal como se ha dejado constancia en los capítulos anteriores. Sucintamente, se ha validado la BIESex, mostrando unas adecuadas propiedades psicométricas; se ha diseñado e implementado el P.E.Sex en centros escolares con grupos de adolescentes y se ha valorado su eficacia.

A continuación, se resume el grado de comprobación de los supuestos establecidos, efectuando una discusión de los resultados obtenidos.

La primera hipótesis general se ha confirmado parcialmente.

Tomado en conjunto, el P.E.Sex ha demostrado su eficacia en la mejora de los conocimientos generales sobre la sexualidad y sobre anticoncepción, con un incremento significativo de las puntuaciones del grupo experimental frente al control en los Momentos 2, 3 y 4. Además, el grupo experimental demuestra tener mayor información sobre contenidos de salud sexual y prevención, tras su participación en el Módulo 2, que aborda específicamente tales temas. .

Sin embargo, el P.E.Sex muestra una capacidad limitada en el fomento de cambios actitudinales en los y las adolescentes del grupo experimental, produciendo mejoras en sus actitudes únicamente tras el desarrollo del Módulo 1 del P.E.Sex, aplicado en 2º ESO. La estabilidad de las actitudes en los momentos de evaluación restantes (pre y post-intervención del Módulo 2 en 4º ESO) puede ser explicada, haciendo referencia a las siguientes cuestiones:

1) La duración del Módulo 2 podría ser insuficiente para modificar las actitudes en adolescentes de mayor edad (15-16 años), en cuyo caso se requeriría un número mayor de sesiones.

2) Las actividades del Módulo 2 no fomentarían cambios actitudinales en los/las adolescentes; lo cual supondría la necesidad de revisar su adecuación.

3) Los contenidos actitudinales trabajados en el Módulo 2 podrían no estar recogidos en los ítems de la subescala de Actitudes del CAS; ello determinaría la conveniencia de efectuar un análisis de los contenidos de este Módulo, así como su correspondencia con los ítems de la subescala.

4) La subescala de Actitudes del CAS muestra un efecto techo, observado en el grupo experimental después de su participación en el Módulo 1 del P.E.Sex; lo cual podría justificar la dificultad para detectar los posibles cambios actitudinales promovidos por el Módulo 2. En este caso, se trataría de efectuar una revisión de esta subescala con una ampliación de ítems.

Además de todo lo señalado anteriormente, cabe resaltar, siguiendo a López (1999), que las actitudes tienden a mantenerse estables temporalmente a lo largo de la vida de las personas, porque el cambio no siempre es tan rápido y porque suele haber un cierto patrón global de actitud hacia la sexualidad.

Según este mismo autor, la inclusión de las actitudes como contenido de la educación sexual requiere conocerlas y evaluarlas, aunque con diversas técnicas, en función de los objetivos de la intervención. Junto a los cuestionarios, destaca la utilidad de los análisis de textos, grupos de discusión, ensayos conductuales y técnicas corporales, entre otras. En nuestro caso, únicamente se han utilizado los datos cuantitativos de la subescala de Actitudes del CAS; por lo que en investigaciones futuras podría ser conveniente recoger información adicional mediante procedimientos complementarios de tipo cualitativo, como lo han hecho Navarro-Pertusa, Barbera y Reig (2003) al utilizar un relato de ficción acerca de un personaje con el fin de conocer la motivación para implicarse en una conducta sexual de riesgo.

Como segunda hipótesis general, se establecía la existencia de diferencias en conocimientos y actitudes sexuales en función del género, lo que se ha cumplido en su totalidad, coincidiendo con los hallazgos de otros estudios (Frese, Moya y Mejías, 2000; Lameiras y Rodríguez, 2002; Navarro-Pertusa, *et al.*, 2006).

Las chicas, tanto del grupo experimental como del grupo control, muestran un nivel de actitudes superior a las de sus compañeros en todas las evaluaciones realizadas, coincidiendo con el estudio de Miras (2001), que también remarca estas diferencias de género en las actitudes ante las relaciones sexuales.

En el grupo experimental, chicos y chicas muestran unos conocimientos iniciales equiparables; pero, en la última evaluación las chicas superan a los chicos, demostrando un mayor aprovechamiento de su participación en el Programa de Educación Sexual.

Un resultado similar aparece en el estudio de Bretón-López y Buela-Casal (2005) sobre la evaluación del efecto de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA, las cuales consiguen un impacto persuasivo mayor en las chicas. Según estos autores, los datos abogan por una buena disposición afectiva, cognitiva y de intención conductual de las mujeres tras la recepción de información preventiva.

En su conjunto, estos resultados podrían explicarse en función de la estrecha relación existente entre las actitudes y la predisposición al aprendizaje de contenidos conceptuales, según se recoge en la literatura. En nuestro estudio, las puntuaciones superiores de las chicas en la Subescala de Actitudes podrían estar asociadas con la adquisición de los nuevos conocimientos. No obstante, sería necesario investigación adicional que confirmase la existencia de estas posibles relaciones entre ambas variables.

En cuanto a las *hipótesis específicas*, se resumen a continuación.

La hipótesis 1 se ha confirmado, al no haber encontrado diferencias significativas entre los grupos control y experimental en ninguna de las variables dependientes en el Momento 1, mostrando homogeneidad en los niveles de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad.

La hipótesis 2 se comprueba parcialmente. En el Momento 2, el grupo experimental supera significativamente al control en las actitudes, el nivel de información sexual general y específica sobre anticoncepción, pero no en los conocimientos sobre sexualidad y salud. Este resultado entraría dentro de lo previsible, porque este módulo no incide específicamente en estos contenidos.

La hipótesis 3, se ha confirmado parcialmente, debido a que el grupo experimental nuevamente ha superado al control en dos de las variables dependientes: los conocimientos generales sobre la sexualidad y los específicos sobre anticoncepción, lo cual podría explicarse por su participación en el Módulo 1 del P.E.Sex.

Sin embargo, el grupo experimental no supera al control en las actitudes, ni tampoco en los conocimientos sobre salud sexual. Los resultados en actitudes estarían en consonancia con los encontrados en la hipótesis general 1, en la que ya se constató que el P.E.Sex mostraba una capacidad restringida en el fomento de cambios actitudinales. Respecto a los conocimientos sobre sexualidad y salud, el Módulo 1 del P.E.Sex no incide en contenidos relativos a la salud sexual, como se ha señalado en el análisis de la hipótesis anterior

También se ha obtenido una confirmación parcial de la hipótesis 4. El grupo experimental supera al control en todas las variables estudiadas, excepto en las actitudes hacia la sexualidad, resultado que venimos encontrando a lo largo del análisis de nuestras hipótesis.

Se rechaza la hipótesis 5, al presentar el grupo control diferencias significativas en información y actitudes hacia la sexualidad entre los Momentos 1 y 2.

La hipótesis 6 se acepta parcialmente. El grupo control no presenta diferencias entre los Momentos 3 y 4 en las siguientes variables: las actitudes sexuales, los conocimientos específicos sobre anticoncepción y salud sexual. Sin embargo, se aprecia un incremento significativo en los conocimientos generales sobre la sexualidad.

Confirmándose la hipótesis 7, el grupo experimental mejora significativamente entre los Momentos 1 y 2, aumentando su nivel de información sexual general y específica (anticoncepción y salud), así como las actitudes sexuales.

La hipótesis 8 se acepta parcialmente. El grupo experimental presenta diferencias significativas entre los Momentos 3 y 4 en las variables dependientes de conocimientos generales sobre la sexualidad y en los conocimientos específicos sobre salud sexual. Por el contrario, las actitudes sexuales permanecen estables, sin cambios, como venimos constatando; y tampoco se aprecia una mejora significativa de los conocimientos sobre anticoncepción. Esta circunstancia puede justificarse, si se considera que el Módulo 2 del P.E.Sex no incide directamente en esos contenidos.

También la hipótesis 9 recibe una confirmación parcial. Los grupos control y experimental muestran una evolución diferente a la esperada. En el Momento 3, el grupo control mejora significativamente, tanto en las actitudes, como en los conocimientos específicos de anticoncepción y salud sexual, en comparación con el Momento 2. No se comprueba una mejora de los conocimientos generales sobre la sexualidad.

En cambio, en el grupo experimental únicamente se observa un aumento en su nivel de información sobre aspectos relacionados con la salud sexual y los medios de prevención de riesgos, concretamente ETS/VIH.



En cuanto a las hipótesis 10 y 11, han quedado contrastadas a través de la información facilitada por los adolescentes y docentes que han participado en el estudio.

Entre las principales conclusiones de este trabajo, cabe resaltar:

1. Que el Módulo 1 del P.E.Sex muestra su eficacia en el incremento de conocimientos generales, las actitudes sexuales y el nivel de información sobre anticoncepción.
2. Que los conocimientos generales y específicos sobre métodos anticonceptivos perduran en el tiempo, lo que refuerza el efecto a largo plazo del Módulo 1 del P.E.Sex, sobre todo si tenemos en cuenta que entre los Momentos 2 y 3 ha transcurrido todo un curso escolar.
3. Que la eficacia del Módulo 2 del P.E.Sex aumenta los conocimientos generales, la información sobre anticoncepción y sobre salud sexual.

La valoración del P.E.Sex por parte del alumnado participante ha sido positiva. Los adolescentes del grupo experimental indican que los contenidos son suficientes, han sido expuestos de forma clara y consideran necesario que se aborden dentro del currículo escolar, debido a que les han aportado nuevas formas de comprensión y reflexión sobre el sexo, la sexualidad y sus diferencias.

Por parte de los docentes, asimismo han hecho una valoración positiva, resaltando los contenidos, metodología y, especialmente, que se trate de un programa de apoyo a la tarea docente para el abordaje de la educación sexual en el contexto escolar, así como la coordinación existente entre el sistema sanitario y educativo.

Para contrastar los resultados de nuestro estudio hemos elegido los trabajos de Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Foltz, Núñez-Mangana y Rodríguez-Castro (2007); Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández, Núñez-Mangana y Rodríguez-Castro (2006). Ambos se centran en la implementación del Programa Agarimos (2004), citado en el capítulo tercero.

Carrera-Fernández *et al.* (2007) exponen los resultados derivados de la evaluación cuantitativa, mientras que Lameiras-Fernández *et al.* (2006) efectúan la valoración cualitativa de la aplicación del Programa Agarimos. En conjunto, se observa una serie de rasgos similares al trabajo que se presenta en esta tesis.

Destacamos que los estudios antes citados se asemejan al nuestro en que se trata de estudios cuasi-experimentales que incluyen grupo control y experimental. Los participantes son adolescentes escolarizados en la etapa de Secundaria Obligatoria. La intervención ha tenido un carácter sistemático con una metodología activa y se realizó dentro del contexto escolar en horario lectivo, mediante sesiones grupales por parte de personal externo al centro. La valoración de la eficacia de la intervención se efectuó mediante procedimientos cualitativos y cuantitativos, mostrando los cuestionarios una adecuada fiabilidad.

