



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA
PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA
SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Manuel Antonio Velandia Mora

Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

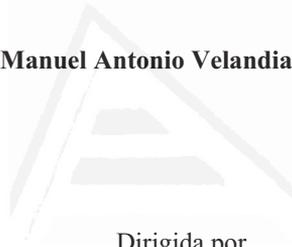


Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universidad de Alicante
Departamento de Enfermería
Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados

**ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JOVENES**

Manuel Antonio Velandia Mora



Dirigida por

Dra. María Mercedes Rizo Baeza

Dra. Ana Luisa Velandia Mora

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

BECA CEM
Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante
Ayudas a la investigación
Curso 2008/2009

Alicante, Febrero de 2011

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	15
PRESENTACIÓN	17
ANTECEDENTES	21
1. JUSTIFICACIÓN	25
1.1 LAS MUJERES JÓVENES COMO SUJETOS DE LAS ACCIONES	25
1.2 ESTUDIOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS/OS ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES	26
1.3 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL 2009	32
1.4 ESTUDIOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS/OS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	36
1.4.1 SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE	37
1.5 SIDA	39
1.5.1 EN ESPAÑA	39
1.5.2 EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	39
1.5.3 JÓVENES, SIDA Y RIESGO	40
2. MARCO TEÓRICO, OBJETIVOS E HIPOTESIS	45
2.1 SEXO	45
2.2 SEXUALIDAD	46
2.3 EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD	47
2.4 SALUD	48
2.5 SALUD SEXUAL	49
2.6 SALUD REPRODUCTIVA	51
2.6.1 ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA	51
2.7 EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA	52
2.7.1 VIOLENCIA DE GÉNERO Y EDUCACIÓN	52
2.7.1.1 Educación para la ciudadanía	52
2.7.2 LEY ORGÁNICA 2/2010 DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	54

2.7.3	EXPERIENCIAS PREVIAS A LA LEY ORGÁNICA 2/2010 A NIVEL NACIONAL	55
2.7.3.1	Proyecto Biosfera	55
2.7.3.2	Educación, salud y sexualidad en la Generalitat de Catalunya	56
2.7.3.3	Educación, salud y sexualidad en el Servicio Andaluz de Salud	56
2.7.3.4	Plan de Educación Afectivo Sexual del Principado de Asturias	57
2.7.3.5	Universidad del País Vasco, programa Uhin Bare	57
2.7.3.5	Proyecto “Universidad Digital”	58
2.7.4	LEY 8/2008, DE LA GENERALITAT VALENCIANA: EDUCACIÓN, SALUD Y SEXUALIDAD EN LA GENERALITAT VALENCIANA	59
2.7.4.1	Proyecto la Nevera, Alicante	60
2.7.4.2	Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)	60
2.7.5.2	El PIES es redireccionado	63
2.7.5.3	Estructura del curso sobre el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)	63
2.7.5.4	De los enfermeros como educadores sexuales a los psicopedagogos como orientadores sexuales	64
2.7.6	¿CUÁNDO INICIAR LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES?	65
2.7.7	STANDARDS FOR SEXUALITY EDUCATION IN EUROPE	67
2.7.7.1	Stage 4: 12-15 years old: puberty	67
2.7.7.2	Stage 5: 16-18 years old: On the cusp of adulthood	68
2.7.7.3	Principles and outcomes of sexuality education	69
2.7.8	INFORME DEL RELATOR ESPECIAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHO A LA EDUCACIÓN	74
2.8	PROPUESTAS NO EUROPEAS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD	77
2.8.1	EL CASO MEXICANO Y LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD	77
2.8.2	COLOMBIA Y LA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	80
2.8.3	ESTUDIO SOBRE LA FORMACIÓN EN SEXUALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	82
2.8.3.1	Dos ejemplos de investigaciones en Brasil	82
2.9	EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD	84
2.10	LA PRESENCIA FEMENINA EN LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA	86
2.10.1	LAS ENFERMERAS COMO AGENTES DE SALUD CON ACCIONES HACIA JÓVENES	87
2.10.2	ESTUDIO SOBRE LA FORMACIÓN EN SEXUALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA CIUDAD	90
2.11	LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS ENFERMERAS	93
2.11.1	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA	93
2.11.2	UNIVERSIDAD DE SALAMANCA	94
2.11.3	UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO	94

2.11.4	UNIVERSIDAD DE HUELVA	94
2.11.5	ESCUELA UNIVERSITARIA "SAN JUAN DE DIOS" ALJARAFAE, BORMUJOS, SEVILLA	94
2.11.6	UNIVERSIDAD DE CANTABRIA	95
2.11.7	UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA	95
2.11.8	UNIVERSIDAD DE GRANADA	96
2.11.9	UNIVERSIDAD DE VALENCIA	96
2.11.10	UNIVERSIDAD DE ALICANTE	97
2.12	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	98
2.13	OBJETIVO GENERAL	98
2.13.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	99
2.13.1.1	Objetivo específico Nº 1	99
2.13.1.2	Objetivo específico Nº 2	99
2.13.1.3	Objetivo específico Nº 3	99
2.13.1.4	Objetivo específico Nº 4	99
2.13.1.5	Objetivo específico Nº 5	99
2.13.1.6	Objetivo específico Nº 6	99
2.14	HIPÓTESIS	100
2.14.1	HIPÓTESIS Nº 1	100
2.14.2	HIPÓTESIS Nº 2	100
2.14.3	HIPÓTESIS Nº 3	100
2.14.4	HIPÓTESIS Nº 4	100
2.14.5	HIPÓTESIS Nº 5	100
2.14.6	HIPÓTESIS Nº 6	100
3	METODOLÓGIA	105

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	105
3.2	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	105
3.3	DISEÑO	107
3.4	DEL ESTUDIO CUANTITATIVO	108
3.4.1	ÁMBITO	108
3.4.2	POBLACIÓN	108
3.4.3	INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA COLECTA DE INFORMACIÓN	109
3.4.4	VARIABLES DE ESTUDIO	109
3.4.5	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	112

3.4.5.1	Perfil de los participantes en las encuestas	112
3.5	DEL ESTUDIO CUALITATIVO	113
3.5.1	TÉCNICAS UTILIZADAS	113
3.5.1.1	ENTREVISTA EN GRUPO	113
3.5.1.3	Perfil de los participantes en las entrevistas grupales	113
3.5.1.2	Trabajo de campo de las entrevistas grupales	114
3.5.1.4	Recolección de datos de las entrevistas escritas	114
3.5.1.5	Categorías descriptoras	115
3.5.2	ENTREVISTA ESCRITA	116
3.5.2.1	Guión de las entrevistas escritas	117
3.5.2.2	Perfil de los participantes en las entrevistas escritas	117
3.5.2.3	Recolección de datos de las entrevistas escritas	117
3.6	METODOLOGÍA SISTÉMICA	117
3.6.1	Ilustración de la reflexividad	119
3.6.2	Propiedades de los sistemas vivos	120
3.7	TRIANGULACIÓN	125
3.8	FORMACIÓN ENFERMERA: UN ANALISIS SISTEMICO	126
3.8.1	ÁREAS DE ACCIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERA	126
3.8.2	NECESIDADES VITALES DE LOS Y LAS JÓVENES	128
3.8.3	SALUD INTEGRAL	129
3.8.4	NECESIDADES FORMATIVAS	131
3.8.5	DERECHOS DE LAS ENFERMERAS Y JÓVENES	132
3.8.6	COMPETENCIA EMOCIONAL	133
3.8.7	DISEÑO DE PROGRAMAS A PARTIR DE LAS NECESIDADES	137
3.9	MAPA TRIÁDICO CATEGORIAL	138
3.9	DESCRIPTORES	139
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	149
4.1	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA	149
4.1.1	DESCRIPTORES MACROS UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS CUANTITATIVO	150
4.2	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA	150
4.2.1	PREGUNTA Nº 1. CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS DE SU FORMACIÓN UNIVERSITARIA	150
4.2.2	PREGUNTA Nº 2. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SEXUALIDAD	152

4.2.3	PREGUNTA Nº 3. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SALUD SEXUAL	153
4.2.4	PREGUNTA Nº 4. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	155
4.2.5	PREGUNTA Nº 5. PERCEPCIÓN SOBRE SI SE SIENTEN CAPACITADAS PARA INFORMAR DEBIDAMENTE SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA A LOS Y LAS ADOLESCENTES	157
4.2.6	PREGUNTA Nº 6. PERCEPCIÓN SOBRE SI SE SIENTEN EMOCIONALMENTE PREPARADAS PARA DAR CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LOS Y LAS ADOLESCENTES	159
4.2.7	PREGUNTA Nº 7. PARTICIPACIÓN EN EL INSTITUTO EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL	160
4.2.8	PREGUNTA Nº 8. PARTICIPACIÓN EN EL INSTITUTO EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	161
4.2.9	PREGUNTA Nº 9. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD	162
4.2.10	PREGUNTA Nº 10. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL	163
4.2.11	PREGUNTA Nº 11. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL	163
4.2.12	PREGUNTA Nº 12. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL	164
4.2.13	PREGUNTA Nº 13. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	165
4.2.14	PREGUNTA Nº 14. VALORACIÓN DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	165
4.2.15	PREGUNTA Nº 15. SI PUDIERA RECIBIR FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL PARA ADOLESCENTES, EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE REQUIERO:	166
4.2.15.1	Tipo de información requerida sobre Métodos anticonceptivos	166
4.2.15.2	Tipo de información requerida sobre Embarazo adolescente	167
4.2.15.3	Tipo de información requerida sobre Enfermedades de Transmisión Sexual	168
4.2.15.4	Tipo de información requerida sobre Sexualidad como necesidad biológica	169
4.2.15.5	Tipo de información requerida sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana	170
4.2.15.6	Tipo de información requerida sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)	172
4.2.15.7	Tipo de información requerida sobre Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestis)	173
4.2.15.8	Tipo de información requerida sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad	174
4.2.16	Con qué persona me siento a gusto hablando de sexualidad	176

4.2.16.1 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Amigos/as	176
4.2.16.2 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Compañeros/as de clase	176
4.2.16.3 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Profesores/as	177
4.2.16.4 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Médico/a de cabecera	178
4.2.16.5 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital	179
4.2.16.6 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Padre o madre de familia	179
4.2.16.7 Me siento a gusto hablando de sexualidad con cualquier persona	180
4.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA	181
4.3.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	181
4.3.1.1 Pregunta 1: ¿Usted conoce el currículo para la formación de las enfermeras en la Universidad de Alicante?	183
4.3.1.2 Pregunta 2: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes?	183
4.3.1.3 Pregunta 3: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Reproductiva de los adolescentes?	185
4.3.1.4 Pregunta 4: ¿Cómo se forma a los estudiantes de enfermería para apoyar a los y las adolescentes en la vivencia de su Salud Sexual y de su Salud Reproductiva?	187
4.3.1.5 Pregunta 5: ¿Ha recibido como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad?	187
4.3.1.6 Pregunta 6: ¿Recibir como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad, Salud Sexual y la Salud Reproductiva cambia la percepción particular de las enfermeras sobre sexualidad?	188
4.3.1.7 Pregunta 7: ¿Ser estudiante de enfermería cambia la percepción o la vivencia de la Salud Sexual?	189
4.3.1.8 Pregunta 8: ¿El hecho de ser reconocido por los adolescentes como estudiante de enfermería hace que ellos los asuman como una fuente de información sobre la Salud Sexual y la Salud Reproductiva?	190
4.3.1.9 Pregunta 9: ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de los hombres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?	191
4.3.1.10 Pregunta 10: ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?	195
4.3.1.11 Pregunta 11: ¿Cuáles son los obstáculos que tienen los y las adolescentes al tratar de obtener información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?	201

4.3.1.12	Pregunta 12: ¿Qué situaciones desaniman a los y las adolescentes para consultar sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?	203
4.3.1.13	Pregunta 13: ¿Como estudiante de enfermería cómo puede usted impartir información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes?	203
4.3.1.14	Pregunta 14: ¿Usted conoce si hay legislación con respecto a la necesidad de dar información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes en los institutos?	204
4.3.1.15	Pregunta 15: ¿Cómo puede hacer una enfermera para crear empatía con los jóvenes que vienen a consultar sobre Salud Sexual o Salud Reproductiva, de tal manera que ellos sientan que pueden hablar con la libertad con que hablan con un amigo o amiga?	205
4.4	EL SEMINARIO DE FORMACIÓN ENFERMERA	206
4.4.1	EL PROCESO DEL SEMINARIO Y SU PUESTA EN PRÁCTICA	212
4.4.2	GUÍA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO	214
4.4.2	EJECUCIÓN DEL SEMINARIO DE FORMACIÓN ENFERMERA	217
4.4.2.1	Primera etapa, primer momento: Información previa	217
4.4.2.2	Primera etapa, segundo momento: Reflexión y creación de listado de necesidades informativas(s)	217
4.4.2.3	Cuántas veces se ha preguntado y quiénes lo hicieron	218
4.4.3	GRUPOS TEMÁTICOS	219
4.4.3.1	Grupo temático anticonceptivos	219
4.4.3.2	Grupo temático preservativos	221
4.4.3.3	Grupo temático Primera vez y virginidad	224
4.4.3.4	Grupo temático Píldora del día después	226
4.4.3.5	Grupo temático Menstruación	227
4.4.3.6	Grupo temático Enfermedades de Transmisión Sexual	229
4.4.3.7	Grupo temático Eyaculación/ Masturbación	231
4.4.3.8	Grupo temático Sexo oral	232
4.4.3.9	Grupo temático Sexualidad	234
4.4.3.10	Grupo temático Orientación sexual	236
4.4.3.11	Grupo temático Erección y tamaño del pene	237
4.4.3.12	Grupo temático Juegos eróticos	239
4.4.3.13	Grupo temático Orgasmo	240
4.4.3.14	Grupo temático Sexo anal	241
4.4.3.15	Grupo temático Vagina, Clítoris y Punto "G"	242
4.4.3.16	Grupo temático Falsas creencias sobre efectos de prácticas sexuales	243

4.4.3.17 Grupo temático Mitos sobre el baño y la Salud Sexual	244
4.4.3.18 Grupo temático Aborto	246
4.4.3.19 Grupo temático Embarazo	247
4.4.3.20 Grupo temático Tampón	248
4.4.3.21 Grupo temático Visita al Ginecólogo	249
4.4.3.22 Grupo temático Pecho	250
4.4.3.23 Grupo temático Himen	250
4.4.3.24 Grupo temático Fimosis	251
4.4.3.25 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por mujeres	252
4.4.3.26 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por hombres	253
4.4.3.27 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por mujeres que preguntan por hombres	255
4.4.3.28 Temas generales propuestos en el Seminario para realizar el Rol playing de una consulta enfermera	256
4.5 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS ESCRITAS.	265
4.5.1 PRIMERA PREGUNTA: QUÉ PUEDO HACER EN MI ACTIVIDAD COMO ENFERMERO TRABAJANDO EN UNA CONSULTA PARA ADOLESCENTES, A PARTIR DE LO APRENDIDO EN EL SEMINARIO.	265
4.5.2 SEGUNDA PREGUNTA: QUÉ HA APRENDIDO EN ESTE SEMINARIO	269
4.5.3 TERCERA PREGUNTA: CÓMO ME SENTÍ EN EL SEMINARIO	275
4.6 PROPUESTA CATEGORIAL PARA UN PROGRAMA DE FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	280
4.6.1 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES	282
4.6.2 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ IDENTIDADES SEXUALES	282
4.6.3 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ RELACIONES GENITALES	283
4.6.4 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ DISFUNCIONES SEXUALES	284
4.6.4 GRUPO CATEGORIAL 02 GENITALES MASCULINOS	286
4.6.5 GRUPO CATEGORIAL 03 GENITALES FEMENINOS	286
4.6.6 GRUPO CATEGORIAL 04 CICLO MENSTRUAL	288
4.6.7 GRUPO CATEGORIAL 05 MASTURBACIÓN	288
4.6.8 GRUPO CATEGORIAL 06 ANTICONCEPCIÓN	289
4.6.9 GRUPO CATEGORIAL 06 ANTICONCEPCIÓN/ HORMONALES	289
4.6.10 GRUPO CATEGORIAL 06 ANTICONCEPCIÓN/ CONDONES	291
4.6.11 GRUPO CATEGORIAL 07 PRIMERA VEZ EN UNA RELACIÓN GENITAL	292
4.6.11 GRUPO CATEGORIAL 08 SEXO ORAL	293
4.6.12 GRUPO CATEGORIAL 09 ORGASMO	293

4.6.13	GRUPO CATEGORIAL 10 EMBARAZO	294
4.6.14	GRUPO CATEGORIAL 11 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	295
4.6.15	GRUPO CATEGORIAL 12 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	296
5.	<u>ANÁLISIS DE HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</u>	<u>301</u>
5.1	DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	301
5.1.1	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 1	301
5.1.2	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 2	304
5.1.3	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 3	306
5.1.4	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 4	309
5.1.5	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 5	311
5.1.6	ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 6	313
5.2	ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	315
5.2.1	PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO	315
5.2.2	SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO	320
5.2.3	TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO	324
5.2.4	CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO	325
5.2.5	QUINTO OBJETIVO ESPECÍFICO	327
5.2.6	SEXTO OBJETIVO ESPECÍFICO	329
6.	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>333</u>
7.	<u>RECOMENDACIONES</u>	<u>337</u>
8.	<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	<u>341</u>
9.	<u>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y ANEXOS</u>	<u>347</u>
9.1	ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	347
9.2	ÍNDICE DE ANEXOS	348
11.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>361</u>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**AGRADECIMIENTOS
PRESENTACIÓN
ANTECEDENTES**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a María de los Ángeles, mi madre, quien me enseñó la importancia del cuidado de mí mismo y del servicio a los demás; gracias por su calor humano y ternura, por su energía vital y el calor de su teta, que aun siendo mayor me sirvió de almohada y de consuelo; por cubrirme de amor y demostrarme con su ejemplo el sentido de la solidaridad; por construirme respetuoso y servidor, y especialmente, por apoyarme en el descubrimiento de un principio de vida: aun en el desencuentro podemos construir junto a otros.

A Ana Luisa, amiga, cómplice, hermana, maestra y Directora: gracias por haberme encaminado por los rutas de la investigación y el ejercicio de escribir; por recalcar me sobre la importancia de formarme en el campo de la salud como una manera de consolidar mi experiencia de trabajo y por apoyarme para ello; por alegrarse ante mi solicitud de codirección de mi investigación y confesarme su espera silenciosa para que ello sucediera.

A mis hermanas y hermanos que me cobijan cada vez que se hace necesario, por alegrarse con mis logros y sufrir con mis tristezas, por sus oraciones y los pequeños regalos que me recuerdan mi tierra y hacen más cortas las distancias.

A Yolanda por sus oídos siempre dispuestos, por su calor humano y su complicidad; a Stella y Crisanto por hacerme retornar a la academia como estudiante, maestro e investigador; a Ricardo por acompañarme en el transito al exilio, por preocuparse continuamente por mi asilo político y por recordarme que aun cuando aquí me sienta bien, en mi país se me espera; y, gracias a Antonio que acude presuroso en mi auxilio, con cariño y solidaridad.

A María Mercedes, que además de ser mi Directora de investigación con todo lo que ello conlleva de trabajo, me ha abierto las puertas de su hogar y se ha preocupado por mi permanente bienestar emocional. A Ernesto por sus enseñanzas, críticas, colaboraciones y conversaciones que me han enriquecido y abierto los ojos a otras visiones y posibilidades.

Gracias al CEM -Centro de Estudios de la Mujer- de la Universidad de Alicante por su beca, que más que un aporte me permitió dedicarme con más tiempo y menos presiones financieras, a la primera parte de esta investigación, desarrollada para obtener el Diploma de Estudios Avanzados.

PRESENTACIÓN

El género, como categoría social, es una de las contribuciones teóricas más significativas del feminismo contemporáneo. Esta categoría analítica surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo el énfasis en la noción de multiplicidad de identidades.¹ Para Marta Lamas² el término género, que en 1949 aparece con Simone de Beauvoir, únicamente comienza a circular en las ciencias sociales y en el discurso feminista con un significado propio y como una acepción específica (distinta de la caracterización tradicional del vocablo que hacía referencia a tipo o especie) a partir de los años setenta. La categoría género se refieren no al sexo, sino a las conductas socioculturales y ecosistémicas consideradas propias de la mujer o del hombre. Los géneros se conforman a partir de la relación cultural e histórica de las identidades.

La “perspectiva de géneros” reconoce que las interrelaciones, interafectaciones e interdependencias que se dan entre los géneros y los tránsitos de género, en general son favorables, como grupo social, a los varones y para quienes transitan a la masculinidad y discriminatorias para las mujeres y para quienes transitan a la feminidad; son constitutivas de las personas atraviesan todo el entramado social, cultural y relacional y se articulan con otras relaciones sociales, económicas, profesionales y políticas, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual, profesión, oficio, trabajo o religión, determinando roles, identidades y valores.

El género requiere la búsqueda de sentido de las actitudes, prácticas y comportamientos de varones y mujeres como seres socioculturalmente sexuados. Según Lamas *“hay que comprender que la diferencia sexual es una diferencia estructurante, a partir de la cual se construyen no sólo los papeles y prescripciones sociales sino el imaginario de lo que significa ser mujer o ser hombre, por lo tanto no puede ser situada en el mismo nivel que el género”*. Se produce como hombre o como mujer, como masculino o femenino, porque como ella misma afirma *“mujeres y hombres son producidos por el lenguaje y las prácticas y representaciones simbólicas dentro de formaciones sociales dadas, pero también por procesos inconscientes vinculados a la simbolización de la diferencia sexual”*, productos y procesos que se reflejan en la formación profesional y en las acciones que de ella se derivan.

La profesión de enfermería presta un servicio a la comunidad y su función en la sociedad es la de dar respuesta a las necesidades de salud que ésta plantea. La actividad

de enfermería ha existido más o menos desde que el ser humano se vio en la necesidad de dar respuesta intuitiva para proporcionar ciertos cuidados que aseguraban la comodidad, bienestar del enfermo y a la necesidad de supervivencia del individuo. La enfermería moderna se empeña en conseguir la autonomía total y el control de la práctica por la propia profesión; sin embargo, las prácticas cambian en la medida en que cambian las identidades sexuales de los seres humanos y sus necesidades sociales, culturales, relacionales y de salud. En 1948, los delegados a la Primera Asamblea Mundial de la Salud se dieron cuenta de que para ampliar y mejorar los servicios sanitarios de un país era indispensable contar con un personal de enfermería más numeroso y más competente, apto, en suma, para desempeñar una serie de funciones muy variables³.

La enfermera Ana Luisa Velandia, considera que “la concepción de que el objeto de estudio de la medicina es el "hombre enfermo" es refutada por la práctica diaria y se acepta cada vez más el planteamiento de que el objeto de estudio de la medicina (entiéndase, ciencias de la salud), son los conceptos socialmente definidos de salud y enfermedad”.⁴

Continuando con la línea de Velandia, afirma la enfermera Consuelo Catalá que “una de las cosas más importantes que se debe propiciar en la formación de profesionales de la salud es el favorecer la inclusión de asignaturas que tengan que ver con la salud como vivencia positiva y no solo como prevención de la enfermedad”.⁵

Esto conduce necesariamente a entender que todo proceso formativo en ciencias de la salud debería estar fundamentado, entre otras, en las necesidades epidemiológicas de la sociedad, debido a que como lo afirma Velandia “los grandes cambios en las expectativas de vida, son una expresión sintética de los cambios que ocurren a nivel del **perfil epidemiológico** de la población”⁶.

En muy diversas sociedades y culturas, y a través del tiempo se ha asociado el acto de cuidar con el género femenino. Esta visión de la enfermería como profesión eminentemente femenina ha estado marcada históricamente por dos ideologías predominantes: una concepción religiosa sobre el cuidado y un discurso sexista sobre el rol social de la mujer.⁷ En la mayoría de sociedades industriales la enfermería es una profesión predominantemente de mujeres. Los profesionales de enfermería varones son minoría en todo el mundo.⁸ España no es ajena a la presencia femenina en la profesión, las mujeres representan el 83 % del total de profesionales.

Estudiar a la enfermería es en consecuencia un estudio de género. En este caso un estudio que se centra en la formación de enfermería en el cuidado de adolescentes, en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva y que permite reflexionar acerca de cómo el género puede influir en la Enfermería y la actividad profesional enfermera, un estudio que se justifica, por un lado, en la necesidad epidemiológica y culturalmente establecida de educar a los jóvenes para la sexualidad, y por el otro, en la idea de que la enfermería juega un papel fundamental en la construcción y vivencia integral de la salud de los seres humanos, que como seres sexuados se relacionan consigo mismos, con los otros y las otras de manera particular y con la sociedad en general.

La investigación en enfermería es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento de enfermería. La investigación constituye una parte vital de la práctica formativa y por ende beneficia directamente a los usuarios. A través de la investigación, enfermería puede documentar el costo efectividad de la formación enfermera.⁹

Generar procesos formativos cuyas innovaciones metodológicas y didácticas apoyen la formación de competencias finales del alumno, potenciado su responsabilidad y haciéndolo partícipe de manera activa en su proceso de aprendizaje, es una tarea fundamental de la práctica docente en la formación de profesionales sanitarios que permite optimizar los objetivos de aprendizaje, de ahí que este estudio se centre en este aspecto.¹⁰

El estudio pretende, además, apoyar la fundamentación de la respuesta a un debate, tan actual, como lo es la necesidad de formar tanto en la universidad y en la escuela a las y los adolescentes y jóvenes en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, bajo la consideración de que estos son elementos fundamentales para construir-se como personas, ciudadanos/as en ejercicio y sujetos/as de derechos que aportan en la construcción de la convivencia solidaria y democrática entre las y los seres humanos.

La presente investigación es un aporte a los estudios de género, dado que “los datos muestran que la Salud Sexual y reproductiva es el tema que más publicaciones acapara, y que la mayoría de estos estudios no incorpora el enfoque de género a sus análisis”¹¹.

La presente investigación se realizó en parte con los aportes de la beca otorgada al autor por el CEM Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante, curso 2008/2009.

ANTECEDENTES

Desde antes de haber decidido formarme en un doctorado relacionado con salud, mi interés investigador se centró en la relación cultura-salud. Mi acercamiento previo a la salud es eminentemente experiencial, ya que mi formación básica es como sociólogo, filósofo y actor, y mi formación completaría en educación y sexología.

Inicialmente me planteé formarme en Salud Pública, pues previamente había tenido algún acercamiento al tema como docente invitado al Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (2006). Al verme obligado a vivir en España por cuestiones políticas, me interesé en el Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados de la Universidad de Alicante y descubrí mi cercanía teórica, experiencial y emocional con este y tomé la decisión de formarme en él.

Mi experiencia investigadora, educativa y preventiva ha sido en las sexualidades, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva. Me apasionan, desde una perspectiva cultural, los temas relacionados con las minorías sexuales, el Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual; en especial me atrae conocer sobre cómo, por qué y de qué manera las personas entienden, explican y se emocionan con relación a su cuerpo, su salud y su sexualidad.

Inicialmente pensé en investigar sobre la comunicación enfermera con los usuarios latinoamericanos, analizando la relación de asistencia intercultural entre quienes tienen como lengua¹ materna el español, pero no tienen la misma lengua².

Por invitación de la profesora María Mercedes Rizo tuve la oportunidad de realizar una conferencia sobre la Comunicación efectiva en Salud Sexual y Salud Reproductiva: desde el Enfoque que utiliza AIDSCAP-FHI-USAID [Proyecto para el Control y la Prevención del Sida —AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) de Family Health International - Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)], actividad orientada a estudiantes que inician su segundo año de formación de enfermería en la Universidad de Alicante UA en la asignatura denominada Enfermería Materno-Infantil; en la actividad me sorprendió el bajo nivel de conocimiento que las y los estudiantes manifestaron sobre temas de sexualidad y Salud Sexual, que me motivó a conocer el currículo de la Diplomatura.

¹ Comprendida como idioma.

² Lengua se entiende como un sistema de comunicación verbal propio de una comunidad humana que vive en un espacio, tiempo, sociedad y cultura determinada.

Observé que la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva no formaban parte del programa de formación académica de las enfermeras en la UA. Esta información me convoca, primero, porque he visto la importancia que poseen en el currículo de formación de las enfermeras en América Latina; segundo, por mi experiencia directa: en Colombia he sido maestro invitado en cursos sobre estos temas, dirigidos a estudiantes de enfermería y medicina en las Universidades Nacional de Colombia, de Antioquia e Industrial de Santander, y en América Latina como formador e investigador en diferentes países en convenios realizados entre universidades y/o ONG y entidades del estado; y, tercero, porque creo que las/os enfermeras/os juegan un papel determinante en los procesos investigativos, educativos y preventivos orientados a los/as adolescentes, en tema de sexualidades, Salud Sexual y Salud Reproductiva.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



JUSTIFICACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

La salud de los jóvenes es un asunto de especial interés para cualquier observador de la sociedad española actual, afirman desde el Consejo de la Juventud de España. Los accidentes de tráfico, el Sida (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), los problemas de salud ligados al sexo, el consumo y el abuso de drogas y la conducta alimentaria, son un ejemplo de la diversidad y de la variedad de determinantes de la salud de los jóvenes. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales y culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un punto focal en salud pública. La sociedad de hoy está interesada por los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud.¹²

En 1996 King y Mendoza consideraban, al igual que se piensa hoy, que hablar de problemas de salud de los jóvenes es hacerlo, sobre todo, de Sida, accidentes de tráfico, problemas de salud relacionados con la sexualidad, el consumo y abuso de drogas y la alimentación. A pesar de las necesidades formativas en sexualidad, educación en salud sexual y salud reproductiva, poco se forma al respecto a los jóvenes y adolescentes en universidades y escuelas, por otra parte los estudios se han centrado en investigar sobre la opinión de los jóvenes con relación a la educación en salud o sexualidad y sobre cuáles son sus demandas, pero no en cómo son satisfechas en la institución educativa.

1.1 LAS MUJERES JÓVENES COMO SUJETOS DE LAS ACCIONES

Por siglos, la mujer embarazada recibió atención sólo en el momento mismo del parto, con la creencia de que aquello era suficiente. Esta concepción se modificó primero, al reconocer la importancia de la fase prenatal; segundo, al dar importancia a las condiciones en que la mujer vivía su sexualidad; y tercero, al reconocer a la mujer como sujeta de derechos. Como consecuencia se introducen en la Salud Sexual y la Salud Reproductiva conceptos relacionados con la autodeterminación, tales como el derecho a la decisión sobre la procreación y la elección de métodos para prevenirla. Seguidamente, elementos como el placer y la satisfacción sexual adquieren un papel preponderante en la formación integral para la sexualidad.

Al comprender a la persona humana como sujeto relacional, se potencializa el trabajo de educación para la sexualidad, también en los hombres, y se amplían los conceptos de derechos reproductivos a derechos sexuales y éstos pasan a ser derechos de mujeres a serlo de ambos; simultáneamente las necesidades preventivas derivadas de

la pandemia del sida obligan al reconocimiento de las diversidades sexuales, especialmente de las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género.

La ILGA -International Lesbian and Gay Association- considera que la preocupación por la salud de los hombres aumentó gracias a la atención que se dio al Sida en todo el mundo. Las necesidades sanitarias de lesbianas y mujeres bisexuales apenas se cubren; incluso hoy día se investiga y previene poco la transmisión del Virus de la Inmuno deficiencia Humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ETS) entre dos mujeres, en comparación con la investigación y la prevención hecha cuando se trata de hombres gay. Esto da lugar a la creencia entre lesbianas y mujeres bisexuales de que son inmunes a las infecciones de transmisión sexual cuando tienen relaciones sexuales genitales con otra mujer.¹³

Informa ONUSIDA en el 2004, que en las relaciones heterosexuales sin protección, la mujer tiene el doble de probabilidad de contraer el VIH de un amante infectado que un hombre de una amante con VIH. A esto se añade el hecho de que, además de su mayor vulnerabilidad biológica, las mujeres adolescentes y mayores son especialmente vulnerables al VIH a causa de la desigualdad de género. La desigualdad sexual de las mujeres pone en peligro sus vidas, y es preciso tener en cuenta los temas de género a la hora de diseñar programas de atención y prevención del VIH.¹⁴

1.2 ESTUDIOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS/OS ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES

Los estudios de este orden demuestran que las/os adolescentes inician cada vez más temprano su vida sexual, que vivencian su vida sexual genital de manera activa, que lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el Sida y el embarazo adolescente. Los resultados asimétricos presentes en los estudios sobre sexualidad realizados con jóvenes mujeres y hombres demuestran una mayor morbilidad física y mental en ellas, por tanto, se hace necesaria la introducción de procesos informativos, educativos y preventivos relacionados con la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva orientados a mujeres, mejorando en concreto las implicaciones que esto tiene en su bienestar, en los procesos afectivos y de socialización y en la calidad de vida.

Diferentes acciones de promoción, prevención y estudios con jóvenes y adolescentes se realizan en el tema de Salud Sexual y reproductiva, sin embargo llama

la atención que una buena parte de ellos están integrados a proyectos, programas y acciones relacionadas con la infección por VIH/sida.

Entre los estudios recientes con jóvenes se destacan el Estudio Salud y Juventud (ESJ) realizado por el Consejo de la Juventud de España¹⁵; la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS)¹⁶ en España; el Informe Juventud en España (IJE) publicado en 2004; el estudio (AyR) “Adolescencia y riesgo: un estudio comparativo en tres comunidades autónomas”, subvencionado por el Plan Nacional de I+D+i, del Ministerio de Ciencia e Innovación entre los años 2006 y 2008; y, la Serie 1981-2007 Sida del Instituto de Salud Carlos III y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE)¹⁷. Otros estudios que proveen información sobre la población en general son: la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) 2005¹⁸, la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 y la Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana.

En el *Estudio Salud y Juventud* realizado por el Consejo de la Juventud de España¹⁹, con una muestra de 1.693 jóvenes entre los 13 y los 29 años (49,7% varones y 50,3% mujeres), se afirma que hablar de los problemas de salud de los jóvenes es hablar sobre todo de accidentes de tráfico, de Sida y de problemas de salud relacionados con la sexualidad, el consumo de drogas y la alimentación. Pero también es hablar de otros temas que causan menos alarma social, como la actividad física, la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables. El estudio informa que la mayor parte de los jóvenes (90,3%) declara que su salud es buena o muy buena.

No se observaron diferencias significativas respecto a la edad, sexo o ámbito en cuanto al inicio de los jóvenes en las relaciones sexuales con penetración, los jóvenes de menos edad iniciaron sus relaciones más temprano que los que tienen más de 18 años; de estos últimos, el 8% ha declarado tener a diario relaciones sexuales con penetración, el 38% al menos una vez a la semana, el 9% al menos una vez al mes y el 27% esporádicamente. Aun cuando declaran que para ellos (70%) era fácil tener un preservativo a mano en el momento de tener una relación sexual con penetración, el 46,5% no utilizó el preservativo en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración. La situación afectiva de los jóvenes varía con la edad, el sexo y el ámbito, observándose una mayor estabilidad de pareja por parte de las chicas respecto de los chicos, especialmente en el medio rural.

Se ha observado un nivel global de conocimientos sobre la prevención del embarazo menor que el nivel de conocimientos sobre la prevención del VIH/Sida en los jóvenes rurales respecto a los urbanos, mientras que el nivel de conocimientos sobre la

prevención del VIH ha sido homogéneo en todos los grupos. Por otra parte, sólo entre el 30 y el 40% de jóvenes afirma que el preservativo femenino, el DIU o el diafragma son útiles para prevenir el embarazo. Consideran que la marcha atrás es un método eficaz para prevenir el embarazo: una de cada cuatro chicas urbanas menores de 18 años afirma que la marcha atrás es útil para prevenir el embarazo.

El embarazo adolescente es frecuente: el 20,4% de las chicas rurales y el 10% de las chicas urbanas de 18 años en adelante han estado alguna vez embarazadas; el 2% refiere haber tenido Interrupción voluntaria del embarazo.

Antes de los 18, las chicas urbanas están interesadas especialmente en la prevención de los riesgos asociados a la sexualidad, en lo que es normal y anormal en sexualidad y en la relación entre sexualidad y afectividad. Las chicas rurales y los chicos de cualquier ámbito, sin embargo, están más interesados en aprender sobre anatomía y fisiología del cuerpo humano y sobre habilidades para hablar sobre sexualidad. A partir de los 18 años, en el medio urbano, el mayor interés se orienta hacia las actitudes positivas y plurales ante la sexualidad. En el medio rural, en cambio, las preferencias no se modifican con respecto a los más jóvenes. Por otra parte, el 3,4% de los hombres y el 2,0% de las mujeres de 15 a 29 años declaran haber tenido relaciones con personas del mismo sexo, en los últimos 12 meses.²⁰

Al preguntarles a los jóvenes a quién acudirían si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad, la opción más señalada ha sido los amigos, y la segunda los padres. Entre los jóvenes menores de 18 años, los procedentes del medio rural han señalado que acudirían en primer lugar a sus padres. A partir de los 18 años, aunque los amigos siguen siendo la primera fuente a la que consultarían, el porcentaje de jóvenes que acudiría a los Centros de Planificación Familiar se incrementa en todos los grupos, así como quienes acudirían al ginecólogo en el caso de las mujeres y quienes acudirían al médico general en el caso de los varones. En cambio, cuando se les ha preguntado a quién les gustaría acudir, la más señalada ha sido los padres, si bien entre los jóvenes de 18 años en adelante, una de cada cuatro mujeres ha declarado que le gustaría ir al ginecólogo y entre un 10 y un 20% ha dicho que les gustaría acudir a un Centro de Planificación Familiar. Además, entre el 1 y el 4% de los jóvenes han señalado los teléfonos de orientación sexual.

La *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS)* ²¹ en España, realizada por el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad en 2003, informa que en ambos sexos se observa un adelantamiento de la edad de inicio de las relaciones sexuales a

medida que disminuye la edad y que esto es más marcado en el caso de las mujeres; se ha situado este punto de corte en los 16 años. Se observa que la proporción de personas que ha tenido relaciones a una edad precoz es el doble en los hombres (16,1%) que en las mujeres (8,1%); tanto en ellos como en ellas y en todos los grupos de edad se observa una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales a medida que disminuye el nivel de estudios. El 80% de la población tiene su primera relación sexual entre los 15 y 23 años, un 10% con 15 años o menos y otro 10% con 23 años o más; un 3,9% de los hombres y un 2,7% de las mujeres manifiestan haber tenido, en algún momento de su vida, relaciones con alguien del mismo sexo.

Hay una tendencia a adelantar la edad de inicio de las relaciones sexuales: la creciente proporción de mujeres (8,1%) y, sobre todo, de hombres (16,1%) que tienen su primera relación sexual con penetración, con 15 años o menos, indica la necesidad de iniciar la promoción y la educación para la Salud Sexual desde la enseñanza primaria, así como de intensificar los programas educativos dirigidos a jóvenes en situaciones de alto riesgo.

El veinte por ciento refiere más de una pareja sexual en los últimos 12 meses; esta frecuencia disminuye a medida que aumenta la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. Aunque se trata de una conducta marcadamente masculina, se advierte que la distancia entre hombres y mujeres se atenúa en los más jóvenes, debido fundamentalmente al cambio generacional que se ha producido en las mujeres.

En las “Orientaciones para la acción” de la ESHS se afirma que el elevado porcentaje de personas que actualmente cambia de pareja o tiene más de una pareja, junto con el uso creciente pero limitado del preservativo, requiere una mayor intensidad en los programas y medidas de prevención y detección precoz de la transmisión sexual del VIH. En lo relativo al número de parejas, en España los hombres tienen un mayor riesgo de contraer y de transmitir el VIH; no obstante, la transformación que se está produciendo en las conductas sexuales de las mujeres en cuanto al número de parejas y su mayor vulnerabilidad biológica y social requieren abordar los condicionantes de género que constituyen obstáculos para la práctica de conductas sexuales más seguras.

El 27,3% de los hombres que habían tenido relaciones sexuales manifestó que alguna vez en la vida pagó por mantenerlas y el 6,7% lo hizo en los últimos 12 meses; no se observan diferencias por grupos de edad si la conducta se refiere a este mismo periodo. El nivel de estudios marca diferencias en todos los grupos de edad,

observándose que el uso de prostitución a lo largo de la vida o en los últimos doce meses es más frecuente en los hombres con nivel de estudios medio o bajo.

El 56,6% de la población de 18 a 49 años ha utilizado el preservativo en la primera relación sexual. Las diferencias por sexo no son muy destacadas, pero en todos los grupos de edad las mujeres presentan unos porcentajes ligeramente superiores de uso; las diferencias por grupo de edad son muy marcadas, siendo esta conducta mucho más frecuente entre los más jóvenes (79,6% de los casos) y disminuyendo hasta el 31,5% en los mayores de 40 años. En casi tres de cada cuatro ocasiones era el hombre el que llevaba el preservativo que se empleó en ese primer encuentro con una nueva pareja. Esto supone que en el último año 1.162.200 de personas han podido estar expuestas alguna vez al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual.

A las personas que no habían utilizado preservativo en el primer encuentro sexual con una nueva pareja se les preguntó por la razón que les llevó a tomar esa decisión. Los principales motivos citados difieren algo entre hombres y mujeres. En las mujeres el uso de otro método anticonceptivo es el argumento para no protegerse. Las principales razones aducidas para no haber usado condón están relacionadas con la baja percepción del riesgo, la no disponibilidad de preservativo y la falta de comunicación. Entre las opiniones positivas acerca del uso del preservativo, la seguridad del método está mucho más extendida (82,3%) que el disfrute resultante de dicha sensación (50,9%).

En el estudio *“Adolescencia y riesgo: un estudio comparativo en tres comunidades autónomas”*, subvencionado por el Plan Nacional de I+D+I, del Ministerio de Ciencia e Innovación entre los años 2006 y 2008, el 18 por ciento de los adolescentes madrileños ha tenido relaciones sexuales coitales a los 14 años, como edad media; estas relaciones aumentan con la edad. Además, el 93 por ciento de los que tuvieron relaciones sexuales en el último año usó algún método anticonceptivo y el 76 por ciento dijo haber recibido información sobre sexualidad.

En promedio un 5% de los hombres y las mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida afirmó haber sido diagnosticado de alguna infección de transmisión sexual (excluyendo micosis y hepatitis B).

Un tercio de la población califica de satisfactoria la comunicación con sus padres acerca de temas sexuales y otro tercio manifiesta no haber tenido comunicación alguna sobre estas cuestiones. En esta polarización tan marcada no se observan diferencias por sexo pero sí, y muy claramente, por grupos de edad. No obstante, la comunicación con

los padres y las madres parece haber sido más fácil para los más jóvenes, ya que más de la mitad declaran sentirse satisfechos.

Al preguntar por las fuentes de información que habría preferido tener para aprender acerca de temas sexuales, la principal fueron los padres (53%), seguida a distancia por profesionales sanitarios y educadores (25,7%) y en tercer lugar se sitúa a los hermanos o amigos (12,7%). La predilección por los padres como fuente de información es algo mayor en las mujeres que en los hombres, esta diferencia por sexos se observa en todos los grupos de edad; en las mujeres la preferencia por los padres aumenta con la edad. En ambos sexos y en todos los grupos de edad, la preferencia por los padres es mayor en las personas con menor nivel de estudios.

La mayoría de los jóvenes (75%) ha ido al médico al menos una vez en el último año, porcentajes similares a los obtenidos en la última Encuesta nacional de sexualidad ENS (79% de los jóvenes entre 16 y 24 años) y en otros estudios realizados en Cataluña, donde el 80% de los adolescentes de 14 a 19 años habían visitado el médico en el último año²². Dado que la gran totalidad consulta al médico de Atención Primaria, éste se podría convertir en un elemento clave de la promoción de la salud en la población joven, como ya viene siendo sugerido por diversos autores en España, entre ellos Casado²³ y en el ámbito europeo, the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education²⁴. La mayoría de los jóvenes, el 82%, ha declarado no tener dificultades para ir al médico, sin embargo, los jóvenes del estudio no identifican al médico como tal consultor.

Según la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2005*²⁵, la primera causa de hospitalización de mujeres en España correspondió a las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, representando un 24% del total. Dentro de este grupo, el mayor número de altas se produjo como consecuencia de los cuidados del embarazo, trabajo de parto y parto (27%), seguido de las complicaciones del embarazo (26%), las complicaciones del parto (20%) y el parto normal (16%). La creciente participación de este grupo en el total de las altas hospitalarias es acorde con la evolución del número de nacimientos en España que, en 2004 y 2005, ha alcanzado en términos absolutos sus valores más altos desde 1990.

Conforme el *Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología*²⁶, los casos notificados por enfermedad y periodo en el 2007, fueron para Sífilis: 1.936; Infección gonocócica: 1.698; Hepatitis B: 931; Sífilis congénita: 19.

Otros estudios demuestran que entre los 11-12 años, un 14% de los adolescentes mantiene relaciones sexuales completas y un 38% tiene fantasías sexuales.²⁷ La edad media de la primera experiencia sexual se cifra en 16,5 años.²⁸ Entre los métodos preferidos por los adolescentes valencianos en materia anticonceptiva destaca el preservativo como método de elección (94%), seguido del coito interrumpido (22,6%) y los anticonceptivos orales (19,6%).²⁹

Uno de cada 10 adolescentes menores de 20 años “sufre” un embarazo no deseado, siendo la proporción de aborto sobre embarazos de un 45% en el año 2001, lo que supone un problema en el plano médico-social en España. El Informe de la juventud en España del año 2004, sitúa la media de edad del embarazo adolescente en 19,6 años, y el 75% del embarazo adolescente se da entre los 15-21 años.

1.3 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL 2009

La Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009³⁰, se ha llevado a cabo por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Contempla el objetivo de “Realizar una encuesta para generar conocimiento sobre la Salud Sexual en mujeres y hombres útil para identificar las necesidades de información y atención sanitaria existente”.

El aspecto más novedoso de la ENSS es la inclusión del enfoque de género en su diseño. En este campo de investigación supone un salto cualitativo desde el diseño de la metodología de recogida de la información hasta el análisis de los datos, más allá de las diferencias sexuales.

Ámbito Poblacional: personas a partir de 16 años residentes en viviendas familiares principales. Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal en los domicilios; Ámbito Geográfico: Nacional; Ámbito Temporal: del 17 de noviembre de 2008 al 29 de enero de 2009. Trabajo de campo: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); Tamaño de la muestra: diseñada: 10.000 entrevistas, realizada: 9.850 entrevistas.

Algunos de sus resultados son los siguientes: el tipo de prácticas sexuales referidas son bastante similares para ambos sexos e incluyen fundamentalmente besos y caricias (casi el 90%), sexo vaginal para casi la mitad de las mujeres (48%) y los

hombres (46,6%), seguido de masturbación mutua y sexo oral, aproximadamente 10 puntos porcentuales más en los hombres que en las mujeres en ambas respuestas.

En general, los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres. La edad media de inicio para los hombres es de 1718 años, seguida de 1516. Las mujeres también inician en 1718 años siendo en cambio la segunda respuesta 2125 años con un 20,8% de los casos. En cuanto a la persona con la que iniciaron sus relaciones sexuales: los hombres se dividen entre la pareja estable y una pareja ocasional, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con su pareja estable en un 85,6% de los casos. El 5,3% de los hombres refieren haber iniciado sus relaciones sexuales pagando a otra persona.

Cerca del 40% de los hombres y mujeres no han utilizado ninguna protección para la prevención de embarazos en las primeras relaciones sexuales; un 25% refiere no haber utilizado ningún método por no ser necesario. En las y los jóvenes (16 a 34 años), el porcentaje de quienes no usaron ninguna protección no alcanza el 15%, tendencia que por cohorte ha mejorado mucho. El preservativo masculino sigue siendo el método barrera más utilizado por ambos sexos. El 8,1% de la población utiliza la “marcha atrás” para prevenir embarazos.

Sobre la píldora de emergencia, el 0,5% de la población refiere haberla usado en su primera relación sexual, uso que se concentra en la población joven (16 a 34 años), siendo el 1,7% de los casos. Las mujeres asumen 7,7 puntos porcentuales más de riesgo ante una infección de transmisión sexual. Sin que se observen diferencias por sexo en la población joven, el 20% no usó ninguna protección. El uso del preservativo femenino como método de protección de ETS es del 2%, en el 1,1% de los casos es empleado como método de prevención ante embarazos.

Los besos, caricias y la penetración vaginal son las prácticas mayoritarias. Existe una mayor diversidad de prácticas sexuales en las experiencias recientes en comparación a las primeras. La masturbación mutua y el sexo oral tienen mayor presencia en los hombres que en las mujeres. El 22% de las mujeres y el 12% de los hombres no han tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses., entre estos, el 21,8% han sido mujeres y el 12,35% hombres, se refiere como causa preponderante en las mujeres la viudedad, mientras que en los hombres es la falta de deseo, que además aparece como motivo a partir del intervalo de 25 a 34 años (2,2%).

El 35% de la población mantiene relaciones sexuales cada dos o tres días. Tanto mujeres como hombres (31%) refieren una frecuencia de una vez a la semana. Un

75,6% de los hombres mantienen relaciones sexual con una sola persona, el 25% restante tiene un número mayor que uno de parejas sexuales. El 89,4% de las mujeres refieren una única pareja sexual y un 4% informa de dos parejas sexuales; el 22% de los hombres y 9% de las mujeres han mantenido relaciones genitales con parejas esporádicas u ocasionales.

El uso de métodos anticonceptivos con la pareja estable se sitúa de media en torno al 53%. Un 50,4% en hombres y un 55,5% en mujeres que refieren usarlos siempre o casi siempre. El 6,9 % de las chicas jóvenes con pareja estable no han hecho uso de los métodos anticonceptivos en los últimos doce meses. Los métodos más utilizados con la pareja estable son el preservativo masculino (ellos) y la píldora (ellas).

El uso de preservativos es mayoritariamente el fruto de una decisión negociada en la pareja (se toma conjuntamente). Los datos reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, el 24% de ellas y el 13% de los hombres afirma que lo deciden sin contar con la pareja, tendencia que se aplica a todas las edades.

El 53% de hombres y el 55% de mujeres nunca utilizan métodos de prevención de ETS con sus parejas estables. De entre quienes lo hacen, el 90% utilizan el preservativo masculino. En relación a los datos obtenidos en prevención de embarazos, los hombres aumentan en 3,5 puntos porcentuales el hecho de haber tomado solos la decisión del uso de métodos de prevención de ETS. En el caso de las mujeres disminuye en 11,6 puntos porcentuales frente a investigaciones anteriores. Se observa como para ambos sexos la opción de decidirlo conjuntamente aumenta en las edades más jóvenes. Se incrementa el uso de anticonceptivos hasta el 75% para ambos sexos respecto a las parejas estables. El 16% de los hombres y el 12% de las mujeres indican no haber usado ningún método para prevenir ETS. Un 22,2% de los hombres y un 18,6% de las mujeres no se protegen de las ETS en sus relaciones esporádicas u ocasionales.

Un 32% de los hombres y 0,3% de las mujeres ha pagado al menos una vez en su vida por tener relaciones sexuales. Los hombres lo han hecho en un 92,3% de los casos a mujeres y 1,1% de los casos a otros hombres. El 2,9% de los hombres y el 0,6% de las mujeres afirman haber recibido algún pago por mantener relaciones sexuales. El 60,7% de ellos han tenido “clientes” femeninos, y un 9,3% clientes masculinos; el 0,6% de mujeres han recibido algún pago por mantener relaciones sexuales, el sexo de sus “clientes” es mayoritariamente masculino. El 21,8% de las personas que pagan por tener sexo son transexuales.

El 5,2% de las mujeres encuestadas declaran haber sufrido abusos sexuales y/o violaciones, al igual que el 1,7% de los hombres. De esos hombres, un 67,1% de ellos han sido abusados y/o violados por otros hombres y un 25,3% por mujeres. Igualmente, un 11,2% de las mujeres refieren haber sido abusadas y/o violadas por otras mujeres. En los hombres, un 46,8% (37) refieren haber sufrido los abusos por parte de un conocido/a y un 22,8% por un desconocido/a. De las mujeres, un 25% han sido abusadas por familiares y un 27,0% por conocidos/as. En consonancia con la prevalencia de la violencia de pareja que existe en España, el 20,7% de ellas han sido abusadas por sus parejas estables. Un 3,5% de los hombres encuestados afirman haber mantenido relaciones sexuales contra su voluntad; el dato asciende a un 7,4% en el caso de las mujeres. De estos hombres, un 55,8% tuvieron relaciones sexuales contra su voluntad con mujeres y un 13,5% con otros hombres. De entre las mujeres, el 91,9% tuvieron esas relaciones con hombres.

El 94% en ambos sexos definen que su atracción sexual es hacia “personas del otro sexo”. En la opción “habitualmente me atraen personas del mismo, de otro sexo, o indistintamente” se sitúan el 3% de los hombres y el 4% de las mujeres. Los hombres declaran tendencias “homosexuales” en un 1,6% y las mujeres en un 0,5%, mientras que en la opción “habitualmente me atraen personas del otro sexo”, las mujeres duplican el porcentaje de los hombres.

El 86,3% del total de los hombres están “muy de acuerdo” o “bastante de acuerdo”, con la afirmación “la sexualidad es necesaria para el equilibrio personal”; el 78,4% de las mujeres opinan lo mismo. Hombres y mujeres presentan un orden similar a la hora de seleccionar las características personales que influyen en el deseo de otras personas, aunque diferencias en cuanto a magnitud; las mujeres distribuyen más sus preferencias entre una variedad de características físicas, de personalidad y relacionales (ninguna de las opciones presentadas es señalada por más del 20% de ellas); los hombres se concentran más en las características físicas de la persona deseada.

El 84% de los hombres y el 42,7% de las mujeres sienten placer después de su primera relación sexual; el 33,3% de ellas y el 2,9% de ellos sintieron dolor. Tanto ellas como ellos, un 19,7 y un 10,3% respectivamente, no han tenido ninguno de estos dos sentimientos.

Un 60,2% de hombres y un 54,5% coinciden en valorar como buena la información que tienen sobre sexualidad; esta es “Mala” y “muy mala” para el 10,5% de ellas y el 7,9% de ellos. En cuanto a las fuentes de información preferidas, la primera

elección es la familia: los hombres prefieren al padre y las mujeres a la madre.

Solamente un 12,7% los hombres prefieren a la madre; de ellas, un 2,4% a los padres.

Las personas encuestadas que han buscado ayuda, hombres y mujeres han utilizado recursos que muestran un patrón de elección muy similar: la mayoría (en torno al 60%) menciona haber recurrido a profesionales, seguido de amigos (el 25% de los chicos) y amigas (el 21% de las chicas), la pareja (11% de las mujeres y 7% de los hombres) y la madre en el caso de las chicas (26%) y chicos (23%) de 16 a 24 años. Se observan claras diferencias por sexo en estos ítems: los hombres acuden a “medicina de familia” (42%), “urología” (27%) y “psicología” (21%). Las mujeres acuden a “ginecología” (42%), “psicología” (31%) y “medicina de familia” (30%). Respecto a los lugares donde hombres y mujeres fueron a consultar sobre su Salud Sexual, se constata el uso hospital, lo hacen 22,9% de ellos y 15% de ellas.

1.4 ESTUDIOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS/OS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

El estudio “*Diferencias de género en motivación sexual*”³¹ analizó a través de un relato ficticio la intención de conducta, así como los motivos atribuidos al personaje, masculino o femenino, para implicarse o no en una relación sexual. La muestra está compuesta por 505 adolescentes de ambos sexos (59,2% chicas y 40,8% chicos), con edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, con una media de edad de 16,3. La muestra fue seleccionada en cinco de los trece centros de enseñanza secundaria de Elche (Alicante).

En este estudio los chicos extreman los aspectos físicos del encuentro sexual, tales como el placer, la excitación o el atractivo físico de la pareja potencial, así como la limitación de recursos (p. ej., no dejar pasar una oportunidad), como motivos por los que se implicarían en un encuentro sexual. Por el contrario, las chicas extreman la importancia de las condiciones afectivas y relacionales en las que se va a dar el encuentro sexual como motivo principal para implicarse en una relación sexual, en consonancia con otros ámbitos relacionales.

El mensaje de la prevención ha calado, transformando especialmente la intención de comportamiento entre los varones. No obstante, la lógica de la diferencia de género se mantiene en los mismos términos a lo observado en estudios previos; si las chicas se sienten menos interesadas por el sexo es porque éste plantea un riesgo para su salud fácilmente identificable como es el embarazo. La motivación intrínseca a la que aluden

los varones revela la creencia en un mayor impulso masculino: el placer, no poder parar, la excitación, complacer a la pareja... todos ellos lugares comunes en la construcción del ideal sexual masculino.

Existe un efecto de género en la intención de comportamiento sexual de riesgo. En primer lugar, se destaca la existencia de un porcentaje, un 20%, mayoritariamente formado por chicas, que indican la calidad de la relación como razón para decir que no al encuentro sexual. La idea de que el amor protege, como ha sido sugerido por numerosos investigadores, puede estar organizando parte del comportamiento preventivo de las chicas adolescentes, siendo menor la prevención cuanto mayor es la implicación amorosa. Para los varones no dejar pasar una oportunidad de experimentar la sexualidad puede actuar como un elemento importante de motivación sexual masculina; ellos perciben menor riesgo que las chicas, a pesar de invocar más el riesgo del Sida, mostrando un sesgo de invulnerabilidad, como si protegieran su propia conducta o su propio guión de conducta sexual.

El estudio “*Conocimiento de los adolescentes sobre Salud Sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos*”³² tuvo como informantes a adolescentes de 15-18 años estudiantes de tres institutos de enseñanza secundaria (43,3% chicos y 56,7% chicas) de una edad media de 16,3 años. El estudio revela desconocimiento en relación a los métodos anticonceptivos (30%); criterio favorable al aborto (88%), y una baja concienciación respecto a la gravedad e importancia de las ETS. Las relaciones de pareja son valoradas como absorbentes (25% de los casos) y la visión del sexo opuesto es considerada como regular o negativa (50%).

Del estudio se deduce la necesidad de una educación integral para la sexualidad tanto desde los sistemas educativos como de la familia, en pro de una adecuada Salud Sexual del adolescente, fuente de realización personal del mismo.

1.4.1 SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

La *Calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios de la Universidad de Alicante*³³ fue estudiada en el 2000 por los Departamentos de Psicología de la salud y de Enfermería. Es el último apartado del cuestionario de la encuesta en la UA se abordó el tema “*Sexualidad y comportamiento sexual*” por medio de un bloque de 11 preguntas que indagan sobre comportamiento sexual, prácticas de riesgo o seguridad sexual y enfermedades de transmisión sexual. La muestra fue 43,5% varones y

56,5% mujeres, para un total de 527 estudiantes de toda la universidad. En enfermería la muestra fue del 2,7% y su población corresponde al 2% de la universidad. La mediana de edad es de 22 años y la media es un año mayor.

La gran mayoría de los estudiantes son solteros, pero casi la mitad mantiene relaciones de pareja. Menos del 5% tiene algún hijo, existiendo diferencias entre varones y mujeres, siendo más frecuente entre éstas. El mayor volumen vive con sus padres y menos del 7% vive con su pareja; las mujeres comparten con mayor frecuencia un piso con compañeras o con su pareja y menos con sus padres que los varones.

No existe diferencia significativa por sexos a la hora de tener relaciones sexuales. Del total de estudiantes que responde a esta pregunta, el 70% declara haber tenido relaciones sexuales. Las mujeres en todos los grupos de edad iniciaron su vida sexual activa más temprano que los hombres. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses, no se encontraron diferencias por género. A lo largo de los últimos tres meses, cerca del 20% de los estudiantes que contestan esta pregunta no ha mantenido ninguna relación sexual. Una vez al mes suele ser una práctica en el 13,7%; 18%, dos o tres veces al mes; 22%, una vez a la semana; 3% casi diariamente, y cerca del 1% mantiene relaciones sexuales a diario.

Casi en su totalidad quienes responden sobre el número de parejas sexuales durante el último año afirma que únicamente han mantenido relaciones sexuales con una pareja. El arco de variación oscila entre 0 y 54 parejas. Tanto la media aritmética, como la moda y la mediana es 1. Los varones refieren haber tenido más parejas sexuales distintas en comparación con las mujeres, si bien la diferencia es pequeña.

El uso del preservativo en un primer contacto sexual con una nueva pareja es una práctica frecuente entre las personas que mantienen relaciones sexuales. Los resultados muestran que son los varones los que hacen un mayor uso de este método cuando mantienen un primer contacto sexual; la respuesta fue nc/na para el 38,0% de los y las encuestados/as.

Casi el 60% de las mujeres nunca se ha hecho un análisis citológico, y sólo el 15% lo solicita o requiere con regularidad. Gran parte del colectivo de los estudiantes, más del 80%, nunca se ha hecho la prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La donación de sangre constituye el momento más frecuente de tener información y resultados sobre la misma. Menos del 3% se ha realizado la prueba del Sida por otros motivos. No existen diferencias por género.

Alrededor del 15% de los estudiantes no contesta a estas preguntas. Las infecciones por hongos y por clamidias, tricomonas, etc., suelen presentar una prevalencia del 5% en el colectivo de estudiantes, siendo su declaración mucho más frecuente por las mujeres.

1.5 SIDA

1.5.1 EN ESPAÑA

Tabla 1.- Casos de Sida en España

SIDA Casos por categoría de transmisión, indicador y año de diagnóstico.	
Serie 1981-2009. Actualización 30/06/2009	
	TOTAL (1981-2009)
Total	77.953
Homo/bisexual	10.955
UDVP	47.852
Hemoderivados	815
Transfusión	386
Madre - Hijo	941
Heterosexual	13.175
Otros / N.C.	3.829

Según INEbase, hasta el 30 de junio de 2009 en la comunidad valenciana el total de casos de Sida es de 77-953. El mayor volumen de casos lo representan los usuarios de drogas endovenosas, que suman 47.852 personas. Las personas heterosexuales suman 13.175 casos; los homo-bisexuales representan 10.955 casos.³⁴ El número de casos acumulados por

sexo según la Serie 1981-2009, actualización a 30 de junio de 2009, es de 62.287 varones y de 15.666 mujeres.³⁵

1.5.2 EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

INEbase informa que la Comunitat Valenciana ha registrado en los últimos 30 años el diagnóstico de 6.178 casos de Sida, dato que sitúa a esta comunidad en cuarto lugar por incidencia solo por detrás de Madrid, Cataluña y Andalucía. El número de casos acumulados por sexo en la Comunidad Valenciana, según la Serie 1981-2009. Actualización a 30 de junio de 2009, es de 4.823 varones y de 1.355 mujeres.

El número de casos por sexo teniendo como año de diagnóstico el 2009, es de 1464; de ellos 1.143 son varones y 321 mujeres.

Los hospitales de la Comunidad atienden actualmente a más de 8.270 personas afectadas por el VIH. Respecto al mecanismo de infección de los casos sida, la vía más frecuente es la transmisión sexual, aunque todavía es importante en hombres la

transmisión por consumo de drogas intravenosas, ya que supone el 39% de los casos, según datos 2008-2010.

Durante 2009 se han realizado 265.409 pruebas en toda la Comunidad. Aunque el número de transmisiones por VIH se ha estabilizado a la baja, como en el resto de España, se detecta un ligero repunte en la población homosexual.³⁶

1.5.3 JÓVENES, SIDA Y RIESGO

Tabla 2.- Casos de sida en Jóvenes, en España

Casos de sida en España en jóvenes por grupos de edad	
Serie 1981-2009. Actualización a 30 de junio de 2009.	
Edad	Valor absoluto
De 13 a 14 años	49
De 15 a 19 años	452
De 20 a 24 años	4.653
De 25 a 29 años	16.224
De 30 a 34 años	21.564

El número de casos acumulados en jóvenes por grupos de edad según la Serie 1981-2009, actualización a 30 de junio de 2009, muestra que el grupo etario más afectado es el de los jóvenes de 30 a 34 años que suman 21.564 casos, seguido del grupo de 25 a 29 años

que cuenta con 16.224 casos y en tercer lugar el de 20 a 24 años que está conformado por 4.653 casos de sida.³⁷

Frecuentemente al hablar de salud y sexualidad con relación a los jóvenes, los estudios suelen referirse a conductas con riesgo, pero igualmente poco se profundiza sobre los factores asociados a una sexualidad juvenil saludable.

La aparición del Sida propició la introducción de la educación sexual en las escuelas españolas, aun cuando esta educación se centraba en la importancia del uso del preservativo o de la abstinencia sexual. Los programas de salud y sexualidad dirigidos a adolescentes³ y jóvenes⁴ tienen una historia reciente, relacionada con las políticas internacionales, especialmente con la Conferencia de El Cairo, que entre otras cosas recomendó servicios específicos para adolescentes y reducir sustancialmente los embarazos en ellos, puntualizando la necesidad de formar recursos humanos en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

³ La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Adolescencia temprana (10 a 13 años); adolescencia media (14 a 16 años); y, adolescencia tardía (17 a 19 años).

⁴ En España se considera joven a una persona entre los 18 y los 35 años.

Frecuentemente quienes informan a los jóvenes sobre salud y sexualidad con relación al riesgo del sida y las ETS no son miembros del equipo de salud, sino personas afectadas por el sida, líderes de entidades que trabajan con minorías sexuales, psicólogos o sexólogos, y generalmente quienes lo hacen son en su mayoría hombres.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



MARCO TEÓRICO OBJETIVOS E HIPOTESIS

2. MARCO TEÓRICO, OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1 SEXO

Dependiendo desde dónde se le explique, el sexo puede ser entendido primero, como definición biológica; segundo, como definición psicosocial; o tercero, como una definición en continuo que imbrica y trasciende, sin hacerlas excluyentes, a estas dos definiciones.

Primero, si sexo es una definición binaria eminentemente biológica, entonces, sexo hace referencia a lo que somos genotípica y fenotípicamente como hembras o machos de la especie. Sexo como categoría biológica, en el caso de los humanos, hace referencia a un punto ubicado en un continuo en el que sus extremos son los opuestos reproductivos funcionales, y que caracterizan de manera diferenciada la conformación de los rasgos primarios y secundarios que nos caracterizan y diferencian tales como el sexo gonadal, hormonal, el sistema genital externo e interno, la estructura cerebral, la morfología corporal, la estructura ósea y muscular, la distribución de las grasas y del vello púbico, entre otras. La definición biológica del ser humano concibe la “normalidad sexual” como una posibilidad que debe vivirse en la heterosexualidad, por tanto entiende que su única alternativa es el coito vaginal con fines reproductivos y que cualquier posibilidad erótica pene-vagina diferente a la penetración debe considerarse perversa o patológica, siguiendo la tradición judeocristiana de la “medicalización del pecado” que se ha orientado ideológicamente a sustentar que fuera de estas dicotomías y de la práctica con fines procreativos no hay salvación.

Segundo, si por el contrario sexo es entendido como definición psicosocial, a la definición de macho y hembra debe sumarse la identidad de género comprendida como la única posibilidad de percepción que tiene cada persona de ser hombre o mujer; y el rol de género, en consecuencia, es la expresión de masculinidad en el hombre o de feminidad en la mujer a partir de lo que la sociedad determina como el “deber ser” con que cada individuo debe identificarse y actuar socialmente.

Tercero, si sexo es entendido como una definición en continuo, entonces, el concepto imbrica lo biológico a la dimensión psicológica y social de la sexualidad en lo que se concibe bajo la denominación de género. En este caso ya no sólo se habla de hombre y mujer, pensando al primero como masculino y a la segunda como femenina, sino que se entiende que existe una gama de variaciones en las sexualidades en las que se incluyen las intersexualidades, las transexualidades y los tránsitos identitarios de

género. En esta comprensión la identidad no se considera fija sino que se basa en el concepto de identidad comprendida como proceso móvil. Hablando ya no de sexualidad en singular sino de las sexualidades y proponiendo que existen tantas como sujetos hay.

Aun antes de nacer social, cultural y relacionamente, se construye una explicación del sexo para cada persona como mujer y como hombre la construcción que en algunos casos no se soporta en la existencia real de lo biológico. Al observar un scanner realizado al vientre de una mujer embarazada, si el producto que se gesta se identifica en la categoría “chico”, a partir de una evidencia visual que se asume como evidencia biológica, se asignan unas propiedades, en este caso si se afirma que es “chico” se espera que sea fuerte, saludable, recio, resistente, y que si es “chica” sea el extremo opuesto.³⁸

2.2 SEXUALIDAD

Una definición elemental de sexualidad la propone la Real Academia Española de la Lengua (2010): la sexualidad es el “conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo”; sin embargo, los seres humanos somos mucho más que nuestro cuerpo y sus posibilidades para el contacto genital; la sexualidad no está determinada únicamente por nuestra corporalidad ya que está ligada al hecho de obtener placer y éste no se obtiene únicamente del intercambio genital, por tanto la sexualidad trasciende la esfera de la genitalidad y éste no es su único componente.

Algunos autores consideran que “La sexualidad involucra aspectos físicos porque está relacionada con el cuerpo; aspectos emocionales ya que está vinculada con la identidad de la persona (lo que ella asume de sí) y los procesos afectivos propios de las relaciones interpersonales; además implica aspectos sociales, culturales y relacionales que se adquieren en la familia, la escuela y en la vida cotidiana. Se vivencia de una manera particular en cada sociedad, espacio (región geográfica) y tiempo.

En ella se resumen aspectos históricos ya que lo que se nos trasmite culturalmente en la educación, en cualquiera de sus formas, resume el desarrollo de las sociedades y los seres humanos que las conforman.

La sexualidad no es “algo” que aparece con la adolescencia; está presente en todos los momentos de nuestra existencia, desde que nacemos hasta cuando morimos. Se relaciona con el hecho de que los humanos somos seres sexuados, además de tener un cuerpo y un sexo -hecho común con los demás animales- nos diferenciamos de estos no

sólo por nuestras posibilidades intelectuales, sino especialmente por el desarrollo de nuestras funciones emocionales y operativas (el hacer y el quehacer); estas tres funciones nos posibilitan la toma de conciencia, la vivencia y asunción de las emociones que generan el cuerpo, el sexo, el género, la orientación sexual y las expresiones comportamentales sexuales”.³⁹

2.3 EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

La política educativa que en materia de educación sexual se sigue en muchas partes del mundo, es fruto de decisiones tomadas más allá de las fronteras de los países por organismos y conferencias internacionales, influenciadas por el empuje político de organismos internacionales, instituciones, fundaciones y organizaciones no gubernamentales ONG. Los ministerios de educación y de salud en los diferentes países se ven obligados a desarrollar tales políticas o son presionados por la sociedad civil y sus diferentes organizaciones para hacerlo. En estas políticas han jugado un papel importante la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas/ United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), la Federación Internacional de Planificación de la Familia/ International Planned Parenthood Federation (IPPF)⁵, entre otras.

Tradicionalmente la educación sexual se ha orientado desde tres perspectivas diferentes para su socialización. La primera de ellas, está relacionada con la salud, entonces se habla de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y su fin está vinculado con promover la salud y prevenir. La segunda, vincula la salud a los derechos, de ahí que se referencia desde los derechos sexuales y los derechos reproductivos. La tercera, relaciona la sexualidad con la vida cotidiana, teniendo como énfasis la cultura.⁴⁰

La educación para la sexualidad es un proceso de preparación de las personas, a lo largo de su vida, para el encuentro libre, responsable y pleno con su sexualidad y con la de los/as demás. Dicho proceso conlleva la apropiación de experiencias, emociones y conocimientos que redundan en habilidades, actitudes, valores, prácticas y comportamientos que favorecen el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a partir de un desarrollo integral como personas, ciudadanos y sujetos de derechos que viven su sexualidad de una manera plena, enriquecedora, placentera y

⁵ Los ocho socios fundadores de la IPPF, en Bombay, en 1952, fueron las asociaciones de la India, el Reino Unido, los Estados Unidos, Holanda, Suecia, Alemania Occidental, Singapur y Hong-Kong.

saludable, desde una perspectiva de derechos, es decir, en equidad, sin discriminación, violencia, estigma, exclusión, separación social o abuso de sí mismo/a o de los/as demás.⁴¹

Considera Palomino que “La historia de la educación está repleta de asignaturas pendientes”, pero si hablamos de educación sexual esta referencia indudablemente se queda corta. El gran mito educativo tiene por fin la oportunidad de integrarse definitivamente en la nueva mentalidad social, mucho más abierta, y constituirse en un instrumento imprescindible para que desde las aulas niños y jóvenes se acerquen, descubran, profundicen y discutan de sexo con total naturalidad. Por fin se dan las condiciones sociales para que los educadores olviden la represión que presidió buena parte de las acciones del pasado, con explicaciones centradas en comentarios pseudocientíficos y descubran otros horizontes. Es la propia sociedad la que solicita nuevos modelos que bien podrían estar basados en la identificación y expresión de las emociones, pues se ha demostrado suficientemente la eficacia del control de los sentimientos en la búsqueda de una mejor formación. Las emociones se presentan pues como el campo de investigación más amplio para poder pensar en la educación sexual como una clave evolutiva de la sociedad en la que vivimos”.⁴²

2.4 SALUD

La OMS propone que “La salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, concebida originalmente por Stampar en 1945. La cita procede del Preámbulo de la constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.⁴³

La salud es un derecho fundamental que se explica, vivencia y emociona por cada ciudadano de acuerdo con su etnia, edad, sexo, género, orientación sexual. La Salud está encaminada al bienestar individual como desarrollo positivo de la energía vital, como capacidad de pleno desempeño individual y social, y como buen vivir. La salud emerge de las interrelaciones, interafectaciones e interdependencias de los seres humanos consigo mismos y las demás personas, en un medio ambiente determinado espacio-temporalmente por la cultura, la economía, la política y las relaciones sociales propias de cada modelo de desarrollo.⁴⁴

2.5 SALUD SEXUAL

La OMS, en 1975, ha provisto la primera definición sobre Salud Sexual en un reporte sobre el entrenamiento sexológico de profesionales de la salud. En 1990, con ocasión del Séptimo Congreso Mundial sobre Reproducción Humana, tomando como base la definición formulada sobre la salud en general por la OMS, traslada este concepto a la Salud Reproductiva. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo, en septiembre de 1994 se define la Salud Sexual y reproductiva. El concepto de Salud Sexual fue expandido en un segundo reporte en 2000 como resultado de la cooperación del OMS con la OPS y la Asociación Mundial de la Sexología (WAS). En 2002, la OMS publicó una definición refinada y enmendada en su sección de sitio Web sobre género y derechos reproductivos.

Para las diferentes definiciones de Salud Sexual que aparecen a continuación se usarán las traducciones al castellano realizadas por el Humboldt-Universität zu Berlin para su Archivo de Sexología.

Salud sexual, definición base de la OMS: es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor. Fundamental en este concepto es el derecho a la información sexual y el derecho para el placer. El concepto de Salud Sexual incluye tres elementos básicos: 1. una capacidad para disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con la ética social y personal; 2. libre de miedo, vergüenza, culpa, creencias falsas, y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran la relación sexual; 3. libertad de indisposiciones, enfermedades, y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexuales y reproductivas. La Salud Sexual implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana, y el propósito del cuidado de la Salud Sexual debe ser el mejoramiento la de vida y las relaciones personales y no meramente la conserjería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas.⁴⁵

Salud sexual, definición año 2001: es la experiencia del proceso progresivo para bienestar físico, psicológico, y socio-cultural relacionado con la sexualidad. La Salud Sexual es evidenciada por las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que están albergadas en un armonioso bienestar personal y social, este enriquece la vida individual y social. No es meramente la ausencia de disfunción,

malestar o enfermedad. Para la Salud Sexual lograrse y mantener es necesario que los derechos sexuales de todas las personas se reconozcan y sean respetados.⁴⁶

Salud sexual, definición año 2002: es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La Salud Sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la Salud Sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.⁴⁷

Salud sexual, según la definición de la Oficina del Cirujano General en USA, la sexualidad es una parte integral de la vida humana. Lleva el potencial imponente de crear nueva vida. Puede fomentar la intimidad y el acercamiento a la vez que compartimos placer en nuestras relaciones. Llena varias necesidades personales y sociales, y nosotros valoramos la parte sexual de nuestro ser por los placeres y beneficios que nos provee. Sin embargo cuando se ejerce irresponsablemente ello puede tener también aspectos negativos tal como enfermedades sexualmente transmitidas - incluyendo VIH/Sida - embarazos no deseados, y el comportamiento coercitivo o violento. Para disfrutar los beneficios importantes de la sexualidad, a la vez que evitamos las consecuencias negativas, alguna de la cuales pueden tener implicaciones a largo plazo o de por vida, es necesario que los individuos, para ser sexualmente saludables, se comporten responsablemente y sean apoyados por su ambiente social para proteger su propia Salud Sexual, así como la de otros. La Salud Sexual está intrincadamente ligada a ambas salud física y mental. De igual forma que problemas de salud físico y mental pueden contribuir a la disfunción sexual y enfermedades, esas disfunciones y enfermedades pueden contribuir a problemas de salud físico y mental. La Salud Sexual no está limitada a la ausencia de enfermedad o disfunción, ni su importancia se limita sólo a los años reproductivos. Incluye la habilidad para comprender y evaluar los riesgos, responsabilidades, resultados e impactos de las acciones sexuales y la practicar de la abstinencia cuando sea apropiado. Incluye liberación del abuso sexual y la discriminación y la habilidad de los individuos para integrar su sexualidad a sus vidas, derivar placer de esta, y reproducirse si así lo escogen.⁴⁸

A pesar de que se ha determinado la importancia de la formación en Salud Sexual y la Salud Reproductiva, éste no es un tema frecuente en la escuela; sin embargo, la

aparición del Sida propició la introducción de la educación sexual en las escuelas españolas. La opinión de los jóvenes sobre dicha educación y sus demandas son poco conocidas. Dicha educación tiene un marcado sesgo consistente en que al hablar de sexualidad y jóvenes se hace referencia específicamente a conductas de riesgo.⁴⁹

2.6 SALUD REPRODUCTIVA

La OMS define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La Salud Reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.⁵⁰

2.6.1 ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

La OMS la define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la Salud Reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de Salud Reproductiva. También incluye la atención en Salud Sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

Para apoyar su consecución, el programa de Salud Reproductiva de la OMS se ha propuesto cuatro metas que sus programas deben cumplir:

Experimentar un desarrollo y maduración sexual saludables y ser capaz de establecer relaciones equitativas, responsables y sexualmente satisfactorias;

Alcanzar el número deseado de hijos de manera segura y saludable; y poder decidir respecto de cuándo tenerlos;

Evitar las enfermedades y discapacidades relacionadas con la sexualidad y la reproducción, y recibir la atención adecuada cuando sea necesario:

Estar libre de violencia u otras prácticas nocivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.⁵¹

2.7 EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA

2.7.1 VIOLENCIA DE GÉNERO Y EDUCACIÓN

La Ley Orgánica 1/2004, establece medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Plantea que la violencia de género se enfoca por la Ley de un modo integral y multidisciplinar, empezando por el proceso de socialización y educación. En el título I de esta Ley se determinan las medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos. En el educativo se especifican las obligaciones del sistema para la transmisión de valores de respeto a la dignidad de las mujeres y a la igualdad entre hombres y mujeres.

El objetivo fundamental de la educación sexual es proporcionar una formación integral que le permita conformar la propia identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y valoración ética de la misma.

La Educación Primaria contribuirá a desarrollar en el alumnado su capacidad para adquirir habilidades en la resolución pacífica de conflictos y para comprender y respetar la igualdad entre sexos.

En la Educación Secundaria se incorpora la educación sobre la igualdad entre hombres y mujeres y contra la violencia de género como contenido curricular, incorporando en todos los Consejos Escolares un nuevo miembro que impulse medidas educativas a favor de la igualdad y contra la violencia sobre la mujer.

El Bachillerato y la Formación Profesional contribuirán a desarrollar en el alumnado la capacidad para consolidar su madurez personal, social y moral, que les permita actuar de forma responsable y autónoma y para analizar y valorar críticamente las desigualdades de sexo y fomentar la igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres.⁵²

2.7.1.1 Educación para la ciudadanía

En los sistemas educativos europeos, bajo distintas denominaciones y modelos, existe desde hace años un tipo de área y materia que aborda los mismos temas que la educación para la ciudadanía. En países como Bélgica, Suecia, Italia y Alemania esta materia es transversal; y en otros, como Francia e Inglaterra, es una materia específica en la secundaria; pero en todos esos países es un tema al que las autoridades educativas prestan mucho interés. Por ello, a lo largo de 2005, se ha celebrado en toda Europa - impulsado por el Consejo de Europa- el Año Europeo de la Ciudadanía, y durante ese

año se han realizado en muchos países encuentros, seminarios y actividades en los que se ha tratado sobre la educación del ciudadano europeo.

Europa, como continente y, sobre todo, la Unión Europea, se enfrentan a una serie de problemas comunes como la cohesión social, la inmigración, el pluralismo religioso y moral, etc., ante los cuales necesita apoyarse en el sistema educativo para crear una conciencia cívica democrática que colabore en la prevención de posibles conflictos en el seno de sus sociedades. No se trata de un asunto menor, sino que se está poniendo en juego la identidad política, jurídica y ética de los sistemas democráticos europeos. Baste recordar el problema del rechazo en algunos países de la Constitución Europea, que está paralizando los avances sociales y políticos de toda la Unión.

En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128 (INI) sobre Salud Sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de Salud Reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Los retos teóricos y prácticos a los que se enfrenta la educación para la ciudadanía en España y en toda Europa son la cohesión social, la participación en la vida democrática del centro escolar, la educación en el respeto a la diversidad sexual, cultural, moral y religiosa de todos los alumnos y alumnas. Elementos que exigen una educación cívica, sea de modo transversal o sea de modo específico por medio de un currículo propio.⁵³

De todos estos retos el más debatido en España, por lo dispuesto por la Ley Orgánica 2/2006 de Educación, que estableció como novedad la materia de estudio denominada “Educación para la Ciudadanía”, con la que se introducen nuevos contenidos referidos a esta educación que, se impartirá en algunos cursos de la formación primaria, secundaria obligatoria y bachillerato, es el del respeto a la diversidad sexual, cultural, moral y religiosa de todos los alumnos y alumnas

2.7.2 LEY ORGÁNICA 2/2010 DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El BOE-A-2010-3514⁵⁴ plantea en su Preámbulo que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.

Esta Ley pretende adecuar el marco normativo español al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la Salud Sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de Salud Sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la Salud Sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en el ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, Salud Sexual y Salud Reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países del entorno político y cultural español, y busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

El Título Primero, bajo la rúbrica «De la Salud Sexual y reproductiva, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de Salud Sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia. Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos

anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En el Capítulo III de la Ley denominado “Medidas en el ámbito educativo”, en su Artículo 9. Incorporación de la formación en Salud Sexual y reproductiva al sistema educativo, se plantea que el sistema educativo contemplará la formación en Salud Sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a: a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales. b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes. d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH. e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable. En la incorporación de la formación en salud y Salud Sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

2.7.3 EXPERIENCIAS PREVIAS A LA LEY ORGÁNICA 2/2010 A NIVEL NACIONAL

2.7.3.1 Proyecto Biosfera

El Ministerio de Educación en España ha desarrollado el Proyecto Biosfera, en este uno de los temas es la reproducción humana que se profundiza en Tercero de la ESO. En se trabaja varios campos a saber: una introducción sobre la reproducción humana, centrándose en: el aparato reproductor; la anatomía del aparato reproductor femenino y masculino; la fisiología del aparato reproductor femenino y masculino; el ciclo menstrual; la relación con la fecundidad; la fecundación, embarazo y parto; los métodos anticonceptivos; las nuevas técnicas de reproducción; los hábitos saludables de higiene sexual; y las enfermedades de transmisión sexual. Materiales para cada uno de los temas se encuentran disponibles en la sección de recursos, de la página Web del Ministerio.⁵⁵

2.7.3.2 Educación, salud y sexualidad en la Generalitat de Catalunya

El Programa Salut i Escola (PSiE) és una actuació dels Departaments de Salut i d'Educació de la Generalitat de Catalunya i està adreçat als alumnes prioritàriament de 3r i 4rt d'ESO, amb l'objectiu de formar, informar, educar en salut i detectar situacions de risc dels adolescents. El programa consisteix en un/a infermer/a que es desplaça a l'Institut d'Ensenyament Secundari (IES) de referència per atendre l'alumnat en una consulta individualitzada i personal anomenada Consulta Oberta (CO) en la qual els alumnes son atesos de forma absolutament confidencial, i per col·laborar en activitats col·lectives en forma de tallers, xerrades, treballs de grup, etc.⁵⁶

Las Guídelnes for Adolescent Preventve Services (GAPS) indican que la prevención sobre estilos de vida sanos debe hacerse anualmente a lo largo de toda la segunda década de la vida. De manera similar, la guía de actuaciones preventivas de la Generalitat de Catalunya aconseja hacerlo al menos tres veces durante la adolescencia: entre los 12-14 años, entre los 15-18 y después de los 18. De una manera práctica, la idea debería ser que hay que aprovechar todas las oportunidades en que el adolescente acude a la consulta para que reciba estos mensajes.⁵⁷

2.7.3.3 Educación, salud y sexualidad en el Servicio Andaluz de Salud

En este sentido, por ejemplo, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) 2008 del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se habla de educación sexual en la infancia y adolescencia, definiéndola como aquellas actuaciones encaminadas a la educación de los familiares en el desarrollo sexual normal en la infancia y adolescencia y orientada a la educación sexual, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual de la población adolescente. Además, forma parte de esta cartera de servicios el "Programa Forma Joven", que se define como el conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud dirigido a adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Estas actividades se realizan en centros educativos y en colaboración con otros sectores institucionales (educativo, Instituto de la Juventud, Instituto de la Mujer, etc.). Entre los objetivos específicos de este proyecto en materia de sexualidad se encuentran: favorecer una política de anticoncepción efectiva, promover una conducta igualitaria entre géneros, alertar sobre las consecuencias de las conductas mediadas por el alcohol, así como los efectos del tabaco y otras posibles adicciones.⁵⁸

2.7.3.4 Plan de Educación Afectivo Sexual del Principado de Asturias

El Programa de Educación Afectivo-Sexual para Asturias, se inició en el año 2001, impulsado por el Gobierno del Principado de Asturias, con el objetivo de lograr que las personas disfruten de una vida afectivo-sexual placentera y saludable. Dentro de este iniciativa, se ha desarrollado un programa específico para el ámbito educativo de Secundaria, Ni ogros ni princesas, que busca proporcionar a las y los adolescentes de Asturias, desde la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), una formación afectivo-sexual basada en la salud y el placer, en el fomento de la autoestima y la autonomía, en la libertad de elección desde el conocimiento, en la igualdad de mujeres y hombres, y en el respeto a las diferentes orientaciones sexuales. Se trata de formar y capacitar a un equipo de espectro profesional amplio y perteneciente a las distintas instituciones o entidades (profesorado asesor de CPR, profesionales sanitarios, profesionales de la sexología y de otros campos), para que en fases sucesivas de desarrollo del programa colaboren en la formación de quienes vayan a ponerlo en marcha en los distintos ámbitos.⁵⁹

El Programa para la Educación Afectivo-Sexual "Ni ogros ni princesas" busca proporcionar a las y los adolescentes de Asturias, desde la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), una formación afectivo-sexual basada en la salud y el placer, en el fomento de la autoestima y la autonomía, en la libertad de elección desde los conocimientos, en la igualdad de hombres y mujeres y en el respeto a las diferentes orientaciones sexuales.⁶⁰ Es una iniciativa pedagógica que se puso en marcha en el curso 2008-09 y con la que se pretende proporcionar al alumnado de educación secundaria obligatoria una formación afectivo-sexual basada en la salud, el fomento de la autoestima y la responsabilidad, el respeto a las decisiones personales, la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, la resolución pacífica de conflictos y el respeto a las diferentes opciones sexuales. En el curso 2009/2010, participaron en esta iniciativa de educación afectivo-sexual un total de 31 centros, unos 400 docentes y más de 6.000 estudiantes de primaria y secundaria.⁶¹

2.7.3.5 Universidad del País Vasco, programa Uhin Bare

El programa de Educación Afectivo-Sexual Uhin Bare, cuya primera versión se publicó en 2000 siendo corregido y aumentado en la versión de 2005. En la actualidad, la UPV/EHU ha recibido el encargo, a través de concurso público, por parte de la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno Vasco. Se trata de elaborar una

propuesta de intervención que adecue la educación sexual a las nuevas líneas educativas basadas en competencias según las directrices del "Currículo Vasco para la educación obligatoria" (2006), incidiendo especialmente en la incorporación de las nuevas tecnologías a través de "objetos digitales educativos". Esta nueva versión está en elaboración. Estará disponible a partir de septiembre de 2011. Su objetivo fundamental consiste en dotar al alumnado de las competencias necesarias para manejar sus necesidades afectivas y sexuales e integrarlas en su desarrollo personal; integrando la dimensión afectivo-sexual en el proyecto curricular. Por ello, desde el punto de vista estratégico, una de las líneas importantes de este proyecto debe consistir en la optimización de los recursos propios del sistema educativo. En efecto, una parte importante de los contenidos de las competencias en materia sexual están en los programas de las diversas materias cuya impartición es de obligado cumplimiento.

Se trata por tanto de normalizar el tratamiento de la sexualidad en el sistema educativo.

Estratégicamente consiste en que éste recupere su autoridad de tal modo que las cuestiones referidas a ellas adquieran carta de naturaleza y sean tratadas con rigor científico según el modelo biográfico profesional, asumido en este proyecto.

La integración de la educación en el sistema educativo debe normalizarse de modo que no dependa de los impulsos políticos como respuesta a los diversos avatares sociales (la aparición del sida, el incremento de embarazos no deseados, etc.), o a los cambios producidos en los equipos de gobierno debidos a la alternancia política o a los acontecimientos sociales.⁶²

2.7.3.5 Proyecto “Universidad Digital”

El Campus Andaluz Virtual es el elemento fundamental del proyecto “Universidad Digital” (Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía).

Pretende conseguir una docencia completamente virtual y a distancia. El Campus Andaluz Virtual usa las plataformas de enseñanza virtual de todas las Universidades andaluzas y es coordinado por el grupo UVAS. Es realizado por el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, al interior del Área de Conocimiento denominada “Psicología Evolutiva y de la Educación”.⁶³

Tiene como objetivos: Alcanzar los conocimientos y habilidades que les permitan intervenir y asesorar adecuadamente, tanto en el ámbito preventivo como corrector, en

la respuesta a las conductas de riesgo; dotar a los alumnos de las habilidades y recursos necesarios para participar en el diseño, desarrollo y evaluación de programas y proyectos de intervención sobre conductas de riesgo; favorecer el aprendizaje de recursos psicológicos y técnicas psico-educativas que se puedan utilizar en la prevención e intervención sobre conductas de riesgo; profundizar en los criterios de definición y clasificación de las conductas de riesgo, así como en los distintos factores causales que explican su aparición; conocer los aspectos específicos de intervención en las conductas de riesgo más frecuentes; adquirir habilidades para participar en el diseño, desarrollo y evaluación de programas y proyectos de intervención sobre conductas de riesgo; favorecer en los estudiantes el desarrollo de estrategias cooperativas de aprendizaje mediante el diseño grupal de programas de prevención e intervención; analizar las interacciones que se producen en el ámbito familiar, así como los obstáculos y apoyos al desarrollo adolescente; e, informar a los estudiantes sobre los factores de protección y de riesgo en el ámbito familiar, así como de las estrategias de intervención en el contexto familiar.

El programa que es virtual tiene Tutorías por medio de sesiones de Chat cuando sean necesarias y utilización de Foros para las tutorías al igual que el correo, ambas con un tiempo de respuesta máximo de 48 horas. La fecha de inicio es el 9 de Marzo de 2011 y la de finalización de la primera convocatoria es el 17 de Junio de 2011.

2.7.4 LEY 8/2008, DE LA GENERALITAT VALENCIANA: EDUCACIÓN, SALUD Y SEXUALIDAD EN LA GENERALITAT VALENCIANA

La Ley 8/2008, de la Generalitat Valenciana, “*Derechos de Salud de Niños y Adolescentes*” recoge el derecho de los adolescentes a recibir educación sexual. En la Generalitat Valenciana, las Consellerías de Sanitat y D’Educació propusieron la ejecución de una serie de actividades de promoción de la salud en centros docentes para el curso 2007/2008;⁶⁴ dando continuidad a actividades que se vienen realizando desde 1986. La Comisión de Promoción de Salud de los Departamentos 17 y 19 encargada de generar el Proyecto de Promoción de Salud y Participación Comunitaria realizó un estudio de recursos y necesidades que culminó con la creación de un grupo de trabajo cuyo objetivo era desarrollar un programa para la Prevención y Promoción de Salud en adolescentes, que debía contener al menos dos áreas de intervención: Prevención de Drogodependencias y Salud Sexual y Reproductiva.

2.7.4.1 Proyecto la Nevera, Alicante

Se trata de un programa transversal de Educación para la Salud en el que se hace una propuesta de actividades para todas las asignaturas, de forma que participen el mayor número posible de profesores/as, persiguiendo dos objetivos: trabajar desde varias asignaturas el mismo aspecto, concepto, actitud, valor, información, conducta, etc., consiguiendo así una mayor repercusión en el alumno/a; y facilitar el proceso a los/as profesores/as, no sobrecargándolos con más trabajo.

Objetivos generales del programa: implicar a los agentes educativos; aunar esfuerzos, unificar criterios y rentabilizar los recursos públicos respecto a las intervenciones de los distintos organismos e instituciones en el ámbito educativo; proporcionar al profesorado un material de trabajo en el aula que le facilite su tarea educativa en los diferentes aspectos del desarrollo del joven; e implicar a las familias en esta difícil fase de evolución de sus hijos/as adolescentes.

La estructura del programa: a lo largo del programa se trabajan 4 ámbitos troncales: desarrollo del adolescente; prevención de las drogodependencias; prevención de los trastornos alimentarios y educación afectivo-sexual.

En el ámbito 4 sobre educación afectivo-sexual, primer ciclo se trabajan: 1.- conceptos básicos; 2.- respuesta sexual humana; 3.- auto percepción del cambio; 4.- el arte de amar-se; 5.- enamoramientos; 6.- descubriendo al otro; 7.- asertividad sexual; 8.- embarazos y el parto; 9.- métodos anticonceptivos; 10.- abusos sexuales; y, 11.- recursos.⁶⁵

En el segundo ciclo se trabajan: 1.- conceptos básicos; 2.- mitos; 3.- respuesta sexual humana; 4.- identidad sexual; 5.- fecundidad; 6.- otra forma de amar; 7.- primeras experiencias sexuales, virginidad; 8.- asertividad sexual; 9.- métodos anticonceptivos; 10.- VIH y enfermedades de transmisión sexual; 11.- abuso sexual y, 12.- recursos.⁶⁶

La población diana de este programa son los/as alumnos/as de 1er y 2º Ciclo de E.S.O. de 47 Centros Educativos de la ciudad de Alicante. El programa tuvo su Presentación en Centros Educativos en mayo-junio 2003.⁶⁷ Los documentos se producen en cuatro lenguas: Valenciano, Español, Inglés y Francés.

2.7.4.2 Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)

Tiene marco referencial el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009.

El programa pretende responder a las demandas de actuaciones que en el Plan de Salud están orientadas hacia la promoción de la Salud Sexual en el ámbito de la escuela.

Su objetivo general es promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables. Sus objetivos específicos son: Reconocer y facilitar el manejo de la prevención primaria en embarazos y en el contagio de infecciones de transmisión sexual; Reconocer y situar la sexualidad desde una visión integradora de los distintos aspectos que engloba; Reconocer y situar los comportamientos sexuales propios dentro de los aspectos controlados por la propia voluntad; Reconocer y situar la diversidad de las opciones sexuales como un principio de respeto y convivencia; Reconocer y situar la igualdad de mujeres y varones; Potenciar la reflexión crítica sobre las desigualdades por razón de sexo en cualquier ámbito de la vida.

La población diana: la propuesta inicial es centrar las actividades en 3º de la ESO. Los datos sobre las edades de incorporación a conductas sexuales relacionales que pueden conllevar problema de salud así como el momento evolutivo de los/as adolescentes que cursan 3º de la E.S.O., 14-15 años, hacen que este curso sea el más adecuado para desarrollar las actividades que se proponen.

Cada Unidad Competencial ocupa el espacio temporal de 2 clases, pueden ser agrupadas en una única sesión o si no es posible desarrollarla en dos sesiones separadas. Se considera aconsejable dejar una o dos semanas entre cada Unidad con el objetivo de aprovechar ese tiempo para que desde las tutorías se trabaje de forma transversal los contenidos manejados en ellas. El PIES es un conjunto de talleres diseñados por la Conselleria de Salud e impartidos por personal sanitario que pretende realizar una actividad de educación para la salud estable y continuada en los centros docentes, en temas relacionados con sexualidad, alimentación, drogodependencias y accidentes. Para el desarrollo e implantación del PIES es imprescindible contar con el área de Sexología de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. La capacitación de las/os profesionales que vayan a realizar la intervención deberá ser tutelada por las/os profesionales de la Sexología de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. El Centro de salud Pública coordinará, supervisará y dirigirá la formación que permita esta capacitación.

Para su ejecución se utilizarán todos aquellos recursos profesionales disponibles necesarios. La propuesta es crear un grupo integrado recomendablemente por personal de enfermería, matronas y trabajadoras/es sociales del Departamento de Salud. A este grupo pueden ser incorporados otros recursos provenientes de los ayuntamientos

(trabajadores/as sociales, sexólogos/as, enfermeras/os de centros educativos) que ajustarán su actividad a la propuesta por el PIES. Este grupo debe recibir formación en Educación Sexual y ser tutelado por Salud Pública y Sexología. Tanto la evaluación como el seguimiento es responsabilidad de Salud Pública.⁶⁸

El programa forma Consultores de Educación Sanitaria; equipo mixto formado por un docente (psicopedagogo o profesor del centro con experiencia e interés por temas de salud) y un/a sanitario/a (médico/a o enfermera/o de atención primaria) que desarrollan las actividades en estrecha colaboración. Recientemente se ha introducido el PSiE (Programa Salud i Escola) como parte de las acciones que realiza la Unidad de Salud Sexual y reproductiva.

Estos son algunos de los contenidos y actividades de los talleres: la diversidad sexual; la respuesta erótica humana; la primera vez; juego de siluetas de chicos y chicas, valorar en una escala del 1 al 3 las zonas erógenas en la silueta; y, foro de discusión sobre la idoneidad del petting (magreo o sobeteo), como una forma de relacionarse sexualmente alternativa a las relaciones coitales mal manejadas en adolescentes.

Según el Programa de actividades para centros educativos del Ayuntamiento de Alicante, Concejalía de Juventud, el objetivo del proyecto para todo el curso escolar 2010/2011 es promover la Educación para la Salud facilitando a los profesores, formación y herramientas para poder trabajar con los alumnos de Secundaria. Es una propuesta de actividades para todas las asignaturas, de forma que participen el mayor número posible de profesores y alumnos. Pretende promover los hábitos de vida saludable en los jóvenes a través del trabajo de diversas áreas como son la prevención de drogas, la educación sexual, la alimentación y el desarrollo adolescente en general.⁶⁹

El PIES se ha aplicado en centros de los que es titular la Generalitat Valenciana y en colegios concertados.

Vicente Hervás García Director de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Sagunto, en la Revista Enfermería Integral, reconocía “La apuesta de la Conselleria de Sanidad por el personal de Enfermería y el esfuerzo de la Gerencia del Departamento a través de la Dirección de Atención Primaria para que este primer y fundamental paso, como es la formación, haya sido posible. Pero por encima de todo destaca el interés y ganas de aprender del grupo de profesionales de enfermería participantes en este programa”.⁷⁰

2.7.5.2 El PIES es redireccionado

El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, es el tercer Plan de Salud de nuestra Comunitat y pretende actualizar las políticas en salud, partiendo de la experiencia acumulada durante 9 años, en el desarrollo de los dos Planes de Salud anteriores y el el nuevo marco jurídico para el Programa PIES. Según informaron los medios de comunicación, entre ellos El País, en su edición impresa de la Comunidad Valenciana, la Generalitat Valenciana ordenó el 5 de octubre de 2010 suspender temporalmente los cursos de educación sexual que imparten los técnicos de Sanidad en los colegios, en algunos casos, desde hace más de 15 años. La suspensión se motivo en la presión ejercida por el Arzobispado de Valencia que en julio de 2010 había transmitido su malestar por las clases que se venían impartiendo en los institutos al considerar que ofrecen "una visión muy reduccionista del ser humano". Además dicha organización religiosa encarga la elaboración de un material alternativo al Instituto Valenciano de Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), que preside Concepción Medialdea, del Opus Dei. Ya previamente, 12 de julio, la Consejería de Sanidad había emitido una circular en la que informó de la suspensión temporal del PIES (Programa de Intervención en Educación Sexual). Sin embargo, muchos de los colegios concertados religiosos impartían estas clases sin que se haya producido "ninguna queja sobre su contenido", indica Felipe Hurtado. Es el caso de Dominicos, Maristas, Loreto o Trinitarias durante el curso académico pasado. Fuentes de la institución religiosa indican que los nuevos materiales se están ultimando para poderlos ofrecer este mismo curso, pero Educación Sexual anunció el "rediseño del programa". Por otra parte, los materiales hasta ahora utilizados cuentan con el apoyo tanto de la comunidad sanitaria como de la educativa. Sociedades científicas como la Academia Española de Especialistas en Sexología, la Academia Española de Intervención en Sexología, la Fundación Española de Contracepción o la principal sociedad de médicos de familia, SEMFYC, han respaldado el contenido de los cursos.⁷¹

2.7.5.3 Estructura del curso sobre el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)

Objetivos

Reconocer y situar la sexualidad desde una visión integradora de los distintos aspectos que engloba; reconocer y facilitar el manejo de la prevención primaria en embarazos y de infecciones de transmisión sexual; reconocer y situar los

comportamientos sexuales propios dentro de los aspectos controlados por la propia voluntad; reconocer y situar la diversidad de las opciones sexuales como un principio de respeto y convivencia; reconocer y situar la igualdad de mujeres y varones; y, potenciar la reflexión crítica sobre las desigualdades por razón de sexo en cualquier ámbito de la vida.

Contenidos

Módulo 1: Desarrollo histórico de la Salud Sexual: Desarrollo histórico de los conceptos: sexo, instinto, sexualidad, deseo: articulación de la sexología; actitudes ante la sexualidad; referentes históricos. Modelos de educación sexual; y, desarrollo del concepto de Salud Sexual.

Módulo 2: El hecho sexual humano (1): proceso biográfico (bio-psico-social); construcción de identidad sexual; construcción de la orientación sexual: experiencias vivenciales (enamoramamiento, deseo erótico, intimidad...); y, respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo.

Módulo 3: El hecho sexual humano (2): expresión de la sexualidad: conductas, gestos, erótica, Modelos eróticos (masculino y femenino); binomio sexo- género; construcción del género; y, vulnerabilidad y sexismo; violencia machista.

Módulo 4: Adolescencia: características de la adolescencia; sexualidad en la adolescencia; identificaciones y vivencias; vulnerabilidad y riesgos asociados a la sexualidad relacional; promoción de la salud en el adolescente; y, anticoncepción, Prevención de embarazos, e ETS

Módulo 5: Educación para la Salud Sexual. Programa de intervención en educación sexual (PIES): objetivos: generales y específicos; contenidos; recursos; introducción a los talleres; y, equipos de intervención

Módulo práctico 6. Se desarrollará un módulo conjuntamente con los profesionales sanitarios, con el objetivo de integrar los equipos y poder desarrollar de forma práctica los talleres específicos del programa.

El curso es impartido por los sexólogos de los diferentes Departamentos de Salud.⁷²

2.7.5.4 De los enfermeros como educadores sexuales a los psicopedagogos como orientadores sexuales

La directora general de Evaluación, Innovación y Calidad Educativa, Auxiliadora Hernández, dependiente de la Conselleria de Educación ha informado a los medios de

comunicación que los cursos de 2011 incorporarán una importante novedad: ya no serán los profesionales sanitarios los responsables de sus contenidos, pues los orientadores de cada centro educativo tendrán la última palabra sobre lo que se enseñe de sexualidad a los estudiantes. El 13 de diciembre del 2010 se informó a los centros educativos que tenían plazo hasta el 21 de enero de 2011 para inscribir a sus orientadores en el Curso de Formación del Plan Integral de Educación Sexual de los CEFIRE⁶. Los orientadores que ahora formará el departamento que dirige Alejandro Font de Mora son los psicólogos o psicopedagogos de los centros. Dicho con otras palabras, “cada centro podrá personalizar el curso” atendiendo a su propio ideario, según reconocieron fuentes de la Federación de Escuelas Católicas de la Comunidad Valenciana. Algo que en los centros religiosos se valora como "muy positivo e interesante".⁷³

2.7.6 ¿CUÁNDO INICIAR LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES?

La respuesta a esta pregunta es: lo antes posible, y, como muy tarde, al principio de la pubertad, afirma Suris⁷⁴. De todos modos, no hay una regla estricta, y es necesario hacerlo a la medida de cada persona según su grado de desarrollo físico e intelectual y sus necesidades.

En la obra citada de Suris, las Guidelnes for Adolescent Preventive Services (GAPS) indican que la prevención sobre estilos de vida sanos debe hacerse anualmente a lo largo de toda la segunda década de la vida. De manera similar, la guía de actuaciones preventivas de la Generalitat de Catalunya aconseja hacerlo al menos tres veces durante la adolescencia: entre los 12-14 años, entre los 15-18 y después de los 18. De una manera práctica, la idea debería ser que hay que aprovechar todas las oportunidades en que el adolescente acude a la consulta para que reciba estos mensajes.

Para Suris, además, hay que tener en cuenta que aquellos adolescentes que presentan factores de riesgo para las relaciones sexuales precoces y/o no protegidas (abuso de sustancias, bajo nivel socioeconómico, antecedente de abuso sexual, problemas familiares, poca supervisión por parte de los padres, enfermedades crónicas, etc.) deberían recibir una atención especial.

⁶ Los centros de formación, innovación y recursos educativos (CEFIRE) de la Comunidad Valenciana son los órganos de la administración educativa para la formación permanente del profesorado de enseñanza no universitaria de régimen general y especial regulada por la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

El profesional de la salud que atiende adolescentes tiene un papel muy importante que jugar en su educación sexual. Por un lado, debe informarles y aconsejarles de manera longitudinal aprovechando cualquier ocasión en que los jóvenes acudan a su consulta; por otro, debe conocer la educación sexual que han recibido previamente para poder complementarla. Finalmente, también debe servir de apoyo para los padres animándoles a discutir sobre estos temas con sus hijos.

Serrano (2002) propone que la Educación para la Salud ha de desarrollarse con toda la población, joven o adulta, porque ser protagonista de nuestra propia salud no es cuestión de edad. Pero, como siempre que se habla de “educación para...”, el trabajo con la población infantil y juvenil ocupa un lugar destacado. Los y las adolescentes y jóvenes, y por supuesto los niños y niñas, no tienen aún definidos sus hábitos de conducta y resulta mucho más asequible orientar estos hábitos en una dirección saludable; cuando un hábito ya está adquirido resulta mucho más difícil de modificar... La realidad, es que la adolescencia y la juventud son momentos nada fáciles del desarrollo evolutivo, en los que tienen lugar importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Los chicos y chicas comienzan a ver el mundo con otros ojos, aprenden nuevas formas de relación, están expuestos a múltiples influencias y suelen percibir el riesgo como algo atractivo.⁷⁵

La educación para la salud tiene como fin la adopción de hábitos promotores de la salud, tales como una dieta saludable, reducción de los comportamientos de alto riesgo asociados con enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH, embarazos no programados, abuso de alcohol y drogas, violencia, daños a la integridad física, entre otros. Los jóvenes que reciben una educación para la salud de buena calidad orientada a las destrezas, tienen una mayor probabilidad de adoptar y llevar estilos de vida saludable, no solamente durante su vida escolar sino a lo largo de toda la vida.

Los tres pilares básicos para el desarrollo personal saludable son el aprecio por uno mismo, la aceptación y la autoconfianza. En los institutos los problemas de salud se estudian al margen de los contenidos curriculares, y lo que es más grave, al margen de la vida de los chicos y chicas (...) Algunos adolescentes no saben reconocer lo que sienten, es decir, no saben situar su experiencia dentro del plano del mundo afectivo que poseen... Todo nuestro saber está sistematizado lingüísticamente, por ello cuando no logramos enlazar nuestra experiencia con ese archivo, sin saber cómo interpretar, comprender lo que sentimos, nos falta la clave para descifrar su significado. No podemos conectar lo que percibimos con lo que sabemos (...) La auténtica prevención

se encuentra en la relación y en la capacidad de comunicación. Con estos dos aspectos de la experiencia humana tiene que jugar el instituto para trabajar la educación para la salud. Estudiando el cuerpo con toda su repercusión fisiológica, emocional, vivencial, social, relacional, y enseñando la riqueza cultural y social que supone la pluralidad de cuerpos diferentes y aprender a disfrutar con ellos, ese es el gran reto de salud de la institución educativa.⁷⁶

2.7.7 STANDARDS FOR SEXUALITY EDUCATION IN EUROPE

A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists se produjo en 2010 por WHO Regional Office for Europe and BZgA -Federal Centre for Health Education- of Cologne.

El marco propone cinco “Grupos objetivo y de compañeros en educación para la sexualidad”, estos son:

Stage 1: 0-3 years old. Discovering and exploring: Babies: 0 and 1 year old (discovering), Children’s sexual development starts at birth; Toddlers: 2 and 3 years old (curious/exploring their bodies);

Stage 2: 4-6 years old. Learning rules, playing and initiating friendships;

Stage 3: 7-9 years old. Shame and first love;

Stage 4: 10-15 years old. Pre-puberty and puberty: 10 and 11 years old: pre-puberty; 12-15 years old: Puberty;

Stage 5: 16-18 years old. On the cusp of adulthood.

De los grupos objetivos, para esta investigación se consideran prioritarias las etapas etarias cuatro y cinco; de la etapa cuatro especialmente el segundo grupo o de la pubertad. El documento considera que estas etapas y grupos debe tenerse en cuenta por razones tales como:

2.7.7.1 Stage 4: 12-15 years old: puberty

Most boys also start puberty now. Their testicles and penis begin to grow, as does their underarm and pubic hair. A growth spurt ensues. Their voice becomes deeper and facial hair starts to grow. Boys have their first ejaculation at the age of 13 (on average), which is a sign that they are sexually mature and can father a child.

Girls also continue to develop. They have already had a growth spurt and now develop underarm and pubic hair. Girls have their first menstrual period at the age of 12 (on average), indicating that they are sexually mature and could become pregnant.

Masturbation may increase, more among boys than among girls.

Adolescents can be very unsure about the growth of their bodies: “is it normal?”, “are they developing too slowly compared with others the same age?”

Adolescents have to get used to their “new body”, often feeling embarrassed and uncomfortable.

Young people develop a sexual self-image: they see themselves as someone who can have sex, which is why it is important for them to be attractive. Since they are often unsure about their own body, they are often equally unsure about how attractive they are (to a potential partner).

Young people of this age are frequently very sensitive to the opinion of others: they can be influenced by their peers.

They also start finding people of the same age sexually attractive.

Boys and girls gradually find out whether they fancy boys or girls (sexual orientation).

They often truly fall in love for the first time.

They flirt with one another and have their first relationships.

More experience with kissing and caressing; Petting.

2.7.7.2 Stage 5: 16-18 years old: On the cusp of adulthood

Young people become more independent and have less close ties to their parents.

Young people now know more clearly whether they are heterosexual or homosexual.

They experiment with relationships.

Young people gain sexual experience: they kiss and pet, some sooner than others.

The sexual career of young people usually proceeds as follows: kissing, touching and caressing with clothes on, naked petting, sexual intercourse (heterosexuals) and, finally, oral sex and sometimes anal sex.

They gain more experience in how to interact with the opposite sex: negotiating, communicating, articulating wishes and boundaries and showing respect are all important themes.

El documento aclara: Target groups and partners in sexuality education can interchange and frequently overlap. One example is youth ETSelf: while youth is often solely understood to be the most important target group, the fact that it is also an

influential partner – as experiences with peer education have shown – is often overlooked.

2.7.7.3 Principles and outcomes of sexuality education

Holistic sexuality education should be based on the following principles.

1. Sexuality education is age-appropriate with regard to the young person's level of development and understanding, and culturally and socially responsive and gender-responsive. It corresponds to the reality of young people's lives.
2. Sexuality education is based on a (sexual and reproductive) human rights approach.
3. Sexuality education is based on a holistic concept of well-being, which includes health.
4. Sexuality education is firmly based on gender equality, self-determination and the acceptance of diversity.
5. Sexuality education starts at birth.
6. Sexuality education has to be understood as a contribution towards a fair and compassionate society by empowering individuals and communities.
7. Sexuality education is based on scientifically accurate information.

Sexuality education seeks the following outcomes

1. To contribute to a social climate that is tolerant, open and respectful towards sexuality, various lifestyles, attitudes and values.
2. To respect sexual diversity and gender differences and to be aware of sexual identity and gender roles.
3. To empower people to make informed choices based on understanding, and acting responsibly towards, oneself and one's partner.
4. To be aware of and have knowledge about the human body, ETS development and functions, in particular regarding sexuality.
5. To be able to develop as a sexual being, meaning to learn to express feelings and needs, to experience sexuality in a pleasurable manner and to develop one's own gender roles and sexual identity.
6. To have gained appropriate information about physical, cognitive, social, emotional and cultural aspects of sexuality, contraception, prevention of STI and HIV and sexual coercion.

7. To have the necessary life skills to deal with all aspects of sexuality and relationships.

8. To have information about provision of and access to counselling and medical services, particularly in the case of problems and questions related to sexuality.

9. To reflect on sexuality and diverse norms and values with regard to human rights in order to develop one's own critical attitudes.

10. To be able to build (sexual) relationships in which there is mutual understanding and respect for one another's needs and boundaries and to have equal relationships. This contributes to the prevention of sexual abuse and violence.

11. To be able to communicate about sexuality, emotions and relationships and have the necessary language to do so.

Sexuality education is a lifelong process

Sexuality education is a lifelong process, but it is most essential during childhood and adolescence. It should be relevant to different age groups at different social levels, as sexuality is a pivotal issue in all people's lives. Specific attention should be given to youngsters living in a vulnerable context, such as migrants, sexual minorities, disabled people and people with a limited educational background.

Knowledge of the sexual and reproductive health needs of the target populations is essential for developing responsive sexuality education.

Moreover, strategies for sexuality education should be developed in a participatory way. A fruitful interaction between scientists, policy-makers, educators and representatives of the target groups is required to design and implement optimal strategies for a diverse society.

Direct and indirect partners are important

School-based sexual education is a sound strategy for reaching a high proportion of children and adolescents, but to accomplish this task it needs different partners. There are two kinds of partners – direct and indirect partners, although the differentiation is not always clear-cut. Direct partners in sexuality education are parents and other caregivers, teachers, social workers, peer group representatives and young people themselves, medical staff and counselors – persons in direct contact with children and young people. On the other hand, indirect partners also play an important role in sexuality education, such as decision-makers, supporters or advocates, including nongovernmental organizations, policy-makers, community leaders, universities and legal and scientific institutions.

Religious and cultural organizations, as well as youth organizations, are also potential partners – it varies according to circumstances and contexts whether they are direct partners (having direct access to youth) or indirect partners. Networking, exchange and cooperation with these kinds of organizations and institutions is recommended in order to address groups (migrants, cultural minorities, etc.) for which school settings might not be the only effective avenue for sexuality education.

It has clearly become apparent that a participatory approach leads to improved outcomes and empowerment. Planning of sexuality education should include the identification of pivotal partners and ways for their involvement in the development and implementation of education activities.

It is important to note, however, that partners also need to be trained before they can contribute effectively to high-quality sexuality education.

Seven characteristics of sexuality education

As mentioned before, holistic sexuality education covers a broad range of issues relating to physical, emotional, social and cultural aspects. It should not be limited to disease prevention, but include these aspects in a broader, non-judgmental approach; in addition, it should not be fear-based.

Thus a positive attitude to sexual well-being is implied. This holistic understanding of sexuality education necessitates a careful choice of different methods which appeal to various types of learners and to different senses.

An important requirement for sexuality education is that students should always feel safe: their privacy and their boundaries are to be respected.

While they are encouraged to be open, personal experiences should not be shared, as these do not belong in the classroom and might leave them vulnerable. An atmosphere of trust should be established by finding rules the group agrees on. Sexuality education which is based on gender responsiveness also contributes to the feeling of safety for the students.

Based on these general requirements, sexuality education should try to observe the following points.

The quality of sexuality education is enhanced by systematic youth participation. Learners are not the passive recipients of sexuality education, but on the contrary play an active role in organizing, delivering and evaluating sexuality education. In this way, it is ensured that sexuality education is needs oriented and does not simply follow an agenda determined in advance by educators.

In various contexts, peer education – as one special way of youth participation – has proven to be successful, especially when addressing hard-to-reach groups. But it is important to take into account the fact that peers need training when involved in sexuality education.

Sexuality education should be delivered in an interactive way. The interactive exchange between teachers/trainers and program designers on the one hand and students on the other takes place on several levels and starts with the insight that students should be respected as partners in sexuality education. Their experiences need to be taken into account, and their needs and wishes are of central importance when it comes to determining topics and issues to be covered by sexuality education.

Sexuality education should be delivered by using child/youth-appropriate language and it should enable the students to acquire adequate terminology so as to enhance their communication skills in the field of sexuality. Communication is central to sexuality education; in practical terms, this means that the trainer should relinquish his/her central position and instead act more as a facilitator to enable meaningful communication between students and stimulate discussions. In this way, students are enabled to determine their own standpoint and to reflect on their own attitudes.

Last but not least, working interactively also means using different methods in the classroom to accommodate different learner preferences and to address all senses. Music and drama/acting activate different learning strategies and potentials and appeal to the learner in a more direct way.

Sexuality education is delivered in a continuous way and is based on the understanding that the development of sexuality is a lifelong process.

Sexuality education is not a single event, but project and/or process-based and it responds to the changing life situations of learners. Closely related is the concept of age-appropriateness: topics reoccur and related information is given according to the age and the developmental stage of the learner. Health and counseling services should be provided that are responsive to the needs of adolescents and are easily accessible and confidential. Young people need to know about these services and develop a relationship of mutual respect and trust with the staff, so that they feel able to access such services when needed.

The continuity of sexuality education over time is complemented by ETS multisectorial setting. School-based sexuality education is linked to other sectors by establishing cooperation with partners in and out of school, for example health services

and counselling centers, to name just two. In a narrower sense applicable to the school setting, sexuality education should also be delivered in across curricular/ interdisciplinary way. Different subjects can touch upon different but equally important aspects.

Sexuality education does not take place in a vacuum, but is closely interconnected with the learner's environment and the specific experiences of target groups. For this reason, sexuality education is context-oriented and pays due attention to the needs of the learners. Learners differ widely in their social and cultural background, which needs to be reflected adequately (there is no "one size fits all" approach). Age, gender, social background, sexual orientation, developmental stage and the learner's individual capacity are also factors of great influence.

Broader frameworks are given by specific curriculums which predetermine the scope and content of sexuality education and by the universal human rights on which sexuality education should be firmly based.

Sexuality education establishes a close cooperation with parents and community in order to build a supportive environment. Parents are involved in sexuality education at school, which means they will be informed before sexuality education takes place and they have the opportunity to express their wishes and reservations.

Schools and parents are mutually supportive in the process of continuous sexuality education.

Cooperation with other stakeholders (public and church-based youth work, youth welfare, health services, counselling centers, faith-based groups) in the field of sexuality education is also beneficial.

Sexuality education is based on gender responsiveness to ensure that different gender needs and concerns are adequately addressed, for example gender-based differences in the way of learning or in dealing with issues of sexuality are reflected by choosing appropriate methods.

One way of doing this is a temporary separation by gender and the assignment of teacher teams comprising one male and one female.

Los Principios y resultado de la Educación Sexual (ítem 2.7.7.3) pueden resumirse así: La educación sexual es un tema que debe ser considerado tan importante y básico como la escuela primaria. Esto significa que, cada ser humano debe tener los mismos derechos a aprender acerca de los principios de este aspecto de la vida que es imposible separar de todos los otros aspectos de la condición humana. Sin embargo,

como cualquier otra ciencia o estudio social, hay principios y las formas adecuadas para compartir esta importante información, que deben variar en función de la edad y las condiciones de la persona o personas que van a ser enseñadas. Se presentan algunos de los aspectos básicos a considerar antes de desarrollar y diseñar las estrategias para abordar la educación sexual.

Trasladando las anteriores recomendaciones al contexto investigativo, es necesario recalcar que la población sujeto de la presente investigación, en general, no pertenece a los grupos etarios considerados prioritarios de la educación para la Sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, así en Enfermería y Educación haya un amplio número de estudiantes de 18 años e incluso de 17.

Los criterios planteados en las siete características de la educación para la sexualidad propuestos por WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education of Cologne se han tenido en cuenta en esta investigación, exceptuando lo pertinente a la propuesta de cooperación con padres y otros grupos en la comunidad para construir un entorno de apoyo, debido a las dificultades que ello conlleva en este proceso, dado, por una parte en los bajos niveles de conocimiento demostrado por las estudiantes de enfermería y por otra, que se les forma en los seminarios para trabajar en consultas orientadas a jóvenes y adolescentes. La investigación hizo un especial énfasis en ser sensible a las necesidades sexuales por género e investigó específicamente sobre las diferencias de género en cuanto a necesidades.

2.7.8 INFORME DEL RELATOR ESPECIAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHO A LA EDUCACIÓN

El Relator Especial introduce el tema del derecho a la educación sexual situándolo en el contexto del patriarcado y del control de la sexualidad en su Informe Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación⁷⁷. Explica la interdependencia entre la sexualidad, la salud y la educación así como su relación con otros derechos, desde una perspectiva de género y de diversidad. El Relator Especial presenta el derecho a la educación sexual en el marco de las normas internacionales de derechos humanos, analizando las normas internacionales y regionales. A continuación presenta la situación del derecho a la educación sexual teniendo en cuenta la responsabilidad estatal, y analizando las tendencias por regiones y países, así como diferentes perspectivas y el importante papel de la familia y de la comunidad. El Relator Especial concluye su informe reiterando la necesidad y la pertinencia del derecho a la educación

sexual integral y presentando recomendaciones concretas dirigidas a los Estados y a la comunidad internacional.

El informe se ha preparado de conformidad con la resolución 8/4 del Consejo de Derechos Humanos, aprobada el 18 de junio 2008, en que éste pidió al titular del mandato que presentara también un informe a la Asamblea General.

Como ocurre con todas las disciplinas educativas, la educación sexual debe adaptarse en función de las diferencias etarias y culturales. Además, deben implementarse estrategias educativas diferenciales y flexibles en función de las diversas necesidades de las y los estudiantes, tomando en cuenta la existencia de personas con necesidades especiales —como las personas jóvenes no escolarizadas o las mujeres jóvenes casadas— a quienes resulta necesario educar para la sexualidad por otras vías diferentes a las de la educación oficial, así como a las personas mayores que, con frecuencia por falsas concepciones, se ven privadas de una vida sexual plena.

La educación sexual integral resulta de extrema importancia ante la amenaza del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y las enfermedades de transmisión sexual, especialmente para los colectivos de riesgo y para aquellas personas que viven situaciones de especial vulnerabilidad, como las mujeres y las niñas expuestas a la violencia de género, o las personas con escasos recursos económicos. El Comité de los Derechos del Niño, en su observación general núm. 3, párr. 16, ha destacado que “para que la prevención del VIH/SIDA sea efectiva los Estados están obligados a abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente las informaciones relacionadas con la salud, incluidas la educación y la información sobre la sexualidad, y que [...] deben velar por que el niño tenga la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que le protejan a él y a otros desde el momento en que empiece a manifestarse su sexualidad”.

No existen excusas válidas para evitar proporcionar a las personas la educación sexual integral que necesitan para vivir digna y saludablemente. La realización del derecho a la educación sexual juega un papel preventivo crucial y recibirla o no, puede resultar una cuestión de vida o muerte. Reconociendo la necesidad de que la población mundial cuente con educación para prevenir el VIH/SIDA, el Relator Especial también quiere llamar la atención sobre la limitada perspectiva sobre la sexualidad que se produce al restringir la educación sexual al abordaje de las enfermedades de transmisión sexual. En su opinión, reducir la educación sexual a estos aspectos puede inducir a la

errónea asociación entre sexualidad y enfermedad, tan perjudicial como su asociación con el pecado.

El derecho a la educación incluye el derecho a la educación sexual, el cual es un derecho humano en sí mismo, que a su vez resulta condición indispensable para asegurar que las personas disfrutemos de otros derechos humanos, como el derecho a la autodeterminación, pues este requiere del consentimiento informado.

Así, el derecho a la educación sexual integral hace parte del derecho de las personas a ser educadas en derechos humanos.

Para que la educación sexual sea integral y cumpla sus objetivos, debe tener una sólida perspectiva de género. Numerosos estudios han demostrado que la gente joven que cree en la igualdad de género tiene mejores vidas sexuales. Inversamente, cuando no es así, las relaciones íntimas generalmente están marcadas por la desigualdad. En el centro de la educación sexual deben considerarse, entonces, las normas, roles y relaciones de género.

Los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas han considerado la falta de acceso a la educación sexual y reproductiva como una barrera para el cumplimiento de la obligación estatal de garantizar los derechos a la vida, a la salud, a la no discriminación, a la educación y a la información. La protección del derecho humano a la educación sexual integral resulta de especial relevancia para asegurar a las mujeres su derecho a vivir libres de violencia y de discriminación por motivos de género, habida cuenta de las relaciones históricamente desiguales de poder entre hombres y mujeres.

El derecho a la educación sexual integral también es respaldado por recomendaciones y declaraciones de organismos internacionales, así como por documentos que reflejan el consenso global entre los Estados. Por ejemplo, el Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoce que la educación sobre Salud Sexual y reproductiva debe comenzar en la escuela primaria y continuar en todos los niveles oficiales y oficiosos de la educación. Por su parte, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha concluido que los enfoques más eficaces sobre educación sexual son los que ofrecen educación a los jóvenes antes de la aparición de la actividad sexual. Para la OMS, es fundamental que la educación sexual se inicie tempranamente, especialmente en los países en desarrollo. La OMS también ha proporcionado orientación específica sobre cómo la educación sexual debería ser incorporada en los

programas escolares y recomienda que la educación sexual se enseñe como una materia independiente, en lugar de incorporarse a otras asignaturas. Asimismo, la educación sexual integral resulta una herramienta fundamental para lograr muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los referidos a promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer (tercer Objetivo), reducir la mortalidad infantil (cuarto Objetivo), mejorar la salud materna (quinto Objetivo) y combatir el VIH/SIDA (sexto Objetivo).

En el caso europeo, la educación sexual es obligatoria en 19 países, mientras que no lo es exclusivamente en 6. La edad establecida para el inicio de la misma oscila entre los 5 y los 14 años. En esta región es variada la asignación de responsabilidad sobre el diseño y ejecución de políticas públicas sobre educación sexual. En algunos casos el Ministerio de Educación es el encargado, mientras que donde la educación sexual es concebida más ampliamente, varias son las agencias gubernamentales involucradas en el proceso. Los y las docentes son los responsables de su aplicación, en la mayoría de los casos.

En Europa, la educación sexual se dicta de manera transversal; por ejemplo en Portugal, donde se aborda en biología, geografía, filosofía y religión, y en Bélgica, donde los aspectos morales y éticos de la sexualidad son tratados en las lecciones de moral y religión. En Dinamarca, Estonia y en menor medida en Francia, se incluye en los estudios sobre ciudadanía, dando una perspectiva más amplia del campo tratado. Otros países la implementan desde la perspectiva biológica. La focalización en lo biológico si bien realza la importancia de la educación para la salud, a menudo deja de lado las cuestiones relacionales y afectivas, debilitando la perspectiva integral.

2.8 PROPUESTAS NO EUROPEAS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

2.8.1 EL CASO MEXICANO Y LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD

Rosales Mendoza (2008), docente-investigadora de la Universidad Pedagógica Nacional de México destaca la importancia de investigar sobre el conocimiento y poder en la enseñanza de las sexualidades y el género en universidades públicas, así como también sobre la pertinencia de colocar estos temas en distintos planes de estudio de licenciaturas y posgrados de Ciencias Sociales, Educación y Salud.⁷⁸

Su propuesta plantea colocar el campo de las sexualidades desde un enfoque socio-cultural e histórico en diferentes planes y programas de estudio de educación

superior en México, trascendiendo la postura esencialista que concibe a la sexualidad como una experiencia universal, como un impulso que hay que domeñar, como un hecho dado por la naturaleza que no se puede cambiar. Postura que, según la autora, define la inteligencia, las aptitudes y las capacidades con base en la diferencia sexual para justificar las desigualdades sociales existentes entre mujeres y hombres, o entre homosexuales y heterosexuales. Ello requiere también trascender la postura de la educación sexual basada en riesgos. Parafraseando a Paulo Freire, plantea la necesidad de mirar a la educación como práctica de la libertad para devolver la palabra a aquellos por los que hemos hablado, es decir, a las mujeres, los homosexuales, los jóvenes, los ancianos, los indígenas y las personas con discapacidades físicas e intelectuales; e igualmente considera que el género y las sexualidades son conceptos y realidades contruidos en contextos específicos y, por lo tanto, pueden ser deconstruidos y resignificados.

Es por ello que investigar o enseñar sexualidades en la universidad conlleva una paradoja (con sus riesgos y sus placeres) la de institucionalizar un campo que se resiste a ser normado, es decir, a entrar en la organización (dado su carácter subversivo), al menos desde posturas teóricas y metodológicas críticas que plantean ir más allá de la sexualidad “normal” (aquella que se mira sólo como un proceso anatómico-fisiológico y de riesgos), y pugnan por el reconocimiento de los derechos sexuales (incluyendo el placer), la diversidad, la democracia y la ciudadanía sexuales, enarbolando la bandera del cuestionamiento frente a lo preestablecido.

Así que hablar de sexualidades es hablar, ante todo, de actores sociales que se han movido al interior y alrededor de diversas identidades genéricas y sexuales para luchar por el respeto de sus derechos humanos. Por un lado, los movimientos feministas han pugnado, desde distintos frentes, por la igualdad de las mujeres o por la equidad en la diferencia. Los movimientos gay y lésbico a su vez han luchado por el reconocimiento del derecho a la diversidad sexual, y los movimientos basados en la Teoría Queer, por su parte, se han empeñado en demostrar que las identidades no son fijas ni estáticas sino dinámicas y cambiantes, por lo que han planteado “disolver las categorías de identidad y desdibujar las fronteras de grupo”, con base en el principio de que las identidades son productos históricos y sociales contruidos sobre binarismos culturales que apuntalan jerarquías (homosexual/heterosexual, mujer/hombre, femenino/masculino) para reproducir desigualdades.

Así, la colocación de temáticas de sexualidades en las universidades públicas atraviesa por la posición teórica e ideológica del docente, las cuales se manifiestan en algún punto del proceso de enseñanza-aprendizaje como relaciones de poder (tanto en las ideas como en las prácticas). Por lo que ubicar este campo en la academia implicará todavía más tensiones y conflictos, quizá más que cuando se institucionalizó la perspectiva de género porque no es lo mismo poner en evidencia las relaciones de poder en la sexualidad (en la teoría y en la práctica) que incorporar el género como un eje transversal en las instituciones de educación.

Un primer problema a tener en cuenta es que la sexualidad ha sido históricamente uno de esos temas que se evaden, a las personas (incluyendo muchos docentes) les cuesta aún mucho trabajo hablar del cuerpo y sus placeres, a pesar de que acudimos hoy en día a un “destape” corporal, y a una desenfrenada obsesión por las técnicas y los artefactos para estimular el sexo genital.

Un segundo problema consiste en que la sexualidad constituye un tema en el cual se tiende a implicar cuestiones personales, como ya he señalado, y en ese sentido, algunos docentes perciben que estas temáticas pueden atentar contra los valores que debería transmitir la escuela, infringen las normas morales, no caben dentro de los currículos de determinadas carreras, o bien, son rubros más propios de tratar en el espacio familiar.

En un área controvertida como puede ser la de las sexualidades, y al emitir opiniones y posturas personales se corre el riesgo de presentar ideas maniqueas, intentando definir qué es (o debería ser) lo “normal” y lo “anormal”. Desde un punto de vista antropológico, la idea de normalidad en la sexualidad es cuestionable. Podemos encontrar múltiples ejemplos, que van desde los griegos con su *ars* erótica entre varones (práctica erróneamente calificada como homosexual) hasta la imposición de los frailes evangelizadores del concepto de “pecado” a los mayas, para los cuales el vocablo *muul* significaba literalmente “placer” y no pecado.

El tercer problema que he ubicado para lograr la inclusión de las sexualidades y el género, está vinculado con “la verdad” del conocimiento” en cierto sentido, y es el escaso o nulo reconocimiento por parte de autoridades y docentes universitarios (que trabajan en diseño o reestructuración de currículos) hacia el tema de las sexualidades desde el enfoque socio-cultural e histórico, específicamente en el ámbito de la docencia (cursos), y no tanto en investigación. Se percibe que las sexualidades no constituyen un objeto de conocimiento serio o digno de tomarse en cuenta, y si éste se mira además con

una perspectiva de género las cosas se complican, pues debido a la vulgarización de esta categoría se piensa que es cosa de mujeres.

Indudablemente la producción del conocimiento social (investigación) sobre sexualidades (desde las teorías del constructivismo, fenomenología, estructuralismo, posestructuralismo, de género y queer) ha ido a la par del desarrollo de los movimientos feministas, gay-lésbico, y queer. La lucha por los derechos de las mujeres en materia de derechos sexuales y reproductivos (las recién aprobadas leyes sobre el aborto, violencia y sociedades de convivencia) son logros que influyen en el reconocimiento del agency (disposición de sí) de las mujeres, y también, por qué no, de otras identidades vulnerables. Esta postura política del poder de resistencia es una apuesta frente a los poderes que se ejercen mediante la dominación de un sistema que continúa enraizado en el patriarcado y la homofobia, y que, por tanto, penetra (en el sentido amplio del término) como ideología en las escuelas de nivel superior. Por ello, es de suma importancia realizar el vínculo entre las teorías y metodologías de sexualidades y género que se podrían sugerir en planes y programas de estudio y la consolidación de los conceptos de democracia y ciudadanía sexuales.

La propuesta de colocar el campo de las sexualidades (desde un enfoque socio-cultural e histórico) en currículos de distintas licenciaturas y posgrados ha de tomar en cuenta fundamentalmente el perfil de los estudiantes al ingreso y egreso de la carrera, en función de que ciertos egresados podrían enfrentar en su vida profesional alguna problemática vinculada a la sexualidad. Por ello se sugiere que en determinadas licenciaturas y posgrados se incluyan cursos obligatorios (además de los optativos) sobre sexualidades y género.

2.8.2 COLOMBIA Y LA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Por otra parte, si pasamos a otro país latinoamericano, por ejemplo Colombia, en donde la formación para la sexualidad está regulada por Ley en la Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003), entendemos la importancia de trabajar sobre las diferentes edades cuando se forma a las enfermeras. Velandia informa que en la Universidad Nacional de Colombia, en la Facultad de enfermería, en su Plan de estudios, se utiliza “el modelo de progresión de las asignaturas: Enfermería del Niño, **enfermería del adolescente**, enfermería materna y Perinatal, Enfermería del adulto y enfermería del anciano presentando en el plan de estudios, constituye sólo una demostración de posible secuencia de las mismas y no una estructura obligatoria. A partir del tercer semestre, el

estudiante puede tomar estas asignaturas en el orden que prefiera, ya que ellas son “autocontenidas”.⁷⁹

La Política nacional de salud sexual y reproductiva colombiana (PNSSRC) tiene como objetivo general mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas y que tiene como metas la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ETS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual. Siendo los principios que orientan la política son: la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.⁸⁰

El PNSSRC entiende que la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la **calidad de vida**, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los DSR. Velandia analiza la evolución en los conceptos: nivel de vida, condiciones de vida y **calidad de vida**, haciendo énfasis en este último dado que a diferencia a los conceptos previos hace referencia a múltiples aspectos de la vida del ser humano.⁸¹ Ya que es evidente que una política que apunte a mejorar la SSR es estratégica para producir un impacto significativo sobre algunos de los factores de inequidad y para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la colectividad. De ahí la importancia de que se establezca como objeto de Estudio de la Profesión de Enfermería con miras a mejorar dicha calidad de vida, el cuidado de enfermería del ser humano desde la concepción hasta la muerte, dentro del proceso salud - enfermedad.⁸²

2.8.3 ESTUDIO SOBRE LA FORMACIÓN EN SEXUALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

2.8.3.1 Dos ejemplos de investigaciones en Brasil

Una investigación cualitativa y cuantitativa descriptiva, realizada en 2006 en Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil, no Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Júnior, da Universidade Federal de Sergipe (UFS), cuyo objetivo fue verificar como el estudiante de Enfermería conceptúa términos básicos para el entendimiento del tema Sexualidad Humana, constató que el estudiante tiene un nivel regular de conocimientos relativos al tema, pues, aunque logre atribuir conceptos correctos a terminos más sencillos, cuando le solicitan definiciones más detalladas, en un nivel más profundo y que piden una base teórica concreta, el estudiante se confunde y no logra éxito. Éste hecho exige una nueva evaluación de la necesidad de la inclusión de contenidos curriculares sobre sexualidad, evitando su ocultamiento y su invisibilidad.⁸³

Otro estudio brasileño que abarca a los alumnos y a los profesores con Licenciaturas en Enfermería y en Pedagogía de la Universidad do Vale do Rio dos Sinos y a los alumnos y profesores de las escuelas básicas de las municipalidades con más de 100 mil habitantes de la región metropolitana de Porto Alegre; Brasil, realizado por Martini, Jussara Gue (2007)⁸⁴ concluye que actualmente, la Educación Sexual es entendida como un derecho que todos tienen de conocer su propio cuerpo y tener una visión positiva de su sexualidad, comprendiendo así su propio comportamiento y el del otro, tomando decisiones responsables con respecto a su vida, hoy en día y en el futuro.

Para este estudio, en la escuela y en otros contextos, los significados alrededor de la sexualidad que han sido enseñados y dados como “verdaderos” se constituyen en dispositivos disciplinares que excluyen todo lo que los contradice, por ser estos los discursos dominantes. Desde una forma de romper con dichos esquemas se plantea que Educación Sexual precisa ser trabajada en las “fronteras”, produciendo discursos contra-hegemónicos, capaces de dar movilidad a los significados, siempre mutantes, de las sexualidades humanas.

Considera el estudio que en los últimos años el concepto de vulnerabilidad está siendo utilizado internacionalmente creando una categoría conceptual que retira la prevención del nivel individual y la remite a la complejidad cultural, social y política de la comunidad. Los comportamientos asociados a la mayor vulnerabilidad no están restringidos al deseo y/o voluntad de los individuos, sino manifiestan el grado de

conciencia de esos individuos y del subsiguiente poder de transformación de esos comportamientos a partir de la conciencia y de la idea de vulnerabilidad.

Por otra parte informa que las personas interesadas en las cuestiones actuales del currículum encontraron, en los últimos años, una cantidad de textos oficiales que podrían orientar la manera de pensar, de concebir la escuela. La preocupación inicial en vincular los textos oficiales con las condiciones culturales generó una óptica diferenciada, apuntando que “[...] el currículum ha sido, históricamente, un campo de polémica, de conflicto y de disputa. En una sociedad que llega a los inicios del nuevo milenio marcado por las divisiones de clase, raza, género, edad, entre otras dimensiones, las decisiones y prescripciones relativas al currículum están estrechamente vinculadas a las estructuras de poder y de dominación. Esto convierte a la educación escolarizada en un espacio político de embates y permanentes choques por la democracia y la solidaridad”

Desde la perspectiva que propone que la escuela es un espacio de construcción de saberes, que debe estar atenta a la inclusión de nuevos patrones culturales y de nuevas transformaciones, de nuevos y cruciales problemas que se presentan y que deben ser atravesados por lo legal y por lo real, el abordaje en el aula de temas polémicos tales como la masturbación, la homosexualidad, el aborto, la prostitución, el erotismo y la pornografía, el inicio de la relación sexual, el embarazo en la adolescencia, los obstáculos en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y el SIDA, entre otros, se justifica porque existe la necesidad de una contextualización social y cultural para comprender los comportamientos y los valores personales presentes en ellos. Así, la escuela se torna en el espacio adecuado para tratar los asuntos relacionados con el tema de la sexualidad, ya que el tiempo de permanencia de los adolescentes en la escuela y las oportunidades de relaciones sociales favorecen las discusiones que pueden envolver la prevención.

La docencia en las disciplinas de Didáctica Aplicada a la Enfermería con (60h/a), Práctica de la educación primaria y secundaria con (90 h/a) y la Práctica de la Educación primaria y secundaria con (120 h/a) posibilitaron una reflexión sobre cómo realizar la educación para la salud y más específicamente, en los últimos años, sobre el hacer Educación Sexual en los espacios/tiempos de la escuela básica, toda vez que la demanda de las escuelas en donde los alumnos y/o docentes realizan sus proyectos de práctica han sido con predominio en esta área. En este sentido, es posible afirmar que los saberes de la medicina científica poco afectan a las actitudes y a las prácticas

sexuales de los adolescentes, apuntando una vez más para la manutención del discurso de la racionalidad, en donde se pautan las relaciones de género.

El estudio destaca la necesidad de ver con atención y dar importancia a los aspectos que intervienen en los modos de ser y actuar en el cotidiano de los sujetos escolares y la confrontación entre la represión sexual y la necesidad de prevenir gestaciones y las ETS en la adolescencia dificulta mucho el trabajo de la orientación sexual, pues tanto los educadores como los alumnos, son productos de muchas historias cargadas de valores conservadores y morales represivos, los cuales terminan bloqueando y hasta confundiendo sus sentimientos, sus emociones, sus concepciones, ocasionando el miedo, la vergüenza y el sentido de culpa en vivir su sexualidad libremente.

Concluye además, que si la escuela no está tratando la sexualidad porque tal vez la juzga como un tema sin importancia, acaba también reforzando más los tabúes y los preconceptos y que, lo que se percibe, sin embargo, es que, implícitamente, la sexualidad está presente en todos los ámbitos de la escuela: en las miradas, en el caminar, en la sonrisa, en los diálogos, en la forma de vestir y de actuar de los sujetos.

2.9 EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

Históricamente, la formación de la/el enfermera/o fue siempre pautada en la neutralidad, tanto política como emocional, y en la sobrevaloración del comportamiento, a través de rígidos estándares morales (Meyer, 1995, p. 63)⁸⁵. Sin embargo, sabemos que esta neutralidad política es casi una falacia, visto que su práctica y su institucionalización como profesión siempre habían estado asociadas a los aspectos políticos y hasta económicos de determinados momentos históricos.

En lo que se refiere a la sexualidad, esta, casi siempre, fue abordada en su aspecto biológico y reproductivo, configurando un proceso de asexualización, tanto del profesional como del usuario del servicio de salud, toda vez que la relación de la sexualidad de ambos siquiera fue mencionada.

Afirma Lemos (2007)⁸⁶ que desde los tiempos más remotos, la enfermería viene ejerciendo su práctica desarrollándola a través de la valoración moral, de los atributos y comportamientos decentes (Meyer, 1995, p. 63). Pires (1989) afirma que la enfermería en la edad cristiana se basaba en la ayuda caritativa prestada por los monjes y órdenes religiosas femeninas. Con la transición para el capitalismo, el desarrollo de la profesión

pasó por un período de decadencia - de 1500 a 1860 - "no acompañando el desarrollo científico y tecnológico que ocurrió en los otros campos del conocimiento" (op. cit. p.119). Para Teixeira (1995)⁸⁷, la Reforma Protestante ocurrida en el siglo XVI "marcó un nuevo momento, representando una ruptura en la hegemonía de la Iglesia Católica e introduciendo el carácter laico de la enfermería, señalando la dislocación de la esfera privada para la esfera pública" (p.5). Con la salida de las religiosas de la ayuda y dejando ésta de ser caritativa para ser remunerada, la atención a los enfermos pobres quedó bajo la responsabilidad de legas, esclavas, o sea, mujeres de bajo status social, por tanto, marginadas. Muchos autores llaman a este momento de transición "período negro". Esta denominación se debe a la inserción en los cuadros de la práctica de enfermería, de personas de clases populares y de la pequeña burguesía naciente, mujeres analfabetas, borrachas y expoliadas. Para cambiar este "período negro" y crear un nuevo patrón de enfermería, aparece en la Inglaterra Victoriana, a mediados del siglo XIX, el trabajo de Florence Nightingale, en plena vigencia de la consolidación del sistema capitalista de producción, en medio de las turbulencias sociales, posibilidad de guerras, luchas de clase, confrontaciones religiosas, raciales y étnicas; confrontaciones y discordias en la vida privada y feudos familiares (Miranda, 1996)⁸⁸. En esta época, el comportamiento social era basado en un distanciamiento emocional entre los sujetos, caracterizando al patrón burgués poco sentimiento y mucho control y contención de los gestos y expresiones (Sobral, 1994)⁸⁹. Fue en este contexto en el que se originó la enfermería moderna.

Finalmente, según Lemos (2007) la neutralidad siempre pautó históricamente la formación de la enfermera, y en el currículo oculto estaba sobrentendido que para ser enfermera era necesario reprimir el erotismo y la sexualidad, porque éstos eran vistos como algo sucio y solamente permitido a los hombres (Lima, 1994)⁹⁰. Se sabe, sin embargo, que esta escena no ha cambiado mucho en los días actuales, incluso con la abolición del rígido uniforme y del internado y con la inserción de hombres en las Escuelas Enfermería. ¿Y, ahora, con el nuevo currículo de la graduación y las nuevas directrices curriculares? Hablar acerca de la enfermería es hablar de su práctica asistencial directa con el individuo, y es a través de la relación del cuerpo y de la sexualidad de la/el enfermera/o con el cuerpo y de la sexualidad del usuario del servicio de salud que la ayuda de la enfermería se concreta.

Concluye Lemos (2007) que la sexualidad es un asunto abordado por los docentes, pero de manera superficial se restringe a los asuntos del campo biomédico,

que divergen de la visión más amplia de los discentes que sugieren un abordaje que alcance también al campo psicológico y sociocultural. Pero, ambos (discentes y docentes) consideran esta temática de gran importancia para la formación profesional y sugieren un abordaje que favorezca el diálogo y la reflexión; lo que viene a reforzar la necesidad de discutir la cuestión de la sexualidad de manera abarcante y contextualizada, que considere el cuerpo, sentimientos y vivencias en sus aspectos históricos y sociales; y, para esto, un abordaje pedagógico cuestionador es de extrema importancia.

En la experiencia latinoamericana es frecuente que en diversas universidades, en su plan de estudios aparezcan asignaturas sobre Sexualidad Humana, Velandia plantea que en Colombia, en la Universidad Nacional “esta asignatura que hace parte del currículo de enfermería, la toman en dicha facultad estudiantes de psicología y de medicina. La Universidad Nacional fue pionera en la formación en sexualidad en América latina, lo hizo primero para los médicos y poco tiempo después para las enfermeras.

2.10 LA PRESENCIA FEMENINA EN LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

La enfermería es un grupo amplio de profesionales, aun cuando se requiera actualmente que su número sea mayor. Con relación a los Diplomados en Enfermería, colegiados, en España a 31 de diciembre de 2007 son 243.000; los varones son 41.328 y las mujeres 201.672 que corresponden al 83 % del total. Los datos relativos a la Comunidad Valenciana, a 30 de enero de 2009, desglosados por Colegios son los siguientes: Colegio Enfermería de Alicante 5.561 mujeres (77%) y 1.466 hombres; Colegio Enfermería de Castellón 2.090 mujeres (86,61%) y 380 hombres; Colegio Enfermería de Valencia 10.682 mujeres (82,28) y 2.300 hombres, siendo en el total el 81,96% de mujeres enfermeras en la Comunidad Valenciana.

Tabla 3.- Estadísticas de alumnos nuevos de Diplomatura en Enfermería curso 2008/2009 en España y U. de Alicante

Estadística de la Enseñanza Universitaria en España. Diplomatura Enfermería. Curso 2008-2009					
Alumnado nuevo inscrito en el primer curso del estudio por sexo					
Alumnos	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	% Mujeres	% Hombres
Alicante	178	158	20	88,76	11,24
Nacional	10.329	8.563	1.766	82,90	17,10

El Instituto Nacional de Estadística –INE-, informa que en España, en el curso 2008-2009 se matricularon 10.329 personas en Enfermería y que 8.563 son mujeres (82,9%); para el mismo periodo en Alicante en los diferentes programas de formación se matricularon 604 personas, de ellas 508 son mujeres (84.1%). En la universidad de Alicante se matricularon 178 estudiantes y 158 fueron mujeres, correspondientes al 88,76%. La mayoría de estudiantes de enfermería en España son menores de 21 años.

Tabla 4.- Estadística de la Enseñanza universitaria, Diplomatura de Enfermería en U. de Alicante Curso 2008/2009.-

Estadística de la Enseñanza Universitaria en la Universidad de Alicante, España. Curso 2008-2009					
Diplomatura de Enfermería					
Alumnado matriculado por sexo			Alumnado nuevo inscrito en el primer curso del estudio por sexo		
Ambos sexos	Mujeres	Porcentaje	Ambos sexos	Mujeres	Porcentaje
606	513	85	178	158	89

Tabla 5.- Estadística por sexo y edad de la Enseñanza universitaria, Diplomatura de Enfermería en España Curso 2008/2009

Estadística de la Enseñanza Universitaria en España Curso 2008-2009							
Diplomatura de Enfermería							
Totalidad del alumnado matriculado por Sexo y Edad				Alumnado nuevo inscrito en el primer curso del estudio por Estudio, sexo y Edad			
Edad	Ambos sexos	Mujeres	%	Edad	Ambos sexos	Mujeres	%
Total	29339	24143	82,29	Total	8516	7063	82,29
De 18 años y menos	4196	3525	84,01	De 18 años y menos	4048	3404	84,01
De 19 años	5058	4186	82,76	De 19 años	874	699	82,76
De 20 años	5509	4539	82,39	De 20 años	672	566	82,39
De 21 años	2695	2229	82,71	De 21 años	556	477	82,71
De 22 años	1996	1655	82,92	De 22 años	414	344	82,92
De 23 años	1651	1384	83,83	De 23 años	284	247	83,83
De 24 años	1275	1058	82,98	De 24 años	216	182	82,98
De 25 años	953	802	84,16	De 25 años	166	145	84,16
De 26 años	791	635	80,28	De 26 años	151	114	80,28
De 27 años	651	531	81,57	De 27 años	137	115	81,57
De 28 años	547	417	76,23	De 28 años	118	89	76,23
De 29 años	474	382	80,59	De 29 años	105	84	80,59
De 30 a 34 años	1753	1404	80,09	De 30 a 34 años	374	287	80,09
De 35 a 39 años	864	649	75,12	De 35 a 39 años	199	147	75,12
De 40 años y más	926	747	80,67	De 40 años y más	202	163	80,67

2.10.1 LAS ENFERMERAS COMO AGENTES DE SALUD CON ACCIONES HACIA JÓVENES

En la justificación del título de enfermera: interés académico, científico y/o profesional que hace la Escuela Universitaria Enfermería Universidad de Córdoba, Justificación del título de enfermera, se plantea que la Enfermería, al igual que el resto

de titulaciones de Ciencias de la Salud, está relacionada con disciplinas afines de Ciencias de la Salud, Humanidades y Ciencias Sociales. Siendo el objeto de estudio el cuidado integral del ser humano, el cuidado de enfermería desarrolla conocimientos específicos a través de la investigación básica y aplicada, y se apoya en las tecnologías de la información y comunicación, la legislación, la ética del cuidado, la bioética, la economía de la salud, la epidemiología, y las técnicas educativas y de gestión (...) Este nuevo escenario ha planteado a la comunidad científica enfermera, en los últimos tiempos, no solamente cuestiones prácticas y técnicas sino, también, la redefinición de persona sana. La consideración del cuidado como base del conocimiento de la Ciencia Enfermera ha sido a lo largo de la historia, no solo una cuestión de índole técnica, sino social. Razón por la cual es fácil prever que la enfermería del siglo XXI necesita profesionales comprometidos con su tiempo. Compatibilizar modelos de cuidados, soportes informatizados de taxonomía, investigación y evidencia es un ejercicio que implica no pocos esfuerzos, así que resulta ineludible si se quiere construir un modelo coherente de Ciencia de los Cuidados y un perfil del profesional de Enfermería que lo aplique.

Los profesionales de la salud juegan un papel crucial en la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, el embarazo adolescente y en la promoción de conductas sexuales seguras. Por ello, deberían implicarse en la educación afectivo-sexual de los adolescentes, siendo necesario incluir dentro del modelo de Atención Comunitaria este tipo de intervenciones.⁹¹

Ibarra y Siles proponen que frente a los problemas tradicionales y emergentes de la era de la globalización, la orientación de la educación de enfermería debe ser hacia las necesidades de salud de la población y que estos deberían fundamentarse en los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud⁹².

Velandia, plantea que “El profesional de enfermería egresado de la Universidad deberá estar en capacidad de dar cuidado integral de enfermería a la persona en su propio contexto familiar y grupal, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la región y con énfasis en los procesos comunitarios en salud para así contribuir a nuevas formas de desarrollo de los servicios de salud, para su desarrollo se ha conformado grupos funcionales de trabajo académico, con el fin de coordinar alrededor de los sujetos de atención establecidos, las actividades docentes de investigación y asistenciales necesarias”⁹³.

Un grupo de estudiantes de enfermería, luego de realizar una investigación con adolescentes, concluyó que “El aumento de embarazos no deseados en adolescentes está relacionado con una insuficiente información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. La Educación para la Salud es fundamental en su abordaje, lo que requiere profundizar en ella dentro de nuestro proceso de enseñanza-aprendizaje como estudiantes de enfermería, ya que es importante saber cómo captar a esta población y ver la eficacia de estas sesiones”.⁹⁴

La enfermería, una profesión profundamente femenina^{7, 95}, cumple un papel determinante en la preparación de las/os adolescentes y jóvenes en su sexualidad, en su Salud Sexual y en su Salud Reproductiva, no sólo en procesos relacionados con el embarazo sino también es aspectos tales como la formación para maternar⁸ y paternar. Un tema profundamente estudiado por la enfermera Liliana Villarraga docente de la Universidad Nacional de Colombia, quien posee varias investigaciones y publicaciones al respecto y que introduce estos conceptos en el programa de Materno infantil.⁹⁶

Se requiere de la investigación, la docencia y el ejercicio profesional enfermero, desde una perspectiva epistemológica transformadora del rol de las mujeres, que aproxime a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder, identifique sus necesidades (y las de los hombres) y comprenda estas etapas como fundamentales del proceso vital humano y la construcción particular como personas, ciudadanas/os y sujetas/os de derechos.

La formación de la enfermera cumple una triple misión: primero, su desarrollo como adolescentes, mujeres, hombres y profesionales requiere que las/os formadores: comprendan el contexto de producción de la violencia de género y su prevención; detecten posibles sesgos de género del saber biomédico; segundo, diagnostiquen desigualdades en la asistencia sanitaria; conozcan teorías sociales y culturales sobre el género o sistema sexo-género; y, tercero, estén en capacidad de implementar un abordaje positivo de la sexualidad, medidas hacia la promoción de la salud, la

⁷ Desde muy pequeños/as hemos observado que las cuidadoras son mujeres. Ellas se encargan de la salud integral, de crear las condiciones para que haya bienestar y calidad de vida. Se aprende el cuidado como una cualidad de la feminidad, y aun cuando se forma a hombres como cuidadores, estos suelen relacionar el cuidado con sus potencialidades femeninas.

⁸ Maternar y paternar es todo lo que ayuda al establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo, padre-hijo, a los procesos del crecimiento y desarrollo, y a la socialización y establecimientos de relaciones en una cultura, espacio y tiempo determinados. Maternar y paternar está más allá del constructo de la procreación.

prevención del embarazo adolescente y la atención primaria, especializada y hospitalaria procurando la equidad de géneros.

La Universidad debe considerarse saludable y promotora de salud, en especial si se habla de una Escuela de Enfermería. La promoción de la salud debe ser parte de la formación universitaria de las enfermeras y en especial, debe serlo la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes; más aún, cuando gran parte de las estudiantes de enfermería lo son, convirtiéndose al mismo tiempo en sujetos de las mismas estrategias para las cuales deben ser formadas; a pesar de estas necesidades no siempre se les forma para tal fin. La promoción significa un reto muy positivo para la ordenación de los estudios de enfermería y esta focalización es una oportunidad para considerar a los jóvenes como ciudadanos con derechos y también como nuevos clientes con consumos específicos en salud.⁹⁷

2. 10.2 ESTUDIO SOBRE LA FORMACIÓN EN SEXUALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA CIUDAD

Este estudio⁹⁸ se realizó durante el año 2002, dentro del Curso de Postgrado: "Intervención de enfermería en educación y asesoramiento sexual" en la Escola Universitària d'Infermeria. Universitat de Barcelona.

Los investigadores consideran que los profesionales de enfermería necesitan un nivel adecuado de formación en sexualidad para poder desarrollar en la práctica asistencial una actitud flexible, tolerante y respetuosa sobre la sexualidad de los usuarios, por eso investigaron sobre: el nivel de formación en sexualidad de los profesionales de enfermería que trabajan en las consultas de Atención Primaria de Barcelona Ciudad; la existencia de demandas sobre este tema por parte de los usuarios; y, las actitudes y habilidades de los profesionales para hacer frente a las demandas planteadas.

Es estudio informa que es indiscutible la importancia que enfermería tiene como disciplina especializada en el campo de los cuidados, protección, educación y promoción de la salud, con respecto a la sexualidad, ya que esta es un aspecto del ser humano que tiene una gran repercusión sobre su bienestar físico y mental. Uno de los elementos que caracterizan a la asistencia primaria de salud es considerar y tratar al ser humano desde una vertiente biopsicosocial y en este sentido, los profesionales de enfermería nos encontramos en una situación privilegiada por la accesibilidad y la relación continuada en el tiempo, con los usuarios. El Proceso de Atención de

Enfermería permite crear un marco adecuado para que el usuario pueda plantear dudas, aclarar conceptos y exponer problemas o dificultades relacionadas con su sexualidad. Si consideramos los Modelos conceptuales de Enfermería de Virginia Henderson vemos que incluye el aspecto sexual en la Necesidad de Comunicación y el de Marjory Gordons presenta la sexualidad como uno de los patrones de conducta, además, en la taxonomía diagnóstica, de la NANDA se han validado 2 diagnósticos de enfermería sobre sexualidad: uno que hace referencia a alteraciones de los patrones de la sexualidad y otro a las disfunciones sexuales. Por tanto, podemos afirmar que enfermería tiene un rol propio y autónomo para poder llevar a cabo la relación de ayuda en referencia a la sexualidad.

Los profesionales de enfermería necesitamos un nivel adecuado de formación en sexualidad para poder intervenir en todos los aspectos que requiera la práctica asistencial y mejorar así la calidad de la atención que damos a los usuarios.

De este estudio podemos constatar que los usuarios del sistema sanitario hacen preguntas sobre sexualidad y un porcentaje alto de profesionales cuando hacen la historia de enfermería, preguntan sobre temas relacionados con la sexualidad de las personas. Es interesante la valoración positiva de los profesionales de sentirse cómodos a la hora de responder a las preguntas y no mostrarse influenciados por el sexo de los usuarios para responder de manera relajada y adecuada.

Queda reflejado a través de las preguntas formuladas, que los profesionales de enfermería valoran mucho el hecho de tener formación en sexualidad y creen que es necesario orientar, informar y educar a los usuarios que lo necesiten, pero se encuentran con un hándicap muy importante ya que la formación académica que reciben es limitada en algunos temas, por ejemplo el que trata de las disfunciones sexuales, es precisamente sobre el que los usuarios preguntan más, puede ser debido que la edad de la población a la que pertenecen es la edad adulta madura y envejecida, con patologías crónicas que en muchos casos precisan de tratamiento farmacológico, hecho este que puede llevar asociado como efecto secundario alteraciones en una o varias fases de la respuesta sexual.

En referencia a donde y cuando han recibido formación en sexualidad, los profesionales indican fuentes científicas relacionadas y en un gran porcentaje se han preocupado de formarse después de finalizar sus estudios. Su formación ha sido por interés personal, motivada por la necesidad de dar respuesta a las demandas de los

usuarios. No sabemos cuantitativamente el tiempo dedicado a su formación postbásica, sería interesante poder constarlo en otro estudio.

También es relevante resaltar la sensibilidad del colectivo de enfermería hacia las necesidades sexuales de los usuarios y más si tenemos en cuenta la edad de los profesionales que supera los 40 años, por lo que cuando ellos realizaron sus estudios de Enfermería no existía como asignatura la sexualidad humana, tampoco ha habido una exigencia de formación durante mucho tiempo. Es en los años 90 cuando se comienza a ver la necesidad de que los estudiantes de enfermería tengan formación en sexualidad, pero esta formación reglada se materializa con carácter optativo y según criterio de las Universidades y de las Juntas de Centro, que consideren tener en sus planes de estudio asignaturas de sexualidad y estas con contenidos muy diversos.

Sin duda, es muy necesario hoy plantear en los planes de estudio de enfermería y en la formación continuada de estos profesionales contenidos y cursos sobre sexualidad, adaptados a las exigencias de la profesión y a las necesidades de los usuarios del sistema de salud, con el fin de dar cuidados integrales y mejorar la calidad de la asistencia.

Los resultados del estudio demuestran que el 61,90% de las personas de la muestra han recibido información en sexualidad durante y después de los estudios de la diplomatura en enfermería. De los encuestados que han dicho que han recibido formación en sexualidad, para el 22% ha sido mediante conferencias, un 35,5% en clases, un 22,8% en cursos, un 16,2% en talleres y un 12,4% en otras fuentes que no especifican. Han recibido formación sobre los siguientes temas: el 23,4% sobre las enfermedades de transmisión sexual, el 29,6% sobre los métodos anticonceptivos, el 13,9% sobre la orientación sexual, el 1,7% sobre los abusos sexuales, el 12,7% sobre la fisiología y anatomía del aparato genital, el 24% la sexualidad en general y el 14,3% sobre las disfunciones sexuales.

Al 12,8% de los profesionales les han preguntado sobre las enfermedades de transmisión sexual, al 45,3% sobre las disfunciones, al 11,6% sobre el deseo sexual, al 26,7% sobre planificación familiar, al 2,35% sobre interacciones farmacológicas, al 0,9% sobre masturbación, al 2% sobre cambios físicos en la adolescencia y al 0,6% sobre relaciones post parto.

De los profesionales que tienen información sobre sexualidad un 87,3% nos dicen que la han obtenido de la experiencia profesional, un 56,1% de los amigos, un 27,2% de los padres, un 77,7% por la lectura de libros divulgativos, un 34,7% por la lectura de

manuales, un 41,6% por las revistas, un 18,2% por vídeos, un 14,7% leyendo novelas, un 9,2% de la pornografía i un 9,1% de otros fondos sin especificar.

Los investigadores consideran relevante el 88,9% de la muestra de mucha importancia a la formación en sexualidad y solo 11,1% considera que no es importante.

El 92,1% de la muestra considera relevante orientar y educar en sexualidad y el 7,9% opina que es poco relevante. Se destaca que hay un 12,6% de la muestra que cuando realiza la valoración de enfermería incluye siempre las preguntas sobre sexualidad que forman parte del protocolo, en este apartado de la valoración, un 73,3 % las incluye a veces, por tanto las tiene presentes y es posible que valore que hay ocasiones en que es relevante hacerlas y otras veces que no, y solo un 14,1% del total de la muestra no las incluye nunca.

Un 83,55% de los encuestados dicen que los usuarios preguntan a veces sobre sexualidad, este dato es relevante, ya que no siempre han de tener la necesidad de preguntar sobre este aspecto. Del total de la muestra, 1,5% le preguntan siempre y al 15% no le preguntan nunca. Los adolescentes han preguntado sobre sexualidad al 27'55% de los encuestados.

Se destaca que un 24,5% de los profesionales se sienten muy preparados para responder a las preguntas que sobre sexualidad hacen los usuarios, el 71,8% opina que necesita más preparación y solo el 5,2% piensa que no está nada preparado.

A los informantes se les preguntó si en la forma de responder influía el hecho de que el usuario fuese de sexo diferente al profesional, nos respondieron que se sienten cómodos contestando al otro un 34,65%, para un 52,9% le es indiferente y un 13,5% se sentían incómodos. Cuando el usuario hace una pregunta sobre sexualidad, el comportamiento del profesional es responder a la pregunta en un 80,4%, solo el 4,5% deriva a otro profesional y no responde a la pregunta y un 14,1% responde y deriva a otro profesional si es necesario.

2.11 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS ENFERMERAS

2.11.1 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

Presenta en su Plan de estudios para las titulaciones de 1er y segundo ciclo de Enfermería (diplomatura) en su Plan de estudios, la Asignatura optativa: Sexualidad humana.⁹⁹

Para su Diplomado en Enfermería EUE “Puerta de hierro”, Curso académico 2010/2011 propone en su Plan de estudios la Asignatura optativa: Sexualidad humana.¹⁰⁰

Cursos de Diplomatura de Enfermería. Vall d'Hebron en Barcelona; Curso académico 2010/2011 propone en su Plan de estudios la Asignatura optativa: Sexualidad humana.¹⁰¹

Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu está organizada según el Plan de Estudios homologado, que coincide en líneas generales con el de los otros centros homólogos, adscritos o integrados a la Universidad de Barcelona presenta la Optativa Tercer semestre: Sexualidad humana. 6 créditos y Optativa Quinto y sexto semestre: Intervención de enfermería en procesos de Salud Reproductiva. 6 créditos.¹⁰²

2.11.2 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Para la Diplomatura en Enfermería: Plan de estudios de 2001 (actual) se propone la Asignatura optativa: La Pareja: Sexualidad y Salud.¹⁰³

2.11.3 UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO

Diplomatura en Enfermería, propone en su Plan de estudios en el Segundo Cuatrimestre la asignatura Enfermería Psiquiátrica y de la Salud Mental, una asignatura troncal en cuyo contenido aparece el tema 13: Trastornos Sexuales.¹⁰⁴

2.11.4 UNIVERSIDAD DE HUELVA

La Escuela Universitaria de Enfermería, para su Diplomado en Enfermería en su Plan de estudios presenta la asignatura Sexualidad y salud; sin embargo en la adaptación al nuevo plan de estudios esta desaparece.¹⁰⁵

2.11.5 ESCUELA UNIVERSITARIA "SAN JUAN DE DIOS" ALJARAFE, BORMUJOS, SEVILLA

En su Plan de Estudios para su Curso 2º presenta la asignatura optativas Enfermería ginecológica y planificación familiar. Una breve descripción del contenido informa que los temas a tratar son: Concepto de planificación de la familia. Atención de enfermería en el control de natalidad. Nociones sobre sexualidad humana. Detección previa de cáncer genital. Cuidados de enfermería en la mujer con cáncer genital. Cuidados de enfermería en la menopausia y climaterio.¹⁰⁶

2.11.6 UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Escuela universitaria de Enfermería “Casa de salud Valdecilla” en su Plan de estudios propone la asignatura de Sexualidad humana que tiene como finalidad que el/la alumno/a adquiera los conocimientos necesarios para que: 1. Adquieran un conocimiento conceptual amplio y liberador que le permita desarrollar una sexualidad responsable y satisfactoria, dentro de una revisión continua de sus actividades, aceptando su sexualidad y comprendiendo la de los demás.

El Bloque temático 1. Actitudes ante la sexualidad humana; Tiene los temas: 1.- Antropología de la sexualidad y diversidad cultural; 2.- Análisis de la sexualidad desde el punto de vista físico, psicológico y social; 3.- Personas: hombres y mujeres en igualdad; 4.- Pluralidad sexual.

El Bloque temático 2. Salud y sexualidad. Tema 5.- Preocupaciones y problemas comunes que afectan a la Salud Sexual; Tema 6.- Comportamientos sexuales atípicos; Tema 7.- Sexualidad y conductas de riesgo: concepción /anticoncepción. Enfermedades de transmisión sexual.¹⁰⁷

2.11.7 UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

En la Escuela universitaria de Enfermería de Albacete en su Plan de Estudios de la Diplomatura de Enfermería¹⁰⁸ se oferta para el Curso 2008/2009, la asignatura Anatomía y fisiología humana, una asignatura de tipo troncal, en cuya Unidad V. sexualidad y reproducción: sistema genital se tienen en cuenta los siguientes temas: Tema 1. Introducción al sistema genital; Tema 2. Sistema Genital Masculino; Tema 3: Sistema Genital Femenino; y, Tema 4. Genética y Herencia.

La asignatura Sexualidad: fisiología y sociedad, una asignatura de libre configuración que tiene como objetivos que el alumnado conozca e integre la sexualidad desde una perspectiva biopsicosocial y que el alumnado desarrolle actitudes saludables hacia la sexualidad a lo largo de todo el ciclo vital, tiene como contenidos del programa teórico: 1. Evolución histórica de la sexualidad; 2. Anatomía y Fisiología del sistema genital femenino y masculino; 3. Relación sexual y orgasmo; y, 4. Perspectiva psicosocial de la sexualidad: representación e interacción.

Tiene además unas Actividades prácticas presenciales que se realizan en el horario programado para teoría. Estas son: 1. Sexualidad y pulsación; 2. Sexualidad y oralidad; 3. Sexualidad y genitalidad; y, 4. Sexualidad adulta: Técnicas de armonización sexual.

El sistema de evaluación propone realizar en grupo un trabajo relacionado con la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital, o examen escrito sobre los contenidos básicos desarrollados en el programa teórico.

Por otra parte en la asignatura Psicopatología, una asignatura optativa en la Unidad II: Salud mental en la infancia, niñez y adolescencia se propone en la Unidad 3. Salud mental en la infancia, la niñez y la adolescencia tratar en los ítem 3.4. Situaciones de alto riesgo: los temas maltrato y abusos sexuales; 4. Psicopatología en la infancia, la niñez y la adolescencia, el tema 4.6. Otros problemas: Consumo de drogas. Sexualidad.

2.11.8 UNIVERSIDAD DE GRANADA

El Plan de Estudios vigente de esta titulación impartida en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada fue publicado en el B.O.E de fecha 18 de mayo de 2001, y se compone de las siguientes asignaturas distribuidas en tres cursos. En el tercero se ubica la asignatura: Sexología, que es optativa. Su Programa teórico se compone de: 1.- Conceptos básicos en Sexología. La Sexología en las Ciencias de la Salud; 2.- Bases biológicas de la sexualidad. La diferencia sexual; 3.- Conducta sexual en la infancia y en la adolescencia; 4.- La respuesta sexual humana. Su anátomo-fisiología; 5.- Sexualidad en personas seniles; 6.- Hormonas y sexualidad. Fármacos y sexualidad; 7.- Sexualidad durante la gestación y el puerperio, anticoncepción y sexualidad; 8.- Etiología general de las disfunciones sexuales; 9.- Disfunciones sexuales en la mujer; 10.- Disfunciones sexuales en el hombre; 11.- Sexualidad en relación con las distintas patologías; 12.- Homosexualidad; 13.- Sexo y sociedad. Actitudes hacia la sexualidad. Sexo y política. Sexo y economía. Sexo y religiones; 14.- Antropología sexual. Sexo y psicología. Intimidad, afecto y sexualidad.¹⁰⁹

2.11.9 UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Posee tres centros: Escola Universitària d'Infermeria i Podologia, Escola Universitària d'Infermeria La Fe, y E. U. d'Infermeria Nostra Senyora del Sagrat Cor (Castelló).

En el segundo curso posee una asignatura obligatoria denominada Salud de la mujer, de la sexualidad y de la reproducción. Otra asignatura en el primer curso, de tipo troncal, es la de Sociología, género y salud, que busca comprender el comportamiento

interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural; reflexionar sobre la importancia del análisis de género en salud, y comprender cómo en función de aquellos estilos de vida, el uso del tiempo y las condiciones de trabajo tienen un impacto en la salud de las personas.

2.11.10 UNIVERSIDAD DE ALICANTE

En el Plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería - plan 2000, de la Escuela universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante, se encuentran dos asignaturas cuyas descripciones parecen estar relacionadas con la formación enlazada con la Salud sexual y Salud Reproductiva. Una de ellas es una asignatura obligatoria de tipo troncal para el segundo curso, la de Enfermería Materno-Infantil; la otra asignatura es optativa y se oferta para el primer curso: Salud de la mujer con enfoque de género.

La asignatura Enfermería Materno-Infantil está orientada a proveer a las estudiantes formación sobre: “Crecimiento y desarrollo del niño sano hasta la adolescencia; Alteraciones más frecuentes en esta etapa de la vida; Cuidados de enfermería en las distintas alteraciones de las necesidades del niño; Reproducción humana; Mantenimiento de la Salud Reproductiva humana, Problemas de salud en la reproducción humana; Desarrollo normal de la gestación, parto y puerperio; Alteraciones de la gestación, parto y puerperio; Características generales del recién nacido sano y desarrollo del mismo hasta el primer mes de vida; y, Cuidados de enfermería en la gestación, parto y puerperio normales y patológicos”.¹¹⁰

En lo que puede observarse a simple vista, esta asignatura se centra especialmente en las necesidades de la mujer, especialmente en lo relacionado con la gestación, parto y puerperio y tangencialmente con los cuidados del niño en sus primeros años de vida, sin detenerse en las necesidades de los hombres, ni de los adolescentes y jóvenes.

La asignatura Salud de la mujer con enfoque de género, forma sobre: “Desigualdades en salud: factores determinantes; Feminización de la pobreza y relación con las desigualdades en salud; Diferencia en los patrones de salud-enfermedad según género; Condicionantes de uso de servicios preventivos y asistenciales; Acceso, disponibilidad y su relación con los cuidados de salud al género femenino; Género y asistencia sanitaria; Género e investigación médica; Políticas efectivas y estrategias de cambio en la asistencia sanitaria; y, Principios para la acción”.¹¹¹ Aun cuando esta asignatura ampliaría en buena parte la visión de género de las estudiantes, el problema

radica en que es optativa, y por tanto, sólo quienes deciden formarse en ella asumen este conocimiento.

El estudiante formado adquiere una visión macro de la salud femenina desde una perspectiva de género, en la que posiblemente la sexualidad y la Salud Sexual y reproductiva son algunos de los temas a abordar, y la vivencia en los/as adolescentes uno de los posibles indicadores a tener en cuenta.

Según la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá: La incorporación de la Salud Sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. La formación de profesionales en Salud Sexual y Salud Reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo. La Salud Sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional. En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.¹¹²

2.12 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿En el Plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería, de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante se forma a las estudiantes para responder a las necesidades en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva de las/os adolescentes y jóvenes que serán sus usuarias/os de sus servicios?

2.13 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar las necesidades en la formación académica de las estudiantes de Enfermería, de la Universidad de Alicante, en los campos de la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las/os adolescentes y jóvenes, como una estrategia que oriente la autodeterminación, el empoderamiento y el ejercicio responsable de la sexualidad como fundamentos de su propio autocuidado y del de las/os adolescentes que serán sus usuarias/os.

2.13.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.13.1.1 Objetivo específico N° 1

Investigar sobre la Formación de enfermería en el cuidado de adolescentes en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, con una muestra de estudiantes del primero y segundo año de enfermería que actúen como informantes.

2.13.1.2 Objetivo específico N° 2

Comparar necesidades en la formación sobre sexualidad, Salud Sexual y/o Salud Reproductiva que tienen las estudiantes de enfermería y los(as) estudiantes de educación, en la universidad de alicante.

2.13.1.3 Objetivo específico N° 3

Realizar actividades formativas a estudiantes de enfermería sobre sexualidad, Salud Sexual y/o Salud Reproductiva y comparar sus respuestas antes y con posterioridad a la formación.

2.13.1.4 Objetivo específico N° 4

Investigar propuestas formativas que utilicen modelos didácticos como el aprendizaje basado en problemas apoyan la formación en competencias que capaciten lógica, operativa y emocionalmente a las/los estudiantes para el Servicio asistencial orientado a adolescentes.

2.13.1.5 Objetivo específico N° 5

Averiguar si existen barreras de comunicación cuando de hablar de Salud Sexual y Salud Reproductiva se trata, que interfieran en la interpretación y transmisión adecuadas de ideas entre los/las docentes y las/los estudiantes.

2.13.1.6 Objetivo específico N° 6

Estudiar a nivel nacional y en la Comunidad Valenciana, la legislación vigente concerniente a temas relacionados con sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, y analizar en ella el rol que deben cumplir las profesionales de la enfermería.

2.14 HIPÓTESIS

2.14.1 HIPÓTESIS N° 1

Los estudiantes de Enfermería y de Educación de la Universidad de Alicante tienen la formación adecuada en materia de sexualidad, Salud Sexual y la Salud Reproductiva, previa a su formación universitaria, necesaria para atender a sus propias necesidades y como base para la formación académica universitaria.

2.14.2 HIPÓTESIS N° 2

Las necesidades sociales, culturales, emocionales, cognitivas, relacionales, experienciales y políticas de las/os adolescentes y jóvenes relacionadas con la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva -incluyendo las de las mujeres y hombres estudiantes de enfermería y educación- se utilizan como fundamento de los currículos que orientan su formación.

2.14.3 HIPÓTESIS N° 3

Los currículos que orientan la formación de las estudiantes de enfermería, en lo relacionado a la Salud Sexual y r la Salud Reproductiva, potencian la equidad en salud y la vivencia responsable, positiva y solidaria de la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes.

2.14.4 HIPÓTESIS N° 4

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva produce efectos y manifestaciones positivas en su Salud Sexual y reproductiva.

2.14.5 HIPÓTESIS N° 5

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva produce efectos y manifestaciones que transforman las relaciones de poder asimétricas entre los sexos.

2.14.6 HIPÓTESIS N° 6

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva repercute positivamente en la mejora de

la atención en salud orientada a las/os adolescentes y jóvenes, su bienestar y calidad de vida.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



METODOLOGÍA

3 METODOLÓGIA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa porque para obtener la información se aplicará una encuesta a estudiantes de la Diplomatura en Enfermería. La información obtenida se procesará con SPSS 16.0. Los resultados se usarán como base para una triangulación que posibilitará el cruce de los núcleos de sentido y los diferentes niveles de complejidad.

Tiene una parte cualitativa, que intenta capturar el fenómeno de manera holística, comprenderlo dentro de su contexto y enfatizar la inmersión y comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómenos.¹¹³ Se apoya en la etnografía que conforme a Lipson “describe y explica las regularidades y variaciones del comportamiento social”¹¹⁴. La “recolección de datos” es un proceso posterior a la “recolección de información”; los datos no están inmediatamente accesibles al investigador, ya que para obtenerlos se hace necesario procesar la información obtenida. Lo que el informante clave provee (información) el investigador lo convierte, lo hace dato, al darle un valor, una utilidad. A menudo los investigadores/as usan dicha información para estudiar variaciones culturales en respuesta a la enfermedad o a la salud, y para comprender a un paciente o estudiante en una subcultura, en un grupo o en un contexto social mayor. Para capturar la información se utilizan como instrumentos para la colecta: encuestas y entrevistas.

En términos cualitativos y cuantitativos los informantes clave serán estudiantes de la Diplomatura en Enfermería, de la Escuela universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El consentimiento informado se basa en principios bioéticos; inicialmente fue utilizado en medicina, se reporta su uso en la literatura científica a partir de 1930; su uso legal se da por primera vez en la legislación americana, en 1957, en un recurso judicial en California. Se soporta en los derechos fundamentales: al libre desarrollo de la personalidad sobre la base de la libertad, la autonomía, la privacidad; el derecho a la vida, y por conexión, al derecho a la salud.¹¹⁵

La quinta modificación de la Declaración de Helsinki (Edimburgo, 2000) ha supuesto un cambio fundamental en la historia de este documento, tras años de debate

dentro y fuera de la Asociación Médica Mundial. La Declaración se adoptó en 1964 en un intento de demostrar la capacidad autorreguladora de los médicos en el control ético de la investigación con seres humanos.¹¹⁶ Diferentes transgresiones al protocolo obligaron a diversas revisiones; la última de ellas es la anteriormente citada, con lo que se corroboró una vez más que, se basaba en una lógica de la investigación clínica arcaica, a espaldas de todo el desarrollo metodológico moderno. En ella se resaltan el énfasis dado a la protección especial de las poblaciones o grupos vulnerables; y, la apuesta por la transparencia.

Existe pues un acuerdo en la ciencia sobre no vulnerar a los pacientes o informantes y unos criterios éticos para tratar situaciones conflictivas sujetas a juicios morales. Las investigaciones cualitativa y cuantitativa comparten muchos de sus aspectos éticos, de tal manera que estos aspectos que son aplicables a la ciencia en general, son aplicables a la investigación cualitativa.

Según los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) es la “Autorización voluntaria dada por un paciente o sujeto de investigación, con total comprensión de los riesgos que implican los procedimientos diagnóstico y de investigación y el tratamiento médico o quirúrgico”.¹¹⁷

Como lo informan las fichas de consentimiento informado para entrevista (Anexo N° s 1 y 2, páginas 321 y 322) y para encuesta (Anexo N°s 3 y 4, páginas 323 y 324) su propósito es proveer a los y las participantes en la investigación, una explicación sobre:

- La naturaleza de la misma;
- Su participación como informantes; y,
- La utilización que se le dará a la información provista.

Algunos elementos adicionales pueden considerarse condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado, estos son:

- Ausencia de coerción o engaño.
- Capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado o experimentado para tomar decisiones.
- Información completa sobre el qué de la investigación (objetivo o meta), el cómo (procedimiento que se sigue la información) y el para qué (uso que se le dará a la misma) describiéndose en forma explícita el propósito, el procedimiento, el instrumento de recopilación de información como tal, y la proyección y/o socialización de los resultados obtenidos en dicho proceso.

- Información sobre el tiempo utilizado;
- Posibilidad de abandonar la investigación a discreción de los/as informantes.

3.3 DISEÑO

Estudio descriptivo transversal basado en la combinación de técnicas de investigación cuantitativas (encuesta) y cualitativas (entrevistas grupales y escritas). Sus objetivos parten del supuesto de que a los estudiantes de enfermería se les forma sobre temas relacionados con Salud Sexual, Salud Reproductiva y Sexualidad y que previamente han recibido información básica al respecto, durante su formación en el instituto.

El objetivo del estudio cuantitativo ha sido conocer si las/os estudiantes de las Diplomaturas de Enfermería de la Universidad de Alicante con los conocimientos que en el momento de la encuesta poseían, se sienten capacitados/as para informar debidamente sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva a otros jóvenes, si han recibido algún tipo de formación sobre Salud Sexual y si pudieran formarse sobre algunos temas, cuáles preferirían.

El estudio cualitativo, en primera instancia, utilizando entrevistas grupales ha pretendido indagar y comprender sobre el conocimiento que los estudiantes de Enfermería poseen del Plan de estudios y si conocen qué es Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva; así como su percepción acerca de si estos temas forman parte del currículo de su formación.

En segunda instancia, se han generado procesos formativos cuyas innovaciones metodológicas y didácticas apoyan el desarrollo de competencias finales del alumno, a través de la implementación de una estrategia metodológica por medio de seminarios, cuya didáctica se sustenta en la triada: 1. Aprendizaje basado en problemas, 2. El practicum Role playing, y, 3. Evaluación continua basada en las competencias.

En tercera instancia, se recolecta información de dos fuentes de datos: primero, del análisis de la información previa facilitada por los estudiantes al inicio del seminario sobre las preguntas que hacen o harían los jóvenes y adolescentes sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva en caso de que hubieran consultado o podido

consultar a un profesional de la salud al respecto; y, segundo, de la entrevista escrita realizada al concluir el seminario.

3.4 DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

3.4.1 ÁMBITO

Ámbito Geográfico: Universidad de Alicante, Diplomatura en Enfermería y Diplomatura en Educación Primaria.

Ámbito Temporal: Diplomatura en Enfermería, periodos académicos 2008/ 2009 y 2009/2010 y Ciencias de la Educación, Diplomado en Maestro, Especialidad en Educación Primaria, periodo académico 2009/2010. Se decidió aplicar la encuesta a las y los estudiantes de la UA, que recién iniciaban su segundo año de Enfermería o Educación, que en un día escogido al azar en septiembre del respectivo año y dentro de los límites horarios, estaban presentes en clase el día que se realizó la encuesta.

3.4.2 POBLACIÓN

Éstos han sido los criterios fundamentales de muestreo. Durante el periodo académico 2008/ 2009 se aplicó la encuesta a los 103 estudiantes que estaban presentes en el curso de Enfermería Materno-Infantil en la Diplomatura en Enfermería. Tres de las encuestas se desecharon porque no llenaban los requisitos mínimos para su diligenciamiento. Sólo se contó con 100 encuestas, siendo los informantes 83% mujeres y 17% hombres. Cabe aclarar que una de las mujeres no informó en la encuesta sobre su sexo, sin embargo se sabía que 17 informantes fueron hombres.

Durante el periodo académico 2009/2010 se aplicó la encuesta a los 127 estudiantes que estaban presentes en el curso de Enfermería Materno-Infantil en la Diplomatura en Enfermería, siendo los informantes 96,06% mujeres y 3,94% hombres.

En el periodo académico 2009/2010 se repartió la encuesta a los 90 estudiantes de segundo año de Ciencias de la Educación, Diplomado en Maestro, Especialidad en Educación Primaria. Los informantes hombres fueron 4 que corresponden al 4,44% y 86 mujeres equivalentes al 95,56%.

Tabla 6.- Informantes de la encuesta, por carrera y sexo

Sexo y número de las personas informantes en la encuesta								
Estudios	Enfermería						Educación	
	2008/2009		2009/2010		Total		2009/2010	
Año	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombres	17	17	5	3,94	22	9,69	4	4,44
Mujeres	83	83	122	96,06	205	90,31	86	95,56
Total	100	100	127	100,00	227	100,00	90	100,00

3.4.3 INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA COLECTA DE INFORMACIÓN

Inicialmente se buscaron investigaciones que hubieran explorado el tema en cuestión. En la búsqueda no se encontraron investigaciones que preguntaran a las enfermeras su percepción sobre la capacitación que poseen o la emoción que les genera el nivel de formación que poseen al momento de pensar en trabajar con adolescentes. Se encontraron investigaciones que preguntan a adolescentes sobre su interés en conocer sobre temas relacionados con Salud Sexual y reproductiva. Algunas de las variables han sido exploradas mediante preguntas o conjuntos de preguntas extraídas de otros cuestionarios validados previamente, en algunos casos adaptadas o simplificadas, mientras que para otras variables se han creado preguntas adicionales.

Al dar inicio al diseño del instrumento se pensó en un cuestionario, no mayor de una página; que no requiriera mucho tiempo para su cumplimentación, que fuera presentado en un formato por ellos conocido. Posteriormente, dada la necesidad de ampliar la información obtenida, se elaboró un cuestionario de dos páginas, que se aplicó a dos grupos diferentes durante el segundo año de investigación.

Se han utilizado dos versiones de un cuestionario en el que únicamente varía el nombre de la profesión en la que los estudiantes reciben su formación universitaria.

Para analizar variaciones en la respuesta se prefirieron preguntas que siguen el modelo de la Escala de Likert que mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce también como “escala sumada” debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.

3.4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

La encuesta implementada en el periodo 2008-2009 contuvo los siguientes ítems:

- Datos de identificación de las y los informantes
- Percepción sobre la capacitación poseída para informar debidamente sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
- Percepción sobre la condición emocional que se posee para dar consejo sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
- Participación como alumna/o en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre Salud sexual y reproductiva.

- Valoración de la información obtenida de su participación.
- Tipo de información requerida para informar debidamente sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
- Información sobre las personas con las que el/la informante se siente a gusto hablando de sexualidad.

El análisis de la información obtenida en las entrevistas grupales realizadas a estudiantes de enfermería de segundo año, en este mismo periodo, evidenció que no conocen el plan de estudios y además que algunas estudiantes no logran detectar de qué se habla al introducir conceptos como currículo y/o plan de estudios.

También se evidenció que los estudiantes no conocen sobre qué es sexualidad y que confunden los conceptos de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

A partir de las dos evidencias citadas se hizo necesario ampliar los contenidos del cuestionario de la encuesta.

Por otra parte, durante la aplicación de la encuesta dos de los cien informantes requirieron aclaración a la pregunta ¿Has participado como alumno/a en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre Salud sexual y reproductiva?, ellas dos querían saber si se hacía referencia al instituto o si se incluía actividades en la universidad. En consecuencia se consideró necesario redireccionar la pregunta haciendo explícito que se habla del instituto y hacerlo menos generalista diferenciando los temas Salud Sexual y Salud Reproductiva; y además adicionar preguntas relacionadas con la participación en dichas actividades ya siendo estudiante universitario/a.

Durante el primer año de investigación se tuvo contacto con el CIPS Centro de Información y Prevención del Sida de Alicante, los profesionales allí laborando informaron de enfermeras laborando en consultas de sexualidad para adolescentes en algunos institutos de Madrid y Barcelona y en algunos programas de sexualidad en la Comunidad Valenciana.

En diálogos realizados en una acción informativa sobre sida en la que el investigador participó con el Consejo de la Juventud de Alicante orientada a adolescentes alicantinos estudiantes del instituto Figueras Pacheco se pudo conocer la dificultad que estos tienen para hablar sobre temas de sexualidad con sus padres y madres, basados en ello se introdujo a padres y madres como personas con las que los informantes se podrían sentir a gusto hablando sobre sexualidad.

A partir de las anteriores necesidades el cuestionario se amplió, cubriendo los siguientes ítems:

- Datos de identificación de las y los informantes
- Conocimiento sobre el plan de estudios de la formación enfermera o como educador en la Universidad de Alicante. (Nuevo)
- Conocimiento sobre si el plan de estudios presenta asignaturas que formen sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva. (Nuevo)
- Percepción sobre la capacitación poseída para informar debidamente sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
- Percepción sobre la condición emocional que se posee para dar consejo sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
- Participación como alumna/o, en el instituto, en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre Salud sexual y reproductiva. (Ampliado)
- Participación como alumna/o universitario en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre Salud sexual, reproductiva y sexualidad. (Nuevo)
- Valoración de la información obtenida de su participación.
- Tipo de información requerida para informar debidamente sobre Salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.
 - Información sobre las personas con las que el/la informante se siente a gusto hablando de sexualidad. (Ampliado)

La encuesta definitiva tiene un total de 16 preguntas y ha sido elaborada en una hoja tamaño A4 (297 x 210 centímetros) impresa por ambas caras.

En las encuestas, aplicadas en Enfermería y en Educación, uno de los ítems, la pregunta N°1, está estructurado con cinco alternativas de respuesta de este orden: Completamente, Una buena parte, Medianamente, Muy poco, y Nada. Cinco de los ítems (preguntas números 2, 3, 4, 5 y 6), están estructurados con cinco alternativas de respuesta de este orden: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, No sé, En desacuerdo, y, Totalmente en desacuerdo. Cinco dan dos alternativas para responder: Sí y No, las preguntas 7, 8, 9, 11 y 13. Tres siguen la posibilidad de cuatro alternativas: Muy adecuada, Adecuada, Poco adecuada, y, Nada adecuada; son las preguntas 10, 12 y 14. La pregunta número 15 tiene ocho ítems con tres posibilidades de respuesta cada uno:

Ninguna, Mucho y Poco. La pregunta final del cuestionario, la número 16, es de múltiple escogencia y posee siete ítems. Copias de los formatos finales de encuesta figuran como Anexo N° 5, página 323 y Anexo N° 6, página 324.

Las variables que exploran los cuestionarios se agrupan en 7 bloques temáticos: 1. Sociodemografía, 2. Conocimiento Plan de estudios, 3. Capacitación/ información; 4, Emoción-consejo; 5- Formación; 6. Información requerida; y, 7. Hablar con.

3.4.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Lo que da el informante (información) el investigador lo convierte, lo hace dato (porque le da un valor, entonces una utilidad). La información provista por los estudiantes informantes fue transcrita a formato Excel. Para poder pasar a la recolección de información fue necesario volver datos dicha información, para hacerlo se utilizó el programa SPSS 16 versión en ingles.

3.4.5.1 Perfil de los participantes en las encuestas

Tabla 7.- Edad, sexo y carrera de los estudiantes informantes

Edad de los y las estudiantes participantes de la encuesta											
Enfermería						Educación					
Mujeres			Hombres			Mujeres			Hombres		
Minima	Máxima	Promedio	Minima	Máxima	Promedio	Minima	Máxima	Promedio	Minima	Máxima	Promedio
18	50	21,73	18	44	23,05	17	39	21,75	18	28	21,58

El promedio de edad fue en Enfermería de 23,05 años para los hombres y de 21,73 años para las mujeres; edad mínima para ambos 18 años, y la edad máxima de ellas es 50 años y 44 para ellos. El promedio de edad en educación fue de 21.75 años para los hombres y de 21,58 años para las mujeres; edad mínima para ellas es de 17 años y para ellos de 18 años, y la edad máxima de ellas es 39 años y 28 para ellos.

La edad promedio de las mujeres es similar en Enfermería y Educación, a pesar de que la edad máxima en Enfermería es bastante superior a la de educación. Con relación a los hombres la edad promedio es superior en Enfermería que en Educación. Las edades máximas tanto en mujeres como en hombres, son mayores en Enfermería.

3.5 DEL ESTUDIO CUALITATIVO

3.5.1 TÉCNICAS UTILIZADAS

Se ha utilizaron la técnica de investigación cualitativa denominada entrevistas en grupo y escrita, que se definen a continuación.

3.5.1.1 ENTREVISTA EN GRUPO

Se define entrevista en grupo como una dialógica en la que participan varios informantes bajo la guía de un tutor o facilitador, que tiene unos objetivos y se desarrolla en una situación social de interrogación, de forma que implica un profesional y, al menos, más de una persona, según autores como Elejabarrieta, citado en Iñiguez y Vitores: “Los fenómenos grupales son cualitativamente diferentes de la adición de los fenómenos, o dicho de otra manera, el grupo es más que la suma de sus partes. En las entrevistas grupales (la) disimetría se diluye en un entramado de relaciones de poder”.¹¹⁸ Esta proporciona una oportunidad especial de producir información, persona por persona, en vez de patrones agregados que son el resultado de la encuesta; la información extraída permite complementar la información obtenida del análisis de la información de la encuesta.

En este caso es una entrevista semiestructurada; es a su vez una entrevista no focalizada en un asunto, ya en ella el entrevistador pone restricciones al entrevistado, proponiéndole preguntas adicionales para complementar la respuesta obtenida. Es libre porque el entrevistador conduce la entrevista de manera espontánea para el entrevistado.

3.5.1.3 Perfil de los participantes en las entrevistas grupales

Estudiantes de enfermería quienes no habían realizado el Seminario de Enfermería Materno-Infantil; seis estudiantes de segundo año (tres hombres y tres mujeres) y dos de tercer año de formación (dos mujeres); uno de los hombres es casado y el resto de personas son solteras/os; todas/os manifiestan tener vida sexual activa.

De las tres entrevistas en grupo, una se hizo con tres hombres y dos con mujeres, la primera de ellas con dos chicas (una invitada no asistió); la segunda, con tres de ellas.

Por ser la edad promedio de los estudiantes de enfermería 21,23 años, se prefirió entrevistar estudiantes cercanos a edad. Se segmentó a la población informante de acuerdo a las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, actividad sexual, nivel de formación.

Tabla 8.- Edad de los informantes en entrevistas grupales

Nombre	Sexo	Edad	Estado civil	Formación	Vida sexual	Nº de Entrevista	Fecha
Gr.	Mujer	18	soltera	2º año	activa	1	oct-08
L.	Mujer	22	soltera	2º año	activa	1	oct-08
S.	Mujer	21	soltera	2º año	activa	1	oct-08
A.	Mujer	19	soltera	3 ^{er} año	activa	2	mar-09
An.	Mujer	21	soltera	3 ^{er} año	activa	2	mar-09
D.	Hombre	31	casado	2º año	activa	3	jun-09
P.	Hombre	32	soltero	2º año	activa	3	jun-09
Ger.	Hombre	20	soltero	2º año	activa	3	jun-09

El perfil de las/os participantes en las entrevistas grupales es el que se muestra en la Tabla Nº 8.

3.5.1.2 Trabajo de campo de las entrevistas grupales

Como se muestra en la tabla anterior (Nº 8), se han realizado 3 entrevistas grupales. Estas entrevistas tuvieron una duración promedio de 55-65 minutos, se grabaron en formato digital y fueron transcritas a formato Word.

El lugar en el que se llevaron a cabo las tres entrevistas grupales fue la sede de la Escuela de Enfermería. Previa invitación individual a los posibles informantes. En total se invitaron 12 personas (cuatro hombres y ocho mujeres), todos aceptaron la convocatoria, pero en el momento de llevar a cabo las acciones tan solo se presentaron ocho personas, un grupo suficiente de personas para obtener los datos necesarios.

Los resultados de la primera entrevista sirvieron para confirmar el diseño definitivo del cuestionario, pues no fue necesario realizarle cambios en este. La segunda entrevista permitió confirmar algunos datos facilitados por las primeras informantes. La entrevista con los hombres sirvió para contrastar algunos resultados del análisis de las respuestas provistas por las mujeres entrevistadas

Todas las entrevistas se realizaron en la sede de la Diplomatura en Enfermería de la UA. Los/as informantes fueron contactados directamente. En las entrevistas uno y tres los informantes son estudiantes que iniciaban el segundo año; las del grupo dos se aprovechó que aun cuando eran estudiantes de tercero, no habían realizado el seminario para solicitarles responder a la entrevista grupal. El lugar de realización de las entrevistas fue la sede de la Diplomatura en Enfermería de la UA.

3.5.1.4 Recolección de datos de las entrevistas escritas

La información provista por los estudiantes fue grabada íntegramente en audio – previo consentimiento informado de los/as entrevistados/as y posteriormente transcritas al programa Word. 3.4.3.5

3.5.1.5 Categorías descriptoras

Las categorías se presentan en la Tabla N° 9.

Tabla 9.- Preguntas y categorías/ posibles descriptores

Pregunta	Categorías/ posibles Descriptores				
	Educación	Salud	Sexualidad	Desarrollo emocional	Necesidades
1. ¿Usted conoce el currículo para la formación de las enfermeras en la Universidad de Alicante?	Currículo				Institución educativa
2. ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la salud sexual de los adolescentes?	Currículo	Salud sexual			Institución educativa
3. ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la salud reproductiva de los adolescentes?	Currículo	Salud reproductiva			Institución educativa
3. ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de sexualidad?	Currículo	Educación Sexual			Institución educativa
4. ¿Cómo se forma a los estudiantes de enfermería para apoyar a los y las adolescentes en la vivencia de su salud sexual y de su salud reproductiva?	Didáctica	Salud sexual		Derechos	Adolescentes
		Salud reproductiva			Enfermeras
6. ¿Recibir como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad, salud sexual y la salud reproductiva cambia la percepción particular de las enfermeras sobre sexualidad?	Currículo	Educación Sexual		Salud Mental	Enfermeras
		Salud sexual			
		Salud reproductiva			
7. ¿Ser estudiante de enfermería cambia la percepción o la vivencia de la salud sexual?		Educación Sexual		Salud Mental	Enfermeras
8. ¿El hecho de ser reconocido por los adolescentes como estudiante de enfermería hace que ellos los asuman como una fuente de información sobre la salud sexual y la salud reproductiva?		Salud sexual		Salud Mental	Adolescentes
		Salud reproductiva			
9. ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de los hombres adolescentes, sobre salud sexual y salud reproductiva?		Salud sexual		Derechos	Adolescentes hombres
		Salud reproductiva			Adolescentes mujeres
10. ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, sobre salud sexual y salud reproductiva?		Salud sexual		Derechos	Adolescentes hombres
		Salud reproductiva			Adolescentes mujeres
12. ¿Qué situaciones desaniman a los y las adolescentes para consultar sobre salud sexual y salud reproductiva?		Salud sexual		Derechos	Adolescentes
		Salud reproductiva			
13. ¿Cómo puede hacer una enfermera para crear empatía con los jóvenes que vienen a consultar sobre salud sexual o salud reproductiva, de tal manera que ellos sientan que pueden hablar con la libertad con que hablan con un amigo o amiga?	Comunicación efectiva	Salud sexual			Enfermeras Adolescentes
		Salud reproductiva			

Categoría Educación: posee a su vez tres sub-categorías, estas son: Currículo, Didáctica y Comunicación efectiva.

Categorías Salud y Sexualidad: estas dos categorías se unen bajo tres diferentes sub-categorías y según el énfasis que se dé a las temáticas implicadas. Estas sub-categorías son: Salud sexual, Salud reproductiva, Educación sexual.

Categoría Emociones y Derechos: las respuestas podrán ser clasificadas en dos sub-categorías: Derechos y Salud mental.

Categoría Necesidades: cobija las respuestas que se pueden clasificar bajo los denominadores subcategoriales: Institución educativa, Adolescentes y Enfermeras.

3.5.2 ENTREVISTA ESCRITA

Se denomina entrevista escrita, porque en ella todas las preguntas son respondidas por los informantes expresando su opinión de forma escrita, como mínimo con una frase en la que reflexionan sobre el interrogante planteado; a diferencia de la encuesta la pregunta está formulada abierta, de tal manera que la respuesta no corresponda a una escogencia entre múltiples alternativas y además se busca que esta nunca sea un sí o un no. En este caso es una entrevista estructurada o formal, pues se basa en un formulario previamente preparado; es a su vez una entrevista focalizada en un asunto, en ella el entrevistador deja escribir la respuesta al entrevistado sin restricciones de espacio o tiempo, proponiéndole apenas algunas orientaciones básicas y sólo interviniendo verbalmente al entregar el cuestionario de entrevista y para agradecer la colaboración, al recogerlo. Es dirigida porque existe un guion con un número preestablecido de preguntas. Se emplea para explorar a fondo alguna experiencia vivida por el entrevistado. A diferencia de la encuesta las preguntas son abiertas. Las respuestas son diversas y esto permite que en su análisis los datos obtenidos sean susceptibles de cuantificación y tratamiento estadístico. La ausencia de secreto puede influir en la veracidad o deseo de proporcionar las respuestas, por ello se ha pedido a los informantes únicamente identificar la hoja de respuesta con una letra que identifica el sexo y un número que corresponde a la edad. Se asignó un número a cada entrevista para facilitar su ubicación. Se distribuyó de forma colectiva y se respondió de manera individual.

3.5.2.1 Guión de las entrevistas escritas

Se utilizó un guión de preguntas cuyo cuestionario es estructurado, con tres preguntas.

3.5.2.2 Perfil de los participantes en las entrevistas escritas

Son 261 mujeres y 31 hombres, siendo ellos el 11% del total de los alumnos de enfermería y las mujeres 261, correspondientes al 89% del total de quienes asistieron al seminario. Tienen el mismo perfil de quienes participaron en los seminarios, pues son las mismas personas (4.4.2.2)

3.5.2.3 Recolección de datos de las entrevistas escritas

Para poder pasar a la recolección de información fue necesario volver datos dicha información, para lograrlo la información se organizó en un tabla, teniendo en cuenta unas categorías que posteriormente y para el análisis se transformarán en descriptores utilizados en Ciencias de la Salud. Las categorías y posibles descriptores se construyeron a partir del mapa de las entrevistas, que plantea tres categorías: Aprendizaje obtenido, Uso del aprendizaje y emociones suscitadas en el aprendizaje.

3.6 METODOLOGÍA SISTÉMICA

El análisis de la información se fundamenta en la aplicación de la teoría de sistemas y en su interior en el concepto de triadicidad que permite establecer las interrelaciones, interafectaciones e interdependencias entre los descriptores y las posibles emergencias que de ello surgen, utilizando para la obtención de la información el método indicial.⁹

Se utilizan patrones tríadicos inspirados en la pragmática propuesta Peirce¹¹⁹, quien frente a la concepción diádica del signo que desliga la lengua de toda realidad extra-lingüística, ofrece un modelo que integra tanto al objeto como a las instancias emisora e interpretadora. No se retoma este principio tal y como ha sido utilizado en una gran cantidad de trabajos relacionados con la semiótica, sino tan solo se retoman tres aspectos de su propuesta que pueden apoyar significativamente la comprensión de la realidad: por un lado, la construcción dialéctica divergencia-convergencia; por el otro y como tercer elemento, la abducción.

⁹ Las interafectaciones, interdependencias, interrelaciones y emergencias son propiedades de los sistemas vivos de las que hablaremos más adelante.

Peirce usa igualmente el concepto de abducción, pero se prefiere retomar la utilización que le da Guinzburg¹²⁰ en su tesis, en la que sostiene que Freud, Morelli¹⁰ y Sherlock¹¹ están relacionados por un modelo epistemológico: el paradigma indiciario. Un método, también llamado “científico”, que se relaciona estrechamente con el concepto de abducción desarrollado por Pierce.

Guinzburg considera que junto al concepto de “método científico” se desarrolla la noción de “indicio”: se entiende como indicio “al detalle”¹². El beneficio de usar “el detalle”, la minucia, está en que aun cuando ésta no es la realidad misma (por ejemplo, una realidad, particular, personal, social o cultural) encierra la clave para acceder a una realidad más profunda que resulta inabordable por otros métodos. Es en los detalles donde aparecen aquellas informaciones sustraídas al control de la conciencia.

Guinzburg analiza los indicios pictóricos de Morelli, quien plantea un método interpretativo que se basa en considerar a los pequeños detalles (como por ejemplo, los trazos de un pintor en un detalle de la obra, que suelen ser muy similares en todas sus obras) como indicios reveladores, porque dan paso a manifestaciones puramente individuales; con este “método indicial” encuentra el núcleo más íntimo de la individualidad del artista en los elementos sustraídos al control de la conciencia; una nueva óptica de análisis que aborda el problema desde un nivel cercano a la filología.

Se ha hablado del paradigma indicial, en sentido general. La distinción entre naturaleza y cultura es fundamental, mucho más, en verdad, que la distinción infinitamente más superficial y cambiante entre las distintas disciplinas. Morelli reconocía el indicio más certero de la individualidad del artista; retomaba y desarrollaba los principios metodológicos enunciados tiempo atrás por su predecesor Giulio Manzini.

Por otra parte, Guinzburg analiza los indicios, en este caso “pistas” (indicios involuntarios impresos en la escena del crimen) para Sherlock Holmes. Guinzburg se centra en la obra de Conan Doyle, quien igualmente pone a su más famoso personaje, al detective Sherlock, a resolver los casos desde la aplicación del método indiciario y la abducción a través de las pequeñas huellas informativas recopiladas en la escena del crimen. Sherlock describe en el "Estudio en escarlata"¹²¹ que hay dos tipos de

¹⁰ Este autor escribió a finales del siglo XIX un libro acerca de cómo atribuir una obra de arte a un artista, fue el primero en usar el método indicial.

¹¹ Personaje, detective, en las novelas de Conan Doyle.

¹² Detalle: pormenor, parte o fragmento de algo. Al detalle: minuciosamente.

razonamiento: sintético y analítico. El razonamiento analítico consiste en ir de los resultados hacia las causas, un razonamiento hacia atrás, retroalimentado.

Según Guinzburg, Freud retoma de Morelli, el método indiciario y de Doyle, la abducción. En Freud el indicio está en las formaciones del inconsciente que analiza en la interpretación de los sueños.

En la aplicación del método indiciario y la abducción (seguir la pista a los indicios), es a partir de la producción de conocimiento y su sistematización que el investigador puede orientar sus observaciones más allá de lo que está a la vista. Realiza el ordenamiento lógico de la información de la que dispone para luego extraer toda la información no explicitada. En resumen el éxito en la aplicación del método consiste en tener claro que la verdad es provocada y no encontrada. A la verdad se llega a través del entramado de observaciones y hechos insignificantes que dan lugar a la construcción de la realidad: la atribución de la obra de arte, la interpretación del sueño o la resolución del crimen.

Utilizando el método indicial se puede llegar, como lo hace el detective, a un conocimiento que se obtiene al ordenar y sistematizar la experiencia. El gran aporte de Guinzburg está en mostrar que el método resulta aplicable de modo universal.

En la aplicación del método indicial, durante el ejercicio de la abducción se requiere utilizar la búsqueda de alternativas y en ello juega un papel fundamental el uso de la “heurística”.

La palabra “heurístico” proviene del griego *heuriskin*, que significa: servir para descubrir. Pólya¹²², connota un razonamiento inductivo y analógico que conduce a conclusiones verosímiles, en contraposición a los desarrollos deductivos de pruebas rigurosas. La heurística es una buena apuesta a un procedimiento que ofrece una probabilidad razonable de solución, o al menos, de acercarnos a una solución. Sin que haya garantía de que funcione. Se denomina algoritmo a aquello que garantiza la consecución de lo que se trata de conseguir.

Se hace un proceso heurístico cuando al estudiar un caso, y encontrarse uno o más indicios, se plantean múltiples alternativas de solución (algoritmos) y se resuelve el caso por medio de la abducción.

3.6.1 Ilustración de la reflexividad

El ejercicio de reflexividad puede representarse gráficamente por tres tipos de métodos diferentes: el análisis de tipo sistémico, y dos más, que aun cuando sistémicos

se basan en dos aplicaciones de este mismo orden: el análisis por juegos de poder o “juego subgrupal” y el análisis por funciones cerebrales.

Ilustración y análisis sistémico triádico: se basa en la utilización de algunas de las propiedades de los sistemas vivos profundizadas conceptualmente por Echeverría¹²³; Johansen¹²⁴; O’Connor, Joseph y Mc Dermott¹²⁵, tomando como base la propiedad denominada complejidad dinámica.

Para interpretar la complejidad se utilizan otras tres propiedades de los sistemas vivos: interrelación, interafectación e interdependencia. Un cuarto elemento que se tiene en cuenta para el análisis es la propiedad de los sistemas denominada emergencia. Como argumento conceptual además de la teoría de sistemas se utiliza la “Ontología del lenguaje” especialmente algunos elementos construidos por Maturana¹²⁶ y Etcheverría¹²⁷.

El análisis se reflejará en una ilustración de tipo sistémico compuesta por tres óvalos, que entre ellos se interrelacionan, se interafectan y son interdependientes.¹²⁸

3.6.2 Propiedades de los sistemas vivos

Complejidad dinámica: es aquella en la que los constituyentes de un sistema se relacionan unos con otros de muchas formas distintas. No es necesariamente cierto que cuanto menor sea el número de componentes más fácil sería manejarlos y comprenderlos, todo dependerá de su complejidad dinámica; al añadir un componente nuevo a un sistema surgen nuevas conexiones entre éste y las partes existentes. Estas relaciones añaden complejidad al sistema. Al agregar una parte a un sistema el número de conexiones se incrementa exponencialmente. Se hace necesario diferenciar las complejidades: una complejidad simple es la que existe, por ejemplo, en un rompecabezas; está compuesta por muchas partes, estas se relacionan, pero suele haber formas de simplificar, agrupar o organizar este tipo de detalle de tal manera que tan sólo exista un único lugar para cada pieza, por tanto, sus conexiones son limitadas.

Ilustración 1.- Análisis sistémico.



En la complejidad dinámica, cada parte, por pequeña que sea, puede influir en el conjunto del sistema, en consecuencia todas las partes son dependientes entre sí y mantienen una interacción recíproca. En

cuanto más cambien de estado los componentes de un sistema y formen alianzas o conexiones, mayor será la complejidad de éste.

Los sistemas tienen identidad en virtud de: el tipo de relaciones que establecen y en las cuales están inmersos; y, de las propias e inherentes particularidades que nos permiten distinguirlos de los demás sistemas y que los determinan como tal.

La realidad y el conocimiento se conciben como sistemas de relaciones. Se analizarán tres tipos de relaciones: interrelación, interafectación e interdependencia (Ilustración N° 1).

Interrelación: Conexión o enlace entre dos o más elementos de un sistema. En esta conexión no sólo se enlazan los elementos, sino además todas sus propiedades.

Interafectación: Afectar significa hacer impresión en alguien o algo, causando en él o en ello alguna sensación. Hay interafectación cuando dos o más elementos que se relacionan en un mismo sistema tienen una afectación mutua.

Interdependencia: Dependencia es la subordinación que tiene un elemento, hecho o persona a un poder externo cuya energía es necesaria para la dinámica interna o relacional del mismo. Hay interdependencia cuando dos o más elementos que se relacionan en un mismo sistema requieren mutuamente de sus energías.

En el cruce de los tres óvalos aparece un cuarto elemento; la emergencia, aquello que aparece del sistema, que es generalmente lo que más fácil se capta a primera vista o que aun cuando se observe o analice con detenimiento no se ve o no se capta, pero que puede ser tomado como indicio y ser abducido.

Emergencia: son las propiedades esenciales de un organismo, sistema viviente o red social, dichas propiedades lo son del todo ya que ninguna de las partes, como tales, las posee. La emergencia puede explicarse como una propiedad de todo sistema, dado que éste funciona como un todo integrado e integrador y tiene propiedades distintas a las de las partes que lo componen. Estas propiedades del todo se denominan emergentes. No se pueden explicar las propiedades emergentes de un sistema descomponiéndolo y analizando cada una de sus partes, ya que las emergencias tan sólo aparecen cuando el sistema actúa como unidad plena. Estas propiedades son destruidas cuando el sistema es diseccionado física y teóricamente. Siempre que hay interrelación hay afectación y dependencia; siempre que hay interafectación es porque hay relación y dependencia; siempre que hay interdependencia es debido a que hay relación y afectación. Esta condición hace que haya un permanente entrecruzamiento de todos los

elementos de un sistema o de los diferentes sistemas que se relacionan entre sí; a dicha forma de vinculación se le denomina red.

Ilustración 2.- Análisis por juego subgrupal



La posición de los óvalos tiene un sentido que debe ser explícito y que puede ser referenciado desde dos tipos adicionales de análisis. Análisis por juego¹³ subgrupal.

Para el tipo de interpretación al que se denomina análisis por juegos de poder o juego subgrupal (Ilustración N° 2), la

posición oficial se ilustra en el óvalo puesto en la base de la triada; la posición anti-oficial (concepto de divergencia planteada por Peirce) se ilustra en un óvalo puesto al lado izquierdo de la triada; y la posición oscilante (concepto de convergencia planteada por Peirce), que concilia entre la oficial y la anti-oficial se grafica al lado derecho de la triada.

Análisis por funciones cerebrales: El segundo tipo de ilustración, el de las funciones básicas del cerebro: lógicas, operativas y creativas se representa en la Ilustración 3, en ella se observan los procesos operativos en la parte baja de la triada, y se ilustra en la parte inferior del gráfico con un óvalo en color rojo; en la parte derecha de la triada se dibujan con un óvalo en amarillo las funciones creativas y emocionales; el óvalo izquierdo representa en la triada las funciones lógicas, analíticas y críticas, se grafica en color azul.

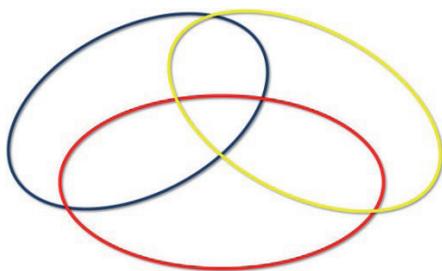
Ilustración 3.- Análisis por funciones cerebrales



La lógica del proceso de análisis: La lógica del análisis y su respectiva ilustración es la siguiente, por ejemplo: primer paso: se plantea una posición o idea a discutir que se presenta el investigador a sí mismo como la oficial (óvalo rojo puesto en la base de la triada, Ilustración N° 3.

¹³ Aquel en que por diversión o pasatiempo se trata de resolver una cuestión propuesta en términos sujetos a ciertas reglas

Ilustración 4.- Lógica de la graficación triádica



Segundo paso: se pregunta, reflexiona, aplica el *método heurístico*, se buscan indicios, se estudian emergencias con relación a con qué otro(s) aspecto(s), tema(s), interés(es), necesidad (es), oportunidad(es), propuesta(s) se presenta la contradicción o *divergencia* y se les

ubica en la ilustración en el lado anti-oficial (óvalo azul puesto en la parte izquierda de la triada).

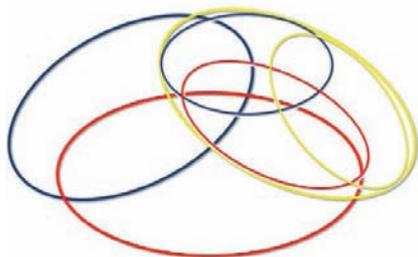
Tercer paso: en el tercer óvalo o de la oscilancia (amarillo puesto a la derecha de la triada) se ubican los acuerdos y desacuerdos, ventajas-desventajas, que surgen, emergen, que son indicios de la convergencia y/o contradicción entre la idea oficial (propuesta) y la idea anti-oficial (divergencia);

Cuarto paso: se mide, valora, tanea el peso, la importancia, la preponderancia, la influencia... de las ventajas-desventajas, acuerdos-desacuerdos, conveniencias-inconveniencias, beneficio, utilidad, provecho, rendimiento... de los aspectos oficial y anti-oficial;

Quinto paso: se interroga, se hace heurística sobre si existe otro elemento (indicio, emergencia, algoritmo) que pueda ser contemplado en la lógica de la divergencia (anti-oficialidad), en caso de que sea así, se ubica en el óvalo azul de la parte izquierda en la triada y a continuación de llevan a cabo, una vez más, los pasos tres y cuatro;

Sexto paso: si la opción es solamente la primera se ilustra con base al análisis efectuado, decidiendo qué será lo oficial, es decir la idea sobre la cual gira o cae el peso de la propuesta; qué en lo anti-oficial (divergencia), la idea que presenta la contradicción a la propuesta; y, qué lo oscilante (convergencia), la idea que concilia y dinamiza la propuesta. Si por el contrario hay más de una propuesta se debe decidir cuál es la triada principal, suele suceder que en muchos casos al interior de uno o más de los aspectos de la triada surjan elementos que posibiliten el proceso de construcción de una triada interna que profundice el análisis a un nivel más elaborado.

Ilustración 5.- Reticulado sistémico



Séptimo paso: se determina la posición final de cada una de las tres propuestas.

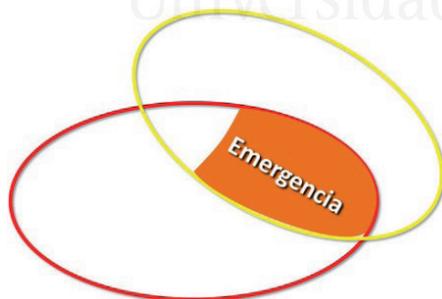
En algunos momentos, este proceso será explícito, el investigador se centra en alguna de las triadas internas (Ilustración N° 5), esto es posible porque el modelo de análisis es sistémico y desde esta perspectiva

teórica es conveniente analizar diferentes niveles de actuación, es decir sistemas, subsistemas, macrosistemas y las interrelaciones, interafectaciones e interdependencias que entre ellos se sucedan.

En otros momentos del análisis puede ocurrir que entre dos elementos del sistema -al analizar sus interrelaciones, interafectaciones e interdependencias- surja, emerja, se aparezca un indicio (Ilustración N° 6), que conduzca al análisis de dicha emergencia comprendida como un nuevo sistema sobre el que se haga necesario un ejercicio de reflexividad sobre su juego o dinámica interna. En consecuencia, para dicha emergencia se lleva a cabo un proceso que se inicia en el paso número uno del análisis.

Octavo paso, se ilustra el gráfico final según la decisión tomada. Este gráfico final será el que aparecerá ilustrando cada una de las explicaciones, construcciones conceptuales o ejercicios de reflexividad que se realizan.

Ilustración 6.- Emergencia entre dos elementos del sistema



Cuando para el análisis se plantean las funciones del cerebro; en la ilustración, la función operativa del cerebro siempre estará ubicada en la base, en el óvalo rojo; la creativa o emocional a la derecha en el óvalo amarillo; y la lógica, a la izquierda, en el óvalo azul.

3.7 TRIANGULACIÓN

Es el uso de 3 o más perspectivas (medidas independientes, fuentes de información o de datos (cualitativos/cuantitativos o estadísticos), caminos, puntos de referencia, observadores distintos, con relación a un mismo tema (punto, necesidad, perspectiva, resolución, posibilidad o respuesta), para conocer (analizar, comparar) en la búsqueda de una mayor comprensión de una realidad que está siendo investigada (estudiada, comprendida, analizada).

Una gran parte de los científicos sociales en estos momentos, consideran que cuanto mayor sea la variedad de las metodologías, datos e investigadores empleados en el análisis de un problema específico, mayor será la fiabilidad de los resultados finales, ya que se asocia con el incremento de validez de un proceso de investigación y con la mitigación de los problemas de sesgo tal y como lo planteó Blaikie¹²⁹.

En el área de investigación social el uso de la triangulación no es reciente; para autores como Webb, Campbell, Schwartz y Sechrest¹³⁰ utilizar la triangulación en la investigación social, enfatiza la utilización de distintos enfoques, herramientas e ideas para acercarse a una realidad y construir las respuestas o información buscada, desde un enfoque de investigación más dialógico y dialéctico.

Diversos autores coinciden en al menos cuatro formas de triangulación. Así, Easterby-Smith, Thorpe y Lowe¹³¹, por ejemplo, proponen cuatro formas de triangulación. Denzin¹³² previamente identificó cuatro tipos básicos de triangulación:

1. Triangulación de datos: el uso de una variedad de fuentes de datos en un estudio;
2. Triangulación del investigador: el uso de varios investigadores o evaluadores distintos;
3. Triangulación de teorías: el uso de múltiples perspectivas para interpretar una sola serie de datos;
4. Triangulación metodológica: el uso de múltiples métodos para estudiar un sólo problema.

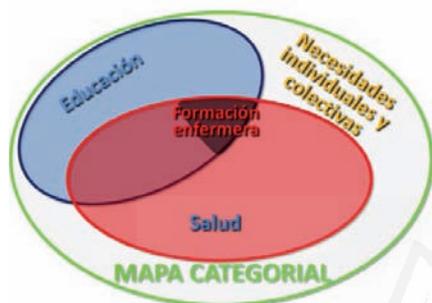
Para el análisis se plantea la triangulación utilizando para ello diferentes posibilidades: encuestas y entrevistas escritas y grupales, que a su vez posibilitan diferentes fuentes de datos; y, además, triangulación metodológica, pues se utiliza tanto un método cuantitativo y el programa con que se hace el respectivo análisis estadístico, como el análisis cualitativo, desde un modelo sistémico.

3.8 FORMACIÓN ENFERMERA: UN ANALISIS SISTEMICO

Las siguientes ilustraciones surgen del análisis sistémico triádico.

El grafico denominado Formación enfermera (Ilustración N° 7), representa los tres elementos fundamentales en los que se centra la entrevista: educación, salud y necesidades.

Ilustración 7.- Formación Enfermera

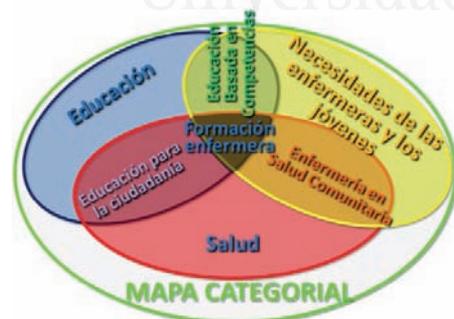


Por un lado, se observa la divergencia que en la formación de la enfermera se presenta entre la educación y la salud, pues al facilitarle los recursos y herramientas necesarias para desarrollar intervenciones de promoción de la salud se debe, permanentemente, decidir sobre qué tipo de competencias se centra la formación; por

ejemplo, si le da preferencia a la calidad de atención o a la didáctico para lograrlo. Por otro lado, se presenta la convergencia entre las necesidades individuales y colectivas en salud y por un tercer lado, cómo la convergencia entre las necesidades individuales y colectivas en educación.

3.8.1 ÁREAS DE ACCIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERA

Ilustración 8.- Áreas de acción de la Formación enfermera



La Ilustración N° 8 representa las tres Áreas de acción de la Formación enfermera que surgen como emergencias de los tres elementos que la conforman (Educación, Salud y Necesidades), en este caso las necesidades de los jóvenes como usuarios de los servicios en salud y las de las enfermeras por ser éstas quienes deben

ser formadas en salud).

De la interrelación entre las necesidades de enfermeras y jóvenes con la educación emerge la Educación basada en Competencias. El rol de la enfermera en salud

Comunitaria emerge de la necesidad que tienen las instituciones de salud de dar respuesta a las necesidades de los y las jóvenes.

La confluencia entre salud y educación, para dar respuesta a las necesidades de las enfermeras (como mujeres), como jóvenes y como miembros de la comunidad, se basa en el reconocimiento de la importancia que se da a la “Educación para la ciudadanía”, que en España se ha re-significado a partir de los proyectos para disminuir la violencia de género y con la Ley Orgánica 2/2006.

Afirma Betancourt¹³³ que al hablar de educación para la ciudadanía e incorporar la educación para la ciudadanía en el currículum escolar, la universidad ha de involucrarse en este tema, y es importante recuperar la fuerza y la moral para educar ciudadanos y ciudadanas con derechos y también con deberes, insistiendo en ambos polos. Según ella, se necesita transmitir a los jóvenes universitarios que no son superfluos, que el mundo les necesita y que recuerden que hubo generaciones anteriores, que hallaron en la transformación social un sentido para su vida. El avance democrático no habría de producir indiferencia ciudadana, porque el mundo tiene todavía mucho por transformar, se necesitan ciudadanos comprometidos que vean en el compromiso con su sociedad un factor de crecimiento personal y de realización. Un ser humano que viva orientado al consumo y se siente desvinculado de su comunidad cercana y de la comunidad global está abocado a una progresiva deshumanización.

La educación para la ciudadanía refuerza el sentido de identidad, como también el sentido de pertenencia y de compromiso con la comunidad.

La identidad de todos los seres humanos se construye al estar dotados de logros, experiencias y emociones; la diversidad en los demás aspectos origina la pertenencia de cada persona a dos comunidades: la comunidad local y la comunidad de todos los seres humanos; la pertenencia a una comunidad política dotada de leyes y la pertenencia a una comunidad universal. La idea de esta doble pertenencia, por la que somos ciudadanos de una determinada patria y a la vez ciudadanos del mundo, ya ha sido trabajada en la propuesta filosófica Kantiana en la que se evidencia que todo hombre puede pertenecer a una comunidad moral.

Cada ser humano es ciudadano de un Estado y ante todo, persona capaz de regirse por sus propias leyes, capaz de ser dueña de sí misma. El ser humano como persona puede formar parte de una comunidad moral. Adela Cortina afirma que “El ser humano como persona puede formar parte de una comunidad moral, regida por leyes de virtud

capaz de ir diseñando los trazos de un Reino de los Fines, un reino en que cada persona sea tratada como un ser absolutamente valioso”¹³⁴.

El hecho de ser persona¹⁴ confiere a los seres humanos una peculiar dignidad, que les posibilita reconocerse y ser reconocidos por otros/as: la identidad. Como persona se es “Sujeto de derecho”.

La persona, con relación a su sexualidad, tiene una identidad sexual, en consecuencia una identidad de sexo, de cuerpo, de género, de orientación sexual, de sus expresiones comportamentales sexuales. Esa identidad particular es percibida por los demás, quienes le identifican identitariamente confiriéndole una identidad social. Cada persona construye relaciones con otros seres, más o menos profundas, en las cuales su identidad se moviliza, configurando una identidad de socialización que de acuerdo al tipo de vinculaciones establecidas con dichas personas puede ser más cercana o lejana a la identidad particular o a la identidad social.

Las tres identidades no necesariamente son una misma, especialmente esto se dificulta en quienes su sexualidad no se cumple con el “deber ser” sexual.

Quien educa en la ciudadanía entiende que la pertenencia fundamental de la persona es la pertenencia a la comunidad universal. Nacer en un lugar es accidental para la persona mientras que lo esencial para ella es pertenecer a la especie humana.

En efecto, el ciudadano se identifica con sus conciudadanos (nosotros) y se diferencia de los demás (vosotros). Ese ciudadano encuentra múltiples dimensiones en las que es idéntico¹⁵ a otros; sin duda existen múltiples y variadas diferencias entre los seres humanos, pero en cualquier caso nunca esas diferencias permiten trazar una barrera infranqueable entre el “nosotros” y el “vosotros”; existe la semejanza como pertenecientes a lo humano, que es más radical que las diferencias, considera Cortina¹³⁵.

3.8.2 NECESIDADES VITALES DE LOS Y LAS JÓVENES

La Ilustración N° 9 gráfica las necesidades de los y las jóvenes incluyendo a las enfermeras que casi la totalidad son mujeres menores de 25 años. Estas necesidades son muy amplias; pueden ser, siguiendo la propuesta de la Teoría de Organización Humana¹³⁶, comprendidas en catorce ejes: parentesco (familia y sexualidad), salud,

¹⁴ Persona: del latín *persōna*, máscara de actor, personaje teatral, este del etrusco *phersu*, y este del gr. *πρόσωπον*. Sujeto de derecho.

¹⁵ Idéntico, según el diccionario de la Real Academia Española: “dicho de una cosa: Que es lo mismo que otra con que se compara”. Sin embargo, la igualdad es un concepto eminentemente filosófico, no existe en la realidad; tan solo existe la unicidad, somos seres únicos, irrepetibles, no podemos ni siquiera repetirnos a nosotros mismos.

mantenimiento (Techo, comida y vestido), lealtad (afecto, amor), recreación, comunicación, educación, patrimonio, producción, trascendentes, seguridad, político-administrativas, jurídicas y, de precedencia.

Por el objetivo y temáticas de la presente investigación esta se centrará en tres necesidades básicas: Sexualidad, Salud Integral y Desarrollo emocional, tal y como se observa en la Ilustración N° 9.

Ilustración 9.- Necesidades vitales de enfermeras y jóvenes



El Desarrollo emocional cobija la importancia del empoderamiento del cuerpo, la genitalidad en particular y la sexualidad en general, el reconocimiento como sujeto de derechos reproductivos y derechos sexuales, y del manejo de las emociones como motores de la acción

humana.^{137, 138}

Durante mucho tiempo se ha dicho que somos seres racionales. Recientemente los investigadores han llegado a la conclusión de que nuestro cerebro y las emociones determinan la manera de conocer, lo que decidimos conocer y cómo lo explicamos, determinado que más que seres racionales somos seres emocionales que actúan y piensan¹³⁹.

Son precisamente nuestras emociones las que nos mueven a actuar o nos imposibilitan hacerlo. Cuando en el encuentro con el otro o la otra surge la emoción del amor, las relaciones se hacen más fáciles y agradables. Hecho contrario sucede cuando en el encuentro surge la emoción del odio o del rechazo, en éste caso se nos dificulta trabajar junto a la otra o el otro, nos molesta lo que hace y dice, o lo que deja de hacer y de decir. Otra emoción que suele surgir en el encuentro es la de la indiferencia, en éste caso nos volvemos apáticos, poco interesados. Por ello se afirma que las emociones son motores de la acción humana.¹⁴⁰

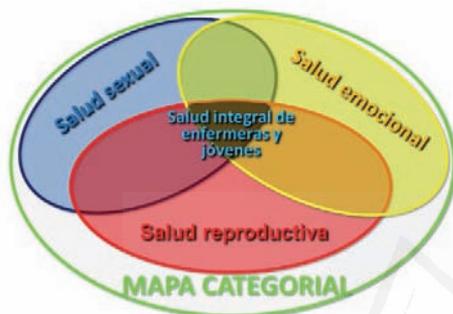
3.8.3 SALUD INTEGRAL

La Ilustración N° 10 grafica la salud entendida integralmente, pero a partir de los objetivos de esta investigación la salud es comprendida como reproductiva, sexual y

emocional. La Salud Sexual y la Salud Reproductiva ya han sido definidas previamente, en consecuencia a continuación se profundizará sobre la salud emocional.

Se suele preguntar por qué si los jóvenes conocen sobre los riesgos frente a las ETS, las sustancias psicoactivas o el embarazo adolescente, se siguen infectando, siguen quedando preñadas o se hacen adictos a las sustancias.

Ilustración 10.- Salud integral de enfermeras y jóvenes



Daniel Goleman plantea que: “Toda las emociones son impulsos para actuar” es decir, que las emociones son los motores de la acción humana, son los recursos para enfrentarse a la vida y sus múltiples relaciones. En el contexto las emociones no son concebidas como lo que

corrientemente llamamos sentimientos, sino como las plantea Maturana¹⁴¹, es decir, disposiciones corporales dinámicas que definen distintos dominios de acciones en que nos movemos. Desde esta perspectiva la respuesta sería que existen discrepancias lógicas entre el conocimiento y la práctica. Se viven las discrepancias lógicas como intrascendentes, mientras que las discrepancias ideológicas se viven como diferencias trascendentes; al no reconocer el error lógico se acusa al otro de ceguera o testarudez.

Se tratan estas discrepancias como si surgieran de errores lógicos, pero se viven como amenazas a la existencia al no ver que lo que ocurre es que se está en dominios racionales distintos y que las diferencias se deben a que se parte en la educación de premisas a priori distintas y no a que maestros, estudiantes y jóvenes han cometido un error en la aplicación de ellas.

Al tener claro esto, se hace evidente que cuando se está en una cierta emoción se pueden hacer algunas cosas y otras no y, que se aceptan argumentos que se rechazan bajo otra emoción, porque son las emociones las que definen el dominio de acciones en que la persona se puede mover y la lógica de los raciocinios que haga para argumentar o para validar lo que escucha. Es más, todo sistema racional se erige a partir de premisas básicas que han sido aceptadas apriorísticamente desde una determinada emoción que le subyace.

Si se sabe la importancia determinante de las emociones se entiende la necesidad de darles el espacio que les corresponde en los procesos y riesgos que conlleva la vivencia plena de la sexualidad. Para ello se hace prioritario aceptar la legitimidad de las emociones; en consecuencia, se parte de reconocer que lo humano no se constituye exclusivamente desde lo racional. Ello se dificulta si se está inmerso en una cultura patriarcal, en un pensamiento lineal y se hace énfasis en la importancia de lo racional. De donde se deriva que aun cuando es evidente que lo racional es importante en el tipo de vida que se vive, dar el primer paso consiste en aceptar que entrelazado a un razonar está siempre presente un “emocionar”¹⁴².

3.8.4 NECESIDADES FORMATIVAS

La Ilustración N° 11 informa sobre las necesidades formativas de las enfermeras como mujeres y jóvenes y de los y las jóvenes, en tres campos: Educación para la sexualidad, Educación para la Salud Reproductiva y Educación emocional.

La justificación y necesidad de la educación para la sexualidad y la Salud Reproductiva, es evidente si se trabaja en salud y se entiende la problemática juvenil y sus efectos en la salud pública. Se destacará la importancia de la educación emocional.

Humberto Maturana, en el artículo ¿Qué queremos de la educación?¹⁴³ considera que el deseo de controlar las emociones tiene que ver con la cultura patriarcal orientada a la dicotomía de lo bueno y lo malo; se enfatiza como línea central de la vida la lucha entre el bien y el mal, por lo que la educación pasa entonces a ser un modo de controlar la maldad, lo que se logra con la razón ya que ésta acerca al Ser a lo bueno.

Ilustración 11.- Necesidades formativas de enfermeras y jóvenes



Igualmente, Maturana considera importante recalcar dos enunciados sistémicos que pueden referenciarse para el nivel humano: el primero, consiste en que: “Cuando en un conjunto de elementos comienzan a conservarse ciertas relaciones, se abre espacio para que todo lo demás cambie en torno a las

relaciones que se conservan”; el segundo: “La historia humana y, la de los seres vivos en general, sigue el curso de las emociones (en particular, de los deseos), no el de los recursos o la tecnología.”.

Con respecto al primero de los enunciados, este autor evidencia la importancia que tiene que tan sólo una de las personas en una relación desee cambiar, ya que si dicha persona lo hace, por ejemplo, desde la emoción del amor, necesariamente se afecta a sí misma y dicha afectación afecta a la otra; por tanto, el resto de sus vidas cambia: cambian los lugares donde se mueven, duermen, las cosas que comen, las personas con quienes conversan, los temas que tratan en sus conversaciones, las cosas que hacen juntos(as) y con los(as) demás, en torno a la conservación de la relación constituida por la pareja.

Retomando el segundo de los enunciados, puede concluirse que la historia depende de nuestras emociones y deseos. La historia que construya cada persona será aquella que surja de sus deseos y emociones, es decir, de lo que quieran hacer. De ahí que el nivel más importante a nivel educacional sea precisamente el emocional. En éste se forma la persona. De hecho todos podemos aprender a usar herramientas, incluso a manipularlas, porque, en definitiva, todos los seres humanos somos igualmente inteligentes. No es cierto que haya seres más inteligentes que otros. La diferencia está en las emociones, en lo que uno quiere. Si alguien desea cambiar la forma como se relaciona lo va a lograr. Y lo contrario también es cierto: si a una persona no le gusta o no quiere relacionarse desde el amor no asumirá nada al respecto. Las capacidades intelectuales se potencian desde la formación fundamental de la niña y el niño, que es la formación humana en el nivel emocional. La inteligencia, la conducta inteligente, ocurre en la participación, en la colaboración, por tanto, tiene que ver con la consensualidad.

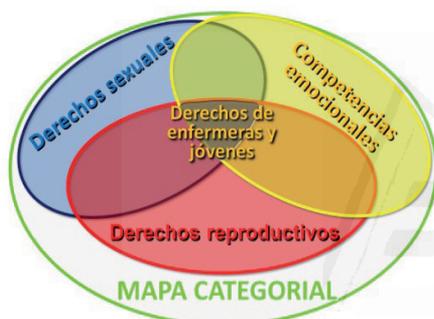
La educación socio emocional es entendida como un proceso educativo continuo y permanente que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales y relacionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona con el objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.

3.8.5 DERECHOS DE LAS ENFERMERAS Y JÓVENES

La Ilustración N° 12 muestra la triada de los derechos de las enfermeras y jóvenes, y por qué no, también de los y las docentes, si se parte de la idea de que el maestro es un sujeto formado que forma y aprende en el diálogo constructivo con sus estudiantes.

Los seres humanos tenemos un marco ético relacional: los derechos humanos. Por el hecho de ser seres sexuados, en el estudio de los derechos de tercera generación, los derechos sociales culturales y políticos se ha afirmado que tenemos derechos sexuales. Uno de esos derechos es el derecho a diversificarse, a lo que tradicionalmente se denomina reproducción. Con relación a la reproducción, la persona, desde su identidad, tiene el derecho a autodeterminarse como padre o madre, a serlo o no serlo, pero igualmente a recibir una educación sexual positiva que le prepare en la fisiología, en la ética, y en el logos del paternar y del maternar.

Ilustración 12.- Derechos de enfermeras y jóvenes



Si se entiende por competencia la capacidad de una persona para enfrentarse con garantías de éxito a una situación problemática, entonces los tipos de competencias que se buscan tendrán que ver con los tipos de situaciones a los que una persona debe enfrentarse, en este caso las que se derivan del ejercicio pleno de la sexualidad.

Las habilidades socio-emocionales constituyen un conjunto de competencias que facilitan las relaciones interpersonales. Las relaciones sociales están entrelazadas de emociones. La escucha y la capacidad de empatía abren la puerta a actitudes pro-sociales que se sitúan en las antípodas de actitudes racistas, xenófobas, sexistas o machistas que tantos problemas sociales ocasionan. Estas competencias sociales predisponen a la construcción de un clima social favorable a la persona, las relaciones que establece y el tipo de servicios asistenciales que presta.

3.8.6 COMPETENCIA EMOCIONAL

En la Ilustración N° 13 se observa la interrelación, interafectación e interdependencia entre los elementos cuya emergencia se denomina Competencia emocional. Estos tres elementos son Autodeterminación, Ejercicio responsable de la sexualidad y Empoderamiento.

Empoderarse/ hacerse cargo: hacerse cargo de la situación. Aceptar que cada uno tiene el poder sobre sí mismo, lo que siente, lo que piensa y dice, y sobre cómo actúa.

Ilustración 13.- Competencia emocional



La autodeterminación se basa en tres principios: la autonomía, la autoconducción y la integridad. La Autoconducción hace referencia a la posibilidad de guiarse o dirigirse a sí mismo hacia un objetivo.

Integridad: Cualidad de quien permanece intacto. Puede ser contemplada desde dos ángulos diferentes

complementados entre sí: La integridad de la persona, que a su vez se subdivide en Integridad Corporal o Física, Integridad Psicológica o Mental e Integridad Social. La segunda es la Integridad Axiológica o de los valores. La integridad abarca la autonomía porque la pérdida de ésta, impide que se obre como ser humano intacto y completo. Algunos autores fundamentados en Edmund Pellegrino plantean que hasta la década de los 70 se consideraba que en todo proceso de salud participaban tres actores, cada uno de ellos con su propia significancia moral en su manera de actuar. El/la usuarios/as o paciente, lo hacía guiado por el principio de “autonomía”, el profesional, por el de “beneficencia”, y la sociedad, por el de “justicia”; sin embargo, la intervención del(-a) profesional ha cambiado en su moralidad, por que ha modificado su fundamento ético; ahora la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la bioética, ello conlleva una relación más franca y abierta, y así se respeta aún más la dignidad de los/as usuarios/as. Toda intervención para considerarse ética debe respetar tres derechos: A la autonomía, a la intimidad y a la integridad, recordando que toda decisión autónoma se fundamenta en el consentimiento informado.

Para que un acto de un individuo sea autónomo, debe satisfacer los criterios de consentimiento informado; es decir, tener la posibilidad de decidir sin restricciones internas o externas, con toda la información necesaria y de acuerdo con la axiología; o sea, la situación particular de la persona quien decide, de ello se infiere que la persona debe actuar fundamentada en lo que considera mejor para sí misma y no por lo que otros/as podrían considerar mejor para ella. El autogobierno está tan arraigado en el ser humano que su ejercicio constituye un derecho moral que genera para sí mismo/a y con relación a los otros el deber del respeto por su propia autonomía. El principio de la autonomía según Campbell Courtney, significa “... que debemos tratar a las demás personas con fines en sí mismos, en particular en lo que concierne a la libertad, su

libertad de acción y de autodeterminación...” Por más que la persona considere beneficiosas sus decisiones para los demás, estos “bienhechores” no pueden excusarse en dichos beneficios para actuar, no importa que tan “benéficas” sean sus intenciones. La integridad es un asunto de existencia, por ser un atributo del ser humano, la integridad no se puede restringir, ya que es parte de nosotros/as mismos/as. No puede ser restringida por razones de edad, por uso no adecuado ni completo de las facultades, es Inalienable, no se puede renunciar a ella; porque no se puede enajenar, ceder ni transferir; es inherente, porque constituyen un modo de ser intrínseco al sujeto. Todo actuar en sexualidad es un compromiso ético y se fundamenta en la virtud de la integridad, para actuar integralmente, es necesaria una máxima sensibilidad moral y de respeto por la individualidad, la integridad del(-as) usuarios/as de los servicios y de su autonomía.

Autonomía: es la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. Es un derecho fundamental. La autonomía está subordinada a la integridad; por ejemplo, no importa que el/la usuarios/as de un programa considere que el aborto es una decisión correcta o que prefiere la inseminación artificial, no puede obligar a la otra persona a estar de acuerdo con dicha apreciación y menos aún a practicarla. Se exige un respeto mutuo a la integridad, dicho respeto no implica ceder a los propios principios, por ejemplo, se conoce que una persona que vive con el HIV/sida sostiene relaciones genitales sin protección y que con sus prácticas está colocando en riesgo a su pareja; es lógico que se entienda que dicha actuación vulnera la integridad de su pareja, por tanto, el/la terapeuta está en la obligación de denunciar dicha actitud y ello no implica una violación a la integridad de esa persona, ya que su ejercicio genital es un acto que sobrepasa su propia autonomía al ejercer una violencia a la integridad de su pareja. El paternalismo viola la integridad de la persona. Una persona, si así lo desea, puede ceder en su autonomía si considera que su integridad está afectada y que puede mejorarse con determinado procedimiento; en ese caso en particular, la persona puede permitir que su terapeuta decida lo que “es mejor”, sólo así, el/la terapeuta pudiera traspasar sus propias barreras para decidir en nombre del(-a) otro/a; recordando que la decisión que así se toma, no está hecha en nombre del(-a) paciente, por el paciente; es decir, no en lugar de este/a, sino en beneficio de su propia decisión. Las personas inmersas en la sociedad generalmente fundamentan su decisión particular y éste se ve limitado por razones de justicia social.

El Ejercicio responsable de la sexualidad parte del reconocimiento de la unicidad de los seres humanos que conlleva el reconocimiento de que cada ser vivencia, explica y asume emocionalmente su sexualidad de una manera única, particular y diferente; en consecuencia no puede hablarse de “la sexualidad” sino de sexualidades y por tanto de cuerpos, sexos, géneros y orientaciones sexuales. Las relaciones entre los seres humanos, cualesquiera que sea su orientación sexual, están mediadas por el deseo, el erotismo, la afectividad y el placer que determinan la toma de decisiones para el ejercicio del intercambio genital.

Toda relación sexual es un encuentro de unicidades, de diferencias vitales, por tanto debe contener para cada uno de quienes participan la posibilidad de decidir en igualdad de condiciones sobre el deseo, el placer, el erotismo y el intercambio genital. Toda relación es a su vez un espacio de negociación sexual mediado por la cultura y las relaciones sociales en el que quienes participan no solo se reconocen o desconocen a sí mismos/as, sino que también reconocen o no la diferencia con su(s) pareja(s), asumiendo la existencia de un punto de encuentro o desencuentro en el que el placer de cada uno(a) es posible o imposible de acuerdo con sus necesidades particulares pero también del reconocimiento de que todo intercambio afectivo, emocional, deseante u erótico altera a quienes participan y al medio (sociocultural y espaciotemporal) en el que se encuentran.

Todo acto de encuentro con el otro o la otra es un espacio posible de convivencia solidaria y democrática, sin embargo para algunos y algunas dicha posibilidad se transgrede convirtiéndose en un espacio de desencuentro, generalmente de mayor vulnerabilidad y vulneración física, emocional y social. Toda relación es un espacio de poder, este puede ser ejercido verticalmente (dominación-dependencia), u horizontalmente (equidad en la toma de decisiones). Las relaciones horizontales parten del ejercicio de la particularidad del sujeto y requieren reconocer-se único, irrepetible, dinámico e histórico. Dicho dinamismo implica una permanente movilidad en la identidad y por tanto en su deseo y sus necesidades para el intercambio. De ahí que los seres humanos y sus relaciones no sean “estables” sino que varíen (son móviles) en función de los territorios sociales, corporales y relacionales de los/as sujetos, ya que están influenciadas por las relaciones sociales, la cultura, y las condiciones ecosistémicas (tiempo, espacio y sociedad).

Se es diferente a los y las demás jóvenes y adolescentes por cuanto las explicaciones, vivencias y emociones que emergen del reconocimiento de sí mismo y de

los demás determinan no solo una identidad particular (la que la persona tiene de sí misma), sino además una identidad social (construida por los demás sobre los otros y las otras) y una identidad de socialización. Esta se acopla a las exigencias propias del intercambio social, del contexto ecosistémico y cultural relacional.

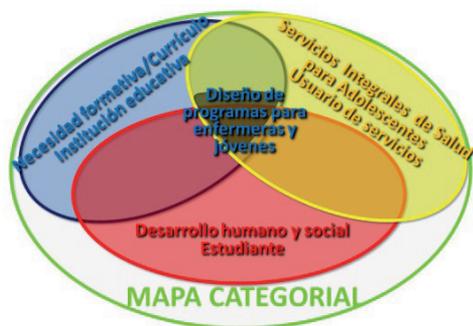
La posibilidad del ejercicio de los derechos en el ámbito de la sexualidad solo se puede garantizar cuando los actores que se involucran en la situación de intercambio afectivo, genital, erótico o sexual, tienen el mismo poder de decisión y al mismo tiempo pueden manifestar sus diferencias vitales frente al otro o la otra. No es posible elegir si no se tiene una identidad, ya que sin identidad no hay relación sexual ni social plena dado que toda relación implica un reconocimiento de sí y del otro. Todo individuo se autoreconoce en el ejercicio de sus derechos en la medida que toma conciencia, se vivencia y asume emocionalmente persona (sonar a través de), ciudadano en ejercicio y tiene la posibilidad de elegir sus vivencias, es decir, se hace sujeto/a de derechos.

En lo pertinente a la sexualidad una persona se autoreconoce en su cuerpo, sexo, género, orientación sexual y expresiones comportamentales sexuales; si no existe dicho autoreconocimiento se imposibilita su heteroreconocimiento (el reconocimiento que hace de los demás y que los demás hacen de él o ella), y por tanto los efectos de sus interrelaciones, interafectaciones e interdependencias con los demás sujetos.

3.8.7 DISEÑO DE PROGRAMAS A PARTIR DE LAS NECESIDADES

La Ilustración N° 14 hace referencia al diseño de programas a partir de las necesidades de la Institución educativa y de los estudiantes (las enfermeras) y los/las jóvenes.

Ilustración 14.- Diseño de programas a partir de necesidades



La institución da respuesta a las necesidades formativas por medio del currículo, y las explicita en el Plan de estudios. El Estado da respuesta a las necesidades establecidas por la salud pública como propias de las y los jóvenes y adolescentes, por medio de programas integrales o específicos de

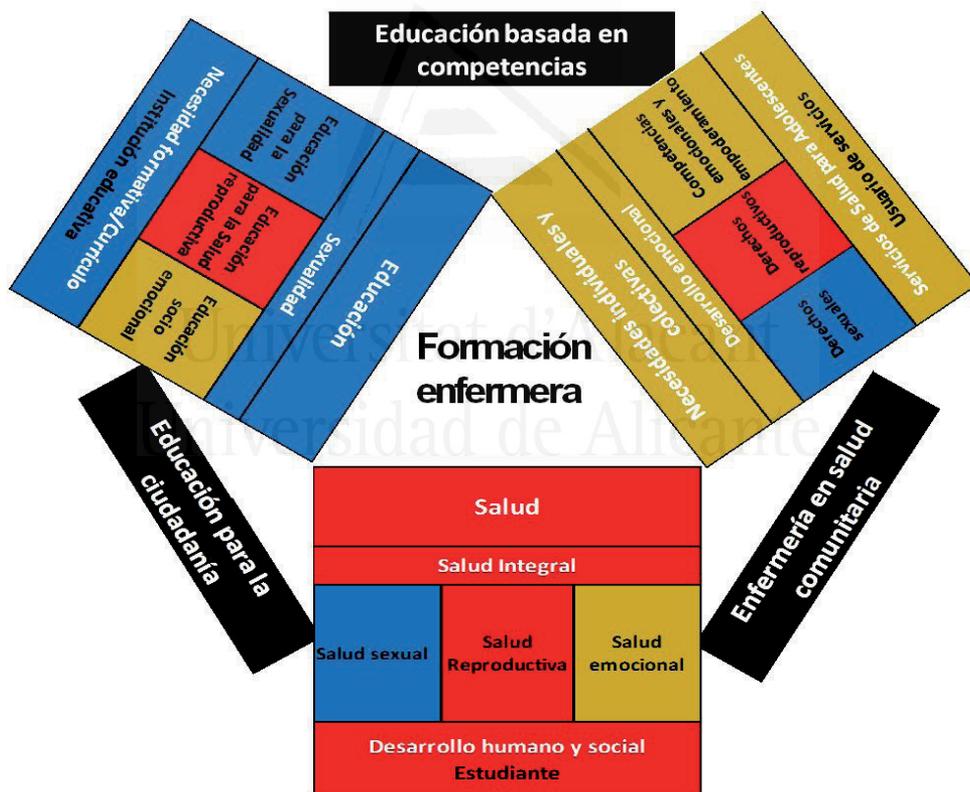
salud que les tiene a ellos y ellas como sujetos de acción. Las necesidades del

estudiante, ya sean como estudiante de enfermería o como joven deben ser igualmente resueltas por la Institución educativa. La Institución educativa además debe formar a sus estudiantes para dar respuestas efectivas como profesional de la salud en los servicios de esta área, haciéndolo desde una perspectiva epistemológica, ontológica y una visión del ser humano. Una propuesta en este sentido es la planteada por Lipson y denominada del “Cuidado culturalmente competente” ¹⁴⁴.

3.9 MAPA TRIÁDICO CATEGORIAL

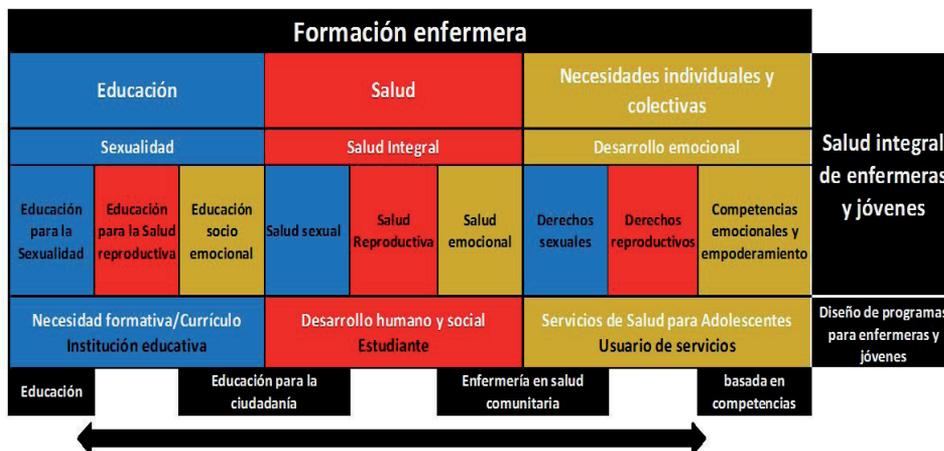
En la Ilustración N° 15 se puede visualizar la información de este último mapa triádico, dispuesta en una ilustración de carácter lineal.

Ilustración 15.- Presentación triádica de la Formación de la enfermera



En la Ilustración N° 16 se observa un mapa triádico en el que confluyen las ideas expuestas en las ilustraciones 7 al 13.

Ilustración 16.- Presentación lineal de la de la formación enfermera



3.9 DESCRIPTORES

Para el análisis tanto cuantitativo como cualitativo de la información se decidió utilizar el vocabulario estructurado y trilingüe DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) creado para el uso en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las bases de datos LILACS, MEDLINE y otras¹⁴⁵.

Se seleccionaron los siguientes descriptores cuyas definiciones son comunes a las bases DeCS, SciELO LILACS, LIS, MEDLINE y CUIDEN Plus, y que referencian los temas tratados por los estudiantes en sus respuestas a las entrevistas orales y escritas y para la construcción de las encuestas:

Salud Pública: Rama de la medicina que se encarga de la prevención y control de las enfermedades y discapacidades, y de la promoción de la salud física y mental de la población a nivel internacional, nacional, estatal o municipal.

Educación: Adquisición de conocimientos como resultado de la instrucción en un curso formal de estudios; Usado para programas de entrenamiento y cursos de varios campos y disciplinas y para la capacitación de grupos de personas.

Educación en Enfermería: Se usa para cosas en general que se relacionan con la educación en enfermería.

Enfermería en Salud Comunitaria: Práctica de la enfermería dirigida a individuos, familias o grupos, como contribución a la salud de la población.

Educación Basada en Competencias: Programas educacionales diseñados para asegurar que los estudiantes alcancen niveles pre-especificados en un campo dado o actividad de entrenamiento. Se hace énfasis en alcanzar objetivos específicos.

Aprendizaje Basado en Problemas: Uso instructivo de ejemplos o casos para enseñar utilizando las habilidades de resolver problemas y el pensamiento crítico.

Investigación en Educación de Enfermería: Investigaciones de los problemas para integrar los resultados investigativos en los planes de estudios de enfermería, desarrollar habilidades en la solución de problemas, hallar enfoques para la enseñanza clínica, determinar el nivel de práctica para graduados con diferente formación básica, etc.

Currículo: Conjunto de estudios y prácticas destinadas a que el alumno desarrolle plenamente sus posibilidades.

Capacitación en Servicio: Se refiere a programas de entrenamiento laboral para el personal que se ejecutan en una institución o agencia. Incluye programas de orientación.

Escuelas de Enfermería: Instituciones educacionales para individuos especializados en el campo de la enfermería.

Sexualidad: Funciones sexuales, actividades, actitudes y orientaciones de un individuo. La sexualidad, masculina o femenina, se hace evidente en la pubertad, bajo la influencia de los contextos sociales.

Identidad de Género: Concepto que una persona tiene sobre sí misma de ser varón y masculino o mujer y femenina o ambivalente. Suele basarse en sus características físicas, la actitud y las expectativas paternas y las presiones psicológicas y sociales. Es la experiencia íntima del rol del género.

Género y Salud: Procura identificar y reducir las injusticias entre mujeres y hombres con respeto al estado de salud y sus determinantes, acceso y la calidad de asistencia médica, y la participación en la toma de decisiones en cuanto a la asignación de los recursos.

Derechos de la Mujer: Los derechos de las mujeres a igualdad de estatus social, económico y de oportunidades educacionales ofrecidas por la sociedad a los hombres.

Reproducción: Proceso total por el cual los organismos producen descendientes.

Embarazo: Estado durante el que los mamíferos hembras llevan a sus crías en desarrollo (embrión o feto) en el útero, antes de nacer, desde la fertilización hasta el nacimiento.

Técnicas de Planificación: Teorías de Planificación y Métodos de Planificación.

Anticoncepción: Prevención de la fertilización mediante el bloqueo de la fertilidad, temporal o permanentemente (esterilización reproductiva). Medios habituales de anticoncepción reversible son los métodos naturales de planificación familiar, los agentes anticonceptivos o los dispositivos anticonceptivos.

Agentes Anticonceptivos: Sustancias químicas que previenen o reducen la probabilidad de la concepción.

Métodos Naturales de Planificación Familiar: Método anticonceptivo natural en el que se practica la abstinencia sexual unos pocos días antes y después del día estimado de la ovulación, durante la fase fértil. Los métodos para determinar el periodo fértil o detección de la ovulación se basan en varios indicadores fisiológicos como las hormonas circulantes, cambios en el moco cervical y la temperatura corporal basal.

Anticoncepción de Barrera: Métodos de anticoncepción en los cuales medios físicos o biológicos se usan para prevenir que los espermatozoides lleguen al ovulo fertilizable.

Anticoncepción Postcoital: Medios de intercepción postcoital para evitar el embarazo, como los anticonceptivos pos-coito o la píldora el día después para prevenir la fertilización de un huevo o implantación de un huevo fertilizado (implantación del embrión).

Embarazo en Adolescencia: Embarazo en mujeres adolescentes menores de 19 años.

Embarazo no Deseado: Embarazo, generalmente accidental, que no es deseado por el progenitor o progenitores.

Educación Sexual: Educación que aumenta el conocimiento de los aspectos funcionales, estructurales y conductuales de la reproducción humana.

Adolescente: Persona de 13 a 18 años de edad.

Servicios de Salud para Adolescentes: Servicios organizados para brindar cuidados de salud a adolescentes.

Salud del Adolescente: El concepto cubre la condición física y mental de los adolescentes.

Servicios de Salud Materno-Infantil: Atención de la Salud de la Mujer y del Niño.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana. Término histórico y no taxonómico referido a cualquiera de las dos especies específicas VIH-1 y/o VIH-2. Antes de 1986, fueron llamados virus linfotrópico-T humano tipo III/virus asociado a linfadenopatía (HTLV-III/LAV, en inglés). Entre 1986 y 1990 pasó a denominarse oficialmente VIH. Desde 1991, VIH ha dejado de ser considerado como nombre oficial; estas dos especies han sido designadas como VIH-1 y VIH-2.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA: Defecto adquirido de la inmunidad celular asociado con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un conteo positivo de linfocitos T CD4 inferior a 200 células/microlitro o menos de 14 por ciento del total de linfocitos junto a un aumento en la susceptibilidad a infecciones oportunistas y enfermedades malignas. Las manifestaciones clínicas incluyen también emaciación y demencia.

Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, ETS: Enfermedades Sexualmente Transmisibles, Enfermedades Sexualmente Transmitidas, Infecciones de Transmisión Sexual.

Barreras de Comunicación: Aquellos factores, tales como el lenguaje o las relaciones socioculturales, que interfieren en la interpretación y transmisión adecuadas de ideas entre individuos o grupos.

Derechos Humanos: Los derechos del individuo a oportunidades culturales, sociales, económicas, educacionales, proporcionadas por la sociedad, ej., como derecho al trabajo, educación y seguro social.

Derechos reproductivos: Derechos reproductivos que descansan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos que deciden libre y responsablemente el número, intervalo y período de sus niños y que tienen la información y los medios para hacerlo así y el derecho a lograr los más altos estándares de Salud Reproductiva y sexual. También incluye el derecho de todos de tomar decisiones respecto a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.

Derechos de la Mujer: Los derechos de las mujeres a igualdad de estatus social, económico y de oportunidades educacionales ofrecidas por la sociedad.

Percepción: Proceso por el cual es reconocida e interpretada la naturaleza y significado de un estímulo sensorial.

Emociones: Aquellos estados afectivos que pueden ser experimentados y tienen propiedades motivacionales y activantes.

Necesidades y Demandas de Servicios de Salud: Servicios de salud requeridos por una población o comunidad; también servicios de salud que la población o comunidad puede y quiere pagar. Incluye la identificación y evaluación de las necesidades, medidas a través de objetivos, criterios y normas.

Evaluación de Necesidades: Identificación sistemática de las necesidades de la población o la evaluación de los individuos para determinar el nivel adecuado de servicios que necesitan.

Además fue necesario definir otros descriptores ya que estos no se encuentran definidos en las bases de datos.

Salud sexual: No se limita a la ausencia de enfermedad o disfunción, ni sólo a los años reproductivos. Incluye la habilidad para comprender y evaluar los riesgos, responsabilidades, resultados e impactos de las acciones sexuales y a practicar la abstinencia cuando sea apropiado. Incluye liberación del abuso sexual y la discriminación y la habilidad de los individuos para integrar su sexualidad a sus vidas, derivar placer de esta, y reproducirse si así lo escogen.¹⁴⁶ La Ley Orgánica 2/2010 define Salud sexual como el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

Salud reproductiva: condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.¹⁴⁷ La Ley Orgánica 2/2010 define Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos. a) La información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo. El acceso universal a los servicios y programas de Salud Sexual y reproductiva. El acceso a métodos seguros y

eficaces que permitan regular la fecundidad. La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la Salud Sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad. La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva. La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán: Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la Salud Sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales. La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Consejería: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, prácticas conductas y emociones, con relación a un tema específico de salud; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría en este caso en temas de Salud Sexual, Salud Reproductiva y/o sexualidad.¹⁴⁸

Derechos sexuales: se fundamentan sobre los derechos humanos reconocidos por las legislaciones nacionales e internacionales, los documentos de derechos humanos y otros documentos de consenso. Incluyen el derecho de todas las personas a acceder, libres de coerción, discriminación o violencia, a los estándares más altos de servicios de salud disponibles con relación a la sexualidad, la educación sexual, el respeto a la integridad física; la construcción de la identidad sexual de sexo, cuerpo, genero, orientación sexual y expresiones comportamentales sexuales, la elección de la pareja; la decisión de estar sexualmente activa; las relaciones sexuales de consenso; construir pareja por consenso, decidir si se tendrán hijos o no, el momento de tener hijos; el disfrute de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, y el derecho a una educación sexual positiva. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo afirma que en España en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida. Nadie será discriminado en el acceso a las

prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece esta Ley en garantía de la Salud Sexual y reproductiva.

Tránsito identitario: construcción de la identidad sexual y/o de género que puede darse de la masculinidad a la feminidad o de la feminidad a la masculinidad; la identidad se reafirma en la socialización, a partir de la emoción que produce el «reconocimiento» que dichos hechos generan en las demás personas. Este «reconocimiento» produce exclusión, y en algunos casos separación social, escolar y familiar, es a su vez un espacio contextual de reafirmación identitaria que se transforma en aquello que se quiere ser.^{149, 150}

Estudiante de enfermería: Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza de la enfermería.

Conocimiento autopercibido: algunos autores proponen que la percepción que el estudiante mantiene respecto al grado de información y formación que posee, tiene una asociación significativa directamente proporcional con la puntuación obtenida¹⁵¹.

Juego de roles: traducción usual en castellano del inglés role-playing game, literalmente “juego de interpretación de papeles”. Es un juego en el que uno o más jugadores/estudiantes desempeñan un determinado rol, papel o personalidad.

Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para llegar a conclusiones se realizan diferentes tipos de análisis: el primero, de la información cuantitativa; el segundo, de la información cualitativa; el tercero por triangulación: primero, a partir de los objetivos, después a partir de las hipótesis.

4.1 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA

De la información cuantitativa se ha realizado un análisis descriptivo observacional mediante las herramientas estadísticas habituales (Chi cuadrado y prueba no apareada Mann-Whitney) por medio de SPSS 16 en Inglés.

La primera información obtenida de estos datos se relacionó con el bloque temático denominado Socio-demográfico, fue de gran importancia porque inmediatamente se observó que el porcentaje de los informantes, según el sexo psicosocial particular, se correspondía con la relación mujer:hombre en estudiantes y profesionales de la Enfermería equivalente a 1:0,204.

De este dato se desprendieron otras dos informaciones de igual importancia: la primera, de ellas consistió en confirmar que la cantidad de hombres no era significativa; y la segunda, que la edad si lo era.

Se han depurado los casos eliminando los varones dado que su número es muy pequeño y se ha buscado coherencia en la muestra. De todas formas todos los resultados están expresados en los Anexos N°s 8, 9, 10 y 11 en las páginas 326 a 328.

La cantidad de informantes mujeres estudiantes de enfermería es representativa como muestra porque, conforme a su sexo, se corresponde con los porcentaje promedio de enfermeras en España, bajo el mismo criterio, y porque las mujeres informantes corresponden al 90,31% de la población de estudiantes y en la universidad de Alicante para el periodo 2008/2009 ellas solamente fueron el 88,76%.

Con la muestra de estudiantes de Educación con relación a las mujeres, este grupo igualmente es representativo porque en Alicante ellas son el 78,44% y en la muestra corresponden al 95,56%.

Se estudian 173 mujeres enfermeras con edad menor o igual a 25 años y 30 cuya edad es mayor de 25. Las educadoras que actuaron como informantes son 68 cuya edad es menor o igual a 25 años y 17 que tienen más de 25 años.

4.1.1 DESCRIPTORES MACROS UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Enfermería en Salud Comunitaria; Servicios de Salud para Adolescente, Sexualidad, Salud sexual, Salud reproductiva, Plan de estudios; Concejo, Enfermería, Educación, Estudiante de enfermería, Estudiante de educación, Información, Formación, Conocimiento, Instituto.

Todas las preguntas de la encuesta se orientan a conocer el conocimiento del Plan de estudios y la posibilidad de, como enfermera profesional, llevar a cabo una Consulta de Enfermería escolar o del adolescente y el joven.

4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA

4.2.1 PREGUNTA N° 1. CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ESTUDIOS DE SU FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Descriptores utilizados: Conocimiento, Plan de estudios, Sexo y Edad.

Es significativa la diferencia entre lo que informan el total de las enfermeras y el total de las educadoras; el valor de la probabilidad (P) según el análisis de chi cuadrado es <0.0001.

Tabla 10.- Frecuencia y Porcentaje de mujeres que dicen conocer su plan de estudios

1. Mujeres estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Conozco el Plan de estudios de mi actual formación universitaria.					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Completamente	11	9	3	3,5	<0.0001
Una buena parte	45	36,9	16	18,6	
Medianamente	52	42,6	19	22,1	
Muy poco	13	10,7	20	23,3	
Nada	1	0,8	28	32,6	
Total responde	122	100	86	100	

A la vista de los datos obtenidos en esta pregunta, las enfermeras dicen conocer mejor su Plan de estudios que las educadoras.

Para mayor ilustración de lo anteriormente expresado se presentan estos valores en la gráfica a siguiente, en la que se observa claramente el mejor conocimiento del plan de estudios por los estudiantes de Enfermería:

Ilustración 17.- Informantes mujeres que dicen conocer su Plan de estudios.

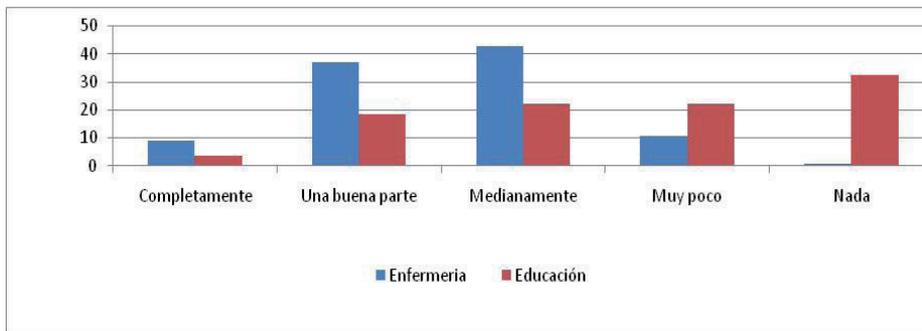
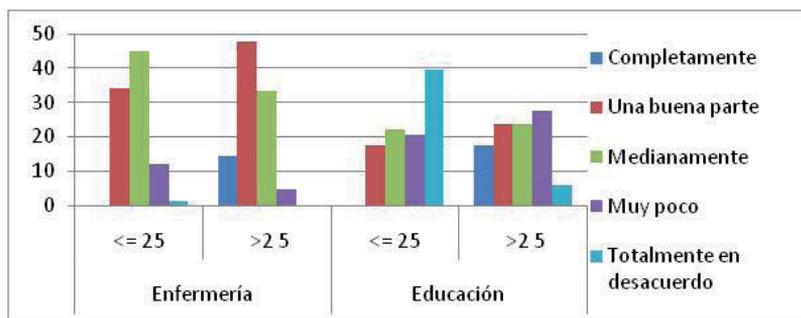


Tabla 11.- Mujeres, según edad, que dicen conocer su Plan de estudios.

1. Mujeres estudiantes, según edad, que inician el segundo año en la U.de Alicante Conozco el Plan de estudios de mi actual formación universitaria.										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
	<= 25		> 25			<= 25		> 25		P
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Completamente	8	8,00	3	14,3	ns	0	0	3	17,6	0,0016
Una buena parte	34	34,00	10	47,6		12	17,6	4	23,5	
Medianamente	45	45,00	7	33,3		15	22,1	4	23,5	
Muy poco	12	12,00	1	4,8		14	20,6	5	27,4	
Nada	1	1,00	0	0		27	39,7	1	5,9	
Responden	100	100,00	21	100		68	100	17	100	

En lo referente a la edad, el comportamiento estadístico entre estudiantes de Educación y de Enfermería es diferente. Con relación a conocer el Plan de estudios, NO hay diferencia significativa entre los estudiantes de Enfermería con edad menor o igual a 25 años y los mayores de esta edad. En las educadoras la diferencia SI es significativa, mientras las menores tienden a afirmar no conocer Nada el Plan de estudios (39,7%), las mayores lo hacen en mucha menor escala (5,9%). Estas diferencias pueden observarse gráficamente en la siguiente ilustración.

Ilustración 18.- Mujeres, según edad, que dicen conocer su Plan de estudios.



4.2.2 PREGUNTA Nº 2. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SEXUALIDAD

Descriptorios utilizados: Conocimiento, Plan de estudios, Sexualidad, Sexo y Edad.

Sobre la aceptación de la afirmación de que el Plan de estudios presenta asignaturas que forman sobre Sexualidad que hacen algunas estudiantes de ambas formaciones, cabe destacar que los currículos de Enfermería y de Educación no poseen formación específica sobre sexualidad por lo que el conocimiento que dicen tener se basa en supuestos a partir de sus propios imaginarios.

Tabla 12.- Conocimiento de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios

2. Mujeres estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Sexualidad					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Totalmente de acuerdo	3	2,5	0	0	<0.0001
De acuerdo	9	7,5	4	4,8	
No sé	21	17,5	9	10,8	
En desacuerdo	69	57,5	14	16,9	
Totalmente en desacuerdo	18	15	56	67,5	
Total responde	120	100	83	100	

La diferencia entre lo que informan el total de las enfermeras y el total de las educadoras es significativa, el valor de la Probabilidad según el análisis de chi cuadrado es <0.0001 .

Ante la afirmación “Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta asignaturas que forman sobre Sexualidad”, las respuestas en Enfermería dan la idea de una mayor presencia de formación sobre sexualidad en su currículo que en los estudiantes de Educación, aunque muy pequeña. Del mismo modo la información se presenta gráficamente en la siguiente ilustración.

Ilustración 19.- Conocimiento de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios

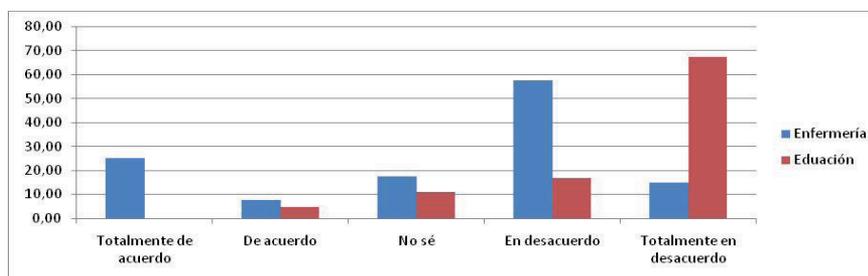


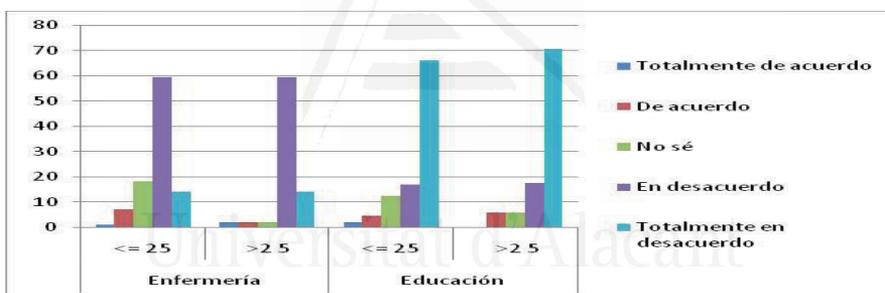
Tabla 13.- Conocimiento, según edad, de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios

2. Mujeres estudiantes, según edad, que inician el segundo año en la U. de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Sexualidad										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		>2 5		P	<= 25		>2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Totalmente de acuerdo	1	1	2	9,52	ns	0	0,00	0	0	ns
De acuerdo	7	7,1	2	9,52		3	4,60	1	5,9	
No sé	18	18,2	2	9,52		8	12,30	1	5,9	
En desacuerdo	59	59,6	10	47,62		11	16,90	3	17,6	
Totalmente en desacuerdo	14	14,1	4	19,05		43	66,20	12	70,6	
Responden	99	100	21	100		65	100	17	100	

En lo pertinente a la edad, el comportamiento en ambas titulaciones es el mismo, no existiendo diferencias entre los dos grupos de edad.

En la ilustración a continuación, se observa dicha similitud de comportamiento en ambas carreras entre los dos grupos de edad.

Ilustración 20.- Conocimiento, según edad, de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios



4.2.3 PREGUNTA N° 3. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SALUD SEXUAL

Descriptorios utilizados: Conocimiento, Plan de estudios, Salud Sexual, Sexo y Edad.

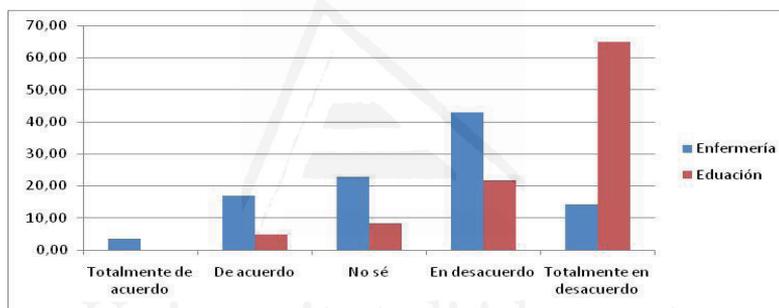
Tabla 14.- Conocimiento de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan de estudios

3. Mujeres estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Salud Sexual					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Totalmente de acuerdo	4	3,4	0	0	<0.0001
De acuerdo	20	16,8	4	4,8	
No sé	27	22,7	7	8,4	
En desacuerdo	51	42,9	18	21,7	
Totalmente en desacuerdo	17	14,3	54	65,1	
Total responde	119	100	83	100	

Es significativa la diferencia entre lo que informan el total de las enfermeras y el total de las educadoras, el valor de la Probabilidad según el análisis de chi cuadrado es <math><0.0001</math>.

Ante la afirmación “Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta asignaturas que forman sobre Salud Sexual””, las respuestas de enfermería apuntan un mayor porcentaje hacia que sí está presente en algunas asignaturas que en las estudiantes de educación, pero cabe destacar que los currículos de Enfermería y de Educación no poseen formación específica sobre Salud Sexual por lo que el conocimiento que dicen tener se basa en supuestos a partir de sus propios imaginarios.

Ilustración 21.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan



La ilustración N° 21 muestra la progresión en la respuesta apropiada frente a la afirmación Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta asignaturas que forman sobre Salud Sexual, con una mayor tendencia en las respuestas que indican su inclusión en Enfermería.

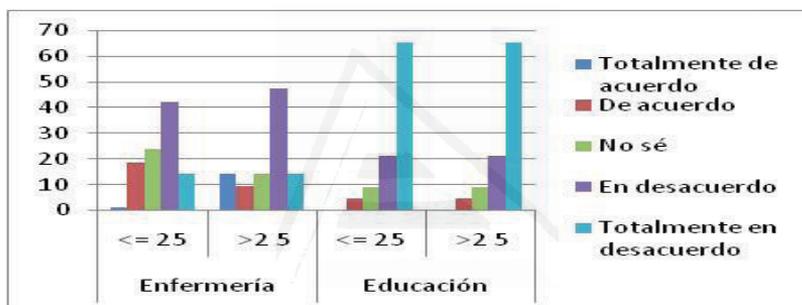
Tabla 15.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre SS en el Plan

3. Mujeres estudiantes, según edad, que inician el segundo año en la U. de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Salud Sexual										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
EDAD	<= 25		>2 5			<= 25		>2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Totalmente de acuerdo	1	1	3	14,3	0,03160	0	0,00	0	0,00	
De acuerdo	18	18,6	2	9,5		3	4,50	1	5,88	
No sé	23	23,7	3	14,3		6	9,10	1	5,88	
En desacuerdo	41	42,3	10	47,6		14	21,20	4	23,53	
Totalmente en desacuerdo	14	14,4	3	14,3		43	65,20	10	58,82	
Responden	97	100	21	100		66	100	17	100	

Con relación a las diferencias de edad de las informantes, en la anterior tabla se evidencia que hay una diferencia significativa entre las apreciaciones de las mujeres enfermeras (el valor de la Probabilidad según el análisis de chi cuadrado es <0.0316) y las educadoras cuyo valor de Probabilidad según el análisis de chi cuadrado es <0.023 .

Mientras al interior del grupo de enfermeras en ambos grupos etarios el mayor porcentaje lo representan quienes están En desacuerdo. En el grupo de educadoras el mayor porcentaje lo representan en ambas edades las que afirman estar totalmente en desacuerdo. Este análisis puede observarse gráficamente en la siguiente ilustración.

Ilustración 22.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan



4.2.4 PREGUNTA N° 4. CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PLAN DE ESTUDIOS PRESENTA ASIGNATURAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Descriptorios utilizados: Conocimiento, Plan de estudios, Salud Reproductiva, Sexo y Edad.

Tabla 16.- Conocimiento de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan

4. Mujeres estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Salud reproductiva					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Totalmente de acuerdo	16	13,4	0	0	<0.0001
De acuerdo	23	19,3	4	4,8	
No sé	31	26,1	12	14,3	
En desacuerdo	44	37	27	32,1	
Totalmente en desacuerdo	5	4,2	41	48,8	
Total responde	119	100	84	100	

Las diferencias entre el total de enfermeras y educadoras con relación a la afirmación “Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta asignaturas que forman sobre Salud Reproductiva” son significativas, el valor de Probabilidad según el análisis de chi cuadrado es <0.0001. Las enfermeras tienen una mayor orientación hacia la presencia de la Salud Reproductiva en su curriculum que en las educadoras. Las educadoras se orientan más por las respuestas En desacuerdo (32,1%) y Totalmente en desacuerdo (48,8%). Este análisis se ilustra gráficamente a continuación.

Ilustración 23.- Conocimiento de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan

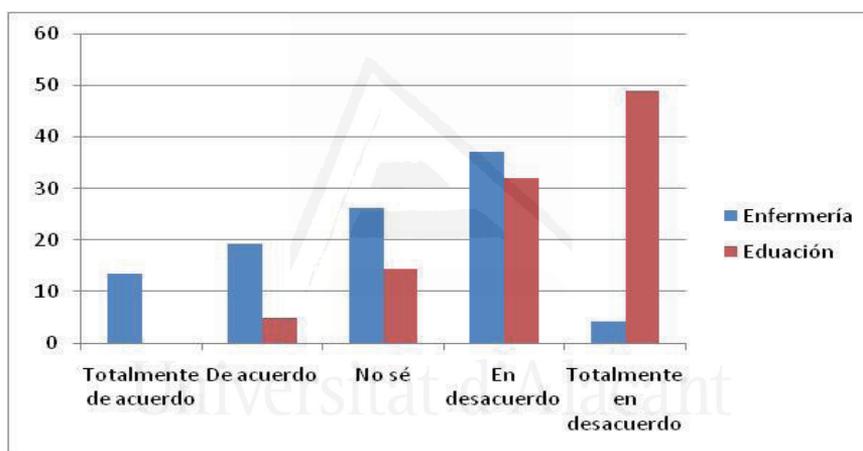
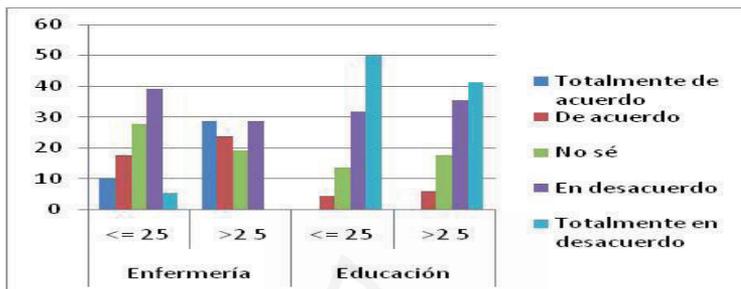


Tabla 17.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan

4. Mujeres estudiantes, según edad, que inician el segundo año en la U. de Alicante Conozco que el Plan de estudios de mi formación universitaria presenta Asignaturas que forman sobre Salud reproductiva										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		>2 5		P	<= 25		> 2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Totalmente de acuerdo	10	10,3	6	28,6	ns	3	0	0	0	ns
De acuerdo	17	17,5	5	23,8		9	4,5	1	5,9	
No sé	27	27,8	4	19		21	13,6	3	17,6	
En desacuerdo	38	39,2	6	28,6		33	31,8	6	35,3	
Totalmente en desacuerdo	5	5,2	0	0		66	50	7	41,2	
Responden	97	100	21	100		66	100	17	100	

Con relación a la edad NO hay diferencias significativas tanto entre las enfermeras como entre las educadoras, cuyos valores de Probabilidad según el análisis de chi cuadrado no son significativos. En la gráfica a continuación se muestra las variaciones que se dan en las respuestas de enfermeras y educadoras según su edad.

Ilustración 24.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan



4.2.5 PREGUNTA N° 5. PERCEPCIÓN SOBRE SI SE SIENTEN CAPACITADAS PARA INFORMAR DEBIDAMENTE SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA A LOS Y LAS ADOLESCENTES

Descriptorios utilizados: Capacitación, SS, SR, Sexo y Edad.

Como se puede interpretar a partir de la Tabla N° 18, No es significativa la diferencia entre las respuestas del total de las enfermeras y el total de las educadoras. Hay que destacar un alto porcentaje en ambos grupos, un 45,3% de las educadoras y un 34,3% de las enfermeras que responden que No saben si se sienten capacitadas para informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes.

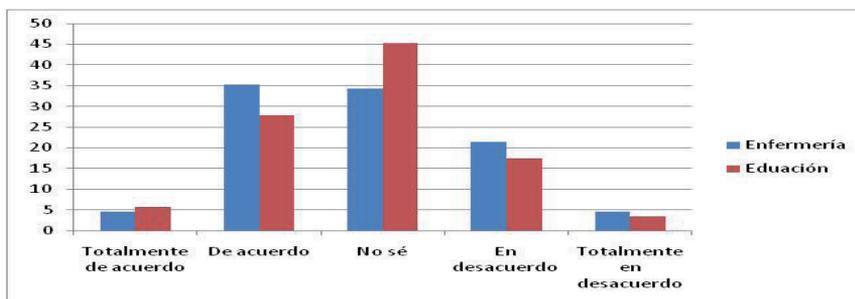
Hay algo más de seguridad al respecto en las enfermeras, el 35,3% Están de acuerdo, frente al 27,9 de las educadoras, aunque estas diferencias no son significativas.

Tabla 18.- Percepción de las mujeres sobre si se sienten Capacitadas para informar

5. Percepción de las Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento capacitada para Informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Totalmente de acuerdo	9	4,5	5	5,8	ns
De acuerdo	71	35,3	24	27,9	
No sé	69	34,3	39	45,3	
En desacuerdo	43	21,4	15	17,4	
Totalmente en desacuerdo	9	4,5	3	3,5	
Total responde	201	100	86	100	

La Ilustración N° 25 a continuación se muestra la gran similitud entre la distribución de las respuestas en ambas carreras.

Ilustración 25.- Percepción de todas las mujeres sobre si se sienten Capacitadas para informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes



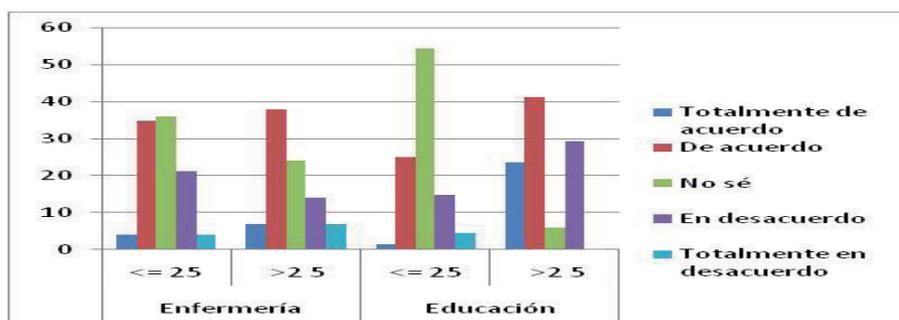
En la Tabla N° 19 se observa cómo, con relación a las respuestas según la edad de las mujeres, No hay diferencias significativas entre las enfermeras y las educadoras (P es 0,0002), el grupo de mayores de 25 años perciben una mayor preparación para informar debidamente sobre los temas en cuestión.

Tabla 19.- Percepción, según edad sobre si se sienten Capacitadas para informar

5. Percepción, según edad, de las Mujeres que inician el segundo año en la U. de Alicante Me siento capacitada para Informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes									
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010				P
EDAD	<= 25		> 25		<= 25		> 25		
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Totalmente de acuerdo	7	4,1	2	6,9	1	1,5	4	23,5	ns 0,0002
De acuerdo	59	34,7	11	37,9	17	25	7	41,2	
No sé	61	35,9	7	24,1	37	54,4	1	5,9	
En desacuerdo	36	21,2	7	14,1	10	14,7	5	29,4	
Totalmente en desacuerdo	7	4,1	2	6,9	3	4,4	0	0	
Responden	170	100	29	100	68	100	17	100	

Las diferencias de percepción están ilustradas en la gráfica siguiente:

Ilustración 26.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Capacitadas para informar



4.2.6 PREGUNTA Nº 6. PERCEPCIÓN SOBRE SI SE SIENTEN EMOCIONALMENTE PREPARADAS PARA DAR CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LOS Y LAS ADOLESCENTES

Descriptores utilizados: Emoción, Consejería, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Sexo y Edad.

Tabla 20.- Percepción de las mujeres sobre sentirse Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional

6. Percepción de las Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento emocionalmente preparada para dar Consejería sobre salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Totalmente de acuerdo	28	13,8	9	10,5	ns
De acuerdo	80	39,4	27	31,4	
No sé	58	28,6	28	32,6	
En desacuerdo	34	16,7	19	22,1	
Totalmente en desacuerdo	3	1,5	3	3,5	
Total responde	203	100	86	100	

En la Tabla Nº 20 se visualiza la percepción del total de mujeres encuestadas sobre si se sienten emocionalmente preparadas para dar Consejo sobre SS y SR y en la que se evidencia que no hay diferencias significativas entre ambas titulaciones.

Hay que destacar que en las dos titulaciones el porcentaje que están total o de acuerdo en que están emocionalmente preparadas para dar estos consejos está alrededor del 40%

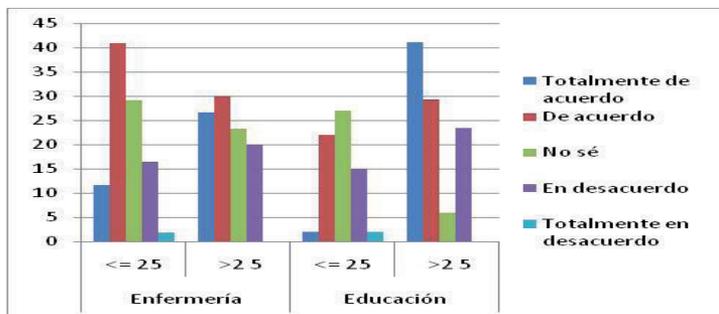
Esta percepción no varía entre los dos grupos de edad en enfermería, pero para las educadoras la diferencia es significativa, considerándose más preparadas emocionalmente el grupo de mayor edad (P es 0,0001), como se observa en la Tabla Nº 21.

Tabla 21.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional

6. Percepción, según edad, de las Mujeres que inician el segundo año en la U. de Alicante Me siento emocionalmente preparada para dar Consejo sobre salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes									
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010		P		
	<= 25		> 25		<= 25			> 25	
EDAD	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	P
Totalmente de acuerdo	20	11,7	8	26,7	2	2,90	7	41,2	0,0001
De acuerdo	70	40,9	9	30	22	32,40	5	29,4	
No sé	50	29,2	7	23,3	27	39,70	1	5,9	
En desacuerdo	28	16,4	6	20	15	22,10	4	23,5	
Totalmente en desacuerdo	3	1,8	0	0	2	2,90	0	0	
Responden	171	100	30	100	68	100	17	100	

En la grafica a continuación (ilustración Nº 27) se observa lo expresado.

Ilustración 27.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional



4.2.7 PREGUNTA N° 7. PARTICIPACIÓN EN EL INSTITUTO EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL

Descriptorios utilizados: Participación, Salud Sexual, Sexo y Edad.

En el análisis del total de las mujeres en el grupo de enfermeras y de educadoras se evidencia que la diferencia entre ambas, según P, es No significativa (Tabla N° 22).

Tabla 22.- Participación en el instituto en Actividades educativas sobre Salud Sexual
Es mayor en ambos grupos el porcentaje de mujeres que Sí participó en el

7. Durante el tiempo que estuve en el instituto Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	120	58,8	46	53,5	ns
No	84	41,2	40	46,5	
Total responde	204	100	86	100	

instituto en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual que el que No lo hizo.

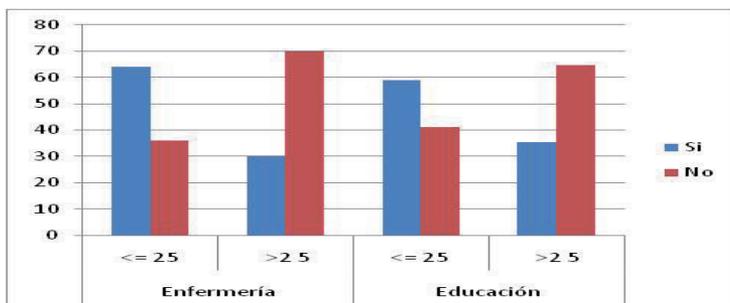
Con relación a la edad se observa en la tabla N° 23 que las diferencias entre los grupos de enfermeras (P: 0,0005) es significativamente mayor el número de las que participaron en el instituto entre el grupo de las más jóvenes, al igual que en las educadoras, aunque en este caso las diferencias no llegan a ser significativas.

Tabla 23.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SS

7. Durante el tiempo que estuve en el instituto Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
	<= 25		> 25			<= 25		> 25		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	P
Si	110	64	9	30	0,0005	40	58,8	6	35,3	,0816
No	62	36,1	21	70		28	41,2	11	64,7	
Responden	172	100	30	100		68	100	17	100	

Este diferente comportamiento se ve con mejor detalle en la Ilustración N°28.

Ilustración 28.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SS



4.2.8 PREGUNTA N° 8. PARTICIPACIÓN EN EL INSTITUTO EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Descriptorios utilizados: Participación, Salud Reproductiva, Sexo y Edad.

En el análisis del total de las mujeres en el grupo de enfermeras y de educadoras se evidencia que la diferencia entre ambas, según P, es No significativa (Tabla N° 24).

Tabla 24.- Participación en el instituto en Actividades educativas sobre Salud Reproductiva

8. Durante el tiempo que estuve en el instituto Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Reproductiva					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	45	37,5	30	34,9	ns
No	75	62,5	56	65,1	
Total responde	120	100	86	100	

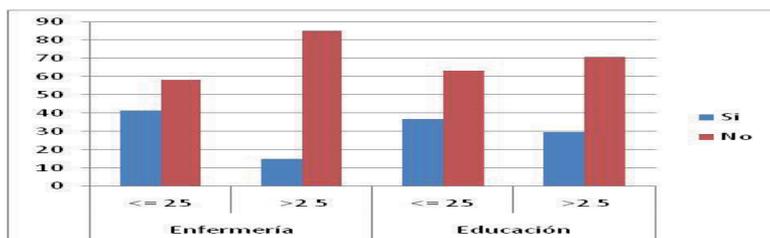
Tanto en las enfermeras (62,5%) como es las educadoras (65,1%) es mayor el grupo de mujeres que No participaron en el instituto en actividades educativas sobre Salud Reproductiva, siendo el comportamiento entre ambos grupos idéntico (ns).

Tabla 25.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SR

8. Durante el tiempo que estuve en el instituto Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Reproductiva										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	EDAD <= 25		> 25			EDAD <= 25		> 25		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	41	41,4	3	15	0,0256	25	36,8	5	29,4	ns
No	58	58,2	17	85		43	63,2	12	70,6	
Responden	99	100	20	100		68	100	17	100	

Al estudiar estas respuestas en relación a los dos grupos de edad, se constata que entre las enfermeras del grupo más joven aumenta significativamente el número que refieren dicha participación. Este hecho se produce también entre las estudiantes de educación, pero sin ser significativo, diferencias que se evidencian a continuación.

Ilustración 29.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SR



4.2.9 PREGUNTA N° 9. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD

Descriptores utilizados: Participación, Sexualidad, Sexo y Edad.

Tabla 26.- Participación en la universidad de todas las mujeres en Actividades educativas sobre Sexualidad

9. Durante el tiempo que he estado estudiando en la Universidad de Alicante Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Sexualidad					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	5	4,1	4	4,7	ns
No	116	95,9	82	95,3	
Total responde	121	100	86	100	

La diferencia entre el total de las enfermeras y las educadoras en la Participación en la universidad en actividades educativas sobre Sexualidad No es significativa. Solamente el 4,1% de las enfermeras y el 4,5% de las educadoras participaron en este tipo de actividades.

Según la edad de las mujeres las diferencias tanto entre las educadoras como entre las enfermeras No son significativas. De las 5 enfermeras que han contestado que si, todas tienen la impresión de que su participación ha sido adecuada (4 en el grupo de edad ≤ 25 años y 1 >25 años) y en educación 2 adecuada (2 del grupo de edad ≤ 25 años), 1 muy adecuada y 1 poco adecuada (en el grupo de edad > 25 años).

4.2.10 PREGUNTA N° 10. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL

Descriptorios utilizados: Valoración, Participación, Salud Sexual, Sexo y Edad.

Tabla 27.- Valoración de las Actividades educativas sobre Salud Sexual

10. En la actividad educativa sobre Sexualidad la información obtenida fue:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Muy adecuada	0	0	1	25	ns
Adecuada	5	100	1	25	
Poco adecuada	0	0	1	25	
Nada adecuada	0	0	1	25	
Responden	5	100	4	100	

La valoración de las diferencias entre el total de las mujeres educadoras y enfermeras, en la Participación en la universidad en actividades educativas sobre Salud Sexual si es significativa (P: 0,0001). Las enfermeras la valoran como Adecuada pero las educadoras se distribuyen equitativamente en tres de las opciones de respuesta: Muy adecuada, Adecuada y Poco adecuada (ver tabla N° 27).

Se observa que la valoración de las diferencias, según edad, entre el las mujeres educadoras y enfermeras, en la Participación en la universidad en actividades educativas sobre salud Sexual es significativa. Las cinco enfermeras dicen que es adecuada, las cuatro educadoras se distribuyen en las cuatro opciones: Muy adecuada, Adecuada, Poco adecuada, nada adecuada.

4.2.11 PREGUNTA N° 11. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL

Descriptorios utilizados: Participación, Salud Sexual, Sexo y Edad.

La valoración de las diferencias entre el total de las mujeres educadoras y enfermeras, en la Participación en la universidad en actividades educativas sobre Salud reproductiva es NO significativa.

Tabla 28.- Participación en la universidad de todas las mujeres en Actividades educativas sobre Salud Reproductiva

11. Durante el tiempo que he estado estudiando en la Universidad de Alicante Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	2	1,7	1	1,2	ns
No	119	98,3	85	98,8	
Total responde	121	100	86	100	

En la tabla N° 29 se observa que las cifras son muy similares, destacándose la no participación en la universidad en actividades educativas sobre Salud reproductiva que es en promedio del 98,5%.

Tabla 29.- Participación en la universidad, según edad, en Actividades educativas sobre Salud Sexual

11. Durante el tiempo que he estado estudiando en la Universidad de Alicante Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
EDAD	<= 25		> 25			<= 25		> 25		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	2	2	0	0	ns	1	1,5	0	0	NO
No	97	98	21	100		67	98,5	0	0	
Responden	99	100,0	21	100		68	100	0	0	

Las diferencias por grupos etarios son NO Significativas, en las mujeres es NO significativa en ambas titulaciones como se observa en la tabla anterior.

4.2.12 PREGUNTA N° 12. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD SEXUAL

Descriptorios utilizados: Valoración, Participación, Salud Sexual, Sexo y Edad.

Tabla 30.- Valoración de las Actividades educativas sobre Salud Reproductiva

12. En la actividad educativa sobre Salud Sexual la información obtenida fue:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Muy adecuada	0	0	1	100	<0.0001
Adecuada	2	100	0	0	
Poco adecuada	0	0	0	0	
Nada adecuada	0	0	0	0	
Total responde	2	100	1	100	

La diferencia entre el total de las enfermeras y el total de las educadoras con relación a la Valoración de las Actividades educativas sobre Salud Sexual es significativa (P: <0,0001). Las enfermeras se orientan por la opción Adecuada y las educadoras por la posibilidad Muy adecuada.

Las diferencias entre los dos grupos, según edad, no son significativas y tampoco lo son en su interior; solo responden mujeres cuya edad es igual o son menores de 25 años. Las mujeres que respondieron Sí valoran la actividad recibida como Adecuada (dos enfermeras), la Educadora valora la información obtenida como Muy adecuada.

4.2.13 PREGUNTA N° 13. PARTICIPACIÓN EN LA UNIVERSIDAD EN ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Descriptor utilizado: Participación, Salud Reproductiva, Sexo y Edad.

No es significativa la diferencia entre lo que respondieron todas las enfermeras y todas las educadoras sobre su Participación en la universidad de todas las mujeres en Actividades educativas sobre Salud Reproductiva.

Tanto las enfermeras como las educadoras se decantan por la respuesta NO en un 99%., como puede observarse en la Tabla N° 31 que se presenta a continuación.

Tabla 31.- Participación en las Actividades educativas sobre Salud Reproductiva

13. Durante el tiempo que he estado estudiando en la Universidad de Alicante Participé en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Reproductiva					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sí	1	0,8	1	1,2	ns
No	120	99,2	85	98,8	
Total responde	121	100	86	100	

Con relación a la edad, en las dos titulaciones sólo una mujer de cada uno participó en este tipo de actividades, ambas del grupo de menor edad.

4.2.14 PREGUNTA N° 14. VALORACIÓN DE ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Descriptor utilizado: Valoración, Participación, Salud Reproductiva, Sexo y Edad.

No es representativa la diferencia en la valoración de las Actividades educativas sobre Salud Reproductiva que hacen el total de las enfermeras y educadoras. En los dos grupos solo una mujer participó en este tipo de actividades.

La enfermera que ha participado cree que la actividad educativa es adecuada y es del grupo de edad inferior, y en educación también una única estudiante ha participado y cree que es adecuada, también del grupo de edad inferior.

4.2.15 PREGUNTA N° 15. SI PUDIERA RECIBIR FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL PARA ADOLESCENTES, EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE REQUIERO:

4.2.15.1 Tipo de información requerida sobre Métodos anticonceptivos

Descriptorios utilizados: Formación, Métodos anticonceptivos, Sexo y Edad.

En la Tabla N° 32 se observa que la diferencia entre los dos grupos conformados por la totalidad de enfermeras y de educadoras con relación a las necesidades formativas sobre métodos anticonceptivos No es significativa.

Tabla 32.- Información requerida sobre Métodos anticonceptivos

15.1 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Métodos anticonceptivos es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	7	3,4	4	4,7	ns
Poco	58	28,6	16	18,6	
Mucho	138	68	66	76,7	
Total responde	203	100	86	100	

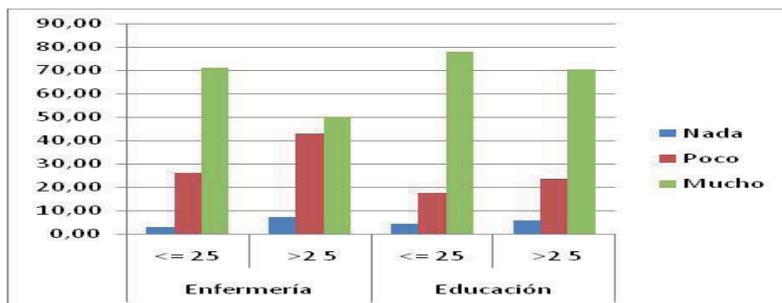
Ambos grupos requieren Mucha información sobre Métodos anticonceptivos, pero la requiere más el grupo de las educadoras (76,7%) que las enfermeras (68%), aunque con diferencias NO significativas.

Tabla 33.- Información requerida, según edad, sobre métodos anticonceptivos

15.1 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Métodos anticonceptivos es:									
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010				P
	<= 25		>2 5		<= 25		> 2 5		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	P
Nada	5	2,90	2	7,14	3	4,40	1	5,90	0,0729
Poco	45	26,00	12	42,86	12	17,60	4	23,60	
Mucho	123	71,10	14	50,00	53	77,90	12	70,60	
Total responde	173	100	28	100	68	100	17	100	ns

Las diferencias entre los dos grupos de edad por profesión, No son significativas, aunque entre las enfermeras esa necesidad, aunque no significativa, disminuye con la edad. La grafica siguiente ilustra las diferencias entre los dos grupos en enfermería que son casi significativas y la gran similitud en educación.

Ilustración 30.- Información requerida, según edad, sobre métodos anticonceptivos



4.2.15.2 Tipo de información requerida sobre Embarazo adolescente

Descriptorios utilizados: Formación, Embarazo adolescente, Sexo y Edad.

Ilustración 31.- Tipo de información requerida sobre Embarazo adolescente

15.2 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Embarazo adolescente es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	12	6	5	6	ns
Poco	53	26,4	26	31	
Mucho	136	67,7	53	63,1	
Total responde	201	100	84	100	

No es significativa la diferencia entre el grupo de todas las mujeres enfermeras y el de todas las mujeres educadoras. Requieren más información sobre Embarazo adolescente en ambos grupos.

Tabla 34.- Tipo de información requerida, según edad, sobre Embarazo adolescente

15.2 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Embarazo adolescente es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	EDAD <= 25		> 25			EDAD <= 25		> 25		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	8	2,90	4	14,81	0,0815	3	4,40	2	11,80	0,0839
Poco	43	26,10	8	29,63		26	38,20	2	11,80	
Mucho	122	71,10	15	55,56		39	57,40	13	76,50	
Total responde	173	100	27	100		68	100	17	100	

No es significativa la diferencia, según grupos de edad, entre las enfermeras (P: 0,0815) como entre las educadoras (P: 0,0839) con respecto al Embarazo adolescente. Pero aunque no son significativas, se observa menor necesidad de esta información entre enfermeras en el grupo de edad mayor, al contrario que en educación.

El gráfico ilustra las diferencias.

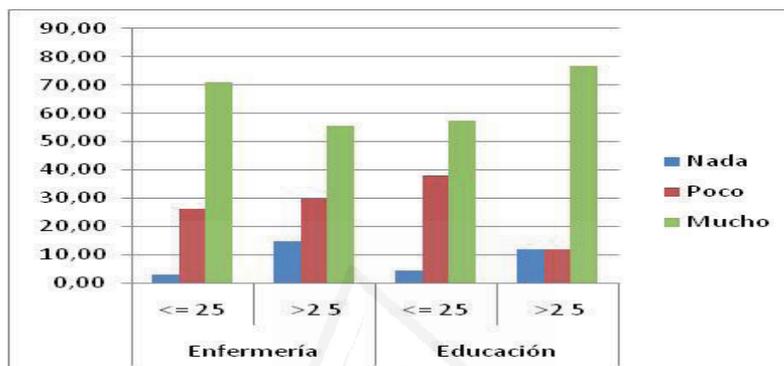


Ilustración 32.- Tipo de información requerida, según edad, sobre Embarazo adolescente

4.2.15.3 Tipo de información requerida sobre Enfermedades de Transmisión Sexual

Descriptorios utilizados: Formación, Enfermedades de Transmisión Sexual, Sexo y Edad.

Tabla 35.- Tipo de información requerida sobre ETS

15.3 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Enfermedades de Transmisión Sexual es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	5	2,5	1	1,2	ns
Poco	48	23,6	12	14	
Mucho	150	73,9	73	84,9	
Total responde	203	100	86	100	

Con relación al Tipo de información requerida por todas las mujeres sobre Enfermedades de Transmisión Sexual la diferencia entre las enfermeras y las educadoras No es significativa. En ambos casos el porcentaje mayor es de mucho

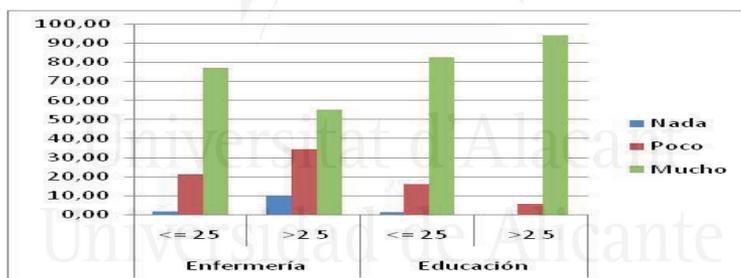
requerimiento de información. Requieren más información las educadoras (84,9%) que las enfermeras (73,4%).

Tabla 36.- Tipo de información requerida, según edad, sobre ETS

15.3 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Transmisión Sexual es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		> 25		P	<= 25		> 25		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	3	1,80	3	10,34	0,0082	1	1,50	0	0,00	ns
Poco	37	21,40	10	34,48		11	16,20	1	5,90	
Mucho	133	76,90	16	55,17		56	82,40	16	94,10	
Total responde	172	100	29	100		68	100	17	100	

Las diferencias según grupos de edad entre las enfermeras y educadoras que requieren información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual NO son significativas, aunque en el caso de enfermeras se nota una disminución de la respuesta de mucho con la edad. Ver Ilustración N° 33.

Ilustración 33.- Tipo de información requerida, según edad, sobre ETS



4.2.15.4 Tipo de información requerida sobre Sexualidad como necesidad biológica

Descriptorios utilizados: Formación, Sexualidad, Sexo y Edad.

Tabla 37.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad biológica

15.4 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Sexualidad como necesidad biológica es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	22	10,9	5	5,9	0,0146
Poco	90	44,8	55	64,7	
Mucho	89	44,3	25	29,4	
Total responde	201	100	85	100	

Las diferencias entre los grupos de todas las mujeres enfermeras y educadoras son significativas (P: 0,0146).

La siguiente gráfica (Ilustración N° 34) muestra las diferencias que se presentan entre enfermeras y educadoras con relación a su necesidad de Información sobre Sexualidad como necesidad biológica.

Ilustración 34.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad biológica

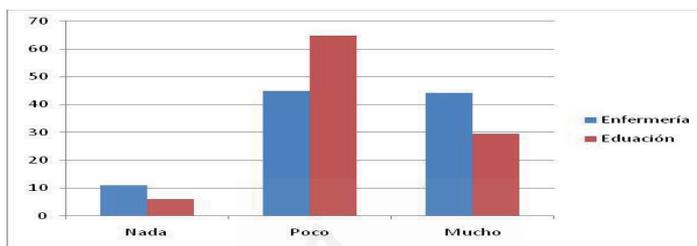
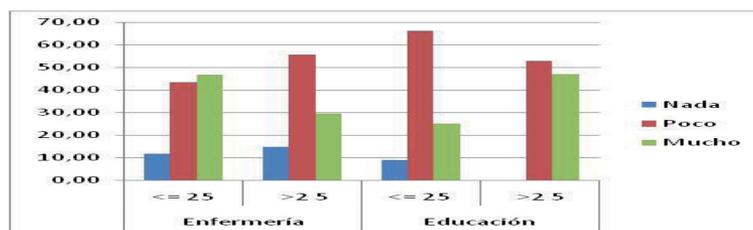


Tabla 38.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad biológica

15.4 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Sexualidad como necesidad biológica es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	<= 25		>2 5			<= 25		>2 5		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	21	11,80	4	14,81	ns	6	8,90	0	0,00	ns
Poco	75	43,40	15	55,56		45	66,20	9	52,90	
Mucho	77	46,80	8	29,63		17	25,00	8	47,10	
Total responde	173	100	27	100		68	100	17	100	

Con relación a las diferencias según la edad, estas NO son significativas. A continuación se observan gráficamente las distribuciones de las respuestas.

Ilustración 35.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad biológica



4.2.15.5 Tipo de información requerida sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana

Descriptorios utilizados: Formación, Sexualidad, Sexo y Edad.

Tabla 39. Tabla 40.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana

15.5 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	19	9,4	9	10,5	ns
Poco	99	48,8	52	60,5	
Mucho	85	41,9	25	29,1	
Total responde	203	100	86	100	

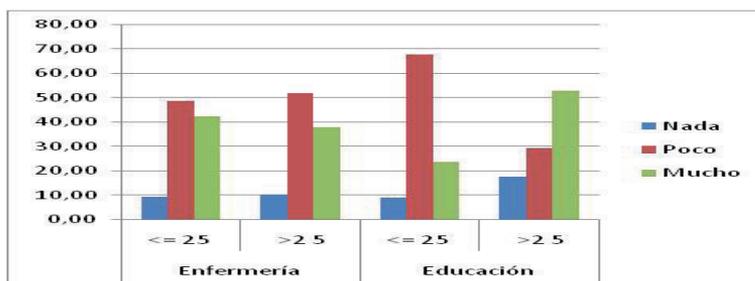
Las diferencias entre todas las enfermeras y las educadoras que requieren información sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana No son significativas. Sólo alrededor del 10% dicen que no necesitan información.

Tabla 40.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana

15.5 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
	EDAD									P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	16	9,20	3	10,34	ns	6	8,82	3	17,60	0,0157
Poco	84	48,60	15	51,72		46	67,65	5	29,40	
Mucho	73	42,20	11	37,93		16	23,53	9	52,90	
Total responde	173	100	29	100		68	100	17	100	

Las diferencias según grupo de edad, No son significativas entre las enfermeras y si los son entre las educadoras (P: 0,0157), de las que el grupo de mayores, responde en mayor porcentaje que sus requerimientos son mucho. Ver gráfica a continuación.

Ilustración 36.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana



4.2.15.6 Tipo de información requerida sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)

Descriptorios utilizados: Formación, Orientaciones sexuales, Sexo y Edad.

Tabla 41.- Información requerida por todas las mujeres sobre Orientaciones sexuales

15.6 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad) es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	25	12,6	15	17,6	ns
Poco	72	36,2	37	43,5	
Mucho	102	51,3	33	38,8	
Total responde	199	100	85	100	

Las diferencias entre todas las mujeres enfermeras y educadoras NO son significativas. El 53,8% de las enfermeras y el 38,8% de las educadoras optan por la respuesta Mucho para calificar su necesidad de de información requerida sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad); el 43,5% de las educadoras y el 36,2% de las enfermeras se deciden por la opción Poco; el 12,6% de las últimas y el 17,6 de las educadoras se deciden por informar que no requieren nada de información (Tabla N° 41).

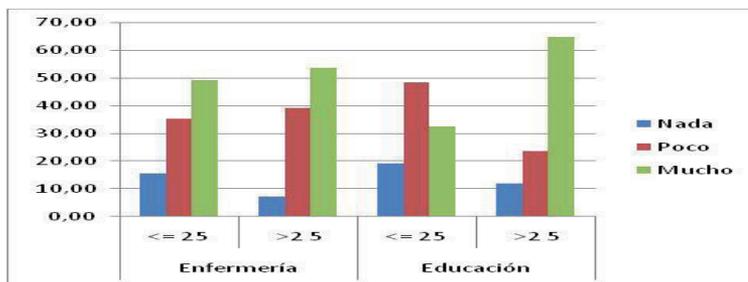
En la Tabla N° 42 de presentan los valores por grupos de edad, no siendo las diferencias significativas en enfermería y entre las educadoras (P: 0,0489), entre las que se observa una mayor necesidad de información en el grupo de edad mayor.

Tabla 42.- Información requerida, según edad, sobre Orientaciones sexuales

15.6 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad) es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	EDAD <= 25		>2 5			<= 25		>2 5		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	27	15,60	2	7,14	ns	13	19,10	2	11,80	0,0489
Poco	61	35,30	11	39,29		33	48,50	4	23,50	
Mucho	85	49,20	15	53,57		22	32,40	11	64,70	
Total responde	173	100	28	100		68	100	18	100	

Estas diferencias se ilustran en la grafica siguiente.

Ilustración 37.- Información requerida, según edad, sobre Orientaciones sexuales



4.2.15.7 Tipo de información requerida sobre Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestis)

Descriptorios utilizados: Formación, Tránsitos identitarios Sexo y Edad.

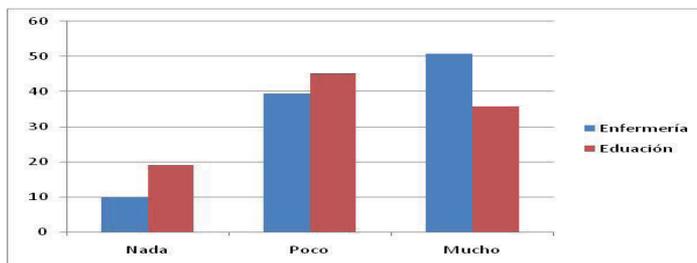
Las diferencias entre todas las mujeres enfermeras y educadoras son significativas (P: 0,02) con relación a sus necesidades de información requerida sobre Tránsitos identitarios.

Tabla 43. Información requerida por todas las mujeres sobre Tránsitos identitarios.-

15.7 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestis) es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	20	9,9	16	19	0,02
Poco	80	39,4	38	45,2	
Mucho	103	50,7	30	35,7	
Total responde	203	100	84	100	

De las enfermeras la opción mayor es la que opta por Mucho (50,7%), en cambio en las educadoras es la que se decide por Poco (45,2%). El 9,9% de las enfermeras y el 19% de las educadoras informar no necesitar Nada (Tabla N° 43). Ver ilustración N° 38.

Ilustración 38.- Información requerida por todas las mujeres sobre Tránsitos identitarios



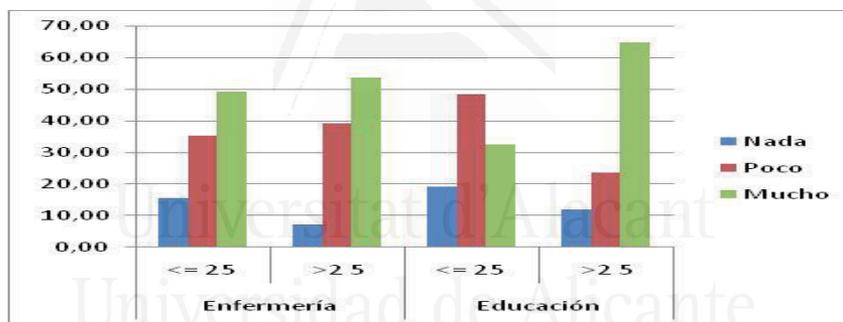
La Tabla N° 44 presenta las respuestas obtenidas por grupos de edad cuyas diferencias entre Enfermeras no son significativas y si lo son entre las educadoras (P: 0,0489) según edad, aumentando la respuesta mucho en el grupo de mayor edad.

Tabla 44.- Información requerida, según edad, sobre Tránsitos identitarios

15.6 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad) es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		>2 5		P	<= 25		>2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	27	15,60	2	7,14	ns	13	19,10	2	11,80	0,0489
Poco	61	35,30	11	39,29		33	48,50	4	23,50	
Mucho	85	49,20	15	53,57		22	32,40	11	64,70	
Total responde	173	100	28	100		68	100	18	100	

Mayor ilustración sobre las diferencias pueden observarse en la siguiente gráfica.

Ilustración 39.- Información requerida, según edad, sobre Tránsitos identitarios



4.2.15.8 Tipo de información requerida sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad

Descriptorios utilizados: Formación, Anatomía, Fisiología, Sexualidad, Sexo y Edad.

Las diferencias entre el grupo conformado por todas las mujeres educadoras y las enfermeras NO son significativas, en lo que respecta a su necesidad de información requerida sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad (Ver Tabla N° 45). Un grupo similar de mujeres (48%) opta por la posibilidad Mucho; igual sucede con las opciones Poco (43,45%) y Nada (8,5%).

Tabla 45.- Información requerida por las mujeres sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad

15.8 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad es:					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	18	8,8	7	8,2	ns
Poco	89	43,4	37	43,5	
Mucho	98	47,8	41	48,2	
Total responde	205	100	85	100	

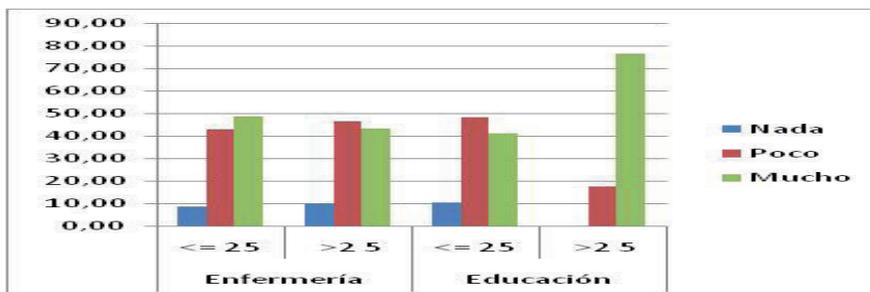
Según los grupos de edad de las informantes, las diferencias entre las enfermeras NO son significativas y entre las educadoras (P: 0,0325) si lo son (Tabla N° 46).

Tabla 46.- Información requerida, según edad, sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad

15-8 Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes el tipo de información que requiero sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad es:										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	<= 25		> 25			<= 25		> 25		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Nada	15	8,70	3	10,00	ns	7	10,30	1	5,9	0,0325
Poco	74	42,80	14	46,70		33	48,50	3	17,60	
Mucho	84	48,60	13	43,30		28	41,20	13	76,50	
Total responde	173	100	30	100		68	100	17	100	

Las diferencias según edad se muestran el gráfico que se presenta a continuación:

Ilustración 40.- Información requerida, según edad, sobre Anatomía y fisiología Sex



4.2.16 Con qué persona me siento a gusto hablando de sexualidad

4.2.16.1 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Amigos/as

Descriptorios utilizados: Emoción, Amigos, Sexo y Edad.

Tabla 47.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Amigos/as-

16.1 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Amigos/as					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	187	91,7	82	95,3	ns
No	17	8,3	4	4,7	
Total responde	204	100	86	100	

Las diferencias entre todas las mujeres enfermeras y educadoras No son significativas en lo pertinente a hablar de sexualidad con Amigos/as. El 91% de las enfermeras y el 95,3% de las educadoras se sienten a gusto hablando de sexualidad con Amigos/as.

Tabla 48.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Amigos/as-

16.1 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Amigos/as										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
	EDAD <= 25		> 25			EDAD <= 25		> 25		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	163	93,6	24	80	0,0035	67	98,5	14	82,4	0,0295
No	11	6,4	6	20		1	1,5	3	17,6	
Responden	174	100	30	100		68	100	17	100	

Las diferencias según edad, entre las enfermeras (P: 0,0035) y las educadoras (P: 0,0295) son significativas en lo pertinente a hablar de sexualidad con Amigos/as, disminuyendo en ambos casos el sentimiento de agrado con la edad.

4.2.16.2 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Compañeros/as de clase

Descriptorios utilizados: Emoción, Compañeros, Sexo y Edad.

Entre todas las enfermeras y educadoras las diferencias con relación a hablar de sexualidad con Compañeros/as de clase no son significativas, siendo el porcentaje muy próximo al 50% en ambos casos (Tabla N° 49).

Tabla 49.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Compañeros de clase

16.2 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Compañeros/as de clase					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	83	40,5	45	52,3	ns
No	122	59,5	41	47,7	
Total responde	205	100	86	100	

Tabla 50.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Compañeros/as de clase

16.2 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Compañeros/as										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
	<= 25		>2 5			<= 25		>2 5		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	106	60,57	16	53,33	ns	33	48,5	8	47,1	ns
No	69	39,43	14	46,67		35	51,5	9	52,9	
Responden	175	100	30	100		68	100	17	100	

Tanto entre las enfermeras como entre las educadoras, no hay diferencias entre los grupos según la edad (Tabla N° 50).

4.2.16.3 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Profesores/as

Descriptorios utilizados: Emoción, profesor, Sexo y Edad.

Tabla 51.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Profesores/as-

16.3 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Profesores/as					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	170	82,9	79	91,9	0,048
Si	35	17,1	7	8,1	
Total responde	205	100	86	100	

Entre todas las mujeres educadoras y enfermeras las diferencias con relación a su Gusto sobre hablar de sexualidad con Profesores/as son significativas (P: 0,048). Siendo pequeño, pero algo mayor el porcentaje de enfermeras que se sienten a gusto hablando con sus profesores (17,1 vs 8,1).

Tabla 52.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Profesores/as

16.3 Estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Te sientes a gusto hablando de sexualidad con Profesores/as										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		> 2 5		P	<= 25		> 2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	24	13,71	11	36,67	0,002	4	5,9	14	82,4	<0.0001
No	151	86,29	19	63,33		64	94,1	3	17,6	
Responden	175	100	30	100		68	100	18	100	

Este sentimiento es mayor entre el grupo de mayores tanto en enfermería como en educación, siendo las diferencias en ambos casos significativas.

4.2.16.4 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Médico/a de cabecera

Descriptorios utilizados: Emoción, Medico, Sexo y Edad.

La diferencia No es significativa entre el total de mujeres enfermeras y el total de educadoras. No hablarían de sexualidad con Médico/a de cabecera el 77,6% de las enfermeras ni el 81,4% de las educadoras (Tabla N° 53).

Tabla 53.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Médico/a de cabecera

16.4 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Médico/a de cabecera					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	159	77,6	70	81,4	ns
Si	46	22,4	16	18,6	
Total responde	205	100	86	100	

Tabla 54.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Médico/a de cabecera

16.4 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Médico/a de cabecera										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				Educación 2009-2010					
EDAD	<= 25		> 2 5		P	<= 25		> 2 5		P
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	35	20	11	36,67	0,0103	9	13,2	11	64,7	<0.0001
No	140	80	19	63,33		59	86,8	6	35,3	
Responden	175	100	30	100		30	100	17	100	

Según los grupos de edad, la diferencia entre enfermeras (0,0103) y educadoras (<0.0001) son significativas; En ambas titulaciones, el porcentaje de las que hablarían con el médico de cabecera aumenta con la edad. (Tabla N° 54).

4.2.16.5 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital

Descriptor utilizados: Emoción, Enfermera, Sexo y Edad.

Tabla 55.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital

16.5 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	90	73,8	75	87,2	0,018
Si	32	26,2	11	12,8	
Total responde	122	100	86	100	

Es significativa (P: 0,018) la diferencia que hay entre todas las mujeres educadoras y enfermeras en su Gusto sobre hablar de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital, siendo mayor entre enfermeras, lo cual indica también la vinculación profesional que se inicia, aunque este porcentaje es pequeño.

Tabla 56.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital

16.5 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				
	<= 25		>2 5			<= 25		>2 5		
EDAD	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	24	23,76	8	38,1	0,021	5	7,4	12	70,6	<0.0001
No	77	76,24	13	61,9		63	92,6	5	29,4	
Responden	101	100	21	100		68	100	17	100	

Si se valora esta respuesta por grupos de edad, las diferencias son significativas entre enfermeras (P: 0,021) y educadoras (<0.0001), aumentando con la edad la comunicación, mucho más entre las educadoras (Tabla N° 56).

4.2.16.6 Me siento a gusto hablando de sexualidad con Padre o madre de familia

Descriptor utilizados: Emoción, Padre o madre de familia, Sexo y Edad.

Tabla 57.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Padre o madre de familia-

16.6 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Padre o madre de familia					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	85	69,7	71	82,6	0,032
Si	37	30,3	15	17,4	
Total responde	122	100	86	100	

Es significativa (P: 0,032) la diferencia que hay entre todas las mujeres educadoras y enfermeras en su Gusto sobre hablar de sexualidad con Padre o madre de familia, siendo mayor la proporción del si entre las enfermeras (30,3 vs 17,4).

Tabla 58.- Gusto, según edad sobre hablar de sexualidad con Padre o madre de familia

16.6 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Padre o madre de familia										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010					Educación 2009-2010				P
	EDAD				P					
	<= 25	> 2 5					<= 25	> 2 5		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	28	27,72	9	42,86	0,0253	12	17,6	14	82,4	<0.0001
No	73	72,28	12	57,14		56	82,4	3	17,6	
Responden	101	100	21	100		68	100	17	100	

En la Tabla N° 58 se evidencia que la diferencia, según edad, entre las enfermeras (P: 0,0253) y las educadoras (<0.0001) son significativas, Aumentando la proporción de la comunicación con los padres en ambos casos con la edad.

4.2.16.7 Me siento a gusto hablando de sexualidad con cualquier persona

Descriptores utilizados: Emoción, Sexo y Edad.

Tabla 59.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con cualquier persona

16.7 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Cualquier persona					
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No	159	77,6	81	94,2	0,0007
Si	46	22,4	5	5,8	
Total responde	205	100	86	100	

La diferencia que hay entre todas las mujeres educadoras y enfermeras en su Gusto sobre hablar de sexualidad con cualquier persona es significativa (P: 0,007), siendo mucho mayor ente las enfermeras (22,4% vs 5,8%).

Tabla 60.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con cualquier persona

16.7 Estudiantes Mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Me siento a gusto hablando de sexualidad con Cualquier persona										
Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010				P	Educación 2009-2010				P
EDAD	<= 25		>2 5			<= 25		> 2 5		
	Frec.	%	Frec.	%		Frec.	%	Frec.	%	
Si	35	20	11	36,67	0,0103	3	4,4	15	88,2	<0.0001
No	140	80	19	63,33		65	95,6	2	11,8	
Responden	175	100	30	100		68	100	18	100	

Se evidencia que la diferencia, según edad, entre las enfermeras (P: 0,0103) y las educadoras (<0.0001) son significativas, aumentando esta comunicación con la edad entre enfermeras y disminuyendo entre educadoras. (Tabla N° 59).

4.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA

4.3.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

En el análisis de la entrevista grupal (Anexos N°7 y N°8) para cualificar la información obtenida, se ampliaron algunas de las preguntas con otras o con aclaraciones de orden semántico. Por ejemplo:

En la pregunta ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes? algunas de las personas entrevistadas no tenían claro el concepto “Currículo”, fue necesario explicar que se hacía referencia al Plan de estudios.

Con relación a la pregunta ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes? los y las informantes poseen una información muy vaga sobre qué es Salud Sexual, fue necesario abrir el cuestionario e interrogar ¿Qué entiende por Salud Sexual de los adolescentes?

Algo similar al ítem anterior ocurrió con el interrogante ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Reproductiva de los adolescentes? los y las informantes no tenían claro qué es Salud Reproductiva, fue necesario abrir el cuestionario e interrogar ¿Qué es Salud Reproductiva? Posteriormente y dado que en sus respuestas se presentaban amplias similitudes al hacer

referencia a los dos temas, se debió preguntar con relación a si ¿Salud sexual y sexualidad es lo mismo?,

En el cuestionamiento ¿Ha recibido como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad? algunas de las personas entrevistadas no poseían información apropiada con referencia a la sexualidad, fue necesario conocer ¿Qué entienden por sexualidad?

Con relación al interrogante ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de los hombres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva? para conocer los imaginarios de la masculinidad por parte de los hombres se les preguntó: ¿Los hombres consultan con el equipo de salud? Posteriormente, se les preguntó con respecto a si ¿Los hombres acompañan a las mujeres a la consulta? A continuación, se indagó ¿Cómo enfermero a quien se siente más capacitado para atender en estos temas, a hombres o a mujeres? Por último, se preguntó si ¿Habría diferente interés por la formación, en los hombres que en las mujeres? A ellas se les consultó si ¿Los imaginarios de la masculinidad influyen en la vivencia de la sexualidad de los hombres?

Para el cuestionamiento ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?) fue necesario consultar si ¿Los imaginarios de la feminidad influyen en la vivencia de la sexualidad de las mujeres? Posteriormente, se preguntó respecto a ¿La opinión de las amigas influye en la vida sexual de las chicas? A continuación, se interrogó si ¿En el comportamiento tiene más fuerza lo que se dice en casa que lo que se aprende en la universidad? Acto seguido se pasó a la pregunta ¿Lo que la iglesia dice tiene algún peso en la vida sexual de los jóvenes?

Con posterioridad se interpeló sobre ¿Cómo influyen las normas sociales en las decisiones sobre lo que hacen en su vida sexual los hombres y las mujeres? Y enseguida se cuestionó ¿Quiénes consultan más en las consultas de sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, los hombres o las mujeres? Fue necesario ampliar aun más la información y se averiguó ¿Cómo cree que se siente un chico homosexual o una chica lesbiana que va a una consulta sobre Salud Sexual y todo el tiempo le hablan de anticoncepción, embarazo, cuando no son sus necesidades? Para culminar con la pregunta ¿Cómo enfermero a quien se siente más capacitado para atender en estos temas, a hombres o a mujeres?

Se amplió en interrogante ¿Como estudiante de enfermería cómo puede usted impartir información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes?

consultando ¿Usted conoce si hay legislación con respecto a la necesidad de dar información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes en los institutos?

4.3.1.1 Pregunta 1: ¿Usted conoce el currículo para la formación de las enfermeras en la Universidad de Alicante?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Institución educativa.

Llama la atención que tan sólo los hombres afirman haber leído el currículo, aun cuando no son muy contundentes en sus respuestas; ellos aseveran en sus respuestas:

“Sí, por lo menos recuerdo haberlo leído cuando entré a la universidad”.

“Yo conozco el currículo, pero superficialmente”

“Más o menos sí, solo un resumen, pero no todo”.

Las mujeres parecen tener menos conciencia del currículo, ellas afirman:

“Me has dejado en blanco, creo que debo decir que no, no sé de qué me hablas”.

“No entiendo la pregunta...aun cuando recuerdo haber leído algo cuando entré a la universidad...”

“Ah el plan de estudios, yo diría que sí, que lo leí alguna vez, pero no lo recuerdo”.

“El currículo no se conoce como parte de la integración a la universidad”.

“En la página web se encuentra un resumen, pero a decir verdad no lo he leído completamente”.

4.3.1.2 Pregunta 2: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Sexual.

Los y las informantes no tenían claro qué es Salud Sexual, fue necesario abrir el cuestionario e interrogar ¿Qué entiende por Salud Sexual de los adolescentes?

“Salud sexual pues... es sobre todo transmitir, por ejemplo una enseñanza, decir por lo menos los métodos de planificación para evitar un embarazo, es actuar para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los métodos que se deben seguir para sostener una relación sexual sin riesgo y los procedimientos que se deben realizar”.

“Salud sexual es transmitir información a las personas para que ellas sean capaces de actuar con menos consecuencias, por ejemplo en una relación sin protección. Por

ejemplo transmitir información para que sepan todo lo relacionado con la sexualidad, prácticas sexuales para que el pueda decidir de una manera u otra”.

“Salud sexual es tener tanto las relaciones sexuales dentro de un marco libre de enfermedad, ya no solo tiene que ver con la prevención sino con el hecho de que tu vida sexual esté exenta de enfermedad. Es el antecesor a la Salud Reproductiva, por ejemplo una interrupción del embarazo ya va en la Salud Reproductiva”.

“Salud sexual es orientar nuestras relaciones sexuales desviándolas del lado negativo, de las inseguras...Uhhh, de las formas de practicar las relaciones sexuales que no son seguras”.

“pues las medidas y métodos para tener unas relaciones sexuales saludables, evitando así la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados”.

“Es saber aplicar los distintos métodos, para tener una Salud Sexual, unas relaciones adecuadas y totalmente sanas, vamos a decir. Sin contraer ningún tipo de enfermedad ni un embarazo”.

Con relación a la Salud Sexual y el currículo los hombres comentan:

“Yo creo que sí que lo pone; lo debería poner; no sé si como parte del programa, pero de eso debería hablarse. En la ficha no está... Yo sé que esto no figura en el programa en otros seminarios”.

“No figura en el currículo un seminario como tal... En otros seminarios se ha trabajado en el aspecto materno infantil, pero aun son más escasos en estos temas”.

“Yo conozco el currículo, pero en cuanto al tema de sexualidad no hay nada; es como en otras materias, el problema es que no hay suficiente tiempo, un seminario de cuatro horas no es suficiente para ver todo, para desarrollar un punto de vista no hay tiempo”.

Las mujeres responden:

“No”.

“No. Yo creo que no.

“Yo opino que debe estar incluido. No sé si estaba incluido antes”.

“Sí, en materno infantil hay un apartado sobre lo maternal; bueno, de adolescentes en particular, no. Se menciona todo lo que son los distintos métodos anticonceptivos y como utilizarlos nos lo explican, pero lo que son adolescentes en sí, no”.

4.3.1.3 Pregunta 3: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Reproductiva de los adolescentes?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Reproductiva.

Para poder avanzar en las respuestas, dado que no comprendían la diferencia con la Salud Sexual de la Salud Reproductiva, se interrogó sobre:

¿Qué es Salud Reproductiva?

Las mujeres respondieron:

“Salud reproductiva es toda la información que transmiten, por ejemplo, desde un centro especializado sobre métodos anticonceptivos, tema de prevención de enfermedades y también para evitar un embarazo. La diferencia con la Salud Sexual es que ésta (la reproductiva) es reproducción y aborto”.

“Yo incluyo en la Salud Reproductiva la planificación familiar, es como un símil a Salud Sexual, pero es que es un término... por ejemplo en la Salud Reproductiva se relaciona sexo con reproducción, también más enfocado a métodos de prevención de la reproducción... barreras”.

“Para mí tiene que ver con el hecho de que una mujer esté embarazada llegue a su fin sin presentar otra enfermedad, que pase todo el embarazo bien; para mí Salud Reproductiva es todo eso; está enfocada a cuando ha habido una reproducción, haya todos los controles para que salga todo bien, que se hagan todos los controles necesarios; también tiene que ver con las citologías ginecológicas. El problema es que en los centros se confunden las dos cosas, pero vamos supongo que es porque ambas tienen que ver con lo sexual”.

Para aclarar aun más la diferencia a las mujeres se les preguntó:

¿Salud sexual y sexualidad es lo mismo?

“Bueno, en la Salud Sexual puedes utilizar métodos anticonceptivos y/o para no transmitir enfermedades, y en la Salud Reproductiva se supone que tú ya sabes que tu pareja no tiene ninguna enfermedad que te la trasmite a ti o a tus hijos”.

“La Salud Sexual está orientada a las relaciones sexuales y la reproductiva va orientada a buscar un embarazo”.

“Supongo que van un poco enlazados. La Salud Sexual aparte de la prevención de todas a las enfermedades de transmisión sexual es la promoción de la sexualidad segura... vamos la promoción también sería parte, la higiene de los genitales también, eso también lo englobaría”.

“No creo que sea lo mismo, pero en relación sí que están. Para mí la Salud Sexual es como un poco la prevención ¿no? Iría por ahí, pienso yo”

Salud reproductiva de los adolescentes en el plan de estudios

Con relación a los temas de la ellas responden:

“Yo no sabría qué decir sobre el plan de estudios, diría casi no”.

“Un poco más; me refiero a que cuando se dan otras asignaturas igual en ese tema nos centramos un poquito más. Se habla más de sexualidad, porque la reproducción sí que la vemos en algunas asignaturas, pero ya está. Me refiero más a la parte biológica, no al tema sexual. Métodos de barrera, por ejemplo.

“Nos lo quieren hacer llegar a nosotros, sí; pero no nos lo dan directamente. Eso sí que no nos lo han trabajado, nos lo dejan para que nosotras lo investiguemos por nuestro lado”.

“De la Salud Reproductiva sí que te informan, pero no podemos informar sobre qué seguridad hay de que con método haya o no un embarazo, y es que nos preguntan eso. Hay en los jóvenes mucho miedo al embarazo. Los adolescentes, aun cuando no están muy concienciados de las enfermedades que pueden coger, a lo mejor cuando ya se creen tener una pareja estable las enfermedades las dejan a un lado, porque entonces pareciera que no hay confianza con tu pareja; ahí sólo buscas la eficacia de los métodos anticonceptivos”.

Los hombres por su lado consideran:

“Yo creo que lo que estás viendo en tu plan de estudios son más procesos fisiopatológicos y ya, procesos; a lo mejor de cara a... a lo mejor de dialogar sobre estos temas, yo creo que se debería profundizar la formación en estos aspectos de Salud Sexual y Salud Reproductiva, porque no podemos cubrir sino un campo muy reducido si no se amplía el conocimiento”.

“Yo creo que sí debería formarse, porque si nos formaran más en este tema nos darían más instrumentos para poder actuar en estos casos; si tú tienes una información básica vas a ser capaz de hacer lo mínimo, pero si te formaran bien serías capaz de actuar más en profundidad”.

“Lógicamente sí que es importante la formación de los enfermeros, es lo lógico; mas en estos temas que es tan escasa la formación, y estar bien formado te hace mejor profesional”.

4.3.1.4 Pregunta 4: ¿Cómo se forma a los estudiantes de enfermería para apoyar a los y las adolescentes en la vivencia de su Salud Sexual y de su Salud Reproductiva?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Reproductiva.

La pregunta únicamente se abordó con las mujeres), respondiendo ellas de la siguiente forma:

“Supongo que informarles de todos los métodos, la utilización correcta de cada uno de ellos, que no tienen que verse forzados a tener relaciones porque los demás tengan... no sé. Pero no se nos ha preparado sobre cómo hacerlo, se nos ha preparado en lo que es en maternal y en una mujer adulta que quiere tener un hijo, en cómo utilizar los distintos métodos, pero no para adolescentes en sí, la mente que puedan tener ellos y cómo lo van a ver”.

“Yo opino que es un tema difícil de cómo conseguir enfocarlo porque la población adolescente, me incluyo, nos dejamos llevar mucho por lo que nos rodea, entonces hay que buscar un método correcto para que llegue el mensaje, pero yo no sé cuál es el método: he recibido alguna información pero no la he procesado todavía”.

“Pues no nos han enseñado como enseñarlo a un adolescente, deberían hacerse charlas en los institutos o como yo he visto: del centro de salud acudía una enfermera al instituto y recibe individualmente a los alumnos que tienen dudas acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos, yo creo que va encaminado por ahí”.

4.3.1.5 Pregunta 5: ¿Ha recibido como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, sexualidad.

La confusión entre sexo, genitalidad y sexualidad implicó preguntar ¿Qué entiende por sexualidad? Respondiendo las mujeres al interrogante de la siguiente forma:

“Pues... no sé. Tus relaciones con otra pareja, ya sean de tipo sexual u otro tipo de relación. Pero la relación sexual en sí, si nos han explicado, pero sobre todo se han centrado en los métodos anticonceptivos. Sexualidad es los dos sexos, las relaciones hombre-mujer, mujer -mujer, hombre- hombre y las relaciones que se establecen entre ellos sexualmente hablando, quiero decir. Puede ser de métodos reproductivos o no, para mi entiendo eso”.

“Para mí la sexualidad no es solamente... la sexualidad es el contacto con la otra persona, que tu no la ves solamente como un amigo sino mas allá; la sexualidad no se centra solamente en la relación coital o a los preliminares sino que abarca mucho más; entran muchas cosas en la sexualidad: la psicología de las personas, entra el cuerpo, muchas cosas que no se pueden reducir únicamente a un acto, por decirlo así. Voy a hablar basto; no es solamente meterla ni tampoco es solamente darse besos, abarca mucho más que eso, abarca otras cosas que están dentro. Esto lo he tenido asumido bastante más tiempo, lo que pasa en que creo que no lo había asumido psicológicamente así, pero aun cuando no se ha visto como un tema concreto, el estar en la universidad me ha ayudado a verlo así”.

“La sexualidad no implica solamente el acto sexual; yo entiendo que se incluyen también los preliminares, no pienso que sea necesariamente con un amigo con el que sientas algo de sentimientos porque los adolescentes de hoy en día hacen un “aquí te pillo, aquí te mato”, es lo más normal hacerlo pronto, pero influyen muchas cosas no solo es el acto sexual, los preliminares y creo que también los besos. Lo que pasa es que siendo adolescente se hace mucha locura, es verdad. No lo he aprendido como parte de la formación en la universidad, yo creo que no. Así que nos enseñen sobre la sexualidad no, pero la parte de los adolescentes menos”.

Ya entrando en la pregunta ellas consideran “Nosotros no tenemos seminarios sobre métodos anticonceptivos ni nada de esto; nosotras si hablamos, no lo hacemos comparando los distintos métodos que hay o cómo enseñarlos o nada de eso; pero vamos, si se incluye un seminario sobre sexualidad y métodos anticonceptivos sería un éxito, quiero decir que en teoría sí que se ha dado algo sobre el embarazo y algo sobre métodos anticonceptivos”

“A nosotras en enfermería, por ejemplo, yo diría que no lo sé. Nosotras el año pasado por ejemplo no lo vimos, nosotras no hemos tenido nada sobre sexualidad”.

“Sobre sexualidad, sí; pero específica de los adolescentes no, de cómo enseñar a los adolescentes los métodos, no”.

“Sí. Si que la he recibido y si que la he interpretado bien, creo”.

4.3.1.6 Pregunta 6: ¿Recibir como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad, Salud Sexual y la Salud Reproductiva cambia la percepción particular de las enfermeras sobre sexualidad?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, sexualidad, Salud Sexual, Salud Reproductiva, percepción.

La percepción de las mujeres se expresa de la siguiente forma:

“Sí cambiaría la percepción totalmente. Igual que ha cambiado hoy lo que es mantener relaciones sexuales y la gente lo vive más pronto, la mentalidad sobre la sexualidad también ha cambiado; por ejemplo, la gente más anciana que está en la enfermería ve la sexualidad ligada a los métodos reproductivos, todo relacionado con la pareja, y sin embargo las personas más jóvenes lo ven mas como parte de una relación entre personas. Según la gente habla la sexualidad se ve como algo normal entre la gente joven”.

“Yo creo que la carrera en sí te obliga a llegar al fondo de muchos temas, entre ellos la sexualidad, a mí la profesión me está ayudando a conocerme y a conocer mi entorno, entonces a mí sí que me están llegando, me están haciendo diferenciar ciertas cosas y llegar hasta el fondo del asunto, yo lo siento así”.

“Un poquito; estamos más abiertas de mente, lo vemos más normal y aprendemos los métodos para una relación más segura; entre comillas lo vemos normal, no lo vemos como un acto de reproducción, sino como una relación más”.

4.3.1.7 Pregunta 7: ¿Ser estudiante de enfermería cambia la percepción o la vivencia de la Salud Sexual?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, emociones, Salud Reproductiva, percepción.

La percepción de las mujeres al respecto se evidencia en las siguientes respuestas:

“Sí, porque adquieres más conocimientos, sabríamos más de lo poco que sabemos ahora... nos iría mejor en la vida sexual, en la mía y en la de mis pacientes; yo sabría más y también se lo transmitiría a ellos”.

“Teniendo los conocimientos adecuados sabríamos actuar, si no lo tienes sería difícil tener la mente clara. Sí que cambia, lo vemos todo con más naturalidad; nos han enseñado a ver nuestro cuerpo de una manera más natural; nosotros en el hospital vemos cuerpos desnudos con total naturalidad y vemos las relaciones con total naturalidad, que es una cosa normal y una manera de relacionarse. Quizá en otras carreras, a lo mejor, depende de la mentalidad del estudiante y habrá gente que lo vea de una manera más reprimida”.

“Sí, yo creo que sí. Te hace abrir más la vista y darte cuenta que tal y como pinta la sociedad y como nos han inculcado los valores, igual los tenemos; en la sexualidad

debemos abrirnos para entender a las otras personas a la hora de darle consejo o de explicarle las cosas y también nos ayuda a explicarnos a nosotros mismos”.

“Adquirimos información que nos hacen adaptarnos al medio e información que podemos transmitir a nuestra pareja, a nuestros amigos y a quien quiera recibir nuestra información”.

“No es que la cambie, creo que sabemos más y entonces, si hay algún problema en alguien cercano vamos a saber decirle más o menos que es lo que pueda ser y a dónde debe acudir. En la mía te puedo hablar de que yo como estudiante me gusta saber sobre ciertos temas y por ejemplo puedo averiguar sobre donación de óvulos, técnicas de reproducción y eso a mí me ha interesado más y me influye más, lo que sí que me ha venido bien”.

“Yo creo que sí, que ha influido en la manera de ver las cosas, de ver la sexualidad. Yo veo que esta carrera me está abriendo muchas puertas, me está dando... me está poniendo en la mesa muchas cartas, entonces yo de ahí elijo la que creo que es la más oportuna y creo que acierto, para decirlo así”.

“Yo creo que sí; me la cambia como enfermera y como persona, como mujer, porque se los distintos métodos de reproducción; los hemos visto, hemos estado en el hospital y yo creo que como mujer me condiciona en un futuro, en el futuro cuando quiera tener hijos, a elegir un método u otro”.

4.3.1.8 Pregunta 8: ¿El hecho de ser reconocido por los adolescentes como estudiante de enfermería hace que ellos los asuman como una fuente de información sobre la Salud Sexual y la Salud Reproductiva?

Descriptorios utilizados: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, emociones, percepción Salud Sexual, Salud Reproductiva

Las mujeres responden:

“Me preguntan mucho, sobre todo mis amigos con más confianza; me preguntan sobre métodos que acaban de salir, sobre todo sobre los distintos métodos de anticoncepción, de que ha salido nuevo, si ha salido algún estudio científico, si es bueno o no... preguntan mucho”.

“Sí, la gente te pregunta y claro, no sólo te preguntan a nivel de la sexualidad, sino en todos los campos te pueden hacer preguntas porque piensan que tu puedes darles las respuestas, entonces la función que tenemos es estar a la altura para poder la respuesta correcta y tenemos que tener las cosas bien claras para poder transmitir el mensaje”.

“Me preguntan a pesar de que me ven tan jovencita, sobre todo los amigos de mi hermano y debes tener las ideas bien claras para poder transmitírselas a ellos e imagínate si tenemos enredos en la cabeza”.

“Sí, sobre todo de temas como la demanda de la píldora del día después”.

“Sí, preguntan lo típico de las dudas del embarazo, eso es lo que más”.

“No es que los jóvenes creen que lo debemos saber, es que creen que lo sabemos”.

“Sí, ellos creen que somos grandes conocedoras del tema y por eso nos preguntan todo”.

Por su parte los hombres opinan al respecto:

“Alguna vez me las han hecho, pero ante todo yo creo que es muy reducido porque a lo mejor sucede mas en el ámbito del trabajo que en el de los amigos, es muy poco”.

“A mí sí me preguntan, sobre todo de problemas del ámbito de las enfermedades de transmisión sexual, de anticonceptivos también me preguntan; sí que te preguntan, no es que te pregunte todo el mundo, pero bastantes personas si lo hacen”.

“A mí no me ha llegado el caso, no me pregunta nadie”

4.3.1.9 Pregunta 9: ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de los hombres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?

Descriptor utilizados: Currículo/Plan de estudios, hombres, adolescentes, Salud Sexual, Salud Reproductiva

Las mujeres opinan al respecto:

Esta es “Una pregunta muy maja (sonríe)... los hombres siempre van a lo que van, la palabra es al hoyo, igual está de moda la abstinencia. Igual hay chicos muy serios y otros que no. Ellos necesitan saber de cómo mantener relaciones seguras, de evitarse embarazos no deseados de la pareja o de si por ejemplo, si son bastante promiscuos y salen de fiesta y les gusta cada día con una mujer, necesitan saber cuál es el método para estar más tranquilos y como apoyar a sus mujeres, en caso de que tengan una relación estable. Yo creo que todos, hombres y mujeres deberían informarse de métodos anticonceptivos; de todos, no solamente del preservativo. Deben saber que existen esos métodos. Un condón femenino no me lo vas a poner él, pero es curioso que lo sepan, no lo veo imprescindible pero sí creo que es una información que está bien que la tengan”.

“Yo creo que lo de los métodos debe estar al alcance de su mano saberlo en cuanto a cómo mantener una relación sexual saludable o una Salud Reproductiva, pero creo que ahí en lo que fallan es que le dan una importancia al sexo que desde luego no es la que yo le doy; no sé si la mía es la correcta o no, veo que ellos son mucho más impulsivos y lo sienten como una necesidad, como que necesitan tener una vida sexual activa y por su orgullo masculino, o no sé, si no la tienen la buscan y presionan, pero yo creo que en la sexualidad no debe haber presión, que uno debe sentirse preparado para dar ese paso y tener una relación sexual es un paso muy importante, entonces lo que yo creo es que mucha gente no ve la importancia que debe tener el sexo y entonces mantienen muchas relaciones con mucha gente porque lo ven como algo muy normal, pero yo lo veo como algo bastante más especial”.

“Más que conocer bastantes métodos anticonceptivos es cómo utilizarlos, porque ellos solo conocen pero realmente no saben cómo utilizarlos; con trece o catorce ya empiezan a iniciarse. Hacen concursos entre unos y otros sobre quien empieza antes y es que hay algunos que no utilizan y si los utilizan lo hacen mal. Debemos saber enseñarles cómo usar los métodos anticonceptivos. Deben saber que no solo son ellos los que deben protegerse sino también sus parejas. Incluso pueden verlo como un juego de pareja el utilizar los métodos anticonceptivos, no solamente el preservativo, él me puede poner el preservativo femenino, el anillo vaginal. Son cosas que es de pareja, una cosa de dos ¿por qué no puede ser de pareja? Hay cosas ahora, por ejemplo el parche, el dispositivo intradérmico por qué no puede ser él quien lo ponga. Si que deberían saber sobre todo los métodos anticonceptivos, como ponerlos y los riesgos que conlleva el no utilizarlos y todo; deberían saber tanto como las mujeres”.

“Yo creo que los hombres deberían saber lo mismo que las mujeres, pero que nosotras también deberíamos conocer sobre los hombres. Todos deberíamos conocer por igual”.

“Los hombres deberían saber lo mismo que las mujeres o más. Los hombres son muy diferentes en muchos aspectos, nosotros pensamos de una forma y ellos de otra, con lo cual cuanto más conozcan de nosotras, yo creo que será mejor”.

¿Los imaginarios de la masculinidad influyen en la vivencia de la sexualidad de los hombres? Responden ellas:

“Los hombres son muy machitos, ellos tienen que saberlo todo pero quizá preguntar les cuesta más. Yo creo que el problema principal es el prototipo del machismo, que hace mucho tiempo viene imponiéndose, que el hombre es superior y la

mujer inferior, ese complejo de superioridad e inferioridad es el prototipo que se ha impuesto y que hace que no cambien su manera de pensar, por eso debemos hacerles ver que ni ellos son superiores ni ellas son inferiores, que somos todos iguales y que todos tenemos dudas”.

“Ellos tienden a creer que van a obtener la respuesta seguro, las mujeres vamos más inseguras y damos más vueltas al tema para asegurarnos que la respuesta es la correcta”.

“Eso que dicen que nos desorientamos en la calle, que no tenemos sentido de la orientación no, vamos más lentas y podemos llegar al sitio; el tío se piensa que él sabe y que va a llegar y no pregunta a nadie; al final de pronto llega, pero no pregunta a nadie. El problema está ahí, el chico piensa que es autosuficiente. Si él hace lo que piensa, lo hace sin preguntar si está bien o está mal, hace y no se preocupa”.

“Ellos se creen que son suficientes, es como un complejo de autosuficiencia, ellos creen que con la información que les llega es la correcta y no van a buscar más información; nosotras buscamos las respuestas más, ellos menos, porque se piensan que ya tiene la respuesta correcta o la buscan de otra forma distinta. La mujer busca más ayuda, por eso es más difícil llegar a una persona que no está buscando ayuda, que la que ves que sí está buscándola”.

Para conocer los imaginarios de la masculinidad por parte de los hombres se les preguntó a ellos:

¿Los hombres consultan con el equipo de salud? Respondieron así: “Los hombres consultan menos que las mujeres, son más reservados en temas de relaciones sexuales. Nunca consultarían porque se les ha roto un condón, en este caso la mujer es la que va y luego le monta el pastelón al otro”.

“Importante consultar, por ejemplo en problemas de enfermedades de transmisión sexual. Ahí sí consultan, a lo mejor en temas de condón no consultan, pero en temas enfermedades de transmisión sexual consultan, aun cuando generalmente es tarde”.

“A lo mejor si hay riesgo de embarazo o un atraso en la regla, ahí es cuando si se preocupan, lo consultan más con los padres, pero si es sobre cómo usar un condón, consultan con los amigos. Aun cuando ahora los padres hablan un poco más de la sexualidad, pero esto se debería hacer desde más pequeños, porque en los últimos años de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) ya es tarde. Porque los típicos seminarios que se hacen, son a los trece o catorce años y a lo mejor es más enfocado a

las enfermedades, lo enfocan como si fuera un juego, pero en un juego si pierdes no pasa nada, pero aquí si te sale algo mal puedes salir perjudicado tanto tu como la pareja”

Posteriormente se interrogó con respecto a si ¿Los hombres acompañan a las mujeres a la consulta? Sus respuestas fueron las siguientes:

“Yo creo que los hombres no acompañan a las mujeres a la consulta, yo creo que las acompañarán más las amigas o la madre o sobre todo ese tipo de familiares”.

“Van solas en el caso de las que no tienen pareja; cuando tienen pareja las acompaña la amiga, pero no las acompaña la madre. Cuando tiene pareja permanente, la pareja sí que acompaña”.

“Cuando tienen relaciones esporádicas suelen acompañarse de las amigas, de la madre no, cuando es de sexualidad suelen hablar poco con la familia, sobre todo tienen un refuerzo con la amiga, a no ser que sea una pareja estable y en ese caso acudas con la pareja”.

A continuación se indagó a ellos ¿Cómo enfermero a quien se siente más capacitado para atender en estos temas, a hombres o a mujeres? Los chicos respondieron:

“Depende también de la situación, sobre todo el problema sería... el paciente, porque a lo mejor el paciente te dice, yo me sentiría mejor con la enfermera. Una chica no se siente bien con el enfermero, a lo mejor si el novio le ha sido infiel pues dice, qué harías tú en esta situación... por eso normalmente van mejor con la enfermera. Por el rol histórico siempre se ha visto a la enfermera, pero también depende de la educación”.

“Yo creo que depende de cómo se siente la persona, pero yo como enfermero me sentiría mejor con un hombre, quizá porque sería más fácil entablar confianza. La mujer siempre se va a sentir más cohibida de que un hombre esté del otro lado; a lo mejor, yo pienso que si es una prueba final, entabla mejor con quien sienta más confianza”.

“Yo, pues sería capaz; pero antes vería su orientación, si se encuentra segura o si prefiere cambiar a alguien del otro sexo, pero yo creo que a la final daría la información general y luego derivaría a alguien, a lo que crea conveniente; pero vamos, en un principio sería capaz de entablar un dialogo básico, pero en profundidad no me siento capacitado”.

Y por último, se les preguntó si ¿Habría diferente interés por la formación, en los hombres que en las mujeres? Ellos opinan:

“Yo pienso que no, porque el interés para conocerse, por ejemplo, a uno mismo, es el mismo en los hombres que en las mujeres”.

“El interés, yo pienso que es el mismo, pero tendría en cuenta otras variables. Por ejemplo, los prejuicios a lo mejor pueden variar, no sé exactamente, pero si puede influir en este tema. Los prejuicios en el ámbito social a lo mejor sí que en el hombre a lo mejor varían, no lo sé. Pero pueden influir otros factores hacia un lado o hacia otro, además de los intereses porque el interés sí creo que es el mismo”.

“Yo creo que requerimos una misma formación, creo que estamos en una época en la que hay igualdad para todo y para la formación también”.

4.3.1.10 Pregunta10: ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?

Descriptoros utilizados: Currículo/Plan de estudios, mujeres, adolescentes, Salud Sexual, Salud Reproductiva

Ellas responden:

“La mujer lo que más necesita es sentirse segura con su pareja; cada uno establece en la pareja los criterios para tener relaciones; tú decides qué asumir y qué no. Creo que las necesidades de cada mujer son diferentes, al fin son de cada una, a lo mejor necesitan tener necesidad de un método y saber que ese método y que este te da seguridad; pero vamos, todas van a necesitar eso, la seguridad a la hora de tener una relación”.

“Yo creo que las necesidades tanto como para la mujer como para el hombre, lo que necesitan saber la base es la misma lo único que pasa es que la forma en que se nos plantean, viendo dónde está el fallo en la mujer y dónde está el fallo en el hombre, son distintas; entonces hay que dirigir el camino de otra forma para llegar al mismo punto; debes transmitir lo mismo tanto a un hombre como a una mujer, pero encaminándolo hacia las preguntas a las que ellos están buscando respuesta, para decirlo así”.

“Yo creo que la información debe ser igual tanto para el hombre como para la mujer, tienen los mismos riesgos y las mismas situaciones... vamos, ella tiene el riesgo de quedar embarazada y no él. Quizá ella necesita un poquito más de información sobre el cuerpo femenino, pero de los métodos anticonceptivos la necesidad es la misma”.

“Para una chica adolescente sería importante conocer sobre el aborto y la cesárea. Recuerdo que cuando fui dos días a paritorio, en uno de los días que fui, una chica joven tuvo problemas, ella pensaba que iba a ser un parto natural y al final le dijeron, en el último momento, que sería con cesárea. Se lío un problema, porque la chica decía que no, que ella no quería, que de ningún modo le fueran a hacer eso, que no sé... que no. Si

desde el primer momento ella hubiera recibido información, le hubieran explicado que esa era una posibilidad, lo que podía pasar si no era un parto natural porque había complicaciones, a lo mejor tanto problema se había evitado”.

“Que no la vea (la sexualidad) como un tabú, como algo natural, que el sexo lo hace porque quiere, porque ambas personas están conformes con ello y añadiéndole lo que ya hemos hablado... enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción. Deben tener conocimientos para que entiendan que esto no es un tema que tengan que llevar aparte”.

“Yo trataría de intentar que no sucediera que una chica no conoce sobre embarazos en adolescentes..., que sepan que hay muchos métodos y muchas formas de evitar el embarazo y vivir la sexualidad sin tener que quedarse embarazadas a los 16 años, por ejemplo, no sé”.

“Una chica adolescente debería conocer sobre métodos anticonceptivos, métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, que son las enfermedades de transmisión sexual... pienso que deben aprender a conocer su cuerpo y a disfrutar un poco de su sexualidad; saber que no es nada malo, de ahí no sé qué más ¡vamos!”.

Con respecto a la pregunta ¿Los imaginarios de la feminidad influyen en la vivencia de la sexualidad de las mujeres? Las chicas responden:

“Creo que por la cultura en la que estamos viviendo se piensa que la mujer debe ser un poco más cohibida. Que una mujer tome sus propias decisiones sobre su cuerpo, sobre su sexualidad, que lleve un preservativo en el bolso la piensan promiscua, esta sociedad no está preparada para que las mujeres tengan derechos, aun cuando cambia la perspectiva de cada mujer”.

“Sí que es verdad que las mujeres piensan más, están más concienciadas en prepararse y preocuparse en ellas mismas, pero en eso del preservativo piensan que debe llevarlo el hombre”.

“Yo no sé si esto va de acuerdo con el tema, pero por ejemplo, un hombre cuando mantiene muchas relaciones sexuales es un machote, una mujer si las mantiene es una puta, entonces a lo mejor el hombre tiene más facilidad de hablar de esos temas, por eso. Porque al hablar va a quedar como el típico machito, en cambio una mujer que habla, lo hace mas a escondidas, mas no se qué, precisamente por eso, por los prejuicios que se van a crear; a lo mejor esa condición es lo que hace que la mujer en este tema sea un poco mas reprimida”.

“Yo no lo había pensado hasta ahora, pero es más rechazada la mujer que habla de que tiene vida sexual o de desinhibirse, vamos. Ella no puede mostrarse tal como es”.

“Yo creo que en el siglo y la cultura en que estamos, la mujer no debe dejar que le perjudiquen su decisión sobre el autocuidado, pero cuando está bajo el dominio o la presión de un hombre, al final no puede decidir”.

“En España ha cambiado el hecho de que las mujeres pueden tener relaciones equitativas con los hombres, porque se hace, pero para la mayoría de la gente no ha cambiado tanto, es una cultura machista totalmente”.

“Ha cambiado porque antes si no eras virgen no te casabas, mi abuela me lo dice así, antes no era así, yo llegué virgen al matrimonio con tu abuelo, pero ahora las cosas han cambiado, los tiempos han cambiado, la sociedad ha cambiado, pero claro que sí algunas personas en ese aspecto han cambiado”.

En lo pertinente a ¿La opinión de las amigas influye en la vida sexual de las chicas?, las mujeres del grupo opinan:

“La opinión de las amigas si influye en la vida sexual de las chicas. Pues hombre, yo con mis amigas hablo de estos temas y la verdad es que son mucho más desinhibidas que yo, quieras o no si tú amiga ha probado algo que tú no has probado y ella te lo cuenta, tú te lo piensas y te decides a intentar hacerlo”.

“Yo creo que depende del grupo, por ejemplo, con mis amigas de siempre nos encontramos y nos contamos todo, qué pensáis de esto nos preguntamos y se responde fácil, pero aquí en la universidad es distinto, no hay tanta confianza, con las más amigas terminas hablando de esto lo más natural, lo hacemos con más naturalidad y ellas dicen, que gusto poder hablar porque en la universidad no lo hago con la misma libertad, porque depende del grupo puedes hablar de uno u otro tema, tienes más libertad para expresarte y ayuda un montón para resolver tus dudas; a lo mejor hay cosas que no son ciertas, pero con tus amigas compartes experiencias y claro, depende de poder compartirlas o no poder compartirlas con las amigas”.

“Las opiniones de otras personas sí influyen en el comportamiento sexual de las jóvenes... Sí, si influye, pero no de manera igual en todos”.

“Una cosa es lo que te dicen en casa y otra lo que haces después. Influye un poco, pero tú siempre actúas bajo tus ideas, pero teniendo en cuenta lo que te dice tu madre, tu padre, tu abuelo, siempre vas a tener eso en cuenta”.

¿En el comportamiento tiene más fuerza lo que se dice en casa que lo que se aprende en la universidad? Ellas discurren: “Yo creo que tiene más fuerza lo que se dice

en casa que lo que se aprende en la universidad, aun cuando tu no seas consiente, yo creo que sí”.

“Yo creo que lo que se dice en casa es superimportante”.

¿Lo que la iglesia dice tiene algún peso en la vida sexual de los jóvenes?

“No, para mí ninguno, pero para los otros jóvenes, eso depende de la familia, si ésta es más católica o menos católica; pero como en mi familia nunca hemos tenido un vinculo con la iglesia, por lo tanto ellos no me los han dado y como no me lo han dado no lo he tenido y al día de hoy no me influye. Pero si una familia está muy vinculada a la iglesia algo tendrá que incidir”.

“No, para mí no influye nada, a otros sí; depende de la familia y de si se va a la iglesia, pero a la hora de las relaciones se suele olvidar lo que les han dicho”.

¿Cómo influyen las normas sociales en las decisiones sobre lo que hacen en su vida sexual los hombres y las mujeres?

“El machismo, el que por ejemplo estés con una persona para mantener una relación y por ejemplo sea una mujer la que saque el preservativo, la que toma la decisión, para los hombres es un plan de echarse atrás, no es lo normal; lo normal es que el hombre sea el que toma las decisiones sobre las relaciones, sobre el método. Yo creo que en eso es que influye porque estamos en una sociedad machista. Las mujeres se ven cohibidas. Una mujer que tome decisiones y que sea ella participe de todas las decisiones de la pareja, del método anticonceptivo, si ella es la que toma la decisión se ve un poco como que no es normal; hay hombres que les echa un poco para atrás, que no lo saben aceptar. Las mujeres algunas veces lo hacen a escondidas, ya sea por la etnia o por la pareja, porque muchas veces ellos no quieren que ellas asistan a una consulta a preguntar ni nada, las cohiben. Si los hombres no lo ven para ellos, tampoco lo ven para las mujeres. Ellas van a ser lo que ellos dicen, si ellos piensan que no deben tomar consejo de nadie, eso es lo que hacen y quieren que hagan las mujeres”.

“Las mujeres se sienten cohibidas, ellas quieren dar el paso pero el hombre las echa para atrás, como ellos lo ven normal, entonces ellas se ven cohibidas y no se atreven a dar el paso. Los hombres van por delante, lo que ellos digan se hace, yo pienso que así son y a las mujeres las dejan en un segundo plano a la hora de tomar decisiones. Las mujeres muchas veces desean ir a los centros de salud, pero también muchas veces lo hacen a escondidas; por ejemplo, depende de la etnia, si hablamos de la etnia gitana, que vaya ella a preguntar ¡madre mía! Es una vergüenza para la familia y entonces ellas lo hacen a escondidas”.

A los hombres con relación a este tema se les interrogó: ¿Las necesidades en Salud Reproductiva y en Salud Sexual son diferentes en los hombres a las de las mujeres?

“Yo no creo que sean diferentes, lo que pasa es que socialmente los prejuicios se han identificado más con el sexo masculino, porque supuestamente siempre ha sido el hombre el que más ha expresado sus sentimientos y la mujer siempre ha estado en plan sometida, históricamente, por ejemplo, la mujer siempre se asocia más con la pasividad y el hombre es más activo, entonces es, tiene que ver con la evolución histórica que ha tenido a la mujer como más cohibida”.

“Yo creo que las necesidades son las mismas, es llegar al placer, aun cuando es cierto que las mujeres no expresan más de cara exterior a la gente sus actuaciones como la masturbación, porque ellas no lo expresan y los hombres sí. Las mujeres son más suyas y no lo expresan tanto. Yo supongo que ellas lo harán como los hombres porque todos tenemos necesidades sexuales, las necesidades son las mismas, pero socialmente es así, que el hombre lo exprese más, pero las necesidades son las mismas”.

“Yo creo que no, creo que las necesidades son diferentes y casi todo porque en el hombre el nivel de hormonas y las hormonas son diferentes y las mujeres aparte de sus ciclos hormonales, por la menstruación, no tienen la misma cantidad de deseo sexual, por ejemplo, el día uno después de la menstruación es diferente el deseo al día en el que están en pleno ciclo. El deseo de los hombres va ligado a lo histórico pero a nivel de la reproducción y la capacidad para poder reproducirse lo tienen más inculcado los hombres, los hombres son más primitivos en eso que las mujeres. Las mujeres como otros tipos de animales tienen ciclos reproductivos; las mujeres en el día 14 del ciclo, que pudieran quedar embarazadas, tienen mucho más deseo, muchas más ganas que cuando se inicia el periodo, que generalmente se encuentran mal”.

¿Cambia la percepción sobre la Salud Sexual si se tiene una pareja estable?

Responden los hombres:

“A lo mejor en la manera en que tú te lo preguntas sí, pero en el fondo buscan lo mismo: evitar el embarazo en caso de que se tenga una pareja estable, y las enfermedades, y el embarazo también, si tienes una pareja ocasional”.

“Las formas a lo mejor varían de unos a otros, pero el fin, el objetivo, es el mismo. Lo que cambia es la manera de preguntarlo”.

“También en el caso de la mujer adolescente con pareja estable tiene más miedo al embarazo que a una enfermedad, porque piensan que las enfermedades de transmisión

sexual son tratables, exceptuando el VIH, pero no piensan tanto en eso, a lo mejor piensan más en el embarazo. Este es un tema muy amplio, pienso yo”.

¿Quiénes consultan más en las consultas de sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, los hombres o las mujeres? Los hombres responden:

“Hombre, yo no he estado en una consulta, pero supongo que... no; los hombres son los que más llevan a las mujeres, creo que son los hombres los que más consultan”.

“Yo creo que son las mujeres, ellas siempre tienen más que perder; en el tema de las relaciones cuando eres joven el hombre llega allí y pone su semillita y le da un poco más igual, en cambio ellas van más preocupadas por los métodos anticonceptivos si no los conocen, por la píldora del día después, si no la conocen”.

“Las que más consultan son las chicas”.

Ellas reflexionan:

“Yo creo que las mujeres tienen más acceso a la educación sobre Salud Sexual o Salud Reproductiva, ella es la que más se preocupa porque precisamente es la que se queda embarazada, está mal repartido por eso, porque al quedarse embarazada también es a quien se le da más hincapié. Ambos pueden tanto tú como tu novio, pero aun cuando podrían ir los dos, los hombres prefieren que vayan ellas”.

“Yo creo que es más voluntad que acceso, el acceso es el mismo para unos y otros, tú vas a la consulta e igual puede ser un hombre o una mujer y puedes ir a preguntarlo; hoy en día la consulta es para hombres y mujeres”.

Se le preguntó a los hombres ¿Cómo cree que se siente un chico homosexual o una chica lesbiana que va a una sobre Salud Sexual y todo el tiempo le hablan de anticoncepción, embarazo, cuando no son sus necesidades?

Ellos dieron las siguientes respuestas:

“A lo mejor se siente cohibida, yo pienso que los enfermeros enfocan más el tema de protección a riesgo de embarazo, pero cuando se habla de anticoncepción, el condón también protege de las enfermedades de transmisión sexual y de esto no se habla. El problema está en la manera en que lo enfocan, porque si a lo mejor la enfermera o enfermero dicen, por ejemplo, este método de barrera es muy seguro tanto el embarazo y tal... es que se tiene más como un método de protección al embarazo, pero se olvida que es una barrera efectiva ante las enfermedades de transmisión sexual y es este caso sería más necesario hablarles de estas enfermedades”.

“No se sienten cohibidos, se sienten molestos a lo mejor, pero creo que aun cuando se sientan molestos saben que su orientación sexual es esa, pero que el mundo

está hecho para los heterosexuales. Aclaro, no está hecho; sino que la gente lo ha hecho de esa manera. No se sienten tan molestos, lo han tenido que asumir así, a su pesar, creo yo. No nos damos cuenta que hay algo más, a lo mejor, yo creo que también no se trata tanto el tema, se hace hincapié en otros temas y no en los ámbitos en los que hay que informarles a ellos, en temas que no tienen sentido de cara a ellos, pero el fin es educarles en la prevención y no los métodos anticonceptivos y de paso en la enfermedad”.

Igualmente se les preguntó a ellos ¿Cómo enfermero a quien se siente más capacitado para atender en estos temas, a hombres o a mujeres?

Llama la atención que los hombres ven en el sexo del profesional y del cliente un elemento importante a la hora de la consulta.

“Depende también de la situación, sobre todo el problema sería... el paciente, porque a lo mejor el paciente te dice, yo me sentiría mejor con la enfermera. Una chica no se siente bien con el enfermero, a lo mejor si el novio le ha sido infiel pues dice, qué harías tú en esta situación... por eso normalmente van mejor con la enfermera. Por el rol histórico siempre se ha visto a la enfermera, pero también depende de la educación”.

“Yo creo que depende de cómo se siente la persona, pero yo como enfermero me sentiría mejor con un hombre, quizá porque sería más fácil entablar confianza. La mujer siempre se va a sentir más cohibida de que un hombre esté del otro lado; a lo mejor, yo pienso que si es una prueba final, entabla mejor con quien sienta más confianza”.

“Hombre, pues sería capaz; pero antes vería su orientación, si se encuentra segura o si prefiere cambiar a alguien del otro sexo, pero yo creo que a la final”.

4.3.1.11 Pregunta 11: ¿Cuáles son los obstáculos que tienen los y las adolescentes al tratar de obtener información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, adolescentes, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

“Pues los padres, los ven como un obstáculo. Les da pena preguntarles y no se atreven a preguntarle por el qué dirán. Yo pienso que los padres son el mayor obstáculo que puede tener un adolescente y el no atreverse a ir solo a los agentes de salud o las instituciones que pretenden ayudar. Es la vergüenza y el qué dirán”.

“El entorno en general. Pienso que la familia influye mucho, también pienso que los amigos influyen mucho y que incluso la escuela, que es donde te pueden dar información o el hospital donde te puedan dar información, también influyen; si nos les

transmites la confianza necesaria para que te pregunten la duda que tienen, tu nunca vas a saber que duda tiene esa persona y cómo solucionársela, así que nuestra función en enfermería o cuando seamos madres es como amigos, saber sacarle la pregunta a la otra persona; pero no sabemos, el problema es ese, que no sabemos buscarla, pero hay que intentar encontrarla”.

“Yo creo que hay varios, la sociedad en sí, el modo de ver las relaciones con naturalidad o no en la familia, en todo caso el entorno en que te has criado no es lo mismo; por ejemplo, yo lo he visto de una manera muy natural, si tenía que preguntar a mi madre ella me respondía en seguida, si teníamos que hablar de cualquier cosa y ella no sabía me acompañaba a buscar la respuesta, pero tengo muchas amigas que en su casa no les han explicado jamás nada y se enteran por los amigos... Entonces la sociedad, la familia y la educación que influyen desde el entorno; hay que inculcar eso, que vean la sexualidad como algo natural pero no como una manera de vivir a lo loco, hay que educarnos en ese sentido”.

“La base de lo que les sucede a los jóvenes es que no conocen bien su cuerpo, que no entienden la sexualidad como una cosa normal, la ven como algo para contar a los amigos...he tenido una relación sexual y se lo cuenta a mis amigas. Creo que con base en la educación deberían estar más informados. A base de Internet están informados porque en Internet hay mucha información, pero realmente necesitan alguien quien les explicase bien; les falta entender, comprender bien toda la información que tienen, creo que esta es la base del problema”.

“Yo creo que hay como falsos mitos, por ejemplo sobre usar el preservativo. Yo he oído a varios chicos que dicen que si los usan no sienten placer, entonces ya se lo creen y dejan de usarlos, eso es un falso mito, uno también siente placer con el preservativo puesto, a lo mejor no es lo mismo, se disminuye un poco, pero estamos luchando por una sexualidad segura y sin preservativo no lo es. Toman el preservativo como si lo único que previene es el embarazo y no tienen en cuenta muchas veces eso, que previene las enfermedades; yo conozco a muchas chicas que se toman las píldoras pero lo hacen con distintas parejas a las que no conocen y si no conoces, la píldora anticonceptiva te protege de lo que es el embarazo, pero corres un montón de riesgo de enfermedades; todo es lo mismo, la base está en la falta de información. Esa idea de que la marcha atrás es un método anticonceptivo me parece una burrada (sonríe). Pero lo he oído de compañeras y de tíos, muchos jóvenes cuando hablan de anticonceptivos lo hacen de la marcha atrás, yo me quedo flipada, no me cabe en la cabeza que alguien con

veinte años pueda aun creer en eso, pero es muchísimo más fuerte que lo digan las enfermeras compañeras nuestras”.

“El miedo, en la mujer es más el miedo, en él es la autosuficiencia: en ellas el pensar en el que dirán, que van a pensar de mi si me acerco a preguntar una cosa; sabes, les importa más lo que el resto de gente piense”.

4.3.1.12 Pregunta 12: ¿Qué situaciones desaniman a los y las adolescentes para consultar sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

“La opinión de... o sea, el miedo al rechazo. El rechazo en cuanto a los amigos porque piensen que, o sea, ellos piensan que la información que se les está dando el amigo es la correcta, temen tener distinta opinión y ser rechazados por los distintos grupos, de familia, de amigos, de tal... tienen temor a preguntar por miedo a que cambie su opinión y que la gente les rechace por no tener la misma opinión que ellos”.

“Se pregunta antes a los amigos y ya no les importa si la respuesta a la duda está bien planteada o no, ellos lo que hagan los amigos, lo van a hacer ellos. Encontrarte una persona mayor que tu y preguntarle es una dificultad; ellos se sienten mejor con sus compañeros, que con una persona vestida de blanco, mayor que tu y detrás de una mesa, a la que hay que ir a preguntarle”.

“Es la vergüenza y la prepotencia, muchos se piensan que lo saben todo y otros piensan que a lo mejor preguntar les dará mucha vergüenza y a lo mejor piensan que se van a reír de él por preguntar; son ambas cosas, tanto prepotencia de uno porque está seguro que lo sabe todo y con consultar a un amigo, ya es suficiente”.

“El entorno, o sea, mejor dicho, lo que nosotros les estamos enseñando porque intentamos transmitir el mensaje pero no lo estamos haciendo de una forma correcta. El entorno que rodea a la persona a la que va dirigido esto. Tenemos que mirar todo, cómo mandamos el mensaje, cómo lo captan, cuál es su condición a la hora de captarlo, para enviárselo bien y lograr que vengan”.

4.3.1.13 Pregunta 13: ¿Como estudiante de enfermería cómo puede usted impartir información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

“Pues identificando los problemas que tienen los adolescentes, cuáles son las dudas que tienen y de forma amena darles la respuesta”.

“Mediante talleres y la asistencia a clases desde el centro de salud, haciendo que ellos participen en la actividad”.

“Yo iría a los centros educativos, institutos, colegios, consultando las dudas que tengan y haciéndoles demostraciones de cada método y sobre todo respetar a la pareja, enseñarles que las relaciones sexuales no son el mero coito en sí, sino que es una actividad de pareja”.

“Supongo que a través de cursos, de charlas, de transformar a la gente a través de la educación, en clase...”.

4.3.1.14 Pregunta 14: ¿Usted conoce si hay legislación con respecto a la necesidad de dar información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes en los institutos?

Descriptoros utilizados: Legislación, Salud Sexual, Salud Reproductiva; Adolescentes, Jóvenes.

Las mujeres responden:

“Creo que no, que son las propias enfermeras las que organizan las actividades, el gobierno no tiene implicación”.

“Yo creo que si hay en algunos países, a lo mejor no en España, pero si habrá algún país en el que se valore la situación de los adolescentes. En la zona de Europa del norte la educación sexual es muchísimo más natural y se explica con más naturalidad, yo tengo amigos que han vivido en Berlín y eso sí que se vive con muchísima naturalidad; si que les enseñan sobre el cuerpo desde pequeños”.

“No, yo no conozco, pero la verdad creo que hay una controversia sobre eso en las escuelas un poco católicas porque se quiere implantar una clase de sexualidad y los padres no están de acuerdo, pero no estoy segura”.

“No tengo ni idea de las normas”.

Los hombres exponen:

“Yo conozco sobre el aborto, se que ahora mismo en el país se pueden casar parejas homosexuales, eso lo conozco, que pueden adoptar, también, pero no creo que no se han abierto muchas posibilidades para conocer lo que es la sexualidad, es que para conocer la sexualidad también sería bueno saber que se puede hacer y que no”.

“Se debe conocer lo que es legal y lo que no; las leyes están hechas para algo. La legislación se conoce en un aspecto no muy amplio, tal vez algunas nociones básicas,

por ejemplo debería saberse, sus derechos, sus obligaciones, sus limitaciones; a lo mejor hay gente que está más enterada, pero deberíamos tener unos conocimientos básicos mínimos para saber cómo actuar”.

“Si no lo conoce, por lo menos debería saber dónde consultar”.

4.3.1.15 Pregunta 15: ¿Cómo puede hacer una enfermera para crear empatía con los jóvenes que vienen a consultar sobre Salud Sexual o Salud Reproductiva, de tal manera que ellos sientan que pueden hablar con la libertad con que hablan con un amigo o amiga?

Descriptor utilizado: Currículo/Plan de estudios, Estudiantes de enfermería, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

“Les diría que es una cosa natural, que no tienen que tener temor ni tener miedo, que las dudas deben estar resueltas y que no pueden tomar una decisión ni tener relaciones sexuales cuando hay una duda de por medio, porque conlleva un riesgo ya sea por enfermedades o por embarazo. Que es una decisión importante tener relaciones sexuales y que deben estar seguros de ello y tener todos los conocimientos previos, que deben informarse y que es una forma divertida de aprender, que no tiene por qué ser algo negativo”.

“Pues que viniesen, que vamos a hacer talleres donde vamos a aprender todos juntos y vamos a resolver dudas y preocupaciones y que es posible ver el cuerpo como algo natural y el sexo como algo saludable”.

“Ser atractivos, captar su atención, en ello influyen muchas cosas, tanto que la persona que está dando la actividad sepa darla, como que los carteles que pongamos sepan darla, también; encontrar el equilibrio, yo creo que es eso, saber llegar a la gente; si tu quieres dirigirte a los adolescentes la mejor forma es ponerse en su lugar y ¿quién lo va a hacer mejor que otro adolescente? Si tú necesitas enviar un mensaje a los adolescentes, debes contar con un adolescente que lo va a enviar a los demás porque a él le queda fácil hablar a los adolescentes; todo está en saber enviar el mensaje para que vengan, si no se envía bien no llegan”.

“En cualquier campo el problema de la comunicación puede estar en quien recibe la información o en el mensaje que se está transmitiendo, no se está transmitiendo en forma correcta y por tanto, no llega a la persona; o en la persona que está enviando la información porque no la tiene clara: La persona quien más tiene claro que es lo que quiere decir, también tiene que saber cómo quiere decirlo para poder decirlo bien, pues si el mensaje está bien esos dos enganches ya funcionan. La persona que lo recibe está

condicionada por su entorno y por todo para recibir el mensaje, pero si tú te metes en su terreno y te pones en su lugar lo consigues, entonces la mejor forma es otro joven, alguien que te diga: mira ponte en mi lugar, hacerle entender eso que tú te pones en su lugar y que esa persona está ahí, lo que hay que conseguir es que todo quede claro: el mensaje, la persona que lo envía y la persona que lo recibe”.

“Si siendo joven se recibe información apropiada, por supuesto su Salud Sexual es diferente; de hecho creo que en el tema tenemos una gran falta de información o una formación inadecuada. Yo creo que se debería incidir en ese tema desde bien pequeños. Es como el inglés, si uno tiene cinco años pues lo habla mucho mejor que si me hablas a mí, segurísimo”.

“Si tú enseñas a una persona, por ejemplo, desde los 6 años, lo va a ver más normal que alguien que lo cojas con treinta años, que ya es muy tarde para explicarles estas cosas... el chiquitín lo vería como algo tan normal, para él es una asignatura más.

Yo creo que si la enfermera le habla con naturalidad, explicándoles desde el principio que la sexualidad es algo natural y se les habla sin ningún tipo de tapujo, yo creo que al final ganaríamos su confianza y al final ellos hablarían con nosotros de esa manera que hablan entre ellos. Creo que si viéramos esto en la formación y lo hiciéramos desde el principio, luego no necesitaríamos unas cualidades especiales y no nos daría vergüenza afrontar estos temas, es lo mismo que si estas en una consulta de diabéticos o hipertensos ¿por qué allí si puedes hacerlo con total naturalidad? Como algo más... si tú has aprendido desde el principio de la carrera, eso no lo verás como algo extraño o diferente, al tener la consulta con el chico lo verás como algo supernatural y no te costará un trabajo añadido hacer la consulta”.

“Tendría que tener muchas cualidades esa enfermera. No ser nada retrograda, estar abierta a nuevas cosas, a aprender de todo, haber probado muchas cosas, creo yo; no todo, pero si algunas cosas, ah, y que te guste hablar. Tener tus necesidades cubiertas es importante, porque si no tienes tus necesidades cubiertas difícilmente vas a cubrir las de los demás. La formación es aun más importante, sin ella es muy difícil trabajar”.

4.4 EL SEMINARIO DE FORMACIÓN ENFERMERA

El Seminario de Formación Enfermera sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes es una actividad formativa. Para comprenderla utilizaremos la ilustración sistémica de triadas. En ella, la emergencia de

la interrelación, interafectación e interdependencia de los elementos que conforman la triada se ubica en el centro de la gráfica.

Ilustración 41.- Formación Enfermera



En la triada cuya emergencia es la Formación Enfermera, como se puede ver en la Ilustración N° 41, está conformada por: la metodología denominada de Aprendizaje basado en Problemas ABP, que consiste en el uso instructivo de ejemplos o casos para enseñar utilizando las habilidades de resolver problemas y el pensamiento crítico.

Cabe aclarar que la idea de problema no hace referencia aquí a una situación de dificultad que hace daño, molesta y tiene consecuencias negativas, sino a cualquier situación que se convierte para la persona en una necesidad insatisfecha, una ausencia o carencia que dificulta el desarrollo integral del Ser y que se convierte en una oportunidad para mejorarlo. El problema planteado se resuelve metodológicamente con la realización de un Juego de roles en el que se simula una consulta enfermera para adolescentes y jóvenes sobre un tema relacionado con la sexualidad, la Salud Sexual y/o la Salud Reproductiva. El juego de roles (traducción usual en castellano del inglés role-playing game, literalmente “juego de interpretación de papeles”, o como se lo llamaba antes, Dramatización), es un juego en el que, tal como indica su nombre, uno o más jugadores/estudiantes desempeñan un determinado rol, papel o personalidad. Cuando una persona hace el papel de “X” significa que está interpretando un papel que normalmente no hace. En este caso los roles eran de enfermeras/os, usuarias/os y acompañantes. El tercer elemento de esta triada es la Evaluación continua, es decir la evaluación realizada en cada uno de los momentos del proceso de formación. Cada uno de los elementos triádicos se convierten a su vez en otras triadas que se explican a continuación.

En la triada que tiene como emergencia el Aprendizaje basado en Problemas (Ilustración N° 42), el primer elemento que la compone es el momento denominado de Darse cuenta; en el las/os estudiantes implementan una Lluvia de ideas sobre intereses que consultan los usuarios del servicio. El segundo elemento triádico se le llama el momento de Centrarse; en él se hace la Tematización de lo que será la consulta

modélica, que se resuelve en el tercer momento denominado de Empoderamiento, en éste las estudiantes, trabajando en equipo, desarrollan una Guía de consulta que les servirá posteriormente para la ejecución del Juego de roles.

Ilustración 42.- aprendizaje basado en Problemas



El Juego de Roles es la emergencia de la interrelación, interafectación e interdependencia de tres momentos (Ilustración N° 43), uno primero al que se denomina de Encuadramiento de la consulta, en éste las estudiantes obtienen datos tanto subjetivos como objetivos de lo que relata el/la usuario de la consulta. En el segundo

momento o de resolución quienes hacen las veces de enfermeras/os consultantes hacen la Valoración del usuario y el Plan a seguir con este; una vez concluida la consulta preparan en el tercer momento o de producción del Informe, una nota de enfermería tipo SOAP¹⁶.

Ilustración 43.- Juego de Roles



Ilustración 44.- Evaluación continua



En la Evaluación continua se plantean tres momentos (Ilustración N° 44) que están bajo la tutela del equipo docente: uno primero, que facilita el actuar de las estudiantes durante el seminario, al que se ha denominado Guía de trabajo, en este se hallan las

¹⁶ SOAP. S: subjective (datos subjetivos); O: objective (datos objetivos); A: assessment (valoración) y P: plan (plan a seguir). El modelo SOAP ha sido utilizado y profundizado por los estudiantes en otro seminario de su formación llevado a cabo previamente durante el segundo año.

información pertinentes para que ellas puedan llevar a cabo los diferentes momentos del seminario.

Ilustración 45.- Evaluación y redirección juego de roles



El segundo momento de la triada es el de Procesamiento, en este el maestro realiza la Evaluación y redirección del proceso cuya emergencia es la problematización. En el tercer momento triádico se hace la redirección y retroalimentación de cada uno de los Juegos de roles y del seminario en su totalidad.

La Evaluación y redirección son la emergencia de un proceso (Ilustración N° 45) en el que bajo la coordinación del equipo docente se llevan a cabo tres momentos cada uno de ellos realizado por personas diferentes.

Momento primero, primera acción: los estudiantes que han actuado en el Juego de roles llevan a cabo su propia Autoevaluación, la que realizan siguiendo el modelo SOAP, este proceso se realiza con cada uno de los juegos de roles puestos en práctica por los diferentes equipos participantes del seminario; momento primero, segunda acción: la hacen los demás compañeros que asisten al seminario (un promedio de 15 alumnos); momento primero, tercera acción: es realizada por los docentes en interacción con todos los estudiantes, en ella se hace una autoevaluación grupal en cada equipo de trabajo que ha elaborado el juego de roles, siguiendo la metodología SOAP; momento primero, cuarta y última acción: consiste en que cada estudiante responde individualmente a la entrevista escrita.

Ilustración 46.- Objetivos de la entrevista escrita



Los objetivos de la entrevista escrita (Ilustración N°46) son tres: que los estudiantes reflexionen sobre el proceso de formación del que acaban de hacer parte; que el equipo docente tenga un elemento escrito que sirva como fuente informativa para analizar los resultados obtenidos del

seminario a partir de lo que opinan los estudiantes; y, ser un fundamento que justifica redirecciones y retroalimentaciones del proceso de formación.

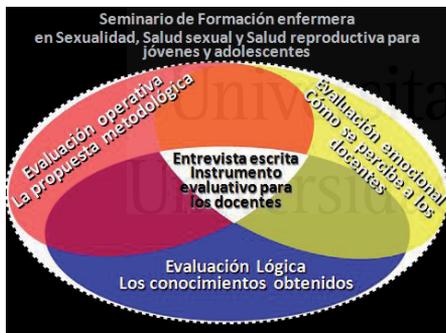
Ilustración 47.- Evaluación de la entrevista escrita



La Entrevista escrita (Ilustración N° 47) responde a la evaluación de tres aspectos cuya información obtenida provee una visión sistémica y global de cómo los estudiantes perciben el seminario, para lograrlo se plantean tres preguntas, la primera de ellas es para obtener una evaluación lógica e interroga sobre qué

aprendieron en el seminario; el segundo interrogante, indaga sobre la parte operativa del seminario y pregunta sobre qué utilidad tiene lo aprendido; el tercer cuestionamiento pretende alcanzar una evaluación de orden emocional interrogando sobre cómo se sintieron en el seminario.

Ilustración 48.- Instrumento evaluativo que sirve a los docentes



La entrevista escrita es un instrumento evaluativo (Ilustración N° 48) que sirve a los docentes para, a partir del análisis de la respuestas provistas por los estudiantes, obtener además información sobre la actuación de los docentes, la metodología con la que se ha trabajado en el seminario y una valoración sobre la

información adquirida y los temas que han sido de su interés.

El seminario de formación enfermera se orienta a potenciar desde el currículo los aprendizajes necesarios para adquirir determinadas competencias personales en los estudiantes, como se observa en la Ilustración N° 49, competencias que se precisan para hacer viable la formación enfermera, ya que con ellas el estudiante se encuentra en capacidad de abordar de forma consciente y crítica los problemas de la consulta en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva que se orienta a jóvenes y adolescentes.

Ilustración 49.- Competencias



Una enseñanza estratégica por parte del equipo docente requiere que estos desarrollen actividades de aula que posibiliten el pensamiento crítico, la lectura sosegada, el resumen, los informes de investigación, la búsqueda de información y fomentar la autonomía en el aprendizaje. La competencia comporta todo un conjunto de

conocimientos, procedimientos, actitudes y capacidades que son personales y se complementan entre sí. Una persona es competente cuando es capaz de desempeñar una función productiva de manera eficiente para lograr los resultados esperados. La persona que es competente puede proporcionar evidencia, es decir, mostrar la posesión individual de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten contar con una base para el desempeño eficaz de una función productiva, en este caso como enfermera.

El seminario apunta a la formación en Competencias Básicas, que son aquellas que responden a saber un contenido, saber aplicarlo y, fundamentalmente, saber ser y estar. Es decir, obtener resultados eficaces pero sin olvidar la dimensión actitudinal. Sin embargo, no son suficientes las competencias básicas sino que además es pertinente la formación de competencias técnico profesionales, es decir el conjunto de conocimientos y de técnicas necesarias para el desarrollo de una determinada actividad laboral. De ahí que se entrecruce la apropiación de las competencias básicas con su aplicación profesional.

La primera de estas competencias busca crear las condiciones para que desde el Saber Aprender el estudiante esté en capacidad de reciclar lo ya aprendido, dándole un uso apropiado contribuyendo así a su formación permanente. Es decir, son las funciones que los estudiantes habrán de ser capaces de desarrollar en su día como fruto de la formación que se les ofrece. Con ellas deberán ser capaces de gestionar problemas relevantes en el ámbito de una profesión. Es un imperativo educativo del docente enseñar a los estudiantes a incorporar progresivamente estrategias de aprendizaje, a ser conscientes sobre la forma cómo aprenden para enfrentar satisfactoriamente diversas situaciones formativas y profesionales.

La segunda competencia es la del Saber Ser, una competencia de orden relacional o actitudinal que permite establecer relaciones con el otro, en este caso con el usuario del servicio enfermero, con el fin de poder responder a sus necesidades. Saber Ser implica hacer un uso apropiado de la común-unicación como experiencia que posibilita un proceso dialógico enfermera/usuario, respondiendo a aquellas necesidades que no es posible satisfacer tan solo con la aplicación de la técnica.

La tercera competencia es el Saber Hacer, es una competencia procedimental que hace referencia a ser competente para el desempeño basado en procedimientos y estrategias. Según Tobón (2005) teniendo en cuenta los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de los actos y buscando el bienestar humano.

4.4.1 EL PROCESO DEL SEMINARIO Y SU PUESTA EN PRÁCTICA

Tabla 61.- Etapas y momentos del Seminario

Seminario sobre Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva en Adolescentes y Jóvenes			
ETAPA		Momentos	
Primera	Preparación de la consulta	Primero	Colgar bibliografía en Campus virtual UA
		Segundo	Reflexión y creación de listado(s) con interrogantes relacionados con la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva
		Tercero	Selección tema de consulta
		Cuarto	Guía de consulta
Segunda	Role Playing game	Primero	Puesta en comun de la consulta
Tercera	Evaluación de proceso	Primero	Autoevaluación
		Segundo	Heteroevaluación
		Tercero	Redirección docente
		Cuarta	Nota de enfermería tipo SOAP
Cuarto	Evaluación individual	Primero	¿Qué aprendí en este seminario?
		Segundo	¿Con lo obtenido qué puedo hacer como enfermero?
		Tercero	¿Cómo me sentí en el seminario?

Como se observa en el Ilustración N° 61, el seminario se plantea en cuatro etapas. En la Primera etapa o de Preparación de la consulta se trabaja en cuatro momentos. En el Primer momento o de Información previa, antes del encuentro personal con las/os estudiantes se ha colgado en el Campus virtual UA la Bibliografía de apoyo pertinente que corresponde a los diferentes temas del Seminario y se ha informado a los estudiantes de la importancia de leer los documentos. En el Segundo momento de Reflexión y creación de listado(s) se invitó a las/os estudiantes a reflexionar con

relación a qué interrogantes relacionados con la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva hubieran consultado, si como jóvenes o adolescentes hubieran podido consultar con un/una enfermero/a laborando en una consulta orientada a ellas/os; se insistió en la posibilidad de proponer preguntas que en el instante actual de su vida aun requiere respuesta.

Con lo obtenido en la lluvia de ideas, las mujeres y hombres del equipo elaboraron simultáneamente y por separado, según sexo, un listado de interrogantes consultados, que hubieran deseado consultar en caso de haber podido hacerlo o que aun requieren respuesta; en caso de que en el equipo no hubiera hombres se invitó a las mujeres para que también realizarán un listado de necesidades, a partir de los mismos criterios.

En Tercer momento o de selección del tema, el equipo, a partir de los listados de preguntas elaborados escogió grupalmente un tema que se convirtió en el caso que fue atendido en la simulación de consulta.

Cuarto momento o de creación de la Guía de consulta. Antes de hacer la simulación de consulta, cada equipo de trabajo en su totalidad creó una Guía de consulta sobre el tema escogido; en ella puso el listado de preguntas que tanto enfermeras como usuario(s)/a(s) harían en la consulta especializada con relación al tema acordado para ser atendido; cada uno/a de los/as miembros/as del equipo de trabajo propuso posibles preguntas. El equipo determinó quienes desempeñarían los roles de enfermera(s)/o(s), paciente/s y acompañante/s, según la consulta programada lo ameritara.

Segunda Etapa. El equipo expuso las conclusiones de su trabajo a los/as demás compañeros/as del curso y a los docentes, utilizando para ello un Juego de roles. A partir de las preguntas finales seleccionadas y utilizando como fuente los textos leídos en la bibliografía facilitada previamente quienes hacen las veces de enfermera/o dan respuesta a dichos interrogantes. Para el juego de roles los/as estudiantes se apoyaron en los materiales de soporte que estaban dispuestos para tal fin en el aula de clase.

En la tercera etapa o etapa de Evaluación de proceso se realizaron cuatro momentos: en el Primer momento, cada equipo de trabajo hizo una autoevaluación sobre su respectivo juego de roles; en el Segundo momento los demás equipos de estudiantes hacen una heteroevaluación de cada uno de los role playing de sus compañeros; en el Tercer momento o de evaluación docente el equipo de maestros realizó a cada equipo una retroalimentación al proceso llevado a cabo en el role playing, proponiendo alternativas de manejo de la consulta, formas apropiadas de plantear

interrogantes al/la paciente y de dar respuesta/s a la/s consulta/s de éste/a. En el Cuarto momento cada equipo de trabajo escribe una Nota de enfermería tipo SOAP

En la Cuarta etapa se realizó una evaluación individual por medio de una Entrevista escrita, con relación a su experiencia particular en el Seminario sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva en adolescentