

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**LA EDUCACIÓN SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA FMO-UES INSCRITOS EN EL
CICLO I DEL AÑO 2004.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

RESPONSABLES:

**ALVARADO ASCENCIO, NELLY PATRICIA.
CIENFUEGOS IBARRA, KATTYA ELIZABETH.
CANIZALES AGUIRRE, ORLANDO ANTONIO**

ASESOR:

DR. MELITÓN MIRA BURGOS.

SEPTIEMBRE DE 2004

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD
DE EL SALVADOR**

**DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA**

**ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**DRA. CARMEN ELIZABETH RODRÍGUEZ DE RIVAS
VICE RECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA
SECRETARIA GENERAL**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**LIC. JORGE MAURICIO RIVERA
DECANO**

**LIC. ROBERTO GUTIÉRREZ AYALA
VICE DECANO**

**LIC. VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA
SECRETARIO**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**DRA. SANDRA PATRICIA DE SANDOVAL
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**DR. MELITÓN MIRA BURGOS
DOCENTE DIRECTOR**

AGRADECIMIENTOS

✿ El presente trabajo lo dedico:

A Dios Mi Señor, quien ha sido mi fortaleza durante todos los años de estudio.

A usted Papi, que siempre ha sido un fiel proveedor y consejero.

A usted Mami "Pon", que me ha animado a continuar adelante y ha sido consuelo en momentos muy difíciles.

A mis abuelos "Ma' Hicha" y abuelo Miguel Ángel, que siempre creyeron que podía ser una gran médico.

A ti querido hermano, que has sido como el oasis en medio de las dificultades.

A mis amigas Ana M^g, Karina y Katty, que a lo largo de la carrera me han dado mucho ánimo y apoyo incondicional.

Nelly

✿ Este trabajo, lo dedico a cada una de esas personas que colaboraron directa o indirectamente a su realización:

A Diosito y la Virgencita de Guadalupe, por iluminar siempre mi camino y mantener mi fe sin desmayar en los momentos agobiantes de mi formación.

A mis madrecitas Rhiny y Zoilita, por cada uno de sus grandes sacrificios y por soportar mis cambios de ánimo y estar allí para levantarme de mis decepciones, ¡¡¡mil bendiciones!!!...

A mi papito (Q.E.P.D.), gracias por tu cariño y por haberme enseñado a leer, como punto de partida de mi amor por los libros y mi carrera, ¡te extraño viejo!...

A mis hermanos Patty y Roberto José, por su colaboración en las etapas de mi formación y la elaboración de este trabajo de investigación y los momentos de distracción para conmigo, ¿recuerdan los juegos verdad?...

A mis abuelitos Mamá Mema y Papá Óscar, por creer en mí y siempre apoyarme en todos los sentidos y ***Abuelito Óscar (Q.E.P.D.)***, por su infinito cariño y confianza en mis logros, ... abuelito, "No Me Escupí La Pechera" ...

A mis Madrinas Haydee ("Tía Madrina") y Tía Mary, por ser verdaderamente mis "Hadas Madrinas" cuando lo necesitaba, soy su Cenicienta en cierto modo... ***Y mis padrinos "postizos" Tío Julio, Tíos Óscar y Miriam***, no importa la distancia...

A mis amigos Narda, Blanca, Josefina, William, Adrianna M^a, Martha L., Karla Marlene, Jenny (Q.E.P.D.) y Nelly, por su constante interés por mí y mis problemas y compartir siempre mis altibajos personales y profesionales, ¡Va por ustedes!... ¡Nelly ya era hora, no!...

A la Fam. Núñez, Sras. Patty Ascencio y Margarita de Canizales, Karla, Rocío, Víctor, Tita, Padres Clemente y Luis, todos mis maestros... ¡Mil Gracias!...

Katty

✿ Este trabajo lo dedico a:

A Dios Todopoderoso, por sus constantes bendiciones en mi formación profesional y permitir así poder coronar mi carrera.

A mis padres Margarita y Guillermo, por su apoyo incondicional y sobre todo por siempre creer en mí, gracias de nuevo...

A mi hermana Reyna, porque aún entre diferencias siempre estuviste allí.

A mi hermano Guillermito (Q.E.P.D.), por formar parte de mis recuerdos importantes y ser uno de las razones para ser un buen profesional, hasta el cielo... ¡gracias! ¡Te extraño!...

A mis abuelos, por su especial cariño y bendiciones hacia mi persona.

A mis tíos primos, aunque lejos siempre estuvieron conmigo.

A mi novia y amigos en general, por soñar conmigo sobre ésta que ya es una realidad.

Orlando

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
MARCO TEORICO: SEXUALIDAD Y SUS ÁMBITOS.....	11
ÁMBITOS DE LA SEXUALIDAD	14
ÁMBITOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS	15
<i>Estructuras Anatómicas.....</i>	<i>15</i>
<i>Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.....</i>	<i>17</i>
<i>Fisiología del Aparato Reproductor Masculino.....</i>	<i>19</i>
ÁMBITOS PSICOSOCIALES-AFECTIVOS	19
<i>Ámbito Psicosocial</i>	<i>19</i>
<i>Ámbito afectivo.....</i>	<i>25</i>
ÁMBITO SOCIOCULTURAL	27
<i>Parafilias.....</i>	<i>28</i>
<i>Abuso Sexual.....</i>	<i>30</i>
<i>Sadomasoquismo</i>	<i>30</i>
<i>Incesto</i>	<i>31</i>
<i>Acoso Sexual.....</i>	<i>32</i>
ÁMBITO DEL EROTISMO.....	32
<i>El Deseo Sexual.....</i>	<i>32</i>
<i>Los Comportamientos Sexuales.....</i>	<i>36</i>
ÁMBITO REPRODUCTIVO.....	38
<i>Fertilización Y Gestación.....</i>	<i>38</i>
<i>Planificación Familiar.....</i>	<i>38</i>
<i>Enfermedades De Transmisión Sexual.....</i>	<i>44</i>
DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	48
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS	50
DEFINICIÓN DE VARIABLES	51

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	52
TIPO DE ESTUDIO:	52
POBLACIÓN:.....	52
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:.....	52
CÁLCULO DE LA MUESTRA:.....	52
MEDICIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	55
✓ <i>El grado de conocimiento sobre educación sexual</i>	55
✓ <i>Conducta Sexual</i>	56
RIESGOS DE EXPOSICIÓN	57
METODOLOGÍA DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	58
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	59
COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	64
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES.....	67
ANEXOS.....	68
ANEXOS 1:.....	69
ANEXOS 2:.....	75
ANEXOS 3:.....	89
BIBLIOGRAFÍA	96

INTRODUCCIÓN

La sexualidad implica mucho más que órganos que integran el aparato reproductor y sus funciones en una relación íntima. También intervienen aspectos culturales, sociales, sentimentales, principios y valores de la persona, autoestima y otros. Es por ello, que la sexualidad debe ser abordada desde la infancia; momento cuando los niños y niñas empiezan a descubrir características propias en sus cuerpos, su funcionamiento, identidad y roles sexuales.

El hecho de brindar información responsable y adecuada para la edad; ya sea por parte de los padres y/o educadores; también contribuyen a que los menores desarrollen plenamente su sexualidad; dándole así un sentido a la misma.

La motivación para educar a los adolescentes y adultos jóvenes sobre sexualidad, no debería basarse solo en evitar embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), promiscuidad; sino también, fomentar actitudes responsables en la práctica de la sexualidad, permitiéndoles así, disfrutarla al máximo en todos los aspectos.

Es por lo anterior que este estudio se ha diseñado como un preámbulo a futuros proyectos e investigaciones; a fin de profundizar aún más en los valores, actitudes y otros ámbitos que intervienen en la conducta sexual de los jóvenes.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es de todos sabido la importancia que reviste alrededor del mundo lo concerniente a los temas sobre sexualidad debido a la repercusión sociocultural, económica, psicológica y de salud que esto implica.

En los últimos años ha tomado auge por parte del personal de salud en general (llámense médicos, psicólogos, epidemiólogos, entre otros), educar a la población sobre uno de los temas tabú a nivel mundial como lo es el sexo.

De allí que nace una disciplina denominada *educación sexual*; con lo cual se pretende disminuir la incidencia de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, principalmente VIH/SIDA, concientizar sobre los riesgos que implica la promiscuidad, entre otros.

Sin embargo, a medida que el tiempo transcurre no ha tenido los resultados esperados; ya que la incidencia de las circunstancias antes descritas no parece disminuir sustancialmente. El informe resumido de la FESAL 2003 manifiesta; que en el área urbana el inicio de relaciones sexuales en la mujer es alrededor de los 20 años y una tercera parte; ya ha tenido su primera experiencia sexual a los quince años. Por otra parte, la mitad de los hombres de 25 años de edad tienen más de una pareja sexual. Reporta también, que el promedio de hijos en la mujer es de 2 y el de los hombres es de 3.

La educación sexual en nuestro país se ha implementado dentro del aprendizaje en los niveles de primaria, básica y media, por medio de la enseñanza en las escuelas a través de los planes de estudio a partir del año 1999¹ y en años anteriores dicho plan de estudios se iniciaba desde el cuarto año de primaria; asimismo, en el año 2001² se creó el programa de desarrollo integral del adolescente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; en el cual se incluyó un apartado especial sobre educación en la sexualidad y sus ámbitos. Ésto,

¹Programa de estudio de educación primaria, básica y media, 1999.

²Gerencia de atención integral de la salud de adolescentes.2001.

sabiendo de antemano, que es en la infancia y la adolescencia; donde se forja el carácter y principios morales de las personas, llevando implícitos también factores familiares y socioculturales.

Al igual que en los adolescentes, la deserción escolar por embarazos no planificados o presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se presentan también dentro de los adultos jóvenes; con una alta tasa de nuevos casos. Dichos casos se observan también dentro de la población universitaria, en quienes se espera ya tengan mayores conocimientos sobre sexualidad, (comparado con los adolescentes) creyendo erróneamente que dichos conocimientos han incrementado con respecto a la edad y el grado académico.

La realización del presente estudio se justifica porque actualmente la Facultad Multidisciplinaria de Occidente no cuenta con una investigación científica que integre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la educación sexual en los universitarios, ya que los estudios realizados hasta el momento no han sido completados o concluyentes; de manera que sirva así, de punto de referencia para el diseño de programas de intervención en esta área en jóvenes que cursan estudios superiores.

¿La conducta sexual de los estudiantes universitarios de la FMO-UES estará determinada por el grado de conocimientos sobre educación sexual?

OBJETIVO GENERAL

Establecer el grado de educación sexual en la población estudiantil de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador en el ciclo I/2004, como determinante de su conducta sexual y las consecuencias que ésta implica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los conocimientos sobre educación sexual de la población en estudio.

Correlacionar si las conductas sexuales de la población estudiantil corresponden con sus conocimientos sobre educación sexual.

Determinar los riesgos asociados a su conducta sexual y el grado de asociación a tales riesgos.

MARCO TEÓRICO: SEXUALIDAD Y SUS ÁMBITOS.

El primer ámbito donde la sexualidad tiene sentido y desarrollo es en la esfera individual. Cultura y biología, confluyen y toman forma en cada persona; constituyéndose así el individuo, en cada persona particular y concreta, en la medida básica para vivir y comprender la sexualidad.

Cada persona posee un cuerpo propio y una sexualidad particular y debemos reivindicar en primer término el derecho de cada uno y cada una a utilizarlos según sus deseos.

Dicho así, quizás resulte brusco para algunos el ejercicio de la sexualidad; ya que es un ejercicio individual y privado en el que cada persona asume su propia sexualidad, con sus responsabilidades y riesgos. Por paradójico que parezca, la educación sexual es una intervención social (promovida por terceros) para conseguir en cada persona una sexualidad autónoma, responsable y respetuosa con los demás.

Si el primer espacio donde tiene lugar la sexualidad es el individual, el personal, este plano se articula inmediatamente y de forma complementaria con el de la pareja. La función reproductiva de la sexualidad humana hace dirigir la conducta sexual humana hacia otras personas. Sobre este condicionante biológico aparecen numerosos usos sociales de la sexualidad que definen las formas en las que se establece la pareja procreadora.

El número de personas o factores que intervienen y configuran la sexualidad de cada persona puede ser infinito; todas las prevenciones y alarmas suscitadas por la sola enunciación de la necesidad de una educación sexual han sido debidas a un error de interpretación. La palabra "sexual" se considera como referente exclusivamente a la actitud fisiológica, y se olvida que la sexualidad es un atributo tanto psíquico como físico; toda nuestra vida psicológica esta determinada y caracterizada por nuestro sexo; de allí que resulte complejo dar una definición exacta al término educación sexual.

Se presenta aquí una definición que, aunque no satisfaga totalmente, parece que aporta una perspectiva diferente, con detalles o aspectos interesantes y adicionales; haciendo relevante el aspecto multidisciplinario de la Educación Sexual.

La Educación sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del individuo. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual de la persona y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad.³

Además, resulta oportuno incluir una serie de conceptos ligados inseparablemente a la educación sexual:

Sexo: Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas. Coito.

Coito: Unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo. Denominado también cópula.

Sexualidad: Suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación o no con los objetos sexuales o con la procreación.

Salud Sexual: Busca mejorar la vida y las relaciones personales; los servicios de salud sexual no deben limitarse solamente a la consejería y a la atención en aspectos relacionados con la reproducción y con las enfermedades de transmisión sexual.

Salud Reproductiva: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

³EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL: *Metodología y Educación Sexual*. Editor INES. Col.: Educación sexual. Vol. VIII. Sto. Domingo, 1976. página 14

Atención de la salud reproductiva: Se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar reproductivo, a través de la prevención y solución de los problemas en salud reproductiva.⁴

Derechos Sexuales: Incluyen el derecho humano de las mujeres y hombres a tener control sobre su sexualidad y a decidir libre y responsablemente sobre aspectos relacionados con ésta, incluyendo la salud reproductiva y sexual, libre de coerción, discriminación y violencia.⁴

Derechos reproductivos: Comprenden derechos humanos reconocidos nacional e internacionalmente en documentos legales y son parte de los derechos humanos.⁴

4

De adolescentes para Adolescentes. Manual de Educación para la Vida. Páginas 163-170. Ministerio de Salud y Asistencia Social. San Salvador. 2001.

ÁMBITOS DE LA SEXUALIDAD

Algunos de los componentes de la sexualidad son los siguientes:

- ***Biológicos y fisiológicos:*** La sexualidad y la capacidad reproductiva dependen de diferentes factores propios del cuerpo, entre ellos los órganos sexuales y reproductivos y la presencia de ciertas hormonas.

- ***Psicosociales:*** Se refieren a como el individuo se relaciona con las otras personas, por ejemplo; relaciones de pareja, relaciones extramatrimoniales, permisividad sexual, etc.

- ***Afectivos:*** Casi siempre existe en la sexualidad un vínculo afectivo. Generalmente se trata de un lazo o unión entre dos personas. Muchos consideran el amor como el lazo más fuerte.

- ***Socioculturales:*** Existen pautas y normas socioculturales para vivir la sexualidad. Muchas veces varían para cada género y en diferentes culturas y países.

- ***Comunicativos:*** La sexualidad incluye procesos para relacionarnos, como la comunicación verbal y la no verbal, que puede incluir gestos, señas, caricias y besos. Permite establecer niveles de comunicación intensos y profundos.

- ***Reproductivos:*** Nuestra sexualidad está íntimamente asociada con nuestra naturaleza reproductiva. Debemos destacar esta posibilidad como un extraordinario logro de dos personas que conscientes, libres y con responsabilidad compartida asumen la reproducción de un nuevo ser humano. Esto constituye una gran responsabilidad; por lo tanto, debe ser una decisión reflexionada y libre de presiones.

- ***Erotismo:*** Por erotismo se entiende la capacidad para experimentar placer sexual. Es una potencialidad que los seres humanos pueden desarrollar en la práctica responsable de su sexualidad.⁵

⁵ De Adolescentes para Adolescentes. MSPAS. San Salvador, El Salvador, Centro América, 2001.

ÁMBITOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS ⁶

Muchas personas en nuestra cultura han recibido un condicionante negativo sobre sus órganos genitales desde la infancia. Las personas aprenden a ver sus genitales como “algo oculto” o “privado” de los que no se debe hablar, ni tocar, ni ver; en nuestra cultura particularmente para la mujer sus genitales son un motivo de vergüenza porque son considerados como “algo sucio” y “penoso”. Este pensamiento negativo resulta usualmente del escaso conocimiento de su propia anatomía y su fisiología.

Estructuras Anatómicas.

Órganos Genitales Femeninos Externos. (Ver anexos 1, Fig. 1)

Los órganos genitales femeninos externos o vulva, constan de varias estructuras. El Monte de Venus: que es una estructura situada sobre el pubis cubierta por vello púbico; que al acariciarlo puede producir sensaciones de placer.

Los labios mayores son los labios externos y los labios menores son los labios internos de la vulva cubiertos por piel.

El clítoris es el homólogo del pene. Meato uretral es la porción más externa de la uretra (orificio de salida de la orina).

Orificio vaginal e himen. El tamaño y la forma varían de manera considerable. El himen es una membrana mucosa que cubre parcialmente el introito vaginal y marca la división entre los genitales externos e internos. En el transcurso de su primera experiencia sexual coital, la membrana himenal se rompe. El folklore considera la ruptura o ausencia del himen como la prueba de la pérdida de la virginidad.

El periné es la región del área genital que se encuentra entre la vulva y el ano.

⁶ Essentials of Anatomy and Physiology. Seeley, Stephen, Tate. Editorial Mc.Graw-Hill. 2nd.Edition.1996.Chapter 19.

Maternal and Neonatal Nursing. Katharyn May, Laura Mahlmeister. Editorial J.B. Lippincot Company. 3rd.Edition. 1994. Chapter 4.

Mamas son dos estructuras formadas por tejido graso y glandular (glándulas mamarias) localizadas en la parte anterior del tórax, consta de pezón y areola. Las diferencias genéticas y la edad determinan el tamaño y la forma de la mama. Su tamaño no guarda relación con la cantidad de leche producida durante la lactancia.

Órganos Genitales Femeninos Internos.

Vagina. Es un tubo muscular, el cual posee tres funciones: a. Sirve como conducto excretor del útero para la salida del flujo menstrual. b. Es el órgano femenino de la copulación. c. Es el canal para el parto vaginal.

La existencia de un área conocida como punto de Gräfenberg o punto G, ha sido objeto de controversia en años recientes. Tiene el tamaño aproximado de una moneda de diez centavos de dólar (dime), pero en la mujer sexualmente activa duplica el tamaño; se cree que esta zona es la contraparte femenina de la glándula prostática masculina, algunas mujeres encuentran en la estimulación directa del punto G la mayor expresión de placer y alcanzan rápidamente el orgasmo.

Útero es una estructura con una forma similar al de una pera invertida; consta de dos partes principales: el cuerpo y el cérvix o cuello.

Funciones:

- a. Formación de una capa (endometrio) que permita la implantación del huevo fecundado.
- b. Destrucción de la capa antes descrita en caso de que no ocurra la concepción.
- c. Nutrición de la placenta.
- d. Protección del feto y contracción durante el parto.

Cuello uterino (cérvix) es la terminación baja del útero. La porción que se encuentra en contacto con la vagina es el sitio de donde se obtiene una pequeña muestra de tejido (frotis) durante la toma de citología (prueba de Papanicolaou) con el fin de detectar precozmente el cáncer de cérvix.

Trompas de Falopio u oviductos ayudan al espermatozoides a alcanzar el huevo (oocito) hacia el útero.

Ovarios son órganos pares en forma de almendra. Desarrollan y producen el huevo (óvulo) y secretan las hormonas sexuales. Están localizados a cada lado del útero.

Órganos Genitales Masculinos Externos.

Son más visibles que los femeninos.

Pene. Consta de glande (conocido popularmente como cabeza) y prepucio. Hay una gran variación del tamaño del pene durante su estado flácido pero las erecciones en todos los hombres alcanzan de 5 a 7 pulgadas de longitud. El tamaño del pene no guarda relación con el tamaño del cuerpo, color de la piel o habilidad sexual.

Escroto es la piel arrugada, de color oscura, con vellos que cubre los dos testículos.

Órganos Genitales Masculinos Internos. (Ver anexos 1, Fig. 2)

Testículos: Están cubiertos por el escroto externamente, contienen células productoras de testosterona y esperma.

Uretra sirve como pasaje para la orina y el semen.

Próstata es una glándula que se encuentra completamente desde la pubertad, el crecimiento total se realiza solo después del estímulo de la testosterona. Su función es producir una sustancia que le da color y olor característico al semen.

Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.

Pubertad.

Los primeros signos pueden aparecer desde los ocho años de edad, completándose alrededor de los dieciséis años de edad. Es marcado por el primer episodio de sangrado menstrual llamado menarquia. Durante la pubertad los genitales externos e internos comienzan a crecer, la grasa se deposita en las mamas y las caderas adquiriendo su forma adulta; además crece el vello púbico y axilar, el

deseo sexual está asociado a la pubertad. Estos cambios son producto de la elevada secreción de estrógenos y progesterona por los ovarios, las cuales antes de la pubertad se encuentran en mínimas concentraciones.

Las hormonas femeninas tienen tres funciones principales que son:

- a. Satisfacción del deseo sexual.
- b. Maduración de los órganos reproductivos.
- c. Preparación de los órganos reproductivos para la concepción, el embarazo y el parto.

Ciclo menstrual.

Consiste en el proceso de maduración del huevo, transporte del óvulo desde el ovario al útero por medio de las trompas de falopio, preparación del útero para la fecundación y eliminación del endometrio cuando ésta no ocurre.

Menstruación se deriva de la palabra latina que significa mes. El ciclo menstrual dura aproximadamente 28 días; con un intervalo de 18-40 días entre cada período. Y se presentan durante aproximadamente 30 años desde la menarquia hasta la menopausia.

Menarquia: se refiere específicamente a la primera menstruación y no es sinónimo de pubertad que es el período de transición de la niñez a la adultez en el que la menarquia es el principal evento, suele aparecer entre los 9-17 años con un término medio a los 12 años.

El primer día del sangrado se considera el día 1 del ciclo menstrual, ésta generalmente dura alrededor de 4-5 días. La ovulación ocurre aproximadamente en el día 14 del ciclo; sin embargo varía de mujer a mujer y también con respecto al próximo ciclo menstrual. (*Ver anexos 1, Fig.3*)

Menopausia es el cese de la menstruación como producto del “agotamiento” de los ovarios, esto ocurre entre los 40 y 50 años.

Climaterio comprende desde el apareamiento de los ciclos menstruales irregulares hasta el cese de la menstruación. El descenso de los estrógenos

conlleven cambios fisiológicos en el organismo tales como: “sofocos”, sensaciones psicológicas de disnea, irritabilidad, fatiga, ansiedad, trastornos sicóticos, disminución de la resistencia de los huesos, entre otros.

Fisiología del Aparato Reproductor Masculino.

La testosterona es la principal responsable de los caracteres sexuales masculinos (crecimiento del pene, escroto y testículos, crecimiento del vello púbico, facial y axilar, desarrollo muscular, cambios de la voz, etc.) incrementándose su producción alrededor de los 10-13 años.

ÁMBITOS PSICOSOCIALES-AFECTIVOS ⁷

En el área de género y sexualidad se menciona que en el caso de las mujeres continua el señalamiento de la mujer que ha tenido relaciones sexuales antes del matrimonio o acompañarse, como una persona “débil de carácter”, “alegre”, “poco formal”, “fácil”.

Ámbito Psicosocial

Los hombres, por su parte, sufren el control social de diferente manera: a ellos se les alienta a tener relaciones sexuales con diversas mujeres, inclusive se duda de su masculinidad cuando no las han tenido.

La Identidad Sexual.

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida ésta como la conciencia de ser un ente autónomo y diferenciado de los demás, la

⁷ El Desarrollo Sexual en la Adolescencia. Javier Gómez Zaplain. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

conciencia de sí mismo. Dada nuestra naturaleza sexuada, la identidad necesariamente tienen que serlo: "Yo soy yo que soy mujer, yo soy yo que soy hombre".

Se puede afirmar que en torno a los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad de núcleo genérico o identidad básica de género. Este concepto hace referencia al hecho de que, desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada. Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

Antes de introducirse de lleno en la pubertad y la adolescencia, es necesario hacer una aclaración terminológica. La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales, en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.

Así en la pubertad, al inicio de la adolescencia, se van a producir cambios en ambos sentidos, tanto en lo biológico como en lo psicológico: La nueva imagen corporal, y nuevas capacidades intelectuales de análisis de la realidad.

Cambios en la Imagen Corporal.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios durante la pubertad, por la acción hormonal, tales como el apareamiento de vello púbico y facial, crecimiento de las mamas, cambios en la voz, etc., obliga a una reestructuración de la identidad sexual en la medida en que el cuerpo es su pilar esencial. Por un lado los cambios físicos exigen, desde un punto de vista psíquico, una redefinición de la identidad en función de la nueva imagen y de las nuevas funciones adquiridas. Por otro, la nueva imagen es puesta en relación con el medio social y generalmente comparada con los estereotipos de belleza.

La imagen corporal debe ser integrada en la redefinición de la identidad que se produce en este momento. Las personas que mejor se ajustan al modelo de belleza tienden a tener una "ventaja sociológica", mejor autoestima, mayor popularidad, mejor adaptación. Desde un punto de vista preventivo y en nuestra opinión, la educación afectivo sexual debe promocionar un concepto de belleza diferente basado en el desarrollo y cultivo de los valores y cualidades que resulten atractivos y seductores para uno mismo y los demás, antes que un modelo puramente figurinista y estático de la imagen corporal

Cambios en las Nuevas Capacidades.

Durante la infancia, una vez adquirida la identidad básica de género, ésta resulta muy estereotipada. Los niños y las niñas necesitan afirmarse en su grupo. Además sus capacidades cognitivas no les permiten más que una visión concreta de la realidad: "Las cosas son lo que son y no pueden ser de otra manera".

Al comienzo de la adolescencia el propio desarrollo cognitivo potencia un cambio cualitativo en la manera de procesar la realidad. Es el paso de lo concreto a lo abstracto. La realidad es tan sólo una posibilidad entre otras: "Las cosas son como son, pero podrían ser de otra manera".

Estos cambios cognitivos permiten relativizar los contenidos de género. No existe una única manera de ser mujer u hombre. Las atribuciones clásicas que la cultura occidental ha venido haciendo al hecho de ser mujer u hombre, pueden ser cuestionadas.

Las personas que están en este momento evolutivo deben realizar, al hilo del desarrollo de su identidad globalmente considerada, una asimilación de contenidos de género. Estos no son otra cosa que todos aquellos elementos que dan significado al hecho de ser mujer u hombre. Semejante tarea no es sencilla puesto que los y las adolescentes en la actualidad se hallan en un momento vertiginoso de cambio en los roles, en un ambiente donde convergen los tradicionales y los actuales caracterizados por los cambios habidos en la emergencia del nuevo rol de

la mujer y sus consecuencias sistémicas respecto al del hombre. Por otro lado continúa una fuerte presión social debida a la inercia del modelo masculino, en cuanto a lo que hoy por hoy significa socialmente la masculinidad.

En resumen, puede decirse que la identidad sexual es la síntesis del desarrollo de la programación genética respecto a las bases biológicas del hecho sexual y de los procesos psicológicos que la determinan. Anteriormente se ha hecho una distinción entre la identidad sexual y la de género aún siendo conscientes de que probablemente tan sólo tiene valor teórico, porque en la realidad, al final de la adolescencia, salvo dificultades, las personas adquieren una conciencia nítida de su propia identidad que es inexorablemente sexuada.

Otras Manifestaciones de la Identidad Sexual Humana:⁸

Homosexualidad: Se refiere a la orientación sexual de hombres y mujeres que encuentran su principal satisfacción sexual y emocional con personas del mismo sexo. Es un solo aspecto de la personalidad así como lo es la heterosexualidad.

Por ser el homosexualismo una realidad muy estigmatizada y criticada es importante que se cuente con una información clara sobre el tema.

La homosexualidad no es una enfermedad; la Organización Mundial de la Salud (OMS) retiró en 1991 este concepto de su clasificación internacional de enfermedades y, si bien esta no es una conducta predeterminada en las comunidades humanas, en cada sociedad existen personas homosexuales, mujeres y hombres que sufren marginación, maltrato y rechazo social; pese a que ésta se encuentra en todos los niveles sociales, profesiones y tipos de vida.

Nuestra actitud cultural negativa hacia la homosexualidad ha sido fuertemente influenciada por las enseñanzas religiosas que sostienen que es algo pecaminoso y por la teoría del psicoanálisis que tradicionalmente la ha considerado como un desorden emocional, causado por un retraso en el desarrollo

⁸ Mental Health and Psychiatric Nursing. Ellen H. Janosik, Janet L. Davies. Editorial Little, Brown and Company. 2nd. Edition. 1996. Capítulo 12. Páginas 307-311.

psicosexual. De acuerdo a esta teoría se puede atribuir a una relación distante con el padre, una defensa contra la ansiedad de la castración o a un ego inmaduro.

Otras teorías improbables incluyen un desequilibrio hormonal fetal y procesos de aprendizaje.

Los adultos homosexuales que no se arrepienten de su orientación sexual; son funcionales sexual y socialmente, no menos que un heterosexual.

Por otra parte en la adolescencia la identidad sexual y la orientación del deseo no han alcanzado su completa definición y algunos adolescentes podrían experimentar atracción hacia personas del mismo sexo y hasta podrían tener fantasías, deseos, sensaciones e incluso contacto físico, lo que no significa necesariamente ser homosexual.

Un mito de las parejas homosexuales es que tienden a tomar roles sexuales durante sus relaciones, uno tiende a ser el dominante (“el hombre”) y otro el sumiso (“la mujer”). Aunque esto puede suceder en ocasiones, las parejas homosexuales tienden menos a tomar éste tipo de papeles que los heterosexuales. De hecho las parejas homosexuales pueden servir de modelos de igualdad para los heterosexuales.

Otra especulación común es que ciertas prácticas y conductas son exclusivamente homosexuales; en realidad éstas manifiestan su amor de igual forma que los heterosexuales, excepto que no efectúan penetración pene-vagina.

En orden descendente de frecuencia los hombres acostumbran sexo oral, estimulación mano-genital y relaciones anales. Las mujeres homosexuales prefieren el contacto mano-genital, seguido de sexo oral y los masajes en el cuerpo.

Existe un tipo de homosexualidad, llamada ego-distónica, en la cual la persona desea volverse heterosexual y sus tendencias homosexuales son una fuente constante de frustración.

Probablemente, no hay otro aspecto del comportamiento sexual humano tan controversial hoy en día como lo es la homosexualidad; sin embargo, el

conocimiento y entendimiento de la conducta homosexual pudieran ayudar a comprender y aceptar a las personas con éste tipo de identidad sexual.

Bisexualidad: Se define como la atracción erótica y el placer sexual con personas de ambos sexos. Ésta definición excluye aquellos homosexuales que se unen en matrimonio para mantener una aparente heterosexualidad. Es una identidad sexual tan real como el homo y la heterosexualidad.

La bisexualidad ha recibido menos atención que la homosexualidad ya que se cree que una persona puede ser homo o heterosexual pero no ambas. De hecho resulta difícil creer que una persona pueda sentir deseo, gratificación y placer con miembros de ambos sexos; por lo que se cree que el bisexual no ha encontrado sus verdaderas preferencias en términos de sexualidad.

Transvestismo: El transvesti se define como una persona que encuentra estimulación sexual al combinar o vestir ropa del sexo opuesto. La mayoría son hombres heterosexuales y una pequeña parte de varones homosexuales también se visten como mujer con el fin de ridiculizarlas.

En ocasiones la persona se limita a usar una o dos prendas (ropa interior) y otras veces la vestimenta completa incluyendo maquillaje y accesorios. Algunos de ellos no tienen conflicto de identidad de género.

Algunos hombres van más allá del fetichismo (ver más adelante) y ya no encuentran excitación sexual con el solo hecho de vestirse como mujer; sino que suelen tomar sus aspiraciones feministas muy seriamente. Algunos esconden su identidad por miedo a ser rechazados o incomprendidos.

Transexualidad: el género biológico de la persona puede ser masculino o femenino; la no identidad de género se refiere a que una persona tiene la convicción psicológica de sentirse hombre o mujer. El transexualismo es considerado un desorden de la identidad de género. Una persona que nace con características biológicas masculinas o femeninas, él o ella cree que tienen el cuerpo equivocado.

Factores químicos, sociales y familiares pueden ser la causa de éste problema. Una causa demostrada es la de origen hormonal la cual se encuentra descrita en los

síndromes de malformación genital: Síndrome de feminización testicular y el Síndrome adrenogenital. El síndrome de feminización testicular ocurre cuando bioquímicamente hay defectos en la producción de testosterona que permita el desarrollo de un feto genéticamente masculino; desde el nacimiento los niños son considerados femeninos.

El Síndrome adrenogenital ocurre cuando genéticamente un feto masculino produce grandes cantidades de hormonas masculinas que permiten el desarrollo de genitales aparentemente masculinos.

La identidad de género se forma en los primeros años de la vida de todas las personas. La mente de los transexuales puede no ajustarse al cuerpo; no hay evidencia de cura con psicoterapia. La solución al problema se encuentra en determinar clínicamente la identidad de género por medio de exámenes genéticos, estado de salud general y exámenes psicológicos que determinen su estabilidad emocional.

Celibato: Es la decisión voluntaria de abstenerse de mantener relaciones sexuales con otras personas. Ésta decisión puede ser temporal o permanente; ya sea debido a una vocación religiosa, posponer el sexo hasta el matrimonio, indisponibilidad por parte de la pareja, prevención de ITS, etc. Puede ser una necesidad temporal cuando existan otras prioridades.

Ámbito afectivo

La afectividad es un ámbito íntimamente relacionado con el desarrollo sexual en la adolescencia. No corresponde en este punto desarrollar las principales aportaciones en el campo del desarrollo afectivo. En este punto tan sólo se pretende plasmar la fuerte vinculación entre el modo en que se viven las manifestaciones del proceso de sexuación y los afectos asociados a éste.

En este sentido puede hacerse la siguiente clasificación de los afectos relacionados con la sexualidad:

a) Afectos sexual-afectivos: Deseo, placer, atracción, enamoramiento, experiencia amorosa, inhibición, rechazo, dolor, culpa sexual, etc.

b) Afectos socio-afectivos: Empatía, apego, amistad, hostilidad, ira, etc.

Si se toma en cuenta que los afectos pueden ser considerados como indicadores de necesidades básicas, en el terreno de las dimensiones afectiva y sexual deben ser reconocidas esencialmente dos: La necesidad de satisfacción sexual, y la necesidad de seguridad emocional. Desde nuestro punto de vista, la primera se refiere al deseo sexual y la segunda al apego.

Algunos autores conceptualizan el amor romántico como un proceso de apego, es decir la adopción de la persona amada como figura de apego, que se constituye en base de seguridad y puerto de refugio. El enamoramiento puede ser interpretado como una fuerza adicional que impulsa al individuo hacia la persona amada cuyo fin es garantizar la vinculación. Por ello el enamoramiento es un estado con una duración determinada y el amor es un sentimiento estable.

Por otro lado, el deseo sexual sin embargo es la búsqueda de satisfacción sexual tal y como ya se ha desarrollado en puntos anteriores.

El origen de ambas dimensiones se haya en la supervivencia de la especie y por tanto están preprogramadas. El deseo sexual en relación a la reproducción y el amor en cuanto a los sistemas de vinculación entre las crías y los progenitores. En términos psicológicos el deseo sexual y el amor romántico son dos dimensiones diferentes; se pueden expresar de manera independiente a lo largo de los diferentes momentos vitales, aunque todo parece indicar que el deseo sexual y el amor romántico generalmente se funden en una misma persona, de hecho las teorías del amor contemplan la pasión, en tanto que atracción erótica, como un componente principal.

Podría predecirse que aquellas personas que desarrollen un estilo de apego seguro, sus relaciones sexuales serán más satisfactorias y menos conflictivas, puesto que éstas poseerán un mayor grado de autoestima, mayor seguridad en la relación, mayor capacidad de empatía y menor miedo a la pérdida o abandono. Las personas inseguras, tanto ansioso-ambivalentes como introvertidos, aunque expresado de modo diferente, la probabilidad de tener en la adolescencia un acceso

difícil a la experiencia sexual será mayor por motivos inversos a las personas seguras.

ÁMBITO SOCIOCULTURAL⁹

Se debe tener presente que la sexualidad humana, junto a la innegable base natural, se inserta y se define en el campo más cambiante y difuso de la cultura. Esa es una condición que se da en los humanos y algunos pocos primates.

Somos seres culturales por excelencia; y la cultura es algo que se da y se define en la sociedad, y los individuos asumen y contrarían en mayor o menor medida en su proceso de socialización. El individuo se define y se posiciona frente a la cultura, cuando menos en parte. Por lo que respecta a la sexualidad, también.

La cultura sexual ha evolucionado históricamente a través de los tiempos, en las más diversas sociedades. También en la nuestra. Se ve sometida a condicionantes naturales y culturales de muy diversa índole: Políticos, económicos, religiosos, éticos... Se manifiesta en cuestiones tan evidentes y dispares como la demografía o el lenguaje.

Así es que la cultura sexual, se presenta como algo muy diverso en nuestro mundo, tanto histórica como geográficamente. Tanto individual, como colectivamente.

En el mundo de la sexualidad, términos como “normal” o “anormal”, “bueno” o “malo”, “moral” o “inmoral”, tienen el sentido y significado, estrictamente personal, que les confiere quien los emite. La definición entre lo normal y lo anormal es un tanto arbitraria; ya que por lo general supone juicios de valor de uno u otro género.

⁹ Mental Health and Psychiatric Nursing. Ellen H. Janosik, Janet L. Davies. Editorial Little, Brown and Company. 2nd. Edition. 1996.

Se denomina “etiquetaje” al empleo de términos tales como “normal o anormal” para describir al individuo o a la conducta de la persona.

Las etiquetas que califican a algo o a alguien “diferente”, alejado de lo “normal” (malo) pueden inducir al rechazo; las etiquetas que lo califican de “igual”, cercano a la identidad (bueno), inducen a propiciar la aceptación e incluso la integración.

La estigmatización consiste en los efectos negativos, sociales, económicos, jurídicos, etc., producidos por el etiquetaje de una persona. Cuanta más represión sexual hay en una sociedad, es mayor el número de actitudes y conductas sexuales etiquetadas y estigmatizadas.

En culturas como la latina, el modelo de comportamiento sexual mayoritariamente aceptado es la cópula pene-vagina, monógama, heterosexual, dentro del matrimonio y con fines reproductivos. Los comportamientos que se apartan de éste patrón son etiquetados y estigmatizados o cuando menos cuestionados.

Parafilias.

En 1980 se aceptó internacionalmente el término “parafilia” para denominar a todo estado en que la exaltación sexual y la gratificación del individuo están supeditadas por entero a la fantasía recurrente de una experiencia sexual insólita que se convierte en el foco principal de la conducta sexual.

Puede considerarse entonces parafílicos a aquellos sujetos cuya actividad sexual se produce ante objetos, sujetos o situaciones que no forman parte de las pautas normativas de actividad sexual.

A continuación se describen las parafilias más frecuentes:

■ Voyerismo.

El voyerista (mirón) es la persona que obtiene gratificación sexual mientras otras personas realizan una actividad sexual. Por lo general se da en hombres jóvenes y a menudo parece esfumarse al llegar a la mediana edad, este prefiere

atisbar oculto a las mujeres que no conoce ya que ello constituye una novedad y acentúan la condición prohibitoria de su acción. Con frecuencia, la excitación de este alcanza su máximo nivel en situaciones en que corre el evidente riesgo de que sea descubierto.

■ ***Exhibicionismo***

El exhibicionismo es un estado en el cual una persona muestra repetida y preferencialmente los órganos genitales a desconocidos, que no lo esperan, con el fin de alcanzar una excitación sexual. Aunque por lo general se da en hombres, existen algunos casos femeninos.

■ ***Zoofilia***

Cuando el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con animales es un método repetidamente preferido o exclusivo para obtener satisfacción sexual recibe el nombre de zoofilia.

■ ***Paidofilia***

Es cuando el adulto usa como método de conseguir excitación sexual, el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con niños en edad prepuberal.

■ ***Fetichismo.***

En este la excitación es fundamentalmente, la respuesta ante un objeto inanimado o una parte del cuerpo que no es de índole esencialmente sexual. A este objeto se le llama fetiche, y puede ser por ejemplo: zapatos de tacón alto, telas de seda, etc.

■ ***Gerontofilia.***

Es la relación sexual de hombres o mujeres con personas ancianas mucho mayores que ellos.

■ ***Triolismo.***

La gratificación sexual se logra solo compartiendo al compañero/a con otra persona, viendo y siendo visto en la relación sexual. Hay elementos de exhibicionismo y voyeurismo en ésta actividad practicada hetero, homo o bisexualmente por hombres y mujeres.

■ *Necrofilia.*

Es una forma de fetichismo en que el sujeto logra el placer sexual mediante actividades realizadas sobre un cadáver. El necrófilo puede llegar al homicidio para proporcionarse un cuerpo inerte.

■ *Froteurismo.*

Consiste en la gratificación sexual por contacto contra una persona inconsciente.

Abuso Sexual

Se puede definir como un acto de naturaleza sexual que perjudica a alguien. Este acto puede involucrar maltrato físico o verbal y la víctima puede estar consciente o no del abuso, incluyen el sadomasoquismo, incesto y acoso sexual.

Sadomasoquismo

El término sadismo se deriva del nombre del escritor francés del siglo XVII El Marques de Sade, mientras el termino masoquismo proviene del nombre del escritor austriaco del siglo XVII Leopold von Sacher-Masoch. Sadomasoquismo es la combinación paradójica de dolor y placer. El dolor puede ser verbal (lenguaje obsceno, humillación, amenazas, etc.) o físico (como abofetear, golpear, latigazo), el masoquismo y sadismo tienden a ser conductas crónicas. Algunas personas permanecen en el mismo nivel de actividad, otras necesitan incrementar gradualmente su conducta para aumentar su nivel de excitación sexual.

Sadomasoquismo no es lo mismo que morder o arañar como algunas parejas hacen durante su clímax sexual, ya que no se realizan deliberadamente para provocar dolor o humillación. Las personas que tienen fantasías sadomasoquistas pero que no las llevan a la práctica no se consideran sadomasoquistas.

Se convierte en una desviación cuando las personas que infligen o experimentan dolor se vuelve un sustituto de la fuente normal de adquirir placer

durante la relación sexual. Una persona con este tipo de desorden puede llegar a violar, torturar e incluso matar a su víctima.

Las causas del sadomasoquismo no están bien definidas, una teoría es que la persona pudo haber pasado una infancia llena de abusos sexuales. El masoquista tiende a creer que el sexo es pecaminoso y para liberar la culpa de sentir placer se maltrata o se inflinge dolor a sí mismo. Otra teoría es que el sadista tiene complejo de inferioridad que alivia infligiendo dolor en otras personas.

Incesto

Es la relación sexual entre familiares de primer grado. Es la forma más común de abuso sexual en niños, puede variar desde caricias, masturbación sexo oral y penetración. En el pasado en algunas culturas era permitido en las familias de la nobleza para “conservar el poder y la pureza sanguínea”.

El incesto padre-hija es el más comúnmente reportado y el más estudiado. El incesto entre hermanos es el más frecuente pero rara vez es descubierto. Algunos profesionales creen que éste es el menos perjudicial porque usualmente es transitorio y generalmente una forma de experimentación más que de explotación.

El incesto más agravante es el de madre-hijo y éstos son los menos reportados.

Existen algunos factores familiares que promueven el incesto:

- a. Un papel familiar confuso y distorsionado por ejemplo cuando la hija reemplaza a la madre como figura femenina central dentro del hogar, “sustituyendo” a la esposa.
- b. Experiencia sexual insatisfactoria entre los padres.
- c. Cuando el padre no busca una pareja sexual fuera del hogar con el fin de mantener la “estabilidad del hogar”.
- d. Complicidad. La madre podría “no darse cuenta” o dejar deliberadamente solos al padre e hija. La madre usualmente guarda silencio por vergüenza,

miedo a represalias, temor que el esposo sea encarcelado o miedo a ser abandonada.

Acoso Sexual

Es una forma sutil pero muy real de abuso sexual. Se define como una forma no deseada de atención de naturaleza sexual de alguien en el lugar de trabajo que crea inconformidad y que interfiere en el desempeño de sus labores.

Legalmente el acoso puede ser verbal o físico. Las personas pueden ser objeto de obscenidades o bromas sexuales, algunas victimas son obligadas a realizar actos sexuales para sus superiores o clientes. El acoso sexual no solo se da en mujeres sino también en hombres.

ÁMBITO DEL EROTISMO.¹⁰

El Deseo Sexual.

Como se ha indicado anteriormente, una de las novedades más relevantes en la adolescencia es la aparición del erotismo puberal. Una manera de enriquecer el conocimiento de tal evento, consiste en tomar en consideración las aportaciones más actualizadas acerca del deseo sexual.

Una de las aportaciones más interesantes para comprender como se conforma en la adolescencia es la siguiente: el deseo sexual está constituido por tres elementos moderadamente independientes: El impulso, el motivo y el anhelo. El impulso representa la base biofisiológica del deseo sexual, el motivo hace referencia a su articulación psicológica y el anhelo a su representación socio-cultural.

¹⁰ Mental Health and Psychiatric Nursing. Ellen H. Janosik, Janet L. Davies. Editorial Little, Brown and Company. 2nd. Edition. 1996.
De Adolescentes para Adolescentes. MSPAS. San Salvador, El Salvador, Centro América, 2001

El Impulso. Hace referencia a la activación que puede generarse desde la propia dinámica biológica, o inducirse a partir de determinados incentivos, es decir estímulos que en diversas situaciones tienen valencia erótica. Activación en definitiva.

El Motivo. Constituye la articulación psicológica del impulso sexual. Representa la disposición hacia la actividad sexual. Se manifiesta por la integración del impulso en el conjunto de la personalidad y supone la aceptación o el consentimiento de la activación sexual, la disposición hacia lo erótico. Esta depende de la propia historia sexual y de como haya sido su socialización en el contexto socio-cultural donde éstos se desarrollan.

El Anheló. Se corresponde con la representación sociocultural del deseo sexual y significa el consentimiento de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual, siendo este componente independiente del impulso y del motivo. Sin embargo, este anhelo está fuertemente mediatizado por el contexto.

Un ejemplo radical, referido, a la articulación de los tres componentes del deseo sexual es el siguiente: En las primeras sectas cristianas el impulso sexual era considerado como una fuerza demoníaca, el motivo - como componente del deseo sexual- consistía en la evitación de toda experiencia subjetiva de deseo, y el anhelo se convertía en la aspiración de ser virtuoso, es decir, radicalmente ascético.

Bien al contrario desde el punto de vista de criterios amplios de salud sexual, se puede considerar que un objetivo evidente de la educación afectivo sexual en la adolescencia, consiste en facilitar la posibilidad de que cada adolescente pueda reconocer su impulso sexual, integrar los motivos para la actividad sexual en el conjunto de su personalidad con una perspectiva de futuro, y valorar críticamente los anhelos o aspiraciones eróticos respecto a su propia identidad, de una manera auténtica, personal, sin tergiversaciones, que responda genuinamente a sus propias necesidades y no a otras inducidas externamente.

Estos tres componentes del deseo sexual son realidades moderadamente separadas. La armonía entre ellos produce una adecuada integración del mismo.

Una persona mayor podría anhelar estar involucrado/a en experiencias sexuales, porque ellas podrían hacerle sentirse activo/a, vital, querido/a, aunque por determinadas circunstancias careciese de impulso. Un o una adolescente, como veremos posteriormente, podría sentir un fuerte impulso sexual, careciendo de recursos para integrarlo en el conjunto de su personalidad en relación a otras instancias psíquicas. Podría tener motivos para no desear o aplazar la experiencia sexual, a pesar de su impulso, debido a algunas contradicciones o dificultades propias del comienzo de la adolescencia. En este sentido el deseo sexual no puede reducirse a una mera reacción instintiva a estímulos eróticos, sino que, en conjunción con otros procesos psicológicos, se configura a lo largo de la historia personal.

La configuración del deseo sexual en la adolescencia se explicaría a través de los siguientes elementos:

Estímulos que tienen valencia erótica. El cuerpo desnudo, determinadas partes del cuerpo, determinados movimientos, determinadas expresiones, etc., pueden considerarse universales y es probable que se encuentren preprogramados genéticamente.

Contextos que activan o inhiben el deseo. El deseo sexual está regulado tanto biofisiológica como psicológicamente por mecanismos de activación y de inhibición. Surge en situaciones apropiadas que reúnen condiciones de seguridad, intimidad, etc., y se inhibe en situaciones percibidas como inadecuadas o peligrosas. En ocasiones las situaciones donde el deseo sexual se inhibe pueden ser paradójicas, lo que para unos puede ser excitante, para otros no.

Fantasía frente a realidad. La fantasía es una fuente de riqueza que alimenta los deseos y que impulsa a las personas a la búsqueda de satisfacción sexual en ámbitos alcanzables. Los contenidos y los límites de cada una dependen de la configuración individual del deseo sexual y pueden expresarse de la siguiente manera:

- a) Lo que es alcanzable directa y libremente.

- b) Lo que se puede alcanzar cuando se cumplan determinadas condiciones.
- c) Lo que se puede alcanzar transgrediendo alguna norma.
- d) Lo que es inalcanzable.

Intensidad de la activación. Depende de la constitución biológica y variables psicológicas de personalidad. En este sentido las personas extrovertidas necesitan activaciones más fuertes, por ello buscan experiencias intensas y variadas. El patrón de los introvertidos, en este sentido, es inverso. El deseo sexual es fluctuante en frecuencia e intensidad.

Capacidad de regulación. El concepto de regulación emocional hace referencia no sólo a la atenuación de la emoción en determinadas situaciones, sino también a la intensificación de la misma en otras. El deseo sexual puede ser satisfecho directamente, puede ser aplazado, se puede derivar a otros intereses, o se puede negar o reprimir. En algunas situaciones la incapacidad de regulación hace posible que algunas personas sobrepasen los niveles razonables de control y consigan la satisfacción de sus deseos sexuales violando la libertad de otras personas, como es el caso de los abusos, las agresiones y el acoso sexual.

No cabe duda de que existe una predisposición innata a la búsqueda de placer físico, al contacto corporal.

En la adolescencia comienzan las primeras fantasías eróticas, la atracción y la respuesta hacia estímulos eróticos. El deseo sexual se orienta; posteriormente tendrán lugar experiencias sexuales, primero autoeróticas, luego compartidas.

La influencia de la familia en la formación de las actitudes hacia la sexualidad predispone a las personas respecto a la consideración de lo erótico como un valor positivo o, por lo contrario como algo oculto, conflictivo, de difícil integración.

La respuesta sexual humana. Se compone de tres fases: *Deseo, excitación y orgasmo*. La diferencia entre la activación propia del deseo y la excitación sexual estriba en que aquella es una experiencia subjetiva, mientras que ésta es una

respuesta fisiológica que implica manifestaciones físicas como la erección o la lubricación vaginal. Niveles altos de excitación sexual provocarán el orgasmo.

Los Comportamientos Sexuales.

El comportamiento sexual de los adolescentes pasa por dos momentos bien diferenciados: El autoerotismo o erotismo dirigido hacia la propia persona, y el heteroerotismo o erotismo dirigido hacia los demás.

El autoerotismo o masturbación.

La masturbación es una actividad que ayuda a conocer el cuerpo, y la propia respuesta sexual descubriendo todos sus matices. A través de ella se obtiene satisfacción sexual construyendo en la fantasía situaciones idealizadas o inalcanzables; ayuda también a elevar la autoestima sexual; tiene sentido en sí misma como una forma de acceso al placer, por ello puede estar presente, con mayor o menor intensidad, a lo largo de las edades; en los primeros años de la adolescencia puede suponer un ensayo imaginado de la anhelada experiencia sexual.

Se puede afirmar que la masturbación es un comportamiento natural y saludable que forma parte del repertorio de las actividades sexuales. Sin embargo determinadas situaciones conflictivas tanto desde el plano individual, como familiar o escolar podrían dar lugar a un tipo de masturbación reactiva o compulsiva.

Algunos/as la consideran algo sucio e inaceptable, otros/as como una necesidad biológica y natural.

El heteroerotismo.

Llegado un determinado momento el autoerotismo da paso al heteroerotismo o experiencia compartida.

En el año 1965 Schofield realizó una importante investigación sobre el comportamiento sexual de los jóvenes ingleses, hoy considerada como un "clásico" dentro de este tipo de estudios. En ella explicó el acceso de los adolescentes a la experiencia sexual compartida a través de cinco niveles de comportamiento que describimos a continuación:

I Poco o ningún contacto sexual con el sexo opuesto: Puede ser que se haya tenido alguna cita, pero no se ha besado todavía.

II Experiencia limitada de actividades sexuales: Se tiene experiencia del beso y se puede tener experiencia de estimulación de los senos por encima de la ropa pero nunca por debajo.

III Intimidades sexuales próximas al coito: Se tiene experiencia de la estimulación de los senos por debajo de la ropa y se puede haber experimentado la estimulación genital o el contacto intergenital, pero no se ha realizado el coito.

IV Experiencia del coito con un solo(a) pareja.

V Experiencia de coito con más de un solo(a) pareja.

Aunque estos niveles son útiles sobre todo en el campo de la investigación, permiten establecer la secuencia de comportamientos que dan acceso a la experiencia sexual. La temporalización de estos niveles no se puede precisar. Parte de los y las adolescentes podrían pasarse largos períodos de tiempo en algunos de los estadios intermedios, mientras que otros y otras podrían acceder a los más altos en un periodo breve de tiempo.

ÁMBITO REPRODUCTIVO

Fertilización Y Gestación¹¹

La unión de los gametos masculino (espermatozoide) y femenino (óvulo) para formar un huevo (cigoto) a partir del cual se desarrollará el embrión se define como *fertilización*. (Ver anexos 1, Fig. 4)

El desarrollo prenatal del ser humano es un evento fascinante y asombroso. Comienza con la simple fertilización de un huevo y culmina 38 a 40 semanas más tarde con una compleja estructura compuesta por billones de células. (Ver anexos 1, Fig. 5)

Planificación Familiar¹²

El inicio de las relaciones sexo-coitales es una decisión que conlleva mucha responsabilidad e implica consecuencias tanto fisiológicas como psicológicas y sociales.

De acuerdo a los valores, sentimientos y normas establecidas por nuestros grupos familiares y sociales; se debe tomar la decisión anterior con nuestra pareja. Algunos proponen el inicio de las relaciones sexuales hasta el matrimonio, otros deciden por las relaciones prematrimoniales; por lo que deberían tomar medidas preventivas para evitar embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual (ITS).

¿Cómo Decidir un Método Anticonceptivo?

La decisión de usar un método anticonceptivo es completa. Dicha elección podría estar influenciada por las aspiraciones de tener un hijo, salud previa,

¹¹ Essentials of Anatomy and Physiology. Steely, Stephen, Tate. Editorial Mc.Graw-Hill. 2nd.Edition.1996.Chapter

¹² Maternal & Neonatal Nursing. Katharyn A. May. Laura R. Mahlmeistr. 3 edition. 1994. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Hatcher, Geller, Shelton. Editorial Centro para Programas de Comunicación, Universidad Johns Hopkins. Baltimore. USA. 1999.

prácticas comunes se salud y poca voluntad y habilidad para usar correcta y conscientemente el método.

Además, escoger cual contraceptivo es el mejor, es una decisión personal. Estas decisiones podrían incluir factores como:

- Costo del método.
- Existencia del método en el sistema de salud.
- Mecanismo de acción del método.
- Información y ayuda con un método secundario.
- Instrucción en cuanto a la prevención de ITS.

Los anticonceptivos pueden agruparse en dos grandes tipos:

- ❖ No Permanentes: Métodos naturales, de barrera, hormonales, otros.
- ❖ Permanentes: Esterilización masculina y femenina.

Métodos No Permanentes.

Métodos Naturales.

Son métodos que basan su acción en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, anotaciones del ciclo menstrual y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

Para utilizar éstos métodos, se debe tomar en cuenta que la pareja esté dispuesta y motivada para informarse y aprender sobre el ciclo menstrual de la mujer.

Entre ellos, encontramos los siguientes:

- Método del Calendario o Ritmo.
- Método de la Temperatura Corporal Basal.
- Método del Moco Cervical o Billings.
- Método Sintotérmico.
- Método MELA.

¿Cómo actúan?: Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo, al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación.

Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa; pero no son recomendables para aquellas que presenten períodos sin regla, ciclos irregulares o cuando no hay colaboración de la pareja y no pueden abstenerse de tener relaciones sexo-coitales durante los días del período fértil del ciclo menstrual de la mujer.

Método del Calendario o Ritmo (de Oginokaus).

Consiste en reconocer los días fértiles e infértiles, basándose en el cálculo y duración de los ciclos menstruales anteriores para las relaciones sexo-coitales durante los días fértiles.

Para usarlo es necesario tomar en cuenta:

- ✓ Que los ciclos menstruales sean regulares.
- ✓ Recibir la adecuada consejería por personal capacitado.

Método de la Temperatura Corporal Basal (TCB).

Consiste en el reconocimiento del período de ovulación mediante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado. Se pueden tener relaciones sexuales desde el tercer día de la elevación de la temperatura hasta la llegada de la menstruación.

Método de Moco Cervical o de Billings.

Éste método consiste en la observación de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual y de su relación con la ovulación. Antes de que ocurra la ovulación hay ausencia del moco o es escaso de color blanquecino y amarillento, pegajoso y de poca consistencia. En la fase ovulatoria el moco se vuelve claro, abundante, resbaloso y muy elástico. Después de la ovulación el moco se vuelve de iguales características que al principio del ciclo menstrual; al aplicar este método las parejas deberán abstenerse de tener coito en la fase ovulatoria.

Método Sintotérmico:

Consiste en tratar de identificar los días fértiles e infértiles del ciclo de la mujer, combinando los métodos de moco cervical y la TCB. A esto se agrega la observación de aparición de dolores durante la ovulación y sangramiento a la mitad del ciclo, los cuales no son experimentados en muchas mujeres.

Método de la Lactancia-Amenorrea (MELA):

Consiste en utilizar la lactancia materna como método temporal de planificación familiar.

El MELA brinda protección natural del embarazo y promueve la iniciación del uso de otro método en el momento apropiado.

Abstinencia:

Usualmente se define como la abstención de las relaciones coitales. Se menciona que es el único método cien por ciento seguro.

Coito interrumpido:

Desde el principio de la historia humana, los hombres han usado el coito interrumpido y actualmente es popular en muchos países del mundo.

Si bien el coito interrumpido es considerado como inefectivo e insatisfactorio; también es relativamente aceptado por algunas parejas ya que les incrementa el placer sexual.

En parejas que tienen coitos inesperados o que no utilizan ningún otro método, éste puede ser el indicado.

Métodos de Barrera.

Colocar una barrera entre el óvulo y el espermatozoide es una de las formas más antiguas de prevenir el embarazo. Las barreras pueden ser *femeninas* (*diafragmas, esponjas, condones femeninos*) o *masculinas*.

Barreras Masculinas:

Condomes.

Disponibles desde 1930, es el método de barrera más proporcionado, pues los clínicos de salud los proveen sin costo alguno a causa de sus múltiples beneficios.

El condón es una cubierta en forma de saco elástico de látex y se fabrica en varias formas, sabores y colores. En un extremo está abierto y en la punta está cerrado. Se conservan herméticamente sellados en una bolsa o sobre plástico para asegurar su efectividad. (*Ver anexos 1, fig. 6*)

Forma de uso:

Al colocarlo de manera correcta en el pene en erección, durante el acto sexual, retiene el líquido seminal eyaculado; así evita que el espermatozoide sea depositado en la vagina y que pueda haber fecundación. Igualmente, se evita el contacto directo del pene con la vagina previniendo las infecciones de transmisión sexual y/o el VIH/SIDA.

El preservativo debe usarse durante cada relación sexual desde el principio hasta el final de ésta.

Métodos Hormonales.

Anticonceptivos Orales (ACO).

Frecuentemente llamados “píldoras” o “pastillas”; son el método anticonceptivo reversible más popular.

Uso correcto de los Anticonceptivos Orales:

- Antes de iniciar el método, debe consultarse al médico para su aprobación.
- La píldora debe tomarse a diario y a la misma hora. Se aconseja que relacione la ingesta con otras actividades como el desayuno, cepillado de dientes, la cena, etc.
- La primera píldora puede tomarse en cualquier momento durante los primeros cinco días del período menstrual.

- Con los sobres de 28 píldoras que vienen de dos colores (21 píldoras activas y 7 inactivas), deben terminarse la totalidad de ellas y luego comenzar un nuevo paquete.
- Con los sobres de 21 píldoras debe esperarse 7 días para iniciar un nuevo sobre.
- Si olvidó tomar una píldora, debe tomársela tan pronto como lo recuerde y continuar con la que corresponde a ese día y a la hora acostumbrada.
- Si olvidó tomar dos o más píldoras, debe usarse un método anticonceptivo de respaldo (abstinencia, condón), por un período de 7 días.
- Si la mujer pierde un período menstrual y ha olvidado tomar alguna píldora, debe hacerse una prueba de embarazo lo antes posible.

Implantes Norplant.

Además de la vía oral, las hormonas pueden ser liberadas a la sangre por medio de implantes subdérmicos (por debajo de la piel).

Norplant, el primer implante hormonal, recibió su aprobación por la FDA para ser comercializado en 1991.

La acción anticonceptiva inicia 24 horas luego de la inserción y una vez se remueve el implante la ovulación reinicia en corto tiempo. (*Ver anexos 1, Fig. 7*)

Anticonceptivos inyectables.

Para algunas mujeres, recibir periódicamente una inyección de progesterona de larga acción, resulta ser más conveniente y seguro.

Estos inyectables también contienen hormonas sintéticas similares a las que produce el organismo.

Dispositivos Intrauterinos (DIU).

Es un pequeño objeto de plástico que contiene ya sea hormonas o cobre, tiene diferentes formas y se coloca dentro del útero.

Existen dos tipos de DIU: *el hormonal* (no disponible en el país) y *el Cobre T-380*. El DIU es efectivo por un período cercano a los 6 años. (Ver anexos 1, Fig. 8)

MÉTODOS PERMANENTES.

Esterilización.

Esta forma singular de contracepción repercute en un cambio social y biológico permanente.

Tanto la esterilización masculina (vasectomía) como femenina se efectúan por medio de procedimientos quirúrgicos; la cual resulta ideal cuando el deseo del individuo para procrear hijos, ha terminado.

Este método para algunos es ideal y para otros, inapropiado; por lo que es un tema controversial. (Ver anexos 1, Fig.9)

Enfermedades De Transmisión Sexual¹³

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son enfermedades que pueden transmitirse de una persona a otra mediante el contacto sexual.

Las ITS pueden causar dolor y algunas de ella pueden ocasionar infertilidad e incluso la muerte si no son tratadas; dentro de las más comunes y curables se encuentra la gonorrea, la tricomoniasis, la infección por clamidia y la sífilis. Cada año ocurren más de 333 millones de nuevos casos de ITS curables, un millón de nuevos casos de infección por VIH y millones de otras ITS como el herpes y la hepatitis B.

Es necesario informar a la población sobre las condiciones que generan riesgo para contraer una infección venérea como prevenirla, reconocer los síntomas y lo más importante hacer siempre énfasis en buscar atención médica inmediata.

¹³ Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Hatcher, Geller, Shelton. Editorial Centro para Programas de Comunicación, Universidad Johns Hopkins. Baltimore. USA. 1999. Capítulo 16.

Criterios para reconocer el riesgo de contraer enfermedades venéreas

- ✘ Múltiples compañeros sexuales.
- ✘ Más de una pareja sexual.
- ✘ Abstenerse de usar preservativo.
- ✘ Antecedentes de flujo vaginal inusual, escozor o úlceras en genitales externos, secreción purulenta en pene.
- ✘ Compañeros sexuales con antecedente de ITS.

Prevención

- ✘ Abstención del coito. Esta es la única protección garantizada.
- ✘ Fidelidad mutua. Tener siempre relaciones sexuales con la misma pareja, esta persona no deben ser portadoras de ninguna enfermedad. Siempre recordar que las personas VIH/SIDA no aparentan estar enfermedades.

Síntomas De Las Principales Infecciones De Transmisión Sexual

Enfermedad probable	Síntomas típicos en la mujer	Síntomas típicos en el hombre	Complicaciones
Gonorrea y / o Clamidia	Secreción vaginal inusual Sangrado vaginal anormal Dolor en la parte inferior del abdomen. <i>Es frecuente que esté infectada y no presente ningún síntoma.</i>	Dolor al orinar. Gotas de pus que salen por el pene	Esterilidad. Transmisión al recién nacido durante el parto si la madre no fue tratada.
Tricomoniasis	Ardor y escozor vaginal. Secreción vaginal del color verde amarillento con mal olor. Dolor o ardor al orinar.	Secreción de color blanco por el pene. Dolor o ardor al orinar.	
Sífilis	Llaga indolora en el pene, vagina o ano; la cual desaparece sin tratamiento. <i>Es probable que la mujer no la note.</i> La enfermedad continúa diseminándose por todo el cuerpo. Otros síntomas que se presentan posteriormente: Dolor de garganta, salpullido en la piel, fiebre leve.	Los mismos que en la mujer	Enfermedad cardíaca. Parálisis. Trastornos del sistema nervioso. Transmisión de la sífilis al feto.

Enfermedad probable	Síntomas típicos en la mujer	Síntomas típicos en el hombre	Complicaciones
Chancroide	Llaga blanda dolorosa en los genitales externos o ano. Nódulos linfáticos de la ingle hinchados, con pus; los cuales se abren para drenar. Muchas veces asintomático.	Igual que en la mujer	
Linfogranuloma venéreo	Llagas dolorosas, supurantes alrededor del ano.	Nódulos linfáticos de la ingle hinchados con pus en su interior los cuales se abren para drenar.	Estrechez del ano. Fístula anal.
Herpes Genital	Una o más ampollas pequeñas muy dolorosas alrededor de los genitales o el pene. Las cuales se presentan posteriormente al curar.	Igual que en la mujer.	
Granuloma Inguinal	Se observan abultamientos debajo de la piel de aproximadamente 1 o 2 cm. de Dm. localizados entre los labios vulvares y la vagina.	Lesiones de igual característica que en las mujeres, localizadas en la piel del escroto y los muslos.	Deformación de órganos genitales externos.
Papiloma virus genital humano	Verrugas en los genitales o el ano.	Igual que en la mujer	El virus se encuentra asociado a cáncer de cérvix

VIIH-SIDA.

Otra Infección de Transmisión Sexual que es de suma importancia es el VIIH-SIDA; la cual consiste en la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana provocando incapacidad en el sistema inmune para combatir otras enfermedades.

Las personas infectadas son presa fácil de neumonía, tuberculosis, diarrea y otras infecciones provocándole la muerte a aquellas que tienen SIDA.

Las personas pueden estar infectadas con el virus sin que presenten ninguna manifestación de la enfermedad, este período puede durar entre 5-10 años. La presencia de otras ITS aumenta las posibilidades de contraerla.

El virus se encuentra en fluidos corporales como: semen, sangre y secreción vaginal que son transmitidos a través de:

- ◆ Coito anal.
- ◆ Coito vaginal.

- ◆ Intercambio de agujas hipodérmicas o intravenosas con una persona infectada.
- ◆ Transfusiones sanguíneas.

Actividades que permiten que el semen, sangre o secreción vaginal entren en la boca, o en contacto con una herida abierta.

- ◆ Transmisión durante el embarazo de la madre al hijo.
- ◆ Lactancia de una madre infectada.

No se transmite por medio del beso, al darse la mano, compartir alimentos, ropa o baños.

Se previene por medio de:

- ❖ Abstención del coito.
- ❖ Fidelidad mutua.
- ❖ Uso consistente de condones.
- ❖ No emplear agujas que ya hayan sido utilizadas.

DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN

Carrera Universitaria.	Número de Alumnos
Doctorado en Medicina:	456
Licenciatura en Ciencias Jurídicas:	869
Profesorado en Educación Básica	41
Lic. en Ciencias de la Educación (Esp. Lenguaje y Literatura)	36
Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Ciencias Naturales)	17
Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Ciencias Sociales)	48
Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Idioma inglés)	16
Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Matemática)	17
Lic. En Ciencias de la Educación	24
Profesorado en Lenguaje y Literatura	39
Profesorado en Idioma Extranjero	37
Profesorado en Ciencias Sociales	86
Lic. En Formación Pedagógica para Profesionales	57
Lic. En Ciencias de la Educación Especial	158
Lic. En Sociología	50
Lic. En Psicología	206
Lic. En Letras	3
Lic. En Idioma Inglés	180
Lic. En Química y Farmacia	87
Lic. En Contaduría Pública	385
Lic. En Administración de Empresas	432
Lic. En Biología	80
Lic. En Ciencias Químicas (Optativa)	4

La población de los estudiantes de las distintas carreras universitarias impartidas por la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador inscritos en el año lectivo 2004, ciclo I, se divide de la siguiente manera¹⁴ :

¹⁴ Datos obtenidos por la Administración Académica de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente. Universidad de El Salvador. FMO-UES.

Profesorado en Educación Media (Ciencias Naturales)	27
Profesorado en Educación Media (Matemática)	55
Lic. En Ciencias Químicas	52
Ingeniería Civil	239
Ingeniería Industrial	303
Ingeniería Mecánica	21
Ingeniería Eléctrica	23
Ingeniería Química	14
Ingeniería de Sistemas Informáticos	357
Total	4,419

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis Verdadera:

El inadecuado comportamiento sexual de los estudiantes de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente-Universidad de El Salvador (FMO-UES) y las consecuencias que éste implica; son el resultado del bajo nivel de su conocimiento de educación sexual.

Hipótesis Nula:

El inadecuado comportamiento sexual de los estudiantes de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente - Universidad de El Salvador (FMO - UES) y las consecuencias que éste implica; **no son consecuencia** de su bajo nivel de conocimiento de educación sexual.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se han establecido tanto las variables dependientes, como las independientes; siendo así:

- ❖ Variable Dependiente----- Conducta sexual
- ❖ Variable Independiente-----Factores de Riesgo
- ❖ Variable Independiente-----Conocimientos sobre educación sexual

Esto con el fin de poder correlacionar la conducta sexual de los estudiantes con sus conocimientos sobre educación sexual. Entendiéndose por:

Conducta sexual: el conjunto de las actividades sexuales de una persona o cualquiera de sus actividades, incluyendo las acciones físicas observables directamente y la actividad mental que se infiere e interpreta.

Factores de riesgo: factor que produce en una persona o grupo una vulnerabilidad particular a un suceso no deseado, desagradable o nocivo respecto a su sexualidad. (Ver página 55).

Conocimientos sobre educación sexual: el mínimo de información que debe reunir una persona en lo que respecta a la sexualidad y sus ámbitos, detallándose a continuación:

Conocer los órganos genitales externos masculinos y femeninos, en que radica la menstruación y la menopausia; que la unión del espermatozoide con el óvulo representa la fecundación; conocer al menos un método de planificación familiar natural, un hormonal (inyección, píldora), un permanente y el condón. ¿Qué es?, ¿cómo se transmite? y los síntomas de al menos 3 Infecciones de transmisión sexual (indispensable VIH-SIDA).

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio descriptivo exploratorio transversal sobre algunos aspectos de la sexualidad en un grupo de estudiantes universitarios de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, inscritos en el ciclo I año 2004, (detallados en el apartado: delimitación en el campo de investigación).

POBLACIÓN:

El total de la población a estudiar es de 4,419 estudiantes.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:

Los encuestados han sido seleccionados por un método sistemático no aleatorio, determinándose en primer lugar el número de la muestra (n=352), dividiéndose por grupos según carrera y posteriormente se seleccionaron los sujetos del estudio según cuota a conveniencia.

CÁLCULO DE LA MUESTRA:

Para una población relativamente homogénea, se utilizó un coeficiente de confianza de 95%, al que corresponde un rango de probabilidad (Z) de 1.96 según el área tomada de la curva normal tipificada. Un error muestral (E) del 5%, P= 50% y Q= 50%.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q} \quad n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 4419}{0.05^2(4419-1) + (1.96^2) \times 0.5 \times 0.5} \quad n = 352$$

Es decir, la muestra estará integrada por 352 jóvenes siendo esta representativa para la población. Luego se procede a realizar la distribución por grupos según cada una de las carreras:

$$T = \frac{N}{n} \text{ (donde "N" es igual a 4419 y "n" igual a 352)} \quad T = \frac{4419}{352} = 12.5539 \cong 12$$

Obteniéndose un resultado de **12**, lo cual significa que del total de alumnos por carrera se elegirá uno de cada doce de ellos, que serán representativos de la muestra en estudio. De las 32 carreras que son impartidas por la FMO-UES se excluyeron los alumnos de Licenciatura en Letras y Licenciatura en Ciencias Químicas por no ser un muestreo representativo; es decir, que el número de alumnos inscritos en éstas no satisfacía el mínimo necesario obtenido a través del muestreo. La distribución se detalla a continuación:

* Doctorado en medicina	39 encuestados.
* Licenciatura en Ciencias Jurídicas	70 encuestados.
* Profesorado en Educación Básica	3 encuestados.
* Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Lenguaje y Literatura)	3 encuestados.
* Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Ciencias Naturales)	1 encuestado.
* Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Ciencias Sociales)	4 encuestados.
* Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Idioma inglés)	2 encuestados.
* Lic. En Ciencias de la Educación (Esp. Matemática)	1 encuestado.
* Lic. En Ciencias de la Educación	2 encuestados.

* Profesorado en Lenguaje y Literatura	3 encuestados.
* Profesorado en Idioma Extranjero	3 encuestados.
* Profesorado en Ciencias Sociales	7 encuestados.
*Curso de Formación Pedagógica para Profesionales	3 encuestados.
* Lic. En Ciencias de la Educación Especial	12 encuestados.
* Lic. En Sociología	3 encuestados.
* Lic. En Psicología	18 encuestados.
* Lic. En Letras	0 encuestados.
* Lic. En Idioma Inglés	16 encuestados.
* Lic. En Química y Farmacia	6 encuestados.
* Lic. En Contaduría Pública	30 encuestados.
* Lic. En Administración de Empresas	36 encuestados.
* Lic. En Biología	6 encuestados.
* Lic. En Ciencias Químicas (Optativa)	0 encuestados.
* Profesorado en Educación Media (Ciencias Naturales)	2 encuestados.
* Profesorado en Educación Media (Matemática)	4 encuestados.
* Lic. En Ciencias Químicas	3 encuestados.
* Ingeniería Civil	18 encuestados.
* Ingeniería Industrial	24 encuestados.
* Ingeniería Mecánica	1 encuestado.
* Ingeniería Eléctrica	1 encuestado.
* Ingeniería Química	2 encuestados.
* Ingeniería de Sistemas Informáticos	29 encuestados.

MEDICIÓN DE LA EVALUACIÓN.

La evaluación se establecerá en base a dos apartados: *conocimientos sobre educación sexual y conducta sexual*.

- ✓ **El grado de conocimiento sobre educación sexual** de los estudiantes encuestados, se establecerá en base al número de respuestas correctas, de acuerdo a criterios adquiridos durante la formación médica, expresándose en una nota cuantitativa en la escala del 1-10; estableciéndose así los siguientes ámbitos:

* **Anatomía y Fisiología:** preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 28; le corresponde el 50% de las respuestas correctas de la encuesta.

* **Planificación Familiar:** preguntas 12, 13 y 14; le corresponde un 25%.

* **Enfermedades de Transmisión Sexual:** preguntas 19, 20 y 21; un 25%.

Estos ámbitos constituyen el 100% de la nota de conocimientos de educación sexual, luego se realizará un conteo total de respuestas correctas y/o adecuadas para establecer una calificación cualitativa; de la siguiente manera:

Sobresaliente -----	mayor o igual a 9 - <10
Muy Bueno -----	mayor o igual a 7 - <9
Bueno -----	mayor o igual a 6 - <7
Regular -----	mayor o igual a 4 - < 6
Malo o Pésimo -----	menor a 4

Se aclara además, que las respuestas siguientes: *no responde* - *no sabe*, se tomarán como punto malo (0), cuantitativamente.

Serán aprobados los estudiantes quienes se encuentren en los rangos: *sobresalientes, muy buenos y buenos y su equivalente en números*. Serán reprobados quienes estén en los rangos: *regular y malos o pésimos*.

- ✓ **Conducta Sexual:** será evaluada en las preguntas 6 a la 11, 15 a la 18, 22 a la 27, 29 a la 31; asignándosele también una nota cuantitativa en la escala del 1-10.

Con respecto a éste último ámbito, se le llamarán Conductas sexuales adecuadas o satisfactorias a las siguientes respuestas según el número en que se encuentran en la encuesta (*ver modelo en anexo 4*):

- **Pregunta 6: Primera menstruación/eyaculación con naturalidad.
- **Pregunta 7: Si comentó primero sobre la experiencia anterior a los padres, maestros u otros familiares.
- **Pregunta 8: Si no ha iniciado aún relaciones sexuales o si ya las inició pero después de los 18 años.
- **Pregunta 9: Si su primera relación sexual la calificó como placentera.
- **Pregunta 10: Si actualmente tiene relaciones sexuales con una pareja estable o si no tiene pareja.
- **Pregunta 11: Si no está de acuerdo en que el hombre tenga más parejas sexuales que la mujer.
- **Pregunta 15: Si no usa condón y tiene una pareja estable y si utiliza condón y tiene parejas ocasionales.
- **Pregunta 16: Si responden en base al marco teórico, independientemente de la religión que practican, serán válidos sus puntos de vista con respecto a los métodos de planificación familiar. Si no practican ninguna religión será nula (0).
- **Pregunta 17: Si no han tenido un embarazo aún. Si han tenido un embarazo pero éste fue planificado.
- **Pregunta 18: Si el embarazo planificado o no, no les afectó de ninguna manera en los estudios universitarios.
- **Pregunta 22: Todas las preferencias sexuales son correctas.
- **Pregunta 23: Si comparten abiertamente su preferencia sexual, independientemente del porque.

**Pregunta 24: Si responden que todas las preferencias sexuales son médicamente aceptadas.

**Pregunta 25: Si aceptan a otras personas con preferencia sexual diferente a ellos.

**Pregunta 26: Si están totalmente satisfechos con su vida sexual.

**Pregunta 27: Todas las situaciones sexualmente estimulantes que no impliquen parafilias. Éste punto será omitido para la calificación por ser un tema muy subjetivo; sin embargo se presentarán sus resultados para el criterio personal.

**Pregunta 29: Todas las que incluyan aspectos como: *castidad, fidelidad, seguridad, ITS, inmadurez, no conocer a la pareja y principios religiosos.*

**Pregunta 30: Si responden que si es correcta en ambos géneros la masturbación.

**Pregunta 31: Si marcan las opciones *padres, centro escolar e iglesia;* o en su defecto, sus combinaciones entre sí.

RIESGOS DE EXPOSICIÓN

Se establecieron 2 grupos:

- Los estudiantes que aún **no inician** relaciones sexuales.
- Los estudiantes que **iniciaron** relaciones sexuales.

De éstos últimos, tendrán mayor riesgo de exposición los siguientes:

1- Todo aquel estudiante que tenga un bajo grado de conocimiento y que su conducta sexual sea insatisfactoria.

2- Quienes hayan iniciado actividad sexual antes de los 18 años de edad.

3- Aquel que tenga relaciones sexuales con más de una pareja, sean o no ocasionales.

4- Que tenga relaciones sexuales con más de una pareja y utilice inadecuadamente o no use algún método de planificación familiar.

5- Quienes no encuentran barreras para no tener relaciones sexuales; siendo su respuesta *siempre, por el período menstrual.*

METODOLOGÍA DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La comprobación de la hipótesis se realizará por medio de la prueba estadística de Chi-cuadrado, con un error muestral de **0.05** y **1** grado de libertad; obteniéndose un valor de **3.84** según la tabla de distribución de Chi-cuadrado con V grados de libertad.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Apoyándose en el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico Epi Info 2000; a partir de los datos de las encuestas realizadas en la F.M.O. se agrupó la información obtenida previamente y se construyó una serie de tablas para facilitar así la comprensión de los objetivos plasmados al inicio de la investigación.

Luego, se detallan los análisis estadísticos para posteriormente continuar con los análisis cualitativos, correspondientes a cada tabla descrita en los anexos, con la numeración correlativa.

De acuerdo al objetivo general, en cuanto al grado de conocimiento sobre educación sexual de la población en estudio; de un total de 352 encuestados; los resultados observados son: (*Ver anexos 2, tablas 1 y 3*):

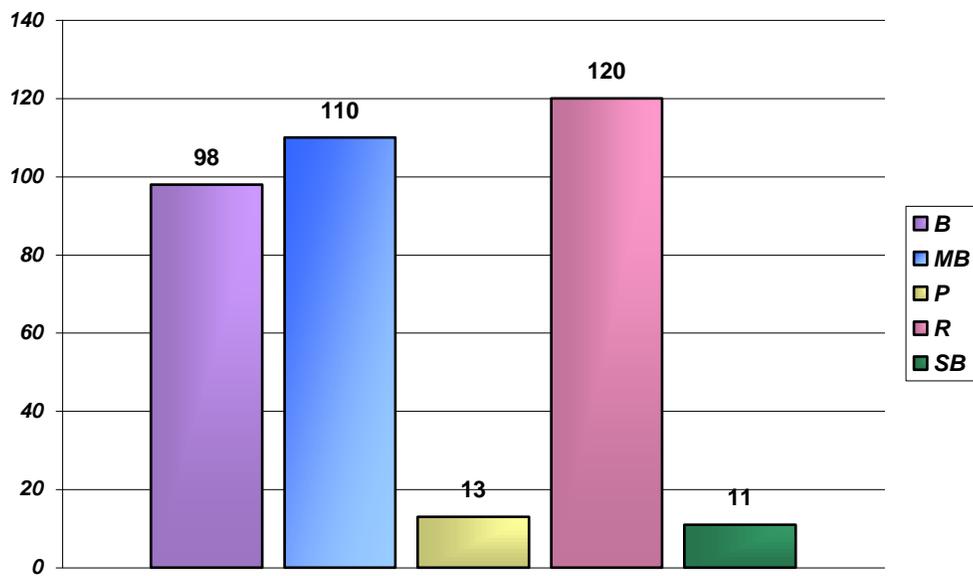
Sobresalientes (mayor o igual a 9 - <10).....	11 encuestados (3.13 %)
Muy Buenos (mayor o igual a 7 - <9).....	110 encuestados (31.25%)
Buenos (mayor o igual a 6 - <7).....	98 encuestados (27.84%)
Regulares (mayor o igual a 4 - < 6).....	120 encuestados (34.09%)
Pésimos o Malos (menor a 4).....	13 encuestados (3.69%)

Por tanto, de acuerdo a la metodología antes descrita; **aprueban** el campo de conocimientos quienes caigan en las categorías *Sobresalientes, Muy buenos, Buenos*; **reprobando** entonces, los que resulten: *Regulares, Pésimos o malos*.

De acuerdo al *primer objetivo específico*, se evaluaron los conocimientos de los estudiantes en cuanto a educación sexual se refiere; obteniéndose los resultados plasmados en la siguiente tabla:

Grado De Conocimiento De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conocimien tos	SB	%	M B	%	B	%	R	%	P	%
Total	11	3.1 3%	11 0	31.25 %	98	27.84 %	12 0	34.09 %	13	3.6 9%



De lo anterior se observa:

- El 62.22% de la población *aprobaron* la categoría de conocimientos de educación sexual.
- El 37.78%, resultan *reprobados*.

Además, se obtuvo un promedio de calificación de **6.42**, la desviación estándar es **1.388**.

En cuanto al *segundo objetivo específico* se correlacionan los datos observados en las siguientes tablas:

- Correlación del número de aprobados/reprobados y la conducta sexual de los estudiantes encuestados: (*ver anexos 2, tabla 2*)

Análisis de la Tabla

	No Sat	Satisf.	
Rep.	102	31	133
Apr.	154	65	219
	256	96	352

Odds ratio = 1.39 (0.82 <OR<2.35)

Límite de confianza p/OR Cornfield 95%

Riesgo Relativo = 1.09 (0.96 <RR< 1.24)

Límite de confianza p/RR Serie Taylor 95%

χ^2

Valor de P

Mantel-Haenszel: 1.69

0.1937193

- Correlación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la conducta sexual de los encuestados. Para el análisis se realizaron dos grupos etáreos los menores de 19 años y los mayores de 19 años. (*Ver anexos 2 tabla 3*).

	No Sat	Satisf.	
< 19 a	108	4	112
> 19 a	53	4	72
	161	19	184

Análisis de la tabla

Odds ratio = 9.68 (2.90 <OR< 35.57)

Límite de confianza p/ OR Cornfield 95%

Riesgo relativo = 1.31 (1.14 <RR< 1.51)

Límite de confianza p/RR Serie Taylor 95%

χ^2 Valor de P
Mantel-Haenszel: 20.75 0.0000052

- En base a la correlación entre los encuestados que mantienen relaciones sexuales con una pareja estable + ocasional y parejas ocasionales, versus, los que las mantienen con parejas estables; con la conducta sexual de los mismos se obtuvo lo siguiente: (Ver anexos 2 tabla 4)

Análisis de la Tabla

	No Satisf.	Satisf.	
Ocas.	65	17	82
Est.	27	48	75
	92	65	157

Odds ratio = 6.8 (3.15 <OR< 14.82)
Límite de confianza p/OR Cornfield 95%
Riesgo relativo = 2.20 (1.6 <RR< 3.04)

χ^2 Valor de P
Mantel-Haenszel: 30.04 0.0000000

- Los resultados de la correlación entre encuestados que mantienen relaciones sexuales con una pareja estable + ocasionales y el método de planificación familiar que usan; con una conducta sexual adecuada o no, son los siguientes: (ver anexos 2, tabla 8)

Análisis de la Tabla

	No Satisf.	Satisf.	
PF no adec.	4	2	6
PF adec	6	0	6
	10	2	12

Odds ratio = 0.00 (0.00 <OR< 4.57)
Riesgo relativo = 0.67 (0.38 <RR< 1.1)
Límite de confianza p/ RR Cornfield 95%

χ^2 Valor de P
Mantel-Haenszel: 2.20 0.1380107

- Los resultados de encuestados que mantienen relaciones sexuales con parejas ocasionales y el método de planificación familiar que usan; son los siguientes: (ver anexos 2, tabla 9)

	No Satisf.	Satisf.	
PFno adec	14	3	17
PF adec	41	12	53
	55	15	70

Análisis de la Tabla

Odds ratio = 1.37 (0.29 <OR< 7.15)

Límite de confianza p/ OR Cornfield 95%

	<u>χ^2</u>	<u>Valor de P</u>
Mantel-Haenszel:	0.19	0.6646091

- Los resultados de haber padecido o no una ITS, con respecto a su conducta sexual son: (ver anexos 2, tabla 10)

	No Satisf.	Satisf.	
SÍ	7	221	228
NO	0	95	95
	7	316	323

Análisis de la Tabla

Odds ratio = Indefinida

Límite de confianza p/ OR Cornfield 95%

	<u>χ^2</u>	<u>Valor de P</u>
Mantel-Haenszel:	2.97	0.0847146

- Los resultados de haber tenido o no un embarazo no planificado, con respecto a su conducta sexual son: (*ver anexos 2, tabla 11*)

Análisis de la Tabla

	No Satisf.	Satisf.	
NO	13	6	19
SÍ	14	78	227
	162	84	246

Odds ratio = 1.13 (0.38 <OR< 3.50)

Límite de confianza p/ OR Cornfield 95%

Riesgo relativo = 1.04 (0.76<RR<1.44)

	<u>χ^2</u>	<u>Valor de P</u>
Mantel-Haenszel:	0.06	0.8063204

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Debido a que el valor estadístico de prueba es menor que el valor crítico de la tabla de distribución de Chi cuadrado, *se rechaza* la hipótesis verdadera y se puede inferir que el inadecuado comportamiento sexual de los estudiantes; no son consecuencia de su inapropiada educación sexual.

CONCLUSIONES

- El nivel más frecuente de conocimientos de los estudiantes encuestados se encuentra en la categoría regular, la nota más frecuente es de 6.64; con un promedio 6.42, con una desviación estándar de 1.39.
- El 62.22% de la población *aprobaron* la categoría de conocimientos de educación sexual.
- Los estudiantes que inician relaciones sexuales antes de los 18 años tienen un grado fuerte de asociación con respecto a su conducta sexual insatisfactoria.
- Los estudiantes que mantienen relaciones sexuales con parejas ocasionales y parejas estables más ocasionales a la vez; tienen un alto nivel de asociación con su conducta sexual insatisfactoria. A la vez, estas personas tienen **2.71 veces más riesgo de exposición**, que los que sólo mantienen relaciones sexuales con una pareja estable.
- Los estudiantes que mantienen relaciones sexuales con una pareja estable y ocasionales a la vez y el método de planificación familiar que usan, no tienen nivel de asociación alguno con su conducta sexual.
- Los estudiantes que mantienen relaciones sexuales solo con parejas ocasionales y el método de planificación familiar que usan; no tienen nivel de asociación alguno con respecto a su conducta sexual.
- El hecho de haber padecido de alguna ITS; no tiene asociación alguna con la conducta sexual que presenten.

- El haber tenido un embarazo no planificado, no tiene asociación alguna; sin embargo, se observó, que estas personas tienen **1.04 veces más riesgo de exposición**, con respecto a los que no han tenido un embarazo.

Aunque no fue objetivo del estudio se observó también:

- El número de alumnos con conducta sexual no satisfactoria representa el 72.7% de la población (256 de los encuestados). De tal forma que los alumnos no tienen escasos conocimientos sobre educación sexual sino inadecuada conducta sexual.
- El rango de edad de inicio de relaciones sexuales de los alumnos de la FMO-UES está entre los 13 y 18 años.
- La encuesta contó con un grupo de preguntas cerradas y otras abiertas; estas últimas generaron dificultad al momento de la tabulación de los datos, debido a la gran variedad de respuestas obtenidas; lo cual, impidió clasificarlas dentro de una categoría específica.

RECOMENDACIONES

- Promover valores sobre sexualidad dentro de la población estudiantil de la FMO - UES que permitan mejorar su conducta sexual, a través de facilitadores de las áreas de Doctorado en Medicina y Lic. En Psicología; entendiendo que lo anterior debe ser una alternativa a la formación que se inicia en las etapas más tempranas de la vida del individuo.
- Reforzar los conocimientos en temas de sexualidad primordialmente en síntomas de ITS ante los cuales deberían consultar, su forma de transmisión; así como también Métodos de Planificación Familiar adecuados a su estado civil y/o prácticas sexuales.
- Realizar un estudio posterior que permita conocer aún más las actitudes y prácticas de los estudiantes y docentes universitarios.
- De realizarse un estudio posterior; deben formularse preguntas cerradas aclarando por medio de comentarios la manera correcta de contestarlas.

ANEXOS

Anexos 1

FIGURA 1
GENITALES FEMENINOS EXTERNOS

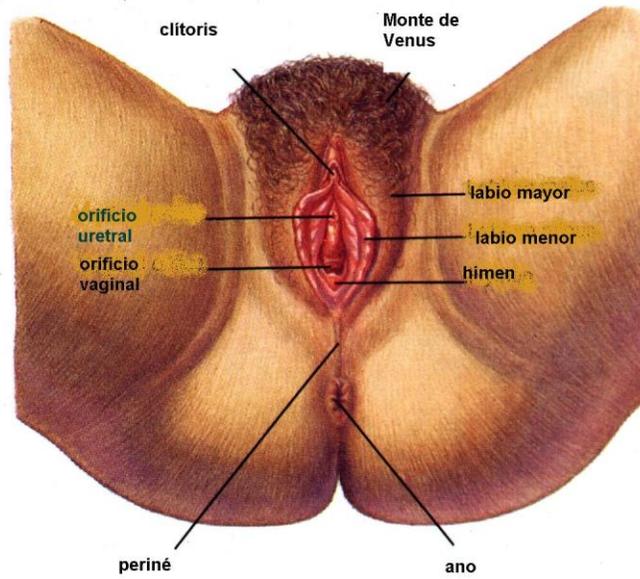


FIGURA 2
GENITALES MASCULINOS INTERNOS Y EXTERNOS

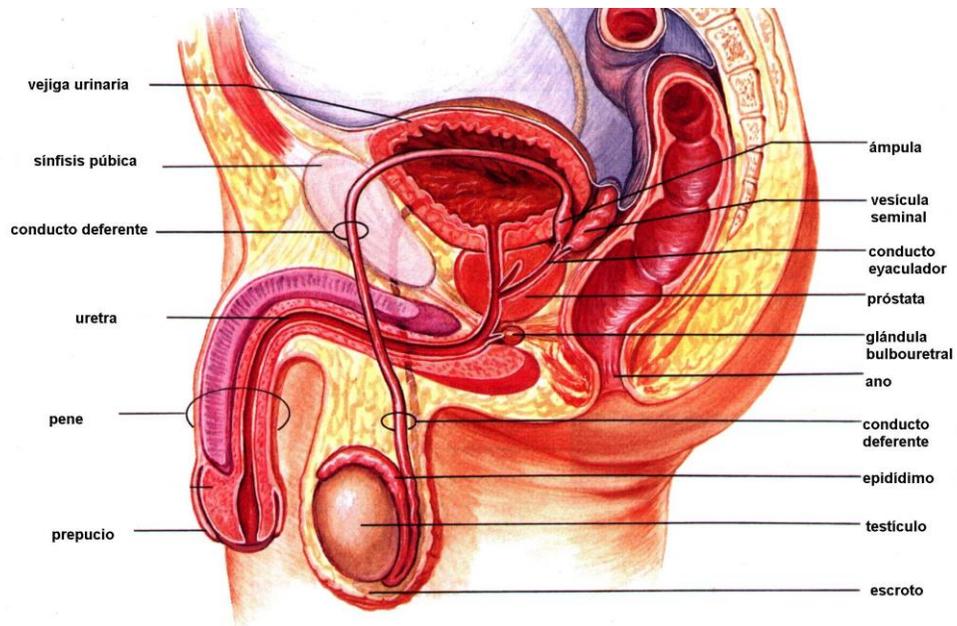


FIGURA 3
CICLO HIPOTÁLAMO - OVÁRICO - ENDOMETRIAL

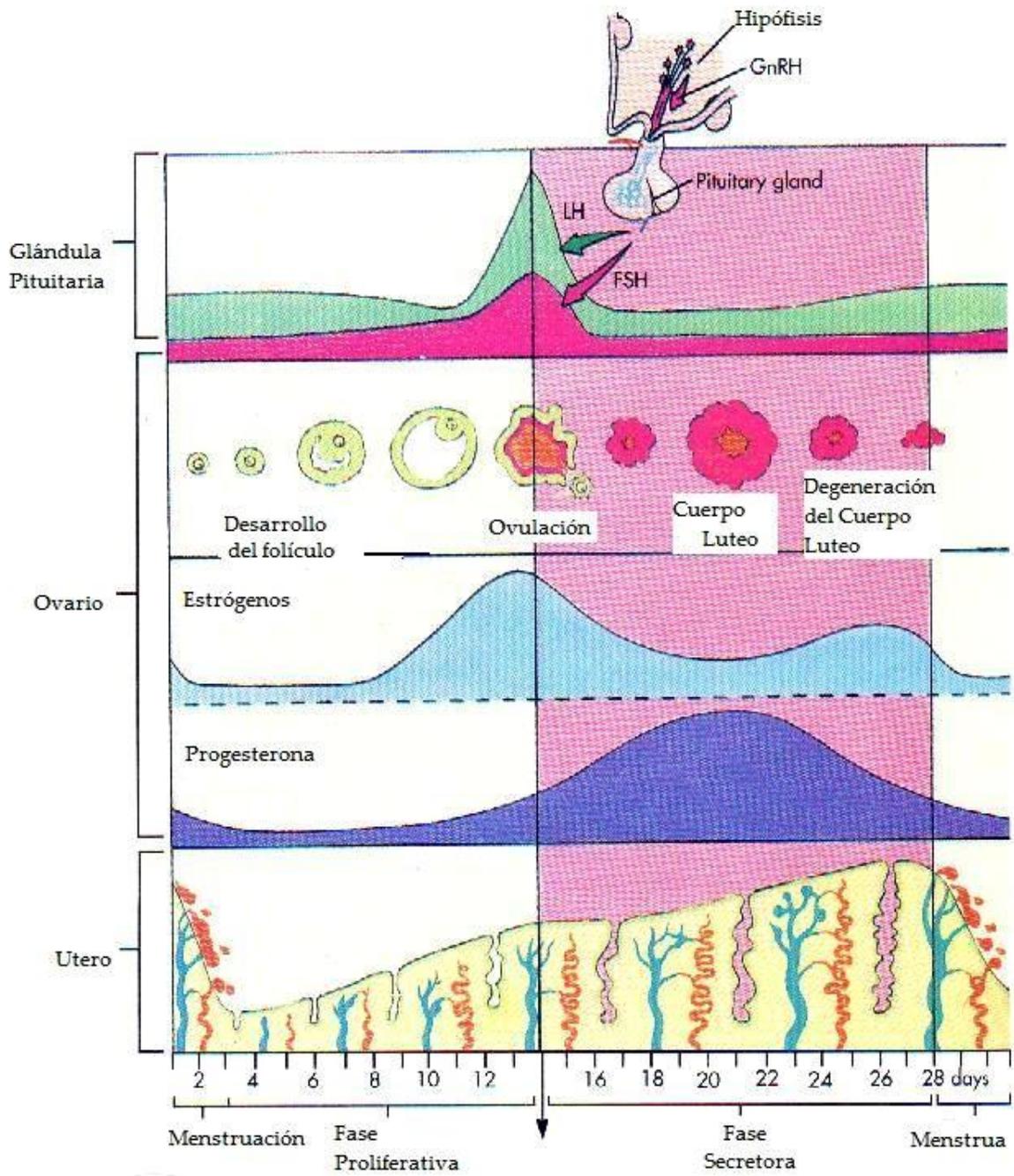


FIGURA 4

FECUNDACIÓN. *Espermatozoide justo en el momento de penetrar un óvulo.*

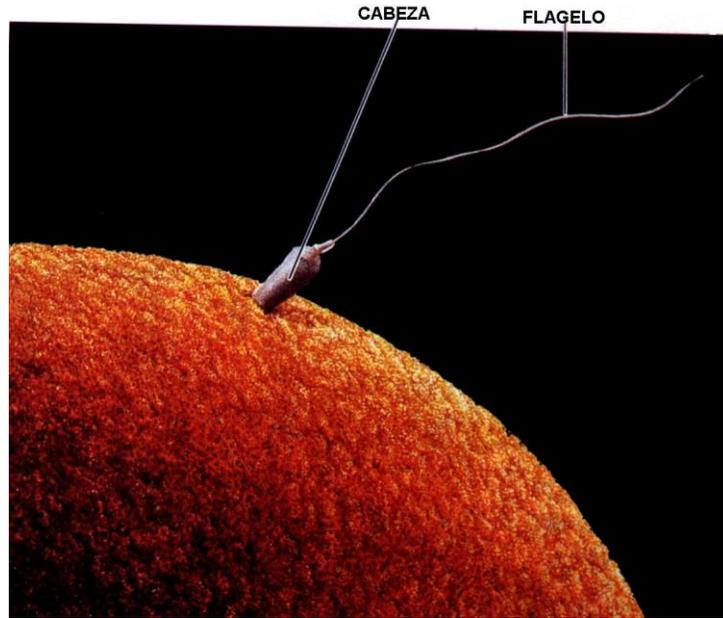


FIGURA 5

FETO DE TÉRMINO



FIGURA 6
CONDONES

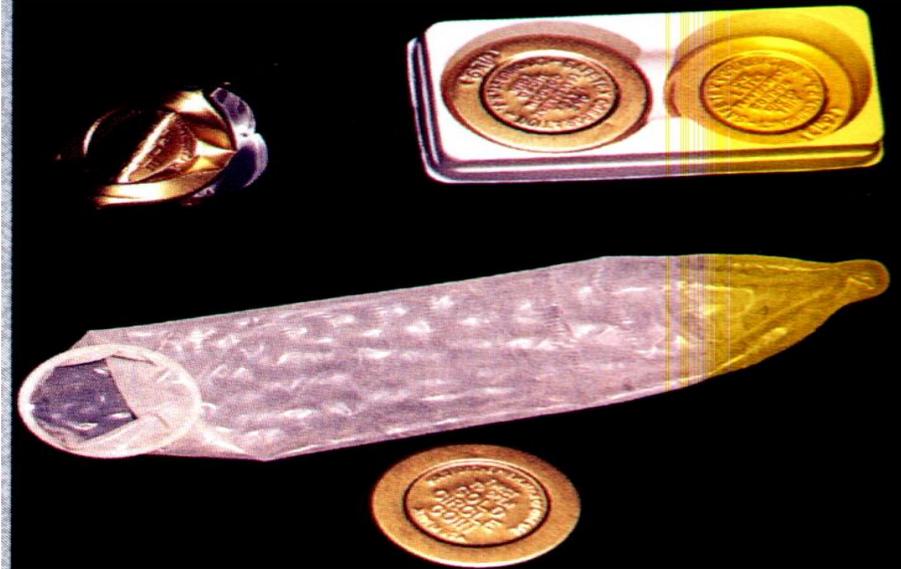


FIGURA 7
IMPLANTES NORPLANT

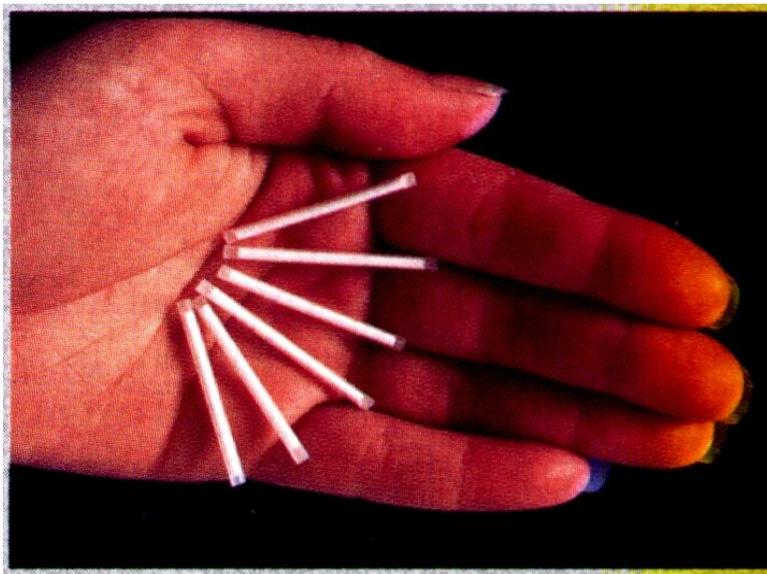


FIGURA 8
DISPOSITIVO INTRAUTERINO

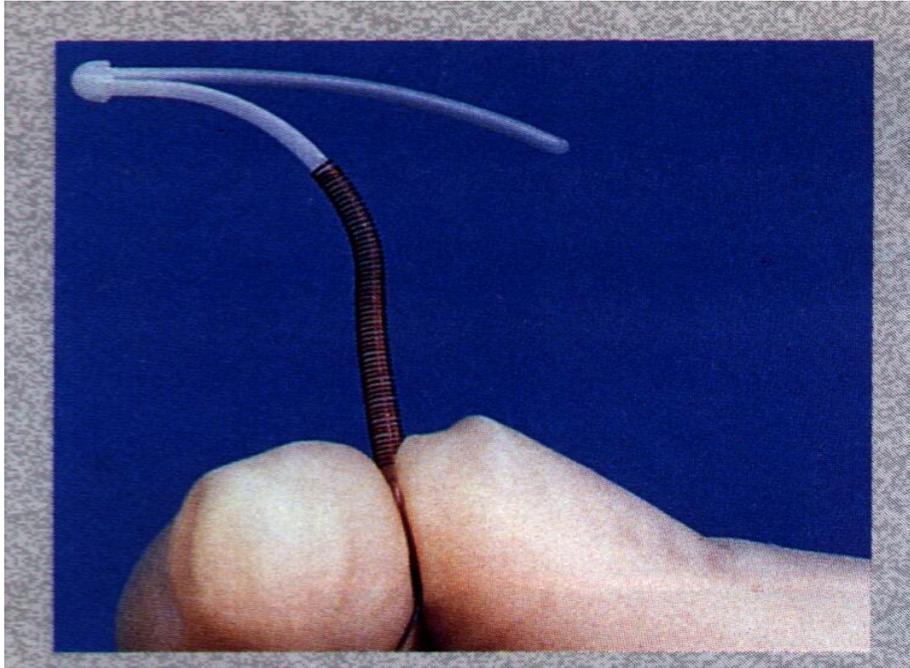
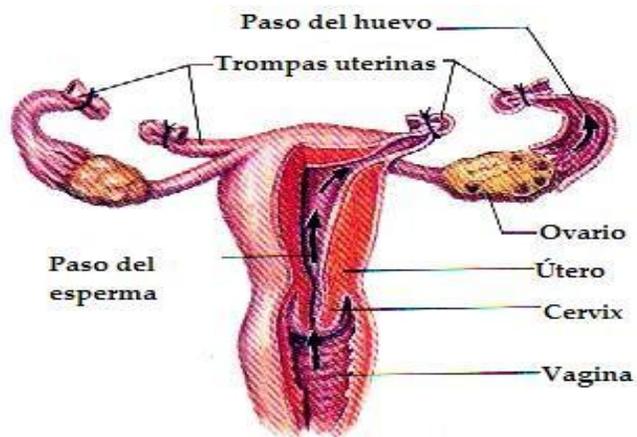


FIGURA 9
ESTERILIZACIÓN FEMENINA



Anexos 2

Tabla 1

Notas De Conocimientos Y Conducta Sexual De Los Estudiantes Encuestados De La FMO, Ciclo I/2004

# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA	# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA
1	f	22	ADM	4,15	2,05	48	m	19	ING	7,47	5,33
2	m	21	ADM	7,47	4,92	49	m	19	ING	6,64	6,15
3	f	24	MED	7,47	6,15	50	f	18	ING	6,64	7,79
4	f	21	MED	7,47	5,33	51	m	18	ING	7,47	5,74
5	f	22	MED	8,3	5,74	52	f	18	ING	7,47	5,33
6	f	23	MED	7,47	7,79	53	m	19	ING	7,47	4,51
7	f	23	MED	7,47	6,15	54	m	17	ING	6,64	6,15
8	m	21	MED	9,13	6,97	55	f	17	ING	7,47	5,74
9	m	23	MED	7,47	4,51	56	f	19	ING	6,64	4,92
10	m	22	MED	7,47	6,15	57	m	17	ING	7,47	7,38
11	f	23	MED	7,47	7,38	58	f	19	ING	8,3	3,69
12	f	25	MED	7,47	6,15	59	f	21	ING	5,81	6,97
13	f	17	MED	6,64	3,69	60	f	18	ING	6,64	5,33
14	f	20	MED	6,64	4,51	61	f	18	ING	6,64	5,33
15	f	18	MED	7,47	5,74	62	m	20	ING	5,81	2,87
16	m	22	MED	8,3	4,51	63	m	20	ING	6,64	5,74
17	m	22	MED	7,47	5,74	64	m	19	ING	7,47	5,74
18	f	23	MED	7,47	4,51	65	f	18	ING	4,98	6,15
19	f	19	MED	8,3	3,28	66	m	19	ING	6,64	5,74
20	m	20	MED	8,3	3,28	67	m	18	ING	5,81	6,15
21	f	20	MED	6,64	5,74	68	m	19	ING	6,64	5,33
22	m	18	MED	1,66	3,69	69	m	18	ING	7,47	4,92
23	f	21	MED	8,3	6,15	70	m	17	ING	6,64	4,92
24	m	21	DER	8,3	6,97	71	m	17	ING	4,98	4,51
25	m	23	DER	6,64	4,51	72	m	18	ING	1,66	3,69
26	m	24	DER	6,64	4,92	73	f	17	ING	3,32	3,69
27	m	24	DER	9,13	5,33	74	m	19	ING	4,98	6,15
28	m	21	DER	8,3	5,74	75	f	17	HUM	8,3	6,56
29	m	18	DER	6,64	3,69	76	f	19	HUM	7,47	6,56
30	m	23	DER	6,64	4,51	77	f	18	HUM	9,13	6,56
31	f	19	ING	7,47	4,51	78	m	19	HUM	8,3	6,15
32	m	19	ING	6,64	4,92	79	f	18	HUM	7,47	4,92
33	f	17	ING	9,13	5,33	80	f	19	HUM	9,13	4,51
34	f	17	ING	6,64	6,56	81	f	17	HUM	8,3	5,33
35	m	16	ING	7,47	6,15	82	f	17	HUM	9,13	4,92
36	m	18	ING	5,81	5,74	83	m	18	HUM	6,64	4,1
37	f	19	ING	7,47	4,1	84	f	18	HUM	7,47	4,92
38	f	16	ING	7,47	5,33	85	m	23	HUM	6,64	5,74
39	f	17	ING	6,64	5,33	86	m	17	HUM	7,47	6,97
40	m	18	ING	5,81	5,74	87	m	17	HUM	8,3	6,97
41	f	25	ING	4,98	7,79	88	m	21	HUM	8,3	5,74
42	m	20	ING	2,49	5,74	89	f	20	ADM	4,98	4,92
43	m	19	ING	5,81	6,15	90	m	22	ADM	1,66	1,23
44	m	17	ING	4,98	4,51	91	m	27	DER	7,47	6,56
45	f	17	ING	4,15	6,56	92	m	24	DER	5,81	6,97
46	f	20	ING	5,81	5,33	93	m	22	DER	7,47	4,1
47	m	19	ING	5,81	5,74	94	m	23	DER	7,47	6,97

# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA	# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA
95	m	23	DER	7,47	4,51	143	m	18	HUM	5,81	4,1
96	m	22	DER	6,64	2,46	144	m	18	HUM	4,98	3,28
97	m	24	DER	7,47	6,15	145	m	18	HUM	5,81	5,33
98	m	26	DER	6,64	4,51	146	m	18	HUM	6,64	5,74
99	m	20	DER	6,64	4,51	147	F	20	HUM	4,98	2,46
100	m	21	DER	6,64	4,92	148	m	22	CCSS	6,64	5,74
101	m	23	DER	6,64	6,56	149	m	20	CCSS	5,81	6,56
102	m	19	QUIM	3,32	4,92	150	m	20	CCSS	8,3	4,92
103	f	23	QUIM	4,98	4,51	151	f	19	ING	4,98	4,92
104	m	25	DER	6,64	4,92	152	f	19	ING	5,81	5,33
105	m	22	ING	4,98	6,56	153	f	20	ING	7,47	5,33
106	m	22	DER	6,64	3,28	154	f	18	ING	6,64	6,15
107	m	20	DER	5,81	4,51	155	m	17	ING	6,64	7,38
108	m	21	DER	4,98	3,69	156	m	19	ING	4,98	6,56
109	m	21	DER	6,64	5,74	157	m	18	ING	6,64	5,74
110	m	24	DER	5,81	5,33	158	m	17	ING	5,81	6,15
111	m	18	DER	4,98	4,92	159	f	17	ING	5,81	5,74
112	m	22	DER	5,81	6,97	160	f	18	ING	4,15	3,28
113	m	21	DER	4,15	2,87	161	m	18	ING	5,81	4,51
114	m	19	DER	5,81	4,1	162	m	16	ING	5,81	4,92
115	m	22	DER	5,81	4,51	163	m	18	ING	5,81	5,74
116	m	21	DER	6,64	6,15	164	m	19	ING	0,83	2,46
117	f	17	HUM	7,47	6,56	165	m	17	ING	3,32	5,74
118	f	21	HUM	7,47	6,15	166	m	20	ING	5,81	2,05
119	m	18	HUM	6,64	4,51	167	m	23	ING	6,64	5,33
120	f	18	ING	7,47	5,33	168	m	18	ING	4,15	6,56
121	f	20	ING	8,3	4,51	169	m	20	ING	5,81	4,92
122	f	18	QUIM	6,64	5,33	170	m	19	ING	6,64	6,15
123	f	17	QUIM	4,98	4,1	171	f	18	ING	7,47	6,15
124	m	18	QUIM	7,47	5,74	172	f	17	ING	7,47	5,33
125	m	18	BIO	6,64	5,74	173	f	17	ING	6,64	4,92
126	f	16	BIO	8,3	4,92	174	m	20	ING	5,81	4,1
127	m	19	BIO	5,81	7,38	175	m	21	DER	4,98	4,92
128	f	17	BIO	7,47	5,74	176	m	23	DER	6,64	4,1
129	m	17	BIO	6,64	6,15	177	m	21	DER	4,98	5,74
130	m	18	HUM	7,47	4,1	178	f	23	QUIM	6,64	7,38
131	f	28	HUM	4,98	5,74	179	f	20	QUIM	6,64	8,2
132	f	18	BIO	6,64	4,1	180	m	21	QUIM	2,49	4,51
133	f	18	HUM	7,47	6,56	181	m	18	QUIM	3,32	4,51
134	f	19	HUM	8,3	5,74	182	m	19	ING	9,13	5,33
135	f	18	HUM	6,64	5,33	183	f	21	ING	4,98	6,15
136	f	18	HUM	7,47	6,15	184	f	19	DER	4,15	6,56
137	f	19	HUM	7,47	5,74	185	f	19	DER	4,98	4,51
138	f	18	HUM	7,47	4,92	186	f	18	DER	5,81	5,74
139	m	20	HUM	6,64	4,1	187	m	23	DER	6,64	5,74
140	f	17	HUM	8,3	5,74	188	m	19	DER	6,64	5,74
141	f	17	HUM	5,81	5,33	189	m	35	DER	4,98	5,74
142	m	16	HUM	4,15	2,87	190	m	22	DER	4,98	4,51

# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA	# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA
191	f	21	DER	6,64	4,92	239	m	19	MED	7,47	4,92
192	m	20	DER	5,81	5,33	240	m	18	ADM	5,81	6,97
193	m	21	DER	6,64	5,33	241	m	19	ADM	6,64	6,15
194	m	21	DER	7,47	6,97	242	m	20	ADM	5,81	4,51
195	m	22	DER	5,81	6,56	243	m	20	ADM	7,47	5,33
196	m	20	DER	4,15	4,1	244	f	19	ADM	7,47	4,92
197	m	24	DER	7,47	7,38	245	f	21	ADM	6,64	5,33
198	f	35	DER	7,47	7,79	246	m	18	ADM	4,98	4,92
199	f	31	DER	4,98	7,38	247	m	18	ADM	7,47	6,15
200	f	24	DER	7,47	5,33	248	f	20	ADM	6,64	4,92
201	f	22	DER	8,3	5,33	249	m	19	ADM	7,47	5,74
202	f	22	DER	7,47	5,74	250	f	19	ADM	6,64	5,33
203	f	20	DER	6,64	4,51	251	m	20	ADM	6,64	6,97
204	f	24	DER	4,15	4,1	252	m	18	ADM	6,64	6,15
205	f	22	DER	6,64	4,51	253	m	19	ADM	5,81	6,15
206	f	22	DER	9,13	4,92	254	m	18	ADM	7,47	6,15
207	f	19	DER	7,47	5,33	255	m	22	ADM	6,64	4,51
208	f	19	DER	6,64	6,56	256	f	19	ADM	6,64	4,51
209	f	19	DER	7,47	5,74	257	f	19	ADM	7,47	4,51
210	f	21	DER	7,47	4,92	258	f	22	DER	7,47	6,15
211	f	22	DER	7,47	5,33	259	f	23	ADM	4,98	4,1
212	f	19	DER	5,81	4,51	260	f	23	ADM	3,32	3,28
213	f	21	DER	6,64	5,74	261	f	23	ADM	5,81	4,51
214	f	22	DER	7,47	5,33	262	f	24	ADM	6,64	4,1
215	f	20	DER	5,81	6,15	263	f	25	ADM	5,81	6,15
216	f	20	ING	6,64	5,33	264	f	20	ADM	3,32	5,74
217	f	19	DER	4,15	4,51	265	f	22	ADM	7,47	5,33
218	f	23	DER	7,47	4,92	266	f	22	ADM	7,47	6,15
219	f	21	DER	7,47	4,1	267	f	23	ADM	4,98	3,69
220	f	20	DER	6,64	5,74	268	f	17	ADM	6,64	4,92
221	f	23	ING	6,64	6,56	269	f	17	ADM	4,98	3,69
222	m	22	MED	6,64	4,1	270	f	18	ADM	6,64	6,15
223	m	17	MED	6,64	4,92	271	f	18	ADM	7,47	4,1
224	m	19	MED	7,47	4,51	272	f	19	ADM	7,47	4,1
225	m	16	MED	6,64	6,15	273	f	19	ADM	5,81	5,74
226	m	19	MED	5,81	6,56	274	m	21	ADM	5,81	3,69
227	m	19	MED	6,64	4,92	275	m	22	ADM	4,98	4,51
228	m	19	MED	5,81	7,38	276	m	27	ADM	5,81	4,51
229	f	20	MED	4,98	1,23	277	m	21	ADM	7,47	6,56
230	f	18	MED	7,47	6,15	278	m	21	ADM	5,81	6,56
231	f	18	MED	7,47	4,51	279	m	23	ADM	7,47	5,33
232	f	17	MED	8,3	5,33	280	m	22	ADM	4,98	4,51
233	f	18	MED	6,64	5,33	281	m	23	ADM	4,15	3,28
234	f	18	MED	6,64	4,51	282	m	33	ADM	6,64	4,92
235	f	17	MED	4,98	5,74	283	m	22	ADM	5,81	5,33
236	m	19	MED	5,81	3,28	284	m	21	ADM	8,3	4,92
237	m	18	MED	6,64	6,56	285	m	18	ADM	6,64	6,56
238	m	20	MED	5,81	5,74	286	m	18	ADM	4,98	6,15

# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA	# enc	Sexo	Edad	DEP	CONOCIMIENTO	CONDUCTA
287	m	19	ADM	4,98	5,33	320	m	19	HUM	5,81	5,33
288	m	20	ADM	7,47	6,15	321	f	18	HUM	8,3	5,74
289	m	21	ADM	4,15	4,1	322	f	19	HUM	6,64	2,87
290	m	21	ADM	5,81	5,74	323	m	19	HUM	7,47	2,46
291	f	19	ADM	5,81	6,15	324	m	20	HUM	7,47	4,1
292	m	19	ADM	4,98	4,92	325	m	21	HUM	4,15	5,74
293	m	20	ADM	8,3	5,33	326	m	20	HUM	5,81	4,92
294	f	20	ADM	5,81	5,33	327	f	18	HUM	7,47	5,74
295	f	21	ADM	6,64	3,28	328	m	18	HUM	4,98	3,69
296	f	18	ADM	4,98	5,33	329	f	17	HUM	6,64	4,92
297	m	19	ADM	7,47	2,05	330	f	19	HUM	8,3	5,33
298	f	18	ADM	4,98	4,1	331	m	18	HUM	6,64	6,15
299	m	20	ADM	6,64	7,38	332	f	18	HUM	5,81	5,33
300	f	20	ADM	4,98	6,56	333	f	19	HUM	6,64	5,33
301	f	20	ADM	6,64	5,74	334	m	19	HUM	4,15	2,05
302	f	19	ADM	6,64	5,33	335	f	19	HUM	6,64	4,51
303	f	25	HUM	9,96	6,56	336	m	19	HUM	5,81	3,28
304	m	27	HUM	9,13	7,79	337	f	20	HUM	4,15	5,74
305	f	25	HUM	8,3	6,97	338	f	20	HUM	7,47	5,74
306	f	20	HUM	5,81	4,92	339	f	18	HUM	7,47	5,33
307	f	20	HUM	6,64	4,51	340	m	20	HUM	7,47	5,33
308	m	18	HUM	5,81	5,33	341	m	20	HUM	1,66	3,69
309	m	19	HUM	5,81	5,33	342	m	21	HUM	4,98	3,69
310	f	18	HUM	5,81	4,51	343	m	20	HUM	4,98	6,15
311	m	19	HUM	6,64	6,56	344	m	18	HUM	4,15	4,92
312	f	19	HUM	5,81	6,56	345	m	20	HUM	5,81	6,56
313	m	19	HUM	4,15	4,92	346	f	18	HUM	6,64	3,28
314	m	19	HUM	6,64	5,74	347	f	21	HUM	5,81	4,92
315	f	19	HUM	5,81	5,33	348	f	18	HUM	5,81	4,92
316	f	19	HUM	5,81	4,92	349	m	18	HUM	8,3	4,92
317	f	19	HUM	6,64	5,33	350	m	20	HUM	6,64	3,69
318	m	19	HUM	5,81	3,28	351	f	20	HUM	7,47	6,56
319	m	18	HUM	6,64	4,92	352	m	18	HUM	8,3	6,56

Tabla 2

Correlación Entre El Número De Aprobados/Reprobados Y Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/Aprob. - Reprob.	Aprobado	%	Reprobado	%	Total	Porcentajes
No Satisfactoria	154	43.75%	102	28.97%	256	72.73%
Satisfactoria	65	18.47%	31	8.81%	96	27.27%
Total	219	62.22%	133	37.78%	352	100%

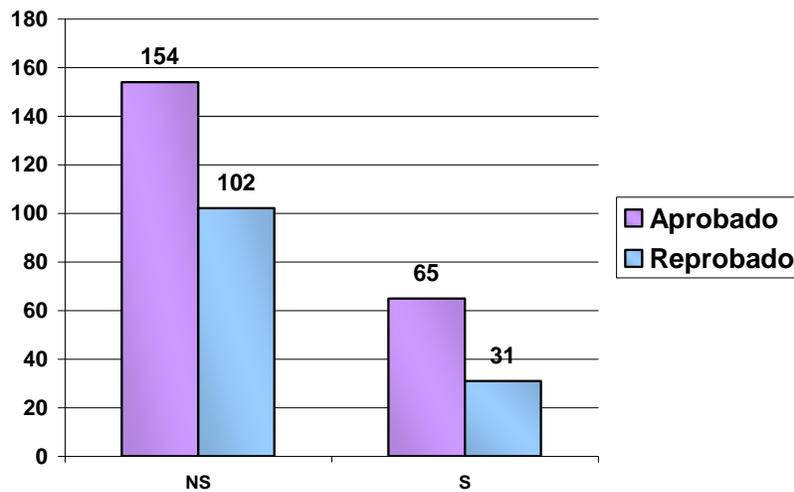


Tabla 3

Correlación Entre Rangos De Edad De Inicio De Relaciones Sexuales Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/Edades	<13 años	%	13 a 18 años	%	>19 años	%	Total	Porcentajes
NS	17	9.24%	91	49.46%	4	2.17%	112	60.87%
S	1	0.54%	52	28.26%	19	10.33%	72	39.13%
Total	18	9.78%	143	77.72%	23	12.5%	184	100%

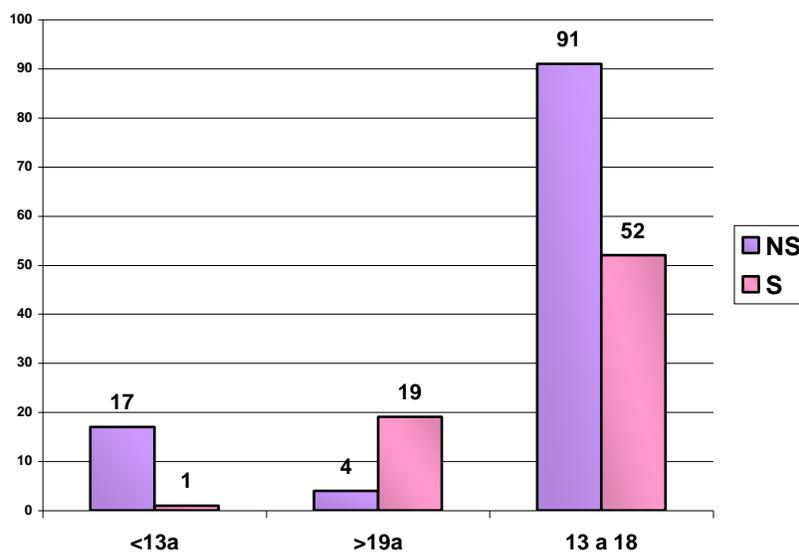


Tabla 4

**Correlación Entre El Número De Parejas Con Las Que Tienen Relaciones Sexuales
Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004**

Conducta/Parejas	1 Pareja Estable	%	1 Pareja Estable + Ocasional	%	No Pareja	%	Parejas Ocasionales	%	Total	Total %
No Satisfactorias	27	16.17%	10	5.99%	6	3.59%	55	32.94%	98	58.68%
Satisfactorias	48	28.74%	2	1.2%	4	2.39%	15	8.98%	69	41.32%
Total	75	44.91%	12	7.19%	10	5.98%	70	41.92%	167	100%

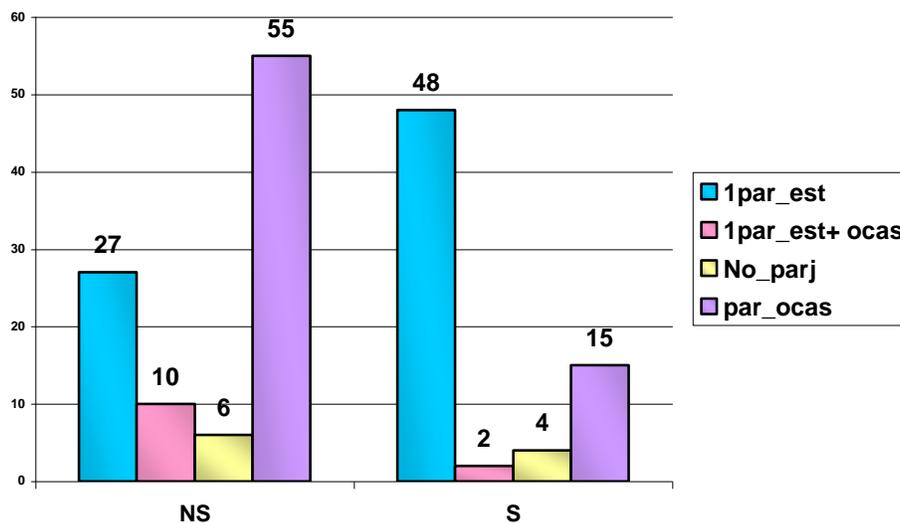


Tabla 5
Correlación Entre El Número De Solteros Encuestados, Según El Método De Planificación Que Usan Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ Método	Abstinencia	Condón	Inyección	Inyección/ Condón	Ninguno	Nr	Píldora	Ritmo	Total
NS	4	64	10	0	19	136	4	6	243
S	1	44	9	2	8	22	2	2	90
Total	5	108	19	2	27	158	6	8	333

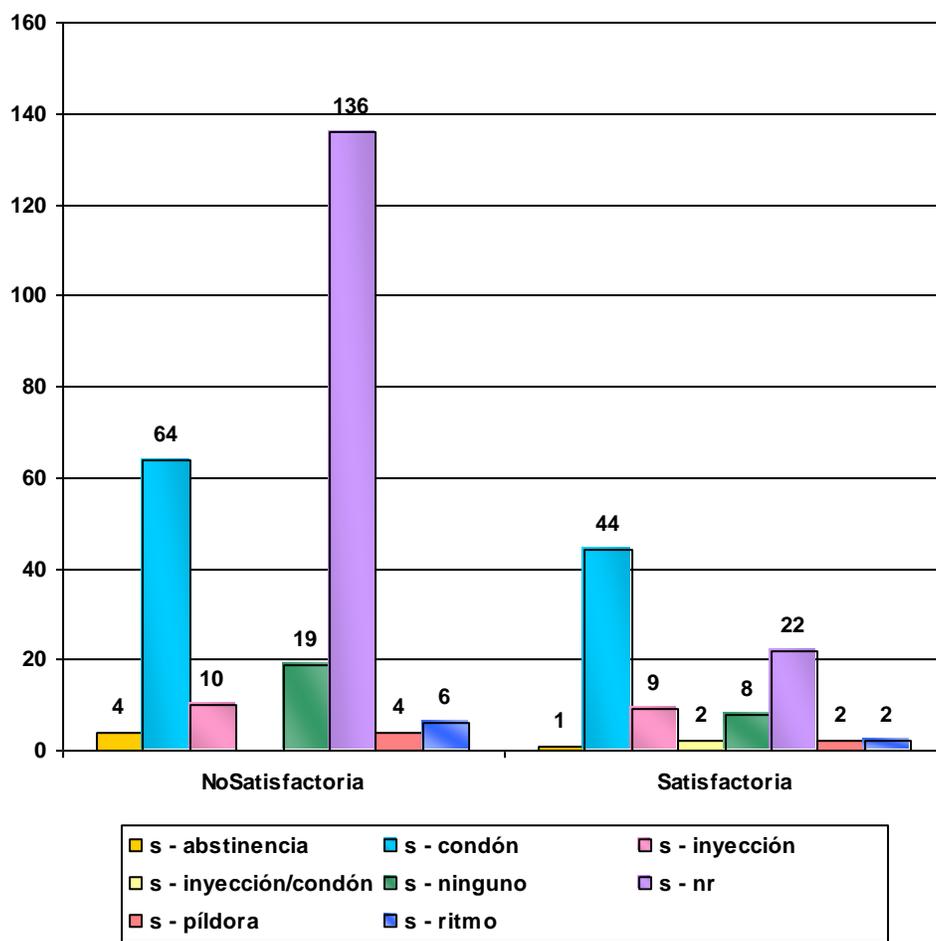


Tabla 6

Correlación Entre El Número De Casados Y Acompañados, Según El Método De Planificación Que Usan Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ Método	Condón	Inyección	Inyección/ Condón	Ninguno	Nr	Píldora	Ritmo	Total
No Satisfactoria	12	7	0	2	2	1	3	27
Satisfactoria	28	7	1	5	2	2	3	48
Total	40	14	1	7	4	3	6	75

Tabla 7

Correlación Entre El Número De Encuestados Con Una Pareja Estable, Según El Método De Planificación Que Usan Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ Método	Condón	Inyección	Inyección/ Condón	Ninguno	Nr	Píldora	Ritmo	Total
No Satisfactoria	12	7	0	2	2	1	3	27
Satisfactoria	28	7	1	5	2	2	3	48
Total	40	14	1	7	4	3	6	75

Tabla 8

Correlación Entre El Número De Encuestados Con Una Pareja Estable + Parejas Ocasionales, Según El Método De Planificación Que Usan Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ Método	Condón	Inyección	Inyección/ Condón	Nr	Píldora	Total
No Satisfactoria	6	0	0	2	2	10
Satisfactoria	0	1	1	0	0	2
Total general	6	1	1	2	2	12

Tabla 9

Correlación Entre El Número De Encuestados Con Parejas Ocasionales, Según El Método De Planificación Que Usan Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ Método	Condón	DIU	Inyección	Ninguno	Nr	Píldora	Ritmo	Total
No Satisfactoria	41	1	0	2	8	1	2	55
Satisfactoria	12	0	1	0	0	1	1	15
Total	53	1	1	2	8	2	3	70

Tabla 10

Riesgo Entre El Hecho De Haber Padecido O No De Una Infección De Transmisión Sexual Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Conducta/ ¿Padeció ITS?	Si	No	No Responden	Total
No Satisfactoria	7	221	28	256
Satisfactoria	0	95	1	96
Total	7	316	29	352

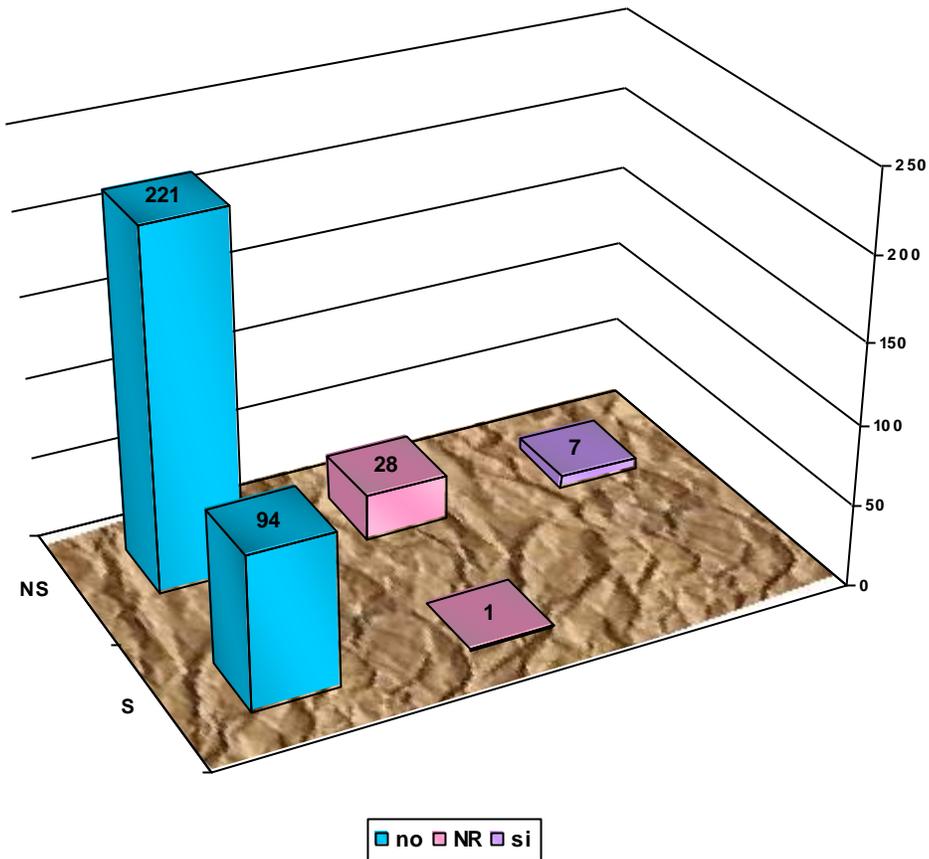


Tabla 11

Riesgo Entre Haber Tenido Un Embarazo No Planificado Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I /2004

Conducta/ Embarazo no Planificado	Si	No	NR	Total
No Satisfactoria	13	149	94	256
Satisfactoria	6	78	12	96
Total	19	227	106	352

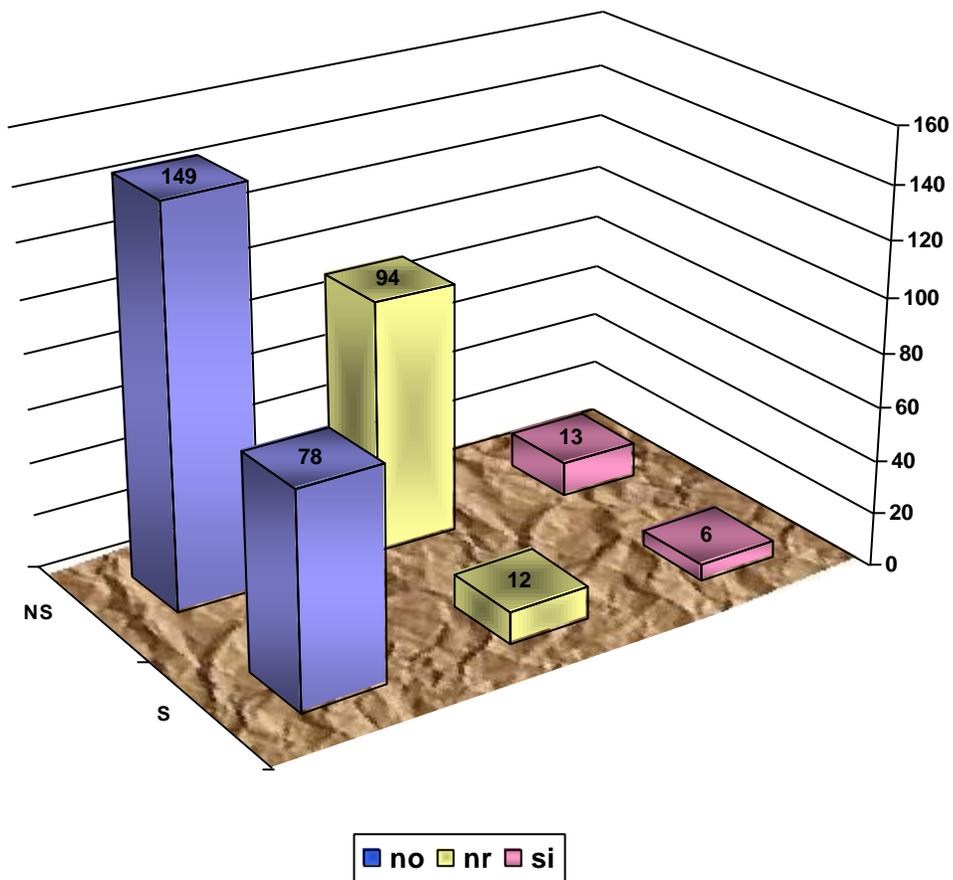


Tabla 14

Correlación Entre Las Razones Por Las Cuales No Tendrían Relaciones Sexuales Coitales Y La Conducta Sexual De Los Estudiantes De La F.M.O., Ciclo I/2004

Razones/ Conducta Sexual	No Satisfactoria	Satisfactoria	Total
Castidad	18	3	21
Diversión	1	0	1
Embarazo	16	5	21
ETS	56	43	99
Falta de Atracción	9	2	11
Fidelidad	2	3	5
Impotencia	1	1	2
Inmadurez	8	3	11
Menstruación, Miedo	0	1	1
No Conoce a la Pareja	14	11	25
No tener Condón	8	1	9
NR	64	11	75
Obligación	3	2	5
Por Dinero	1	1	2
Principios Religiosos	31	4	35
Seguridad	7	1	8
Siempre	17	4	21
Total	256	96	352

Anexos 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Objetivo: La presente encuesta tiene por objetivo conocer el grado de Educación Sexual en los estudiantes de nuestro centro educativo.

La información obtenida será estrictamente confidencial y anónima.

Se le solicita responder con la mayor sinceridad posible.

Sexo _____

Edad _____

Religión _____

Estado Civil _____

Carrera _____

Año / ciclo _____

Escolaridad de los padres _____

1. Escriba el nombre de 3 órganos genitales masculinos y femeninos.

a. _____

d. _____

b. _____

e. _____

c. _____

f. _____

2. La eliminación en forma de sangre del óvulo no fecundado aproximadamente cada 28 días se denomina:

3. Consiste en la interrupción definitiva del flujo menstrual:

4. Nombre que recibe la bolsa que protege a los testículos:

5. ¿En qué etapa del ciclo menstrual, la mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada?

- a. Durante la menstruación
- b. 15 días después del primer día de sangramiento
- c. 3 semanas después del primer día de regla
- d. 6 días antes de la regla

6. ¿Cómo vivió la experiencia de su primera menstruación (eyaculación)?

- a. Miedo
- b. Angustia
- c. Con naturalidad
- d. Con vergüenza

7. ¿A quién comentó primero sobre esa experiencia?

- a. Padres
- b. maestros
- c. Amigos
- d. otros familiares

8. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____, ¿Cuántos compañero(a) s sexuales ha tenido? _____.

9. ¿Cómo calificaría su primera relación sexual?

- a) Placentera.
- b) Traumática.
- c) Con temor.
- d) No llenó sus expectativas.

10. Actualmente Ud. tiene relaciones sexuales con:

- a. una pareja estable
- b. parejas ocasionales
- c. Una pareja estable + parejas ocasionales.

11. ¿Está Ud. de acuerdo en que el hombre tenga más parejas sexuales que la mujer? Si_____ No_____

12. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

13. ¿Qué método de planificación familiar lo protege de las Infecciones de

Transmisión Sexual? _____

14. ¿Qué método de planificación familiar utiliza y porque lo prefiere? _____

15. ¿Cree conocer lo suficiente a su pareja como para no utilizar condón durante

una relación sexual? Si_____ No_____

16. ¿Cuál es su punto de vista, en base a la religión que practica, sobre los métodos de planificación familiar?

17. ¿Ha tenido Ud. o su pareja algún embarazo durante sus estudios universitarios?

Si _____ No _____, ¿fue planificado? Si _____ No _____

18. Si la respuesta anterior fue negativa; ¿de qué manera afectó sus estudios universitarios? _____

19. ¿Cuáles infecciones de transmisión sexual conoce?

a. _____

c. _____

b. _____

d. _____

20. ¿Cómo sabe Ud. si tiene alguna enfermedad de las antes mencionadas, explique como se transmite?

21. ¿Ha padecido alguna enfermedad venérea? Si _____ No _____

¿Dónde obtuvo el tratamiento? _____

22. ¿Cuál es su preferencia sexual?

- a. Hombre-Hombre
- b. Hombre-mujer
- c. mujer-mujer
- d. a y b
- e. b y c

23. ¿Comparte Ud. abiertamente con sus amigos su preferencia sexual?

Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

24. ¿Sabe Ud. cuál de las siguientes preferencias sexuales son médicamente aceptadas?

- a. Hombre-Hombre
- b. Hombre-mujer
- c. mujer-mujer
- d. Todas son correctas

25. ¿Acepta Ud. a otras personas con distinta preferencia sexual a la suya?

Si _____ No _____

Por qué? _____

26. ¿Esta satisfecho(a) con su vida sexual?

- a) Totalmente satisfecho _____
- b) Parcialmente satisfecho _____
- c) Insatisfecho _____

27. ¿Qué situaciones le parecen sexualmente estimulantes?

28. Explique que es el punto G _____

29. ¿Por qué razones no tendrías relaciones sexuales?

30. ¿Cree Ud. que es correcta la masturbación masculina y femenina?

31. Marque con una X quien le enseñó sobre los siguientes temas:

	Padres	Centro escolar	Iglesia	Amigos
Planificación familiar				
Enfermedades de transmisión sexual				
Precauciones en las relaciones sexuales extramatrimoniales				
Órganos genitales				
Placer sexual				

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual. Metodología y Educación Sexual. Vol. VIII, Santo Domingo, Editor INES, 1996.
2. Gómez Zaplain, Javier. El Desarrollo Sexual en la Adolescencia. 3ª Ed., México D.F., Depto. De Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, 2000.
3. Janosik & Davies. Mental Health and Psychiatric Nursing. 2nd Edition, California, Editorial Little, Brown and Company. 1996. Chapter 12.
4. Mahlmeister, Laura R. Maternal & Neonatal Nursing. Family Centered - Case. 3rd Ed., Philadelphia, Library of Congress Cataloging in Publications Data, 1994. Chapters 4 - 5.
5. Ministerio de Salud Pública. El Salvador. De Adolescentes para Adolescentes. Manual de Educación para la Vida. 1ª Ed., San Salvador, Graficolor SA de CV, 2001. Págs. 75 - 161.
6. Seeley, Stephens, Tate. Essentials of Anatomy & Physiology. 2nd Edition, Boston - Missouri, Editorial Mac Graw - Hill, 1996. Chapter 19.
7. Van De Graaf & Fox. Concepts of Human Anatomy & Physiology. 4th Edition, Chicago, WBC Publishers, 1996. Chapter 28 - 30.
8. _____ . Encuesta sobre Sexualidad. FMO - UES. Santa Ana, abril 2004.