Además, existe un paralelismo temporal entre ambos estudios ya que la fase de implementación del Programa Agarimos abarcó todo el curso 2003-04, momento en el que se inició la presente investigación con el estudio psicométrico preliminar de la BIESex.

En cuanto a las diferencias, hay que resaltar que los estudios de Carrera-Fernández *et al.* (2007) y Lameiras-Fernández *et al.* (2006) se centran en adolescentes de menor edad (media=12,05; DT = 0,35) que la muestra participante en el P.E.Sex (13,09 años; DT= 0,31). Además, la muestra está constituida por estudiantes de centros públicos, de clase social media-alta, cuyos progenitores poseen

mayoritariamente estudios de nivel medio-alto. En nuestro caso, participaron también centros concertados; pero la extracción sociocultural de las familias era medio-baja.

El tipo de diseño fue la variante pre-post; diferencia notable respecto al diseño más robusto utilizado para la valoración de la eficacia del P.E.Sex que proporciona un seguimiento longitudinal de los mismos adolescentes que son evaluados en 2º y 4º de ESO. Además, como se observa en el trabajo de Carrera-Fernández (2007), a excepción del Cuestionario de Conocimientos sobre Organos Sexuales, creado por los propios autores del Programa Agarimos, se han utilizado para la evaluación instrumentos estandarizados ya existentes. En nuestro caso, la valoración del Programa P.E.Sex se ha realizado a través de una Bateria de Instrumentos para la evaluación de la Educación Sexual (BIESex), creada en el seno de la propia investigación y que ha demostrado unas cualidades psicométricas adecuadas.

Respecto a la evaluación cualitativa, Lameiras-Fernández (2006) recurre a los diarios de las sesiones, al análisis de documentos y a un cuestionario abierto de valoración, cumplimentado por el alumnado de 1º ESO, al finalizar la intervención. En el presente estudio, la valoración cualitativa ha sido realizada, no sólo por el alumnado, sino también por los equipos docentes de los centros escolares que han participado en la investigación. Además, dicha valoración se ha solicitado sobre cada uno de los dos Módulos de que consta el P.E.Sex, por lo que se ha recogido en dos momentos distintos del estudio longitudinal. , aunque no se llevo a cabo una recogida sistemática de datos acerca del desarrollo de las sesiones grupales, lo cual supone una limitación evidente a subsanar en futuras aplicaciones del P.E.Sex.

La intervención Agarimos se concentro en el nivel de 1º ESO, con un total de 28 sesiones de 50 minutos, siendo implementadas por un grupo de alumnos/as en prácticas de Psicopedagogía. En el caso del P.E.Sex, la intervención es más corta, con 6 sesiones de aproximadamente una hora y media de duración, distribuida en dos

cursos escolares (desarrollo del Módulo 1, durante el 2004-05; Módulo 2, llevado a cabo en el 2006-07).

A este respecto, coincidimos con del Campo (2000) en la decisión de efectuar intervenciones breves, teniendo en cuenta la gran variedad de temas que deben tratarse dentro de los contenidos transversales. A pesar de que la autora se centra en un tipo específico de programa de prevención (abusos sexuales a menores), estamos de acuerdo con el enfoque realista de del Campo, especialmente cuando resalta la importancia de la continuidad, de manera que el alumnado participante pueda ir ampliando su nivel de conocimientos y habilidades a lo largo de la escolarización.

## 8.2. APORTACIONES Y LIMITACIONES

Entre las aportaciones realizadas, cabe señalar la construcción y validación de la batería de instrumentos, BIESex, que posee unas propiedades psicométricas adecuadas, junto con la elaboración del P.E.Sex, una intervención sistemática y breve aplicable en el contexto escolar. Su implementación se ha llevado a cabo por parte de un equipo interdisciplinar, compuesto por profesionales de la docencia, enfermería, salud pública, psicología y sexología. Lo más destacable es el diseño cuasi-experimental mixto, utilizado para la valoración de la eficacia del P.E.Sex, con dos fases pre-post en función de los dos módulos, con lo que se efectúa un seguimiento longitudinal de toda la muestra participante en el estudio.

Una limitación es que no se ha utilizado un procedimiento aleatorio para la asignación de los participantes a cada una de las condiciones: control y experimental, utilizándose una muestra incidental.

Otro aspecto es la elevada mortandad y la notable reducción de participantes, principalmente debida al abandono o fracaso escolar. Ello condiciona la generalización

de las conclusiones; además, precisamente, quienes acumulan fracasos o abandonan el sistema educativo son los que no han participado en el Módulo 2. Con frecuencia, este tipo de alumnado está más expuesto a implicarse en conductas perjudiciales de riesgo, que se derivan de la actividad sexual propia o del hecho de ser víctimas de conductas abusivas por parte de otras personas.

Como hemos dejado constancia anteriormente, el efecto parcial del P.E.Sex en la promoción de cambios actitudinales se considera también un punto débil del programa.

### 8.3. RETOS FUTUROS E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los avances en una dirección facilitan el descubrimiento de nuevas metas, porque el camino recorrido es fuente de aprendizaje para el desarrollo personal y profesional.

En este sentido, la larga andadura del P.E.Sex es un acicate para el planteamiento de retos futuros. La investigación realizada ha servido para descubrir herramientas metodológicas, llenas de posibilidades; para actualizar los conocimientos; para ponerse en contacto con los últimos avances en la investigación en esta línea y, sobre todo, para reflexionar y buscar estrategias alternativas que permitan superar escollos.

Para hacer realidad la educación sexual formal en el currículo oficial, se considera esencial una colaboración participativa con el profesorado, apoyarles para vencer resistencias y aprovechar su experiencia didáctica. Una posible estrategia futura para incrementar su grado de participación sería implicarles en la recogida sistemática de datos cualitativos acerca del desarrollo de las sesiones grupales. De este modo, se contaría con una información muy útil procedente de la observación

de profesionales de la educación, la cual podría redundar en la introducción de mejoras sustanciales desde el punto de vista metodológico-didáctico.

Un reto es la extensión del P.E.Sex a la etapa de Educación Primaria, haciendo partícipe al alumnado del 3er. Ciclo (10-11 años), con una metodología y contenidos adaptados a su edad. Ya estamos vislumbrando posibilidades; al principio, empezamos tímidamente; pero... Ellos y ellas son el futuro.

En el apartado de implicaciones prácticas, esta Tesis contribuye al desarrollo de la investigación sobre educación sexual en España, y aporta datos que pueden ayudar a la formación de nuevos profesionales e incorporarse en materias académicas relacionadas con la sexualidad en los nuevos planes de estudio de Bolonia, aspecto que ha defendido López (2010) en su larga trayectoria académica y profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adimark (2004). Encuesta sobre Educación en Sexualidad. *Ministerio de Educación del gobierno de Chile*. Recuperado el 26 de marzo de 2010 de <http://www.mineduc.cl/noticias/Noviembre/>
- Aller, L.M. Bianco, F.J. y Rada, D.M. (1994). *Perspectiva histórica de la educación sexual y la sexología clínica en América Latina*. Monografía. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES). Caracas: Editorial CIPPSV. Recuperado el 18 de mayo de 2011 en <http://www.cippsv.com/pdfs>
- American Psychological Association. (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. Recuperado el 30 mayo de 2010, de [www.apa.org/pi/pii/develop.pdf](http://www.apa.org/pi/pii/develop.pdf)
- Amezúa, E. (1973). *Ciclos de educación sexual*. Barcelona: Fontanella.
- Amezúa, E. (1980). La "educastración sexual" en marcha. *Revista Española de Sexología*, 5, 45-70.
- Amezúa, E. (2001). Educación de los sexos. La letra pequeña de la educación sexual. *Monografía de Revista Española de Sexología*, 107-108, 15-260.
- Amezúa, E. y Foucart, N. (2005a). El Libro de los sexos: Educación sexual V. Guía para el profesorado. 1ª y 2ª parte: Bases teóricas y esquemas generales. *Monografía de Revista Española de Sexología*, 127-128.
- Amezúa, E. y Foucart, N. (2005b). El Libro de los sexos: Educación sexual V. Guía para el profesorado. 3ª y 4ª parte: Diálogos y controversias. *Monografía de Revista Española de Sexología*, 129.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18, 1, 25-30.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Barberá, E. y Navarro, E. (2000). La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Psicología Social*, 15,1, 63-75.
- Barnett, B (1997). *La educación retrasa el inicio de la vida sexual*. Recuperado el 24 de mayo de 2005, de [www.fhi.org/sp/networks/sv17-3/ns1733.html](http://www.fhi.org/sp/networks/sv17-3/ns1733.html)
- Barragán, F. (1982): *Un análisis de la educación sexual en la E.G.B.* Memoria de Licenciatura. Universidad de la Laguna
- Barragán, F. (1988): *Las teorías sexuales infantiles, la información sexual y las teorías implícitas de los adultos sobre sexualidad y educación sexual: Bases para el diseño curricular de la educación sexual en el Ciclo Medio de la E.G.B.* Tesis doctoral. Universidad de la Laguna
- Barragán, F. (1991). Educación sexual imposible: ¿aprender a ser felices?. *Investigación en la Escuela*, 14, 87-96.

- Barragán, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona. Paidós.
- Barragán, F. (1999): *Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía.
- Barragán, F., Bredy, C., Borja, M. y Rivero, Z. (1987). *Las concepciones infantiles y juveniles sobre sexualidad: Consecuencias psicopedagógicas para la educación*. Proyecto de Investigación e Innovación Educativa, Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Consejería de Educación. Gobierno de Canarias.
- Barragán, F. , Bredy, C. y Rivero, Z. (1993). Programa ITAKA: constructivismo y educación sexual para el profesorado de ciencias naturales. *Ponencia presentada en Pedagogía 93: Encuentro por la unidad de los educadores latinoamericanos*, La Habana, Cuba. Recuperado el 13 de mayo de 2011 desde [http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloU.visualiza&articulo\\_id=2667](http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloU.visualiza&articulo_id=2667)
- Batista-Foguet, J.M., Mendoza, R., Pérez-Perdigón, M. y Rius, R. (2000). Life-styles of Spanish school-aged children: their evolution over time. Use of multiple correspondence analysis to determine overall trends over time in the sequential, cross-sectional study. En A. Ferligoj y A. Mrvar (Eds.), *New approaches in applied statistics*. Metodoloski zvezki, 16, Ljubljana: FDV, 2000. 100 (4), 674-701.
- Baumrid, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.
- Bayarri, F. y Benavent, J.A. (1989). *La sexualitat dels universitaris valencians*. Valencia: Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones.
- Bayes, R., Pastells, S y Tuldrá, A. (1995). Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *C. Med. Psicosomática*, 33, 22-27
- Bearman, P. y Brückner, H. (2001). Promising the future: abstinence pledges and the transition to first intercourse. *American Journal Sociology*, 106, 859 –912.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21, 2, 220-226
- Bersamin, M.M., Walker, S., Waiters, E.D., Fisher, D.A. y Grube, J. W. (2005). Promising to wait: virginity pledges and adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36, 428-436.
- Boletín Oficial del Estado (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. B.O.E., nº 55 del 4 de marzo de 2010. Sec. I, 21001-21014
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press (Trad. cast.: *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Paidós. 1987)
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.

- Brückner, H. y Bearman, P. (2005). After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *Journal of Adolescent Health, 36*, 271-278.
- Buhi, E.R. y Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health, 40*, 4–21.
- Burns, R.B. (1990): *El Autoconcepto*. Bilbao: Ega.
- Buzzwell, S. y Rosenthal, D. (1996). Constructing a sexual self: Adolescents' sexual self-perception and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence, 6*, 489-513.
- Card, J.J., Lessard, L. y Benner, T. (2007). PASHA: Facilitating the Replication and Use of Effective Adolescent Pregnancy and STI/HIV Prevention Programs. *Journal of Adolescent Health, 40*, 275.e1–275.e14
- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey (SOS). *Cuadernos de Med. Psicosomática, 31*, 52-61.
- Carrera-Fernández, M.V., Lameiras-Fernández, M., Foltz, M.L., Núñez-Mangana, A.M. y Rodríguez-Castro, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 3, 739-751.
- Carretero, M. (1985). El desarrollo cognitivo en la adolescencia y la juventud: Las operaciones formales. En M. Carretero, A. Marchesi y J. Palacios (Eds.) *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicología.
- Carretero, M. y León, J. A. (2003). Del pensamiento formal al cambio conceptual en la adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.), *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*. 2ª edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Castro, M.E., Sueiro, E., López, A. y Cortegoso, M. (2004) Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de agresores sexuales antes y después de un programa educativo. (Estudio piloto). *Cuadernos de Med. Psicosomática, 69-70*, 78-94.
- Ceballos, E. y Rodrigo, M.J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M.J. rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Cerviño, M. J., Hernández, G., Latorre, L., Mateos, A., Sasiain, I., Serrato, G.I., Verdés, P. y Yago, C. (2007): *El amor y la sexualidad en la educación*. Serie de Cuadernos de Educación No Sexista, 21, Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Cheryl , B., Aspy, C., Vesely, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L. y McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence, 30*, 449–466
- Christopher, F.S. y Roosa, M.W. (2002). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: Is “just say no” enough?. *Family Relations, 39*, 1, 68-72
- Claes, M. E. (1992). Friendship and personal adjustment during adolescence. *Journal of Adolescence, 15*, 39-55.

- Claramunt, C. (1990). Educación sexual y cambio actitudinal en adolescentes. *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 2: Psicología y Educación.* (p. 46-52). Valencia.
- Claramunt, C. (1992a, julio). Estudio descriptivo de las actitudes sexuales en adolescentes (13 – 15 años). *Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología*, Madrid, España.
- Claramunt, C. (1992b, julio). Cambios actitudinales en adolescentes: Evaluación de un programa de educación sexual. *Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología*, Madrid, España.
- Claramunt, C. (1997a, junio). Ideas, conocimientos y actitudes sexuales adolescentes. *Comunicación presentada en el XIII World Congress of Sexology: Sexología y Derechos Humanos*, Valencia, España.
- Claramunt, C. (1997b, junio). Programa de Educación Sexual (P.E.Sex.): Una experiencia educativa. *Comunicación presentada en el XIII World Congress of Sexology: Sexología y Derechos Humanos*, Valencia, España.
- Claramunt, C. (1999). Programa de Educación Sexual en Torrent: Una experiencia educativa a nivel municipal. *Actas de las III Jornadas de Gabinetes Psicopedagógicos Municipales: Un Servicio para la Comunidad.* Gandia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Claramunt, C. (2000). Perspectiva evolutiva de la sexualidad y la reproducción. En C. Moreno-Rosset (Dra.) *Factores psicológicos de la infertilidad.* Madrid: Sanz y Torres.
- Claramunt, C. (2002). *Psicología de la Adolescencia. Unidad didáctica 2.* Curso a distancia: "Programa de formación de agentes de salud". Barcelona: Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella.
- Claramunt, C. (2005). *Elaboración y análisis de instrumentos para la evaluación de conocimientos y actitudes sexuales en la Etapa de Secundaria Obligatoria.* Trabajo de investigación DEA. Directora: Profesora C. Moreno-Rosset. Madrid: UNED.
- Claramunt, C. (2006a). La educación sexual. En V.V.A.A. *15 anys d'Educació per a la Salut a Torrent. Una experiència educativa a l'Escola.* Torrent: Ajuntament de Torrent. Regiduría de Sanitat, Bienestar Social i Polítiques de Solidaritat.
- Claramunt, C. (2006b). La adolescencia: análisis de una década (1993-2003). *Ponencia presentada en las XII Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela: La educación afectivo-sexual en el ámbito escolar*, Valencia.
- Claramunt, C. y Huertas, L. (1999). Ideas, conocimientos y actitudes sexuales previas en adolescentes (13-15 años). *Informació Psicológica*, 69, 30-37
- Claramunt, C. y Moreno-Rosset, C. (2009). *Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (B.I.E.Sex). Batería Reducida (BIESex-R).* Registro General de la Propiedad Intelectual nº 09/2010/717.
- Comas, D. (2008). La salud de la juventud. En INJUVE, Ministerio de Igualdad. *Informe de la Juventud 2008.* Madrid: Instituto de la Juventud. Recuperado el 20 de noviembre de 2009 en <http://www.injuve.migualdad.es>

- Correa Freitas (2003). Intervención recogida en el Diario de sesiones de la Cámara de Senadores de Uruguay, 3 de junio.
- Cuadrado, I., Recio, P., y Ramos, E. (2005). El sexismo en adolescentes: depuración de una escala. *Ponencia presentada en IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Granada, 14-16 de septiembre del 2005.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 114, 487-496
- Darroch, J. E., Landry, D.J. y Singh, S (2000) Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools 1988-1999. *Family Planning Perspectives*, 32, 204-211, 265
- de la Cruz Martin-Romo C. (2003). Educación de las Sexualidades. Los puntos de partida de la Educación Sexual. *Monografía de Revista Española de Sexología*, 119.
- del Campo, A. y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en Educación Primaria. *Psicothema*, 18, 1, 1-8
- Delgado, M. (2010). Maternidad adolescente en España. *Consejo superior de Investigaciones Científicas y Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado el 30 de mayo de 2010, de [www.csic.es/prensa](http://www.csic.es/prensa).
- Díaz-Aguado, M.J. y Medrano, C. (1994). *Educación y razonamiento moral*. Bilbao: Mensajero.
- Diéguez, J.L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2003). The Sexual double standard y variables relacionadas. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 67-68, 79-88.
- Diéguez, J.L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 74, 46-56.
- Dittus, P. J. y Jaccard, J. (2000). Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: Relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health* 26, 268-278.
- 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 Med. Psicosomática*, 67-68, 46-60.
- Elkind, D. (1978). Understanding the young adolescent. *Adolescence*, 13, 127-134
- Elkind, D. (1985). Egocentrism redux. *Developmental Review*, 5, 218-226
- Equipo Daphne (2005). *2ª Encuesta Bayer-Schering Pharma. Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española*. Recuperado el 16 de diciembre de 2010 en <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>
- Equipo Daphne (2009). *3ª Encuesta Bayer-Schering Pharma. Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española*. Recuperado el 16 de diciembre de 2010 en <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>

- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. Nueva York. Norton (Ed. cast.: *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus, 1980)
- Etxebarria, I. (1999). El desarrollo moral. En I. Etxebarria, M. J. Fuentes, F. López y M. J. Ortiz, (Coords.) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Fajardo, M.M. (2004). La educación sexual, esa gran olvidada. *SEXPOL, Revista de Información Sexual*, 57, 4-6.
- Fechner, P.Y. (2003). The biology of puberty: new developments in sex differences. En C. Hayward (dir.), *Gender differences at puberty*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feldman, S.S. y Elliott, G.R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press.
- Fernández, J., Quiroga, M.A. y Rodríguez, A. (2006). Dimensionalidad de la atracción sexual. *Psicothema*, 18, 3, 392-399.
- Fernández-Costa, S., Juárez, O. y Díez, E. (1999). Prevención del SIDA en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista Española de Salud Pública* 73, 6, 687-696.
- Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F.H. et al. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. En Baum, Revenson, Singer (eds). *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisher, T.D. y Hall, R.G. (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *Journal of Sexual Research*, 24, 90-100.
- Fisher, W.A., Byrne, D. y White, L.A. (1983) Emotional barriers to contraception. En D. Byrne y W.A. Fisher (Eds.) *Adolescents, Sex and Contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L.A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sexual Research*, 25, 123-151.
- Font, P. (1990). *Pedagogía de la sexualidad*. Barcelona: Graó.
- Ford, K., Sohn, W. y Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, 33, 100-105, 132.
- Forns, M., Amador, J.A., Kirchner, T., Martorell, B., Zanini, D. y Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16,4, 646-653.
- Frese, B., Moya, M. y Megías, J. (2000). Actitudes hacia las víctimas de agresiones sexuales y probabilidad de actuar como los agresores. En A. Ovejero, M. Moral y P. Vivas (Eds.), *Aplicaciones en psicología social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (2004). *Sexualidad y neurosis infantil*. Madrid: Alianza.[Recopilación de ensayos y escritos; contiene, entre otros: *La sexualidad infantil* (1905); *Teorías sexuales infantiles* (1908); *Organización genital infantil* (1923)]

- García Blanco, J. (1994). *Sexualidad y adolescencia (14-17 años)*. Valencia: Promolibro.
- García Fernández, J.L. (1984). *Guía práctica de información sexual para el educador*. Irún: Edutest. (Existe una edición más reciente de la obra de 1990. Pamplona: Medusa).
- García-Acundez, C. (1986). Evaluación. En F. López, *Educación sexual en la adolescencia*. Salamanca: ICE Universidad de Salamanca.
- 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.
- Garrido, V. y Beneyto, M.J. (1996). *Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Gaudreau, L. (1985). *Les caractéristiques de l'enseignant et de l'enseignante dans les programmes d'éducation sexuelle*. Tesis. UQAM, Montreal.
- Generalitat Valenciana (1995). *Informe sobre Sexualidad para Centros Docentes. Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola*. Conselleria de Sanitat i Consum. Direcció General de Salut Pública.
- Giami, A. (2007). Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). *Sexologies*, 16, 219–229
- Gil, M.D., Ballester, R. y Bravo, J.M. (2004). Comportamiento sexual de adolescentes y jóvenes: un estudio descriptivo. *Actas IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. p. 177. Sevilla, 25-27 marzo.
- Gómez-Zapiain, J. (2005). 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. , Ibaceta, J. y Pinedo, J.A. (2000). *Programa de Educación Afectivo-Sexual, Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gómez-Zapiain, J. , Ibaceta, J. y Pinedo, J.A. (2005). *Programa de Educación Afectivo-Sexual, Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria*. Recuperado el 22 de mayo de 2011 en [http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiweb/uhin\\_bare\\_2005.htm](http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiweb/uhin_bare_2005.htm)
- González Saíz, F, Ortega Marlasca, M. y Salvador, L. (1994). Evaluación de las actitudes ante el SIDA en población adolescente. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 31, 26-39
- Gracia, E. y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Gras, E., Planes, M., Soto, J. y Font-Mayolas, S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con el SIDA: estudio comparativo con cinco muestras de universitarios. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 54, 39-54.
- Guerrero, M.D., Guerrero, M., García-Jiménez, E. y Moreno, A. (2008). Conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Rev. Pediatría de Atención Primaria*, 10, 433-442.

- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 19, 4, 661-666.
- Harvey, K. J., Brown, B., Crawford, P., Macfarlane, A. y McPherson, A. (2007). 'Am I normal?' Teenagers, sexual health and the Internet. *Social Science & Medicine* 65, 771-781.
- Hensel, D. J., Fortenberry, J.D. y Orr, D.P. (2008). Variations in coital and noncoital sexual repertoire among adolescent women. *Journal of Adolescent Health* 42, 170-176.
- Hernández, A. (1995). *Los programas de educación sexual: Una técnica de evaluación*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Hindelang, R.L., Dwyer, W.O. y Leeming, F.C. (2001). Adolescent Risk-Taking Behavior: A Review of the Role of Parental Involvement. *Curr Probl Pediatr*, 31, 67-83.
- Hurtado, F. (1997). Estudio descriptivo por niveles educativos (7º EGB-COU) y sexos, sobre la situación actual en la educación afectivo-sexual en adolescentes. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 42-43, 32-45.
- Inhelder, B y Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Paris: P.U.F. (Ed. cast.: *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós. 1972)
- Kalichman, S.C., Johnson, J.R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K. y Kelly, J.A. (1994). Sexual sensation seeking : Scale development and predicting AIDS risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62, 385-397.
- Kan, M.L., Cheng, Y.A., Landale, N.S. y McHale, M.S. (2010). Longitudinal predictors of change in number of sexual partners across adolescence and early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 46, 25-31.
- Kempnec, M. A. (2004). *The Politics of Sexuality Education*. Washington: Sexuality Information and Education Council of the US (SIECUS).
- Kenyon, D.B., Sieving, R., Jerstad, S., Pettingell, S.L., Skay, C. (2009). Individual, interpersonal and relationship factors predicting hormonal and condom use consistency among adolescent girls. *Journal of Pediatric Health Care (en prensa)*
- Kinsey, A.C., et al. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A.C., et al. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kirby, D., Laris, B.A. y Rolleri, L.A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. En T. Lickona (ed.), *Moral development and behavior: theory, research and social issues*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (Ed. cast.: Estudios morales y moralización. El enfoque cognitivo-evolutivo. *Infancia y aprendizaje*, 18, 1982, 33-51)



- Kotchick, B.A., Shaffer, A., Forehand, R. y Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21, 4, 493-519.
- L.O.G.S.E. (1990). Ley de Ordenación General del Sistema Educativo.
- L'Ecuyer, R. (1981). The development of the self-concept through the life-span. En M. D. Linch (ed.), *Self-concept: Advances in theory and research*. Cambridge: Ballinger.
- Lameiras, M. y Failde, J.M. (1998). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 93, 28-63.
- Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 17, 119-127.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 71-72, 67-75.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Ojea, M. y Dopereiro, M. (2004). *Programa Agarimos. Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Madrid: Pirámide.
- Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M.V., Núñez-Mangana, A.M. y Rodríguez-Castro, Y. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: una perspectiva cualitativa. *Rev. Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2, 2, 193-204.
- Lindahl, K. (1997). *La educación sexual desde la perspectiva sueca*. Estocolmo: Swedish Association For Sex Education (RFSU).
- López, F. (1984). *Principios básicos de la educación sexual*. Salamanca: Instituto de Ciencias de la Educación Universidad Empresa.
- López, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid: UNED Fundación Universidad Empresa.
- López, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI de España Ediciones.
- López, F. (1999). La importancia de las actitudes en la educación sexual. *Informació Psicològica*, 69, 7-15.
- López, F. (2005a). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2005b). *La educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2010). Estudios sobre la sexualidad en España: presente y futuro. *Informació psicològica. Revista trimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana*, 100, 84-90.
- López, F. y Fuertes, A. (1989). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Verbo Divino.
- López, F., García, C., Montero, M., Rodríguez, J.A. y Fuertes, A. (1986). *Educación sexual en la adolescencia*. Salamanca: ICE Universidad de Salamanca.

- López, F. y Oroz, A. (1999). *Para comprender la vida sexual del adolescente*. Estella: Editorial Verbo Divino.
- López-Soler, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. Coruña: Netbiblo
- Maccoby E. y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E.M. Hetherington y P.H. Mussen (eds), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Maceiras, L., Barros-Dios, J.M., Pereira, M. y Segovia, A. (1995). Cuando la educación para la salud o algunas de sus ramas crea conflictos (I). *Apuntes de Salud Pública*, 7, 13-17.
- Maceiras, L., Barros-Dios, J.M., Pereira, M. y Segovia, A. (1996). Cuando la educación para la salud o algunas de sus ramas crea conflictos (II). *Apuntes de Salud Pública*, 8, 13-17.
- Machargo, J. (1997). *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima – PADA2*. Madrid: Escuela Española.
- Magnusson, C. (2001). Adolescent girls' sexual attitudes and opposite-sex relations in 1970 and in 1996. *Journal of Adolescent Health*, 28, 242–252.
- Manlove, J., Ikramullah, E., Mincieli, L., Holcombe, E. y Danish, S. (2009). Trends in sexual experience, contraceptive use, and teenage childbearing: 1992–2002. *Journal of Adolescent Health*, 44, 413-423.
- Marín, P., Mena, v. Nuevo, J. A. (1995). *Educación para la sexualidad en enseñanza secundaria*. Córdoba: Seminario Permanente de Educación para la sexualidad del Centro de Profesores.
- Marshall, W. A. y Tanner, N. M. (1969). Variations in patterns of pubertal changes in girls. *Archives of Diseases in Childhood*, 44, 291-303.
- Marshall, W. A. y Tanner, N. M. (1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Diseases in Childhood*, 45, 13-23.
- Martínez Álvarez, J. L. (2000). Experiencias heterosexuales en la adolescencia: implicaciones para la educación sexual. *Psicología General y Aplicada*, 53, 1, 191-209.
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis
- Martino, S.C., Elliott, M.N., Collins, R.L., Kanouse, D. E. y Berry, S.H. (2008). Virginity pledges among the willing: Delays in first intercourse and consistency of condom use. *Journal of Adolescent Health* 43, 341-348.
- Martín-Serrano, M. y Velarde, O. (2001). *Informe Juventud en España 2000*. Madrid: Injuve.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- McDonald, T.K. y Martineau, A.M. (2002). Self-esteem, mood and intentions to use condoms. When does low self-esteem lead to risky health behaviors?. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 3, 229-306.

- Meschke, L.L., Bartholomae, S. y Zentall, S.R. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health, 31*, 264–279.
- Miller, K., Clark, L., Wendell, D. A., Levin, M.L., Gray-Ray, P., Velez, C.N. y Webber, M-P. (1997). Adolescent heterosexual experience: a new tipology. *Journal of Adolescent Health, 20, 1*, 179-186.
- Ministerio de Educación (2009). *Datos y cifras. Curso escolar 2009-10*. Secretaria General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones. Recuperado 2 de junio de 2010 de <http://www.mec.es>
- Ministerio de Educación y Ciencia (1992). *Cajas Rojas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Temas transversales*. Madrid: MEC.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, (2009). *Encuesta Nacional de Salud Sexual*. Recuperado el 20 de abril de 2010 en <http://www.msps.es/encuestasaludsexual2009/>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2009*
- Miras, F. (2001). Actitudes de los adolescentes ante las relaciones sexuales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 1, 1*, 93-113.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 3*, 503-508
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7, 3*, 847-862.
- Morales, P. (2000). Análisis de ítems en las pruebas objetivas. *Material del Departamento de Metodología y Evaluación*. Madrid: Univ. Pontificia de Comillas.
- Moreno-Rosset, C. (2005). Los instrumentos de evaluación. En C. Moreno (Ed.), *Evaluación Psicológica: Concepto, proceso y aplicación en las áreas de desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Muehlenhard, C.L. y Quackenbush, D.M. (1998) The sexual double standard scale. En V.V.A.A. *Handbook sexuality-related measures*. (186-188). Thousand Oaks, California: Sage.
- Mueller, T.E., Gavin, L.E. y Kulkarni, A. (2008). The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health, 42*, 89–96.
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Navarro, E., Barberá, E. y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema, 15,3*, 395-400.

- Navarro, E., Reig, A., Barberá, E. y Ferrer, R.I. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 79-96.
- Navarro, Y., Torrico, E. y López, M.J. (2009). Revisión histórica de la educación sexual escolar. *Revista Sexología y Sociedad*, 40, 14-20. Recuperado el 22 de Mayo en 2011, de <http://www.cenesex.sld.cu/webs/revisionhistorica.htm>
- Navas, M. J. (2001). Los instrumentos de medición psicológica I: Construcción y aplicación. En M.J. Navas (Coord.) *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED.
- Nodin, N., Moureira, S. y Ourô, A. M. (2001). *The International Encyclopaedia of Sexuality*. New York: The Continuum International Publishing Group.
- Ochaita y Espinosa (2003). Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. *Estudios de Juventud*, 63, 49-62
- OECD (2006). Informe PISA 2006. Recuperado el 8 de mayo de 2010 en [http://www.oecd.org/document/2/0,3343,en\\_32252351\\_32236191\\_39718850\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/2/0,3343,en_32252351_32236191_39718850_1_1_1_1,00.html)
- Oliva, A. (2003a). Desarrollo de la personalidad durante la adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.), *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*. 2ª edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Oliva, A. (2003b). Desarrollo social durante la adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.), *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*. 2ª edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Olivares, J. (2002). Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (dir. y coord.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A.I., García-López, L.J. (2004). *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de consulta convocada por: OPS y OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Antigua Guatemala. 19 al 22 de mayo 2000,
- Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F., Sierra, J. C. (2005). Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados. *Anales de Psicología*, 21, 2, 268-275.
- Palacios, J. (1999a). Desarrollo del yo. En I. Etxebarria, M. J. Fuentes, F. López y M. J. Ortiz, (Coords.) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Palacios, J. (1999b). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. Etxebarria, M. J. Fuentes, F. López y M. J. Ortiz, (Coords.) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.

- Palacios, J. Y Oliva, A. (2003). La adolescencia y su significado evolutivo. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.), *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*. 2ª edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Palenzuela, A. (2006). Intereses, conducta sexual y comportamientos de riesgo para la salud sexual de escolares adolescentes participantes en un programa de educación sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 144, 451-496.
- Palmonari, A., Pombeni, M.L. y Kirchler, E. (1992). Evolution of the self-concept in adolescence and social categorization process. *European Review of Social Psychology*, 3, 10, 285-308.
- Parera, N., de Alvarez, M., Calaf, J., Ros, R. y Cornellá, J. (2001). Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer. En C. Buil, I. Lete, R. Ros J.L. de Pablo, (coord.), *Manual de Salud reproductiva en la adolescencia*. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Laboratorios Wyeth-Lederle. Recuperado el 2 de junio de 2010 [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec)
- Piaget, J. (1970). Piaget's Theory. En P. H. Mussen (Ed.). *Carmichael's Manual of Child Psychology (Vol. 1)*. New York: Wiley.
- Pick, S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Vargas, E. y Reyes, J. (1988). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes*. Méjico: Limusa.
- Pick, S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Vargas, E. y Reyes, J. (1991). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes*. 5ª edic. Méjico: Limusa.
- Pollack, W. y Shuster, T. (2000). *Real boys' voices*. New York: Random House.
- Pozo, J.I. (1996). La psicología cognitiva y la educación científica. *Investigações em Ensino de Ciências*, 1, 2, 110-131.
- Pozo, J.I., Gómez Crespo, M.A., Limón, M. y Sanz, A. (1991). *Procesos cognitivos en la comprensión de la ciencia*. Madrid: Servicio de Publicaciones del M.E.C.
- Programa Harimaguada. *Educación afectivo sexual*. Recuperado el 20 de septiembre de 2010 en <http://www.harimaguada.org>
- Recio, P., Cuadrado, I. y Ramos E. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19, 3, 522-528.
- Rembeck, G.I. y Gunnarsson, R.K., (2009). Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17 year old adolescents. *Midwifery* (en prensa)
- Rock, E.M., Ireland, M. y Resnick, M.D. (2003). To know that we know what we know: Perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 16, 369-376.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 2, 203-210.

- Rodríguez, G. (2009a). *¿Cuáles son los beneficios de la educación sexual?* Carpeta informativa sobre los beneficios de la educación sexual en México. Red Democracia y Sexualidad, México, s/f. Recuperado el 15 de mayo de 2011 en [www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/beneficiosdelaeducacionsexual](http://www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/beneficiosdelaeducacionsexual)
- Rodríguez, G. (2009b). *Educación Sexual en el Distrito Federal*. Documento de trabajo. Afluentes, S.C. Noviembre 2009. Recuperado el 17 de mayo de 2011 en <http://www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/educsexdf.pdf>
- Rodríguez, S. y Farré, J.M. ((2004). Actitudes sexuales: Estudio piloto intergeneracional en un medio urbano. *Cuadernos de Med. Psicosomática*, 69-70, 61-77.
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M. y Carrera-Fernández, M.V. (2006). Evaluación cualitativa y grado de satisfacción del Programa Coeducativo "Agarimos". *Educar*, Enero-marzo 2006, 37-42.
- Rogow, D. y Haberland, N. (2005). Educación sobre sexualidad y relaciones: hacia una perspectiva de estudios sociales. *Sex Education: Sexuality Society Learning*, 5, 4, 333-344.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornellá, J. y Suris, J.C. (2001). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, J.L. de Pablo, (coord.), *Salud reproductiva en la adolescencia*. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción y Laboratorios Wyeth-Lederle. Recuperado el 2 de junio de 2010 en [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec)
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Santelli, J., Ott, M.A., Lyon, M., Rogers, J., Summers, D. y Schleifer, R. (2006) Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38, 72-81.
- Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia. Psicología del desarrollo*. Madrid: McGraw-Hill. 9ª edición.
- Serrano, A. e Iborra, I. (2005). *Informe Violencia entre compañeros en la escuela. España 2005*. Serie Documentos 9. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D. y Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8,1, 25-44.
- Shavelson, R.J.; Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976): Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441
- SIECUS Grupo especial de trabajo para la Adaptación Hispana/Latina (1995). *Guía para la educación sexual integral para la juventud hispana/latina*. Recuperado el 10 de mayo de 2010 desde <http://www.siecus.org/pubs/guidelines/guidelines.pdf>
- SIECUS National Guidelines Task Force (1991). *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. New York: SIECUS
- SIECUS National Guidelines Task Force (2004). *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. 3ª edición. Recuperado el 10 de mayo de 2010 desde <http://www.siecus.org>

- SIECUS y IPPF (2004). *Comprendiendo la oposición religiosa y política a la salud y los derechos reproductivos: Una guía de recursos*. Recuperado el 10 de mayo de 2010 desde <http://www.siecus.org>
- Silva, M. y Ross, I. (2003). Evaluation of a school-based sex education program for low income male high school students in Chile. *Evaluation and Program Planning*, 26, 1–9.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. y Cuca, Y. P. (2000). Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 países. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, nº especial*, 14–22
- Sociedad Española de Contracepción (2010). *Adolescencia y anticoncepción*. X Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. II Reunión Iberoamericana de Contracepción, Zaragoza: Marzo 2010. Recuperado el 2 de junio 2010, de <http://www.sec.es/prensa/noticias/2010.03.26.php>
- Suárez, J. C. (2001). Evaluación de la calidad métrica de los elementos del test: Análisis de ítems. En M.J. Navas (Coord.) *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: UNED.
- 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 Med. Psicosomática*, 69-70, 95-114
- Swain, C., Ackerman, L. y Ackerman, M. (2006). The influence of individual characteristics and contraceptive beliefs on parent-teen sexual communications: A structural model. *Journal of Adolescent Health*, 38, 753.e9 –753.e18
- Teva, I., y Bermúdez, M.P. (2008). Adaptación castellana y propiedades psicométricas de la escala de búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes españoles. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 129-138.
- Toro, J. (2010). *El adolescente y su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Tortolero, S., Markham, C., Peskin, M.F., Shegog, R., Addy, R., Escobar-Chaves, L. y Baumler, E.R. (2010). It's Your Game: Keep It Real: Delaying sexual behavior with an effective Middle School Program. *Journal of Adolescent Health*, 46, 169-176.
- Twenge, J.M. y Campbell, W.K. (2002). Self-esteem and socio-economic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 59-71.
- U.S. Council of Economic Advisers (1999). The effects of welfare policy and the economic expansion on welfare caseloads: An up-ell Sage Foundation. date.Technical Report (August 3), <http://www.whitehouse.gov/WH/EOP/CEA/html/welfare/>.
- Ubillos, S. (1995). *Informe: campaña de educación sanitaria-sexual. Intervención y evaluación*. Guipuzkoa: Departamento de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Urruzola, M. J. (1991): *¿Es posible coeducar en la actual escuela mixta? Una programación curricular de aula sobre las relaciones afectivas y sexuales*. Bilbao: Maite Canal Editora.

- Vargas-Trujillo, E., Gambará, H. y Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 3, 665-695.
- Venegas, M. (2008). I Jornadas sobre Coeducación, Igualdad y Buenos Tratos en el colegio San José de Cartuja. Una experiencia coeducativa para la ciudadanía. *Revista de Educación*, 345, 483-497. Recuperado el 20 de mayo de 2011 en [http://www.revistaeducacion.mec.es/re345/re345\\_21.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/re345/re345_21.pdf)
- Venegas, M. (2009). *La política afectivosexual: una aproximación sociológica a la educación afectivosexual*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Recuperado el 16 de mayo de 2011 desde <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/17807013.pdf>
- Venegas, M. (2011). El modelo actual de educación afectivosexual en España. El caso de Andalucía. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55, 3, 1-10.
- Vizcarral, M.B., Balladares, E., Candía, C., Lepe, M. y Valdivia, C. (2004). Conducta sexual durante la infancia en estudiantes chilenos. *Psicothema*, 16,1, 58-63.
- Wight, D., Williamson, L. y Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescent Health* 29, 473–494.
- Wynn, L.L., Foster, A.M. y Trussell, J. (2009). Can I get pregnant from oral sex? Sexual health misconceptions in e-mails to a reproductive health website. *Contraception*, 79, 91–97.
- Xambó, R. (1986). *L'alliberament sexual dels joves: Mite o realitat*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim.
- Zimmer-Gembeck, M.J. y Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28, 153–224.



# **ANEXO 1**



# **Instrumentos de evaluación**

## **Documentos**

- 1. Guía de aplicación para el profesorado**
- 2. Formulario inicial: Datos personales**
- 3. Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual (BIESex)**
- 4. Cuestionario de valoración del alumnado participante**
- 5. Ficha de valoración de los equipos docentes**



## **1. Guía de aplicación para el profesorado**



## GUÍA DE APLICACIÓN PARA EL PROFESORADO

El Programa de Educación Sexual incluye la evaluación de los conocimientos y actitudes sexuales del alumnado participante en dos momentos: antes y después de la realización de cada uno de los Módulos del programa.

Para ello, se utiliza la Batería de Instrumentos de Evaluación en Educación Sexual, que incluye los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Información General
- CAS (Cuestionario de Actitudes Sexuales)
- ANTI (Conocimientos sobre métodos anticonceptivos)
- SYS (Sexualidad y Salud)

Cada tutor/a se encargará de la aplicación de los cuestionarios en su grupo en las fechas acordadas según el calendario establecido, preparando un número de copias igual al doble del total del alumnado.

A fin de facilitar la colaboración del grupo, se les hará una breve introducción en la que se les explicará su participación en el Programa de Educación Sexual.

Se les animará a que contesten de manera sincera, sin dejar ninguna cuestión en blanco. Para garantizar el anonimato, cada alumno/a se identificará únicamente a través de una clave de siete dígitos, el compuesta por los siguientes elementos: a) sexo (1=varón; 2=mujer); b) día y mes de la fecha de su nacimiento; c) la última letra del primer apellido y d) la inicial del segundo apellido. De este modo, la clave 1 0 6 0 9 Z A correspondería a un varón nacido el día 6 de septiembre cuyo primer apellido acabe en Z, siendo la inicial del segundo apellido la letra A.

Esta clave debe aparecer en cada uno de los cuestionarios, siendo la misma para las distintas evaluaciones del Programa

Para recoger las opiniones del alumnado respecto a las actividades del Programa, se les pedirá en la evaluación final que contesten a un cuestionario elaborado específicamente para cada nivel (VAL-2 y VAL-4).

Una vez recogidos los cuestionarios, cada centro debe hacerlos llegar al Gabinete en los sobres que le facilitará la coordinadora del Programa.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO VUESTRA COLABORACIÓN





## **2. Formulario inicial: Datos personales**



FORMULARIO INICIAL: DATOS PERSONALES

INSTRUCCIONES PARA COMPONER LA CLAVE DE IDENTIFICACIÓN

Esta clave tendrá siete elementos en el siguiente orden:

- sexo: 1= varón; 2= mujer
- día y mes de la fecha de su nacimiento
- la última letra del primer apellido
- la inicial del segundo apellido

EJEMPLO: La clave

1	0	6	0	9	Z	A
---	---	---	---	---	---	---

correspondería a un varón nacido el día 06

de septiembre 09 cuyo primer apellido acabe en Z, siendo la inicial del segundo apellido la letra A.

TU CLAVE							
----------	--	--	--	--	--	--	--

CENTRO: \_\_\_\_\_ NIVEL 2º ESO GRUPO: \_\_\_\_\_

SEXO (redondear) VARÓN MUJER EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*Este cuestionario es anónimo y recoge una serie de cuestiones sobre datos académicos y familiares. Se trata de que respondas con la mayor sinceridad. La información resultante será tratada confidencialmente y utilizada para mejorar las intervenciones de Educación Sexual. Lee con atención antes de responder y no dejes ninguna pregunta sin responder.*

**EDUCACIÓN**

- E1. ¿Has repetido algún curso en E.Primaria?..... SI  NO
- E2. ¿Y en E. Secundaria? ..... SI  NO
- E3. ¿Estás repitiendo curso este año? ..... SI  NO
- E4. ¿En qué centro estabas matriculado el curso pasado? \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_
- E5. ¿En qué centro acabaste la E. Primaria? \_\_\_\_\_
- E6. ¿Durante la etapa de Primaria has recibido charlas sobre la sexualidad? SI  NO
- E7. ¿Y en E. Secundaria ? ..... SI  NO

## CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

F1. ¿Cuántas personas adultas viven en tu casa? Indica quiénes son

- Padre                                       Madre
- Abuelo                                       Abuela
- Otros (señala parentesco o tipo de relación) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

F2. Completa el siguiente cuadro con los datos de tus padres, indicando el nivel de estudios con un

1= Sin estudios

2 = Estudios Primarios;

3 = Formación Profesional, Bachillerato o Estudios Medios

4 = Estudios Universitarios

PADRE Edad \_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

MADRE Edad \_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

F3. ¿Están tus padres separados / divorciados? .....

SI  NO

F4. ¿Tienes hermanos/as? NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Número de chicos: \_\_\_\_ Edades \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Número de chicas: \_\_\_\_ Edades \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

F5. En el caso de que tengas hermanos/as ¿qué lugar ocupas? Señala con un círculo

1º 2º 3º 4º 5º 6º Otro \_\_\_\_\_

F6. ¿Hay otros niños o adolescentes que vivan habitualmente en tu casa?... NO  SI

¿Cuántos? \_\_\_\_ Indica el parentesco o tipo de relación \_\_\_\_\_

### **3. Batería de Instrumentos de evaluación en Educación Sexual**

**(BIESex)**



**CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL (C.I.G)**

*Este cuestionario es anónimo y recoge una serie de cuestiones sobre la sexualidad. Se trata de que respondas con la mayor sinceridad. La información resultante será tratada confidencialmente y utilizada para mejorar las intervenciones de Educación Sexual.*

*Lee con atención antes de responder y no dejes ninguna pregunta sin contestar.*

A= ACUERDO

D= DESACUERDO

? = NO ESTOY SEGURA/O

1. - Considero que estoy bastante informada/o acerca del sexo..... A D ?
2. - La mejor forma de informarse sobre el sexo es preguntar a los amigos/as..... A D ?
3. - Las películas pornográficas son una forma adecuada de información sexual porque presentan las cosas como son. .... A D ?
4. - Elige sólo una respuesta.  
Mi/s primera/s informacion/es sobre la sexualidad las obtuve de:
 

<input type="checkbox"/> Mis padres	<input type="checkbox"/> La escuela con los profesores/as
<input type="checkbox"/> Mis amigos/as	<input type="checkbox"/> Revistas y libros
<input type="checkbox"/> Películas	<input type="checkbox"/> Más de una persona y de diferentes medios.
5. - ¿Durante la etapa de Primaria has recibido charlas sobre la sexualidad? ..... SI  NO
6. - ¿Y en E. Secundaria ? ..... SI  NO
7. - ¿Con qué frecuencia piensas en temas relacionados con el sexo?
  - Muchas veces
  - Frecuentemente
  - Raras veces
  - Nunca
8. - ¿Con quien comentas más frecuentemente los temas relacionados con el sexo?
 

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Profesor/a
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Revistas, películas
<input type="checkbox"/> Amigos/as	<input type="checkbox"/> Con nadie
<input type="checkbox"/> Sacerdote	<input type="checkbox"/> Otros (señalar)_____
9. - En casa tengo confianza para hablar y consultar mis dudas sobre la sexualidad con:
  - Mi padre
  - Mi madre
  - Ambos
  - Ninguno de los dos
10. - En general, mis padres:
  - Suelen estar abiertos a dialogar sobre temas sexuales
  - Me responden cuando yo sacó el tema, pero noto que les da corte hablar conmigo
  - No me contestan y evitan el tema, incluso cuando les pregunto directamente
  - Ellos sacan el tema; pero a mí me da vergüenza y no hablo
  - Yo me niego a hablar porque son temas íntimos para mí.

11. -¿Cuándo hablas de estos temas con los amigos/as, cómo te sientes?

- Relajado/a
- Nervioso/a
- Me da miedo
- Me da risa
- Me enfado
- No hablo con mis amigos/as

12. -Habitualmente suelo salir y relacionarme con

- Una persona de mi mismo sexo
- Una persona del otro sexo
- Un grupo de gente de mi mismo sexo
- Un grupo de chicos y chicas
- No suelo salir con nadie

13. -¿Has tenido algún tipo de experiencia sexual?

- No
- Beso en los labios
- Beso profundo (con lengua)
- Caricias en el cuerpo
- Caricias en los propios genitales
- Caricias en los genitales de otra persona
- Coito
- Otros(indicar)\_\_\_\_\_

A) ¿Qué es para ti la sexualidad? . Explícalo a tu manera.

B) ¿Sobre qué tema relacionado con la sexualidad te gustaría tener mayor información?



**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES (C.A.S.)**

*Este cuestionario es anónimo y recoge una serie de cuestiones sobre la sexualidad. Se trata de que respondas a partir de tus conocimientos y opiniones. La información resultante será tratada confidencialmente y utilizada para mejorar las intervenciones de Educación Sexual. Lee con atención antes de responder y no dejes ninguna pregunta sin contestar. Rodea con un círculo teniendo en cuenta que:*

A= ACUERDO

D= DESACUERDO

? = NO ESTOY SEGURO/A

- |     |  |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|
| 1.  | Usar el sexo únicamente para obtener placer es un vicio .....  | A | D | ? |
| 2.  | Cuando se habla de sexualidad, nos referimos únicamente al coito heterosexual (hombre-mujer).....                      | A | D | ? |
| 3.  | La sexualidad empieza a partir de la pubertad, cuando nuestro cuerpo cambia y se hace adulto.....                      | A | D | ? |
| 4.  | La masturbación no genera trastornos físicos.....  | A | D | ? |
| 5.  | Los homosexuales son gente enferma y viciosa. ....   | A | D | ? |
| 6.  | Es conveniente que los chicos tengan experiencia sexual antes de casarse; las chicas deben permanecer vírgenes. ....   | A | D | ? |
| 7.  | La primera vez que se realiza el coito siempre es muy dolorosa para la mujer, hasta el punto de sangrar.....           | A | D | ? |
| 8.  | La reproducción no es el único fin de la sexualidad. ....  | A | D | ? |
| 9.  | Los besos y las caricias sólo sirven para preparar el coito. ....  | A | D | ? |
| 10. | La palabra "homosexual" quiere decir únicamente "hombre al que le gustan los hombres" .....                            | A | D | ? |
| 11. | La masturbación es una forma válida de experimentar placer sexual. ....  | A | D | ? |
| 12. | Una chica que tenga deseos sexuales y se deje besar, acariciar o se acueste con chicos es una fresca y una golfa. .... | A | D | ? |
| 13. | No sería amigo/a de alguien que fuese homosexual. ....   | A | D | ? |
| 14. | Las relaciones sexuales con penetración deben darse sólo entre personas casadas.....                                   | A | D | ? |
| 15. | La sexualidad es un modo de relacionarse y comunicarse con otra persona.....   | A | D | ? |
| 16. | El tener ganas de hacer el amor es algo que sólo le pasa a los chicos .....  | A | D | ? |
| 17. | Todo nuestro cuerpo esta preparado para sentir placer, no sólo los órganos genitales .....                             | A | D | ? |
| 18. | Una chica debe aceptar acostarse con un chico si no quiere que él la considere una estrecha. ....                      | A | D | ? |
| 19. | El masturbarse acaba resultando perjudicial a la hora de relacionarse después con otra persona. ....                   | A | D | ? |
| 20. | En las relaciones sexuales, tanto el hombre como la mujer pueden tomar la iniciativa .....                             | A | D | ? |

21. Las chicas que aceptan tener relaciones sexuales sin estar casadas son unas indecentes..... A D ?
22. Para tener relaciones sexuales es importante conocerse y tener una relación estable con la otra persona (noviazgo, amistad fuerte). ..... A D ?
23. Las prácticas homosexuales son una forma como otra cualquiera de relación sexual ..... A D ?
24. El tener relaciones sexuales sin estar casados es una decisión personal..... A D ?
25. El tamaño del pene es fundamental para que la mujer sienta placer ..... A D ?
26. El que un chico salga con chicas y se acueste con ellas quiere decir que es muy hombre y hace bien en aprovecharse de todas las que pueda ..... A D ?
27. Las personas ancianas pueden seguir teniendo una vida sexual llena de placer.. A D ?
28. Las sensaciones de placer sexual en la infancia son signo de algún tipo de anomalía o perversión ..... A D ?
29. La masturbación es una práctica sexual habitual tanto en mujeres como en hombres ..... A D ?
30. Usar preservativo impide el placer en las relaciones sexuales ..... A D ?
31. Proponer usar el preservativo me daría corte ..... A D ?
32. Cada cual debe ser responsable y disfrutar de su sexualidad evitando los riesgos ..... A D ?
33. Es mejor no preocuparse y hacerlo sin preservativo aunque se corra algún riesgo..... A D ?
34. Hay que apartarse de las personas enfermas de SIDA porque pueden contagiarnos ..... A D ?

---

**SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES (CAS)**

**Plantilla de corrección**

<b>Subescala de Conocimientos</b>		<b>Subescala de Actitudes</b>
<b>Desacuerdo</b>	2, 3, 7, 9, 10, 16, 19,25, 28, 30 y 34	1, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 31, 32 y 33
<b>Acuerdo</b>	4, 15, 17, 23, 27 y 29	

## CUESTIONARIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Módulo común (ANTI-MC)

Este cuestionario es anónimo y recoge una serie de cuestiones sobre la fecundación y los métodos anticonceptivos. Se trata de que respondas a partir de tus conocimientos. La información resultante será tratada confidencialmente y utilizada para mejorar las intervenciones de Educación Sexual.

Lee con atención antes de responder y no dejes ninguna pregunta sin contestar.

**ATENCIÓN:**  
**ÚNICAMENTE PUEDES SEÑALAR UNA RESPUESTA.**  
**EN CASO DE DUDA, ELIGE LA ALTERNATIVA "NO LO SÉ"**

1. - La fecundación es posible
  - En todo tipo de relación sexual
  - Depende de cuándo haya sido la última vez que se ha hecho el coito
  - Si se realiza el coito sin protección cuando el óvulo está maduro
  - Si se excitan el hombre y la mujer
  - No lo sé
2. - Los métodos naturales (Ogino, calendario, etc) consisten en:
  - Tener en cuenta los óvulos que hay
  - Precisar el primer día de la menstruación
  - No eyacular dentro de la vagina
  - No hacer el coito durante los días fértiles de la mujer
  - No lo sé
3. - ¿Cuál sería el método **MÁS recomendable** para una pareja joven que empieza a tener relaciones con penetración?
  - D.I.U. (dispositivo intrauterino)
  - Preservativo
  - Espermicidas
  - Vasectomía
  - No lo sé
4. - La píldora anticonceptiva actúa
  - Bloqueando el paso de los espermatozoides
  - Para evitar que se produzca el semen
  - Impidiendo la maduración de óvulo
  - Aumentando el número de óvulos
  - No lo sé
5. - Las píldoras anticonceptivas se toman:
  - Después de hacer el amor
  - Antes de realizar el coito
  - Generalmente 21 días al mes
  - Una vez al año
  - No lo sé.

6. - En el caso de que se rompa un preservativo ¿dónde se acude para solicitar el tratamiento post-coital (píldora del día siguiente)?
- A la farmacia
  - A la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (o Centro de Planificación Familiar)
  - Al ginecólogo del ambulatorio
  - A una amiga que ya la haya tomado
  - No lo sé.
7. - ¿Qué plazo hay para utilizar el tratamiento postcoital (píldora del día siguiente)?
- Durante las 24 horas siguientes
  - Hasta 72 horas, aunque las primeras 24 es más eficaz.
  - Hasta 48 horas después
  - Una semana
  - No lo sé.
8. - Los métodos anticonceptivos barrera son
- Métodos para evitar el coito
  - Métodos para aumentar la excitación sexual.
  - Métodos que impiden el orgasmo
  - Métodos que impiden la unión del óvulo y del espermatozoide
  - No lo sé.

Marca con un círculo la respuesta que consideres adecuada teniendo en cuenta que:  
 V= VERDADERO                      F= FALSO                      ? = NO LO SÉ; NO ESTOY SEGURA/O

9. - La función básica de la píldora es la de inutilizar los espermatozoides para que no fecunden el óvulo..... V F ?
10. - Los métodos naturales son aquellos que se basan en el conocimiento de la fisiología femenina. .... V F ?
11. - La primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de quedarse embarazada..... V F ?
12. - Los anticonceptivos orales (píldora), los inyectables, los parches y el anillo vaginal son métodos hormonales..... V F ?
13. - El diafragma es un método anticonceptivo que protege del riesgo de contagio de una E.T.S. V F ?
14. - En las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva se atienden las consultas de jóvenes de cualquier edad..... V F ?
15. - Si la mujer contiene la respiración cuando el hombre eyacula, no se queda embarazada..... V F ?
16. - Los lavados vaginales con agua son un método eficaz para prevenir el embarazo..... V F ?
17. - La responsabilidad de evitar el embarazo corresponde únicamente a la chica; al chico no le afecta ..... V F ?
18. - Las píldoras y el diafragma (o capuchón) son métodos que pueden adquirirse en la farmacia sin necesidad de control médico ..... V F ?
19. - La vasectomía y la ligadura de trompas son métodos que requieren una intervención quirúrgica ..... V F ?

**CUESTIONARIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (ANTI-B1)**  
**Bloque específico 1: Adolescentes 13-14 años (nivel 2º ESO)**

20. - Los espermicidas en cremas o espumas son métodos anticonceptivos poco seguros ..... V F ?
21. - La “marcha atrás” junto con los métodos naturales son los mejores y más eficaces métodos anticonceptivos ..... V F ?
22. - Todos los métodos anticonceptivos pueden tener fallos aunque hay algunos más eficaces que otros ..... V F ?
23. - El preservativo es un método seguro que protege además del riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual..... V F ?
24. - Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por cualquier persona porque no tienen consecuencias en la salud..... V F ?

**CUESTIONARIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (ANTI-B2)**  
**Bloque específico 2: Adolescentes 14-15 años (nivel 4º ESO)**

20. - En el caso de que te propusieran no utilizar preservativo ¿te negarías a tener relaciones coitales?

- Me daría corte negarme
- Dependería del momento y de la persona con la que estuviera.
- No sé exactamente lo que haría
- Me negaría sólo en relaciones ocasionales
- Me negaría en todos los casos, incluso con mi pareja.

21. - Si tu pareja NO quiere usar el preservativo en un momento determinado ¿qué harías?

- Acepto para que esté a gusto; por una vez no pasa nada
- Propongo seguir sin penetración y no cedo
- No lo sé
- Otra posibilidad: \_\_\_\_\_

A continuación, completa la siguiente tabla de métodos anticonceptivos, marcando la respuesta correcta mediante un círculo.

Indica en la columna: **EFICACIA**, teniendo en cuenta que

<b>A = ALTA ; MUY EFICAZ</b>	<b>M = MEDIA; BASTANTE EFICAZ</b>	<b>B = BAJA; POCO EFICAZ</b>	<b>? = NO LO SÉ; NO ESTOY SEGURO/A</b>
----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	--

	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EFICACIA
22	Preservativo masculino	A M B ?
23	D.I.U. (Dispositivo intrauterino)	A M B ?
24	Anillo vaginal	A M B ?
25	Marcha atrás o coito interrumpido	A M B ?
26	Píldora	A M B ?
27	Vasectomía	A M B ?
28	Diafragma / capuchón	A M B ?
29	Espermicidas	A M B ?
30	Preservativo femenino	A M B ?
31	Ligadura de trompas	A M B ?
32	Parches e inyecciones hormonales	A M B ?
33	Métodos naturales	A M B ?

Anexo 1: Instrumentos de evaluación

Indica en la columna: **CONTROL MÉDICO**, teniendo en cuenta que

<b>SI =</b> Precisa <b>CONTROL MÉDICO</b>	<b>NO= SIN</b> control médico	<b>? = NO LO SÉ; NO ESTOY SEGURO/A</b>
---	-------------------------------	--

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		CONTROL MÉDICO
34	Preservativo masculino	SI NO ?
35	D.I.U. (Dispositivo intrauterino)	SI NO ?
36	Anillo vaginal	SI NO ?
37	Marcha atrás o coito interrumpido	SI NO ?
38	Píldora	SI NO ?
39	Vasectomía	SI NO ?
40	Diafragma / capuchón	SI NO ?
41	Espermicidas	SI NO ?
42	Preservativo femenino	SI NO ?
43	Ligadura de trompas	SI NO ?
44	Parches e inyecciones hormonales	SI NO ?
45	Métodos naturales	SI NO ?





**CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD Y SALUD: Módulo común (SYS-MC)**

*Este cuestionario es anónimo y recoge una serie de cuestiones sobre la sexualidad y la salud.*

*Se trata de que respondas a partir de tus conocimientos. La información resultante será tratada confidencialmente y utilizada para mejorar las intervenciones de Educación Sexual.*

*Lee con atención antes de responder y no dejes ninguna pregunta sin contestar.*

1. - Las siglas E.T.S. significan

- Efecto total sexual
- Enfermedad traumática superior
- Enfermedad de transmisión sexual
- No lo sé

2. - Nombra todas las enfermedades que conozcas que se transmitan por vía sexual.

---

---

3. - Pueden ser síntoma de una enfermedad de transmisión sexual

- Cambios en el flujo vaginal (aspecto, olor, color...)
- Sensación de escozor en el pene al orinar
- Irritación en la zona genital, tanto en el hombre como en la mujer
- Todos los anteriores
- No lo sé

4. - Si noto algún síntoma "raro" o tengo dudas, lo adecuado sería

- Esperar hasta que pase porque no será nada.
- Desconfiar de la pareja y cortar por si acaso.
- Ir a un especialista, si es posible en compañía de mi pareja
- Continuar manteniendo relaciones sexuales como antes
- No lo sé

5. - El SIDA está causado por

- El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Enfermedades infecciosas múltiples.
- Un virus desconocido
- No lo sé

6. - El virus del SIDA se detecta

- Con un análisis del semen o flujo vaginal
- Analizando si hay anticuerpos en la sangre
- Con una ecografía y un análisis de orina
- No lo sé

El SIDA se transmite a través de los siguientes medios (señalar con una cruz en la casilla correspondiente:  
V= VERDADERO; F= FALSO; ?= NO LO SÉ / NO ESTOY SEGURO/A)

	V	F	?
7.- Transfusiones de sangre			
8.- Compartir maquinillas de afeitado y cepillos de dientes			
9.- Utilizar el mismo vaso, cubierto, toallas			
10.- Relaciones sexuales de penetración sin protección			
11.- Besos y caricias			
12.- Bañarse con un infectado en la misma piscina			
13.- Uso compartido de jeringuillas			
14.- De la madre seropositiva al hijo en el embarazo, en el parto o en la lactancia			

Rodea con un círculo teniendo en cuenta que:

**V= VERDADERO**

**F= FALSO**

**? = NO LO SÉ/ NO ESTOY SEGURO/A**

- 15.- Sólo se puede contraer una enfermedad de transmisión sexual si se va con profesionales de la prostitución o con viciosos/as..... V F ?
- 16.- Si me relaciono con chicos/as jóvenes como yo, no corro el riesgo de "pillar" una enfermedad..... V F ?
- 17.- Existen tratamientos médicos eficaces para curar la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual..... V F ?
- 18.- Una persona portadora del SIDA puede transmitir la enfermedad incluso sin tener síntomas. V F ?
- 19.- El SIDA sólo afecta a homosexuales, prostitutas y drogadictos..... V F ?
- 20.- Con una sola relación con penetración es imposible contagiarse del SIDA o de otra enfermedad de transmisión sexual..... V F ?

**CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD Y SALUD (SYS-B1)  
Bloque específico 1: Adolescentes 13-14 años (nivel 2º ESO)**

El SIDA se transmite a través de los siguientes medios (*señalar con una cruz en la casilla correspondiente:*

V= VERDADERO; F= FALSO; ?= NO LO SÉ / NO ESTOY SEGURO/A)

		V	F	?
21.-	Picaduras de insectos			
22.-	Contacto con semen, flujo vaginal y/o sangre infectada			

- 23.- Las personas infectadas con el virus VIH son enfermas del SIDA. .... V F ?
- 24.- Todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz para curar el SIDA..... V F ?
- 25.- El mejor medio de combatir el SIDA es la prevención y la solidaridad con las personas que lo padecen..... V F ?

**CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD Y SALUD (SYS-B1)  
Bloque específico 2: Adolescentes 15-16 años (nivel 4º ESO)**

El SIDA se transmite a través de los siguientes medios (*señalar con una cruz en la casilla correspondiente:*

V= VERDADERO; F= FALSO; ?= NO LO SÉ / NO ESTOY SEGURO/A)

		V	F	?
21.-	Contacto por encima de la piel con semen, flujo vaginal y/o sangre infectada			
22.-	Sexo oral (caricias hechas con la boca en los genitales)			

- 23.- Estar infectado con el virus VIH (ser seropositivo) es lo mismo que estar enfermo de SIDA.. V F ?
- 24.- Todavía no se ha encontrado un tratamiento totalmente eficaz ni una vacuna para curar el SIDA..... V F ?
- 25.- La prevención es el único medio totalmente probado de evitar la transmisión del VIH de una persona a otra..... V F ?



#### **4. Cuestionario de valoración del alumnado participante**



**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL P.E.Sex (Módulo 1)  
ALUMNADO NIVEL 2º ESO (VAL-1)**

El Programa de Educación Sexual consta de las siguientes actividades en las que han intervenido:

<b>1.</b>	<b>ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD</b>	Profesor/a de Ciencias Naturales
<b>2.</b>	<b>LA SEXUALIDAD</b>	Sexóloga del Gabinete Municipal
<b>3.</b>	<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

*Nos gustaría conocer tu opinión sobre los contenidos tratados y sobre otros aspectos relacionados con las sesiones en las que has participado.*

*Tus comentarios y sugerencias nos serán útiles para mejorar el Programa de Educación Sexual en los próximos cursos.*

*Este cuestionario es anónimo. Por favor, responde con la máxima sinceridad.*

1. - ¿Has asistido a todas las actividades?..... SI  NO   
En caso de que hayas faltado a alguna/s, indica cuál/es..... 1  2  3

2. - ¿Cuál ha sido la sesión que MÁS te ha gustado? ..... 1  2  3

Explica por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. - ¿Cuál ha sido la sesión que MENOS te ha gustado? ..... 1  2  3

Explica por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. - Valora el CONTENIDO de cada sesión del Programa

Marca una X en cada línea, indicando tu opinión; o si faltaste ese día, señala "NO ASISTÍ"

### ACTIVIDAD 1: ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

### ACTIVIDAD 2: LA SEXUALIDAD

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

### ACTIVIDAD 3: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

5. - Por último ¿qué añadirías o quitarías de las sesiones de educación sexual?

---

---

---

---

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**



**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL P.E.Sex (Módulo 2)  
ALUMNADO NIVEL 4º ESO (VAL-2)**

El Programa de Educación Sexual consta de las siguientes actividades en las que han intervenido:

<b>1.</b>	LA SEXUALIDAD (2)	Tutor/a
<b>2.</b>	RESPUESTA SEXUAL	Sexóloga del Gabinete Municipal
<b>3.</b>	SEXUALIDAD Y SALUD	Unidad de Prevención del SIDA

*Nos gustaría conocer tu opinión sobre los contenidos tratados y sobre otros aspectos relacionados con las sesiones en las que has participado.*

*Tus comentarios y sugerencias nos serán útiles para mejorar el Programa de Educación Sexual en los próximos cursos.*

*Este cuestionario es anónimo. Por favor, responde con la máxima sinceridad.*

1. - ¿Has asistido a todas las actividades?..... SI  NO   
 En caso de que hayas faltado a alguna/s, indica cuál/es..... 1  2  3

2. - ¿Cuál ha sido la sesión que MÁS te ha gustado? ..... 1   
 2  3

Explica por qué \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. - ¿Cuál ha sido la sesión que MENOS te ha gustado? ..... 1   
 2  3

Explica por qué \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. - Valora el CONTENIDO de cada sesión del Programa

Marca una X en cada línea, indicando tu opinión; o si faltaste ese día, señala "NO ASISTÍ"

### ACTIVIDAD 1: LA SEXUALIDAD (2)

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

### ACTIVIDAD 2: RESPUESTA SEXUAL

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

### ACTIVIDAD 3: SEXUALIDAD Y SALUD

<input type="checkbox"/> SUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO ASISTÍ
<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	
<input type="checkbox"/> ABURRIDO	<input type="checkbox"/> INTERESANTE	
<input type="checkbox"/> YA CONOCIDO	<input type="checkbox"/> NUEVO	
<input type="checkbox"/> NECESARIO	<input type="checkbox"/> INNECESARIO	

5. - Por último ¿qué añadirías o quitarías de las sesiones de educación sexual?

---

---

---

---

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

## **5. Ficha de valoración de los equipos docentes**



FICHA DE VALORACIÓN DE LOS EQUIPOS DOCENTES: P.E.Sex (Módulo 1)

El Programa de Educación Sexual consta de las siguientes actividades en las que han intervenido:

1.	ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD	Profesor/a de Ciencias Naturales
2.	LA SEXUALIDAD	Sexóloga del Gabinete Municipal
3.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

A) Puntos fuertes: ¿Qué aspectos positivos hay que resaltar del Programa en general? ¿y de las sesiones en particular? ¿Qué sesión sería la más adecuada? ¿Por qué?

B) Puntos débiles: ¿Cuáles serían los aspectos negativos: en general y de las sesiones en particular?.

C) Propuestas de mejora

FICHA DE VALORACIÓN DE LOS EQUIPOS DOCENTES: P.E.Sex (Módulo 2)

El Programa de Educación Sexual consta de las siguientes actividades en las que han intervenido:

1.	LA SEXUALIDAD (2)	Tutor/a
2.	RESPUESTA SEXUAL. MITOS	Sexóloga del Gabinete Municipal
3.	SEXUALIDAD Y SALUD	Unidad de Prevención del SIDA

A) Puntos fuertes: ¿Qué aspectos positivos hay que resaltar del Programa en general? ¿y de las sesiones en particular? ¿Qué sesión sería la más adecuada? ¿Por qué?

B) Puntos débiles: ¿Cuáles serían los aspectos negativos: en general y de las sesiones en particular?.

C) Propuestas de mejora

## **Anexo 2**

# **Programa de Educación Sexual**

**(P.E.Sex)**

<h2><b>Documentos</b></h2>
----------------------------

- 1. Desarrollo del Programa de Educación Sexual: Módulos**
- 2. Módulo 1: Fichas de trabajo**
- 3. Módulo 2: Fichas de trabajo**









## DESARROLLO PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

► **Módulo 1: Adolescentes 13-14 años (nivel educativo 2º ESO)**

CONTENIDO		RESPONSABLE	RECURSOS
I	ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA	Profesorado Ciencias Naturales	- Libros de texto del área - Otros materiales gráficos y/o audiovisuales
II	SEXUALIDAD (I)	Sexóloga y tutor/a	- Ficha de trabajo Bloque II
III	MET. ANTICONCEPTIVOS	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva	- Visita del grupo al Centro - Diapositivas, pizarra y métodos anticonceptivos. - Ficha de trabajo Bloque III

► **Módulo 2: Adolescentes 15-16 años (nivel educativo 4º ESO)**

BLOQUE TEMÁTICO		RESPONSABLE	MATERIALES
IV	SEXUALIDAD (II)	Tutor/a	- Ficha de trabajo Bloque IV - Resumen de las preguntas del grupo para entregar a la sexóloga antes de la sesión del Bloque V
V	RESPUESTA SEXUAL	Sexóloga y tutor/a	- Ficha de trabajo Bloque V
VI	SEXUALIDAD Y SALUD	Unidad de Prevención del SIDA	- Material aportado por la Unidad de Prevención del SIDA: folletos informativos y preservativos



Módulo 1: Adolescentes 13-14 años (nivel educativo 2º ESO)

FICHAS DE TRABAJO





## BLOQUE II: ¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

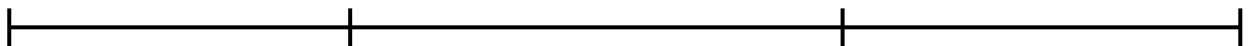
### FICHA – RESUMEN

1. FINES

2. TIPOS DE RELACIÓN SEXUAL

3. FORMAS DE VIVIR LA SEXUALIDAD

4. LA SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA VIDA



5. DEFINICIÓN



### BLOQUE III: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

#### FICHA DE TRABAJO INDIVIDUAL

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TIPO	EFICACIA	CONTROL MÉDICO



Módulo 2: Adolescentes 15-16 años (nivel educativo 4º ESO)

FICHAS DE TRABAJO



## BLOQUE IV: NUESTRAS IDEAS SOBRE LA SEXUALIDAD

### FICHA DE TRABAJO INDIVIDUAL

Centro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\* Muy a menudo utilizamos algunas palabras como si fueran sinónimos, pero ¿es lo mismo "SEXO" que "SEXUALIDAD"? ¿Qué diferencias encuentras? Elabora tu propia definición de "sexualidad".

\* Las relaciones entre dos personas pueden manifestarse de muchas maneras: existen sensaciones, sentimientos y emociones que se expresan mediante determinadas acciones. Completa los cuadros siguientes:

SENTIMIENTOS	
▪ Atracción	▪ _____
▪ Deseo	▪ _____
▪ Amistad	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

CONDUCTAS	
▪ Besar	▪ _____
▪ Abrazar	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Continúa en la página siguiente

\* ¿Qué tal si ponemos al día nuestros conocimientos contestando a las siguientes cuestiones?

- Explica el significado de los siguientes términos:

- Eyaculación:
- Clítoris:
- Orgasmo:
- Fecundación:
- DIU:
- Erotismo:

- ¿Verdadero o Falso? Razona tu respuesta.

1.	▪ La sexualidad no desaparece con la edad; pero se vive de manera diferente en cada etapa de la vida	V	F	N
2.	▪ No hay ninguna posibilidad de que una mujer infectada con el virus del SIDA contagie a su hijo/a durante el embarazo o el parto.	V	F	N
3.	▪ El diafragma es un método anticonceptivo que protege del embarazo y del riesgo de contagio de una E.T.S.	V	F	N
4.	▪ El tamaño del pene de los hombres es muy variable; sin embargo, no influye en el placer que pueda experimentar la pareja	V	F	N
5.	▪ El tratamiento post-coital (píldora del día siguiente) actúa de la misma manera que la píldora anticonceptiva.	V	F	N
6.	▪ La erección del pene y la lubricación vaginal suceden como consecuencia de la excitación sexual.	V	F	N

\* Escribe las preguntas, dudas o aclaraciones que se te ocurran en relación al tema de la sexualidad. Si necesitas más espacio, utiliza la parte de atrás de esta hoja.

## BLOQUE IV: NUESTRAS IDEAS SOBRE LA SEXUALIDAD

### RESUMEN DE LA FICHA DE TRABAJO DEL ALUMNADO

Por favor:

Cada tutor recogerá las fichas de trabajo del Bloque IV y resumirá las respuestas dadas por su grupo para entregarlas al inicio de la sesión del Bloque V a la sexóloga del Gabinete.

CENTRO \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_ NIVEL 4º ESO

TUTOR/A \_\_\_\_\_ TOTAL ALUMNOS DEL GRUPO \_\_\_\_\_

▪ ¿Verdadero o Falso?

- |    |         |        |        |
|----|---------|--------|--------|
| 1. | V ..... | F..... | N..... |
| 2. | V ..... | F..... | N..... |
| 3. | V ..... | F..... | N..... |
| 4. | V ..... | F..... | N..... |
| 5. | V ..... | F..... | N..... |
| 6. | V ..... | F..... | N..... |

▪ Preguntas y dudas del grupo:

NOTA: Por favor, incluya también todas aquellas observaciones que considere de interés acerca del desarrollo de la sesión en el grupo. Muchas gracias.





**SEXUALIDAD (2): RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

**BLOQUE V: COMO REACCIONA NUESTRO CUERPO ANTE LA SEXUALIDAD**

FICHA DE TRABAJO

GRÁFICA: RESPUESTA SEXUAL

DESEO	EXCITACIÓN	MESETA	ORGASMO	RESOLUCIÓN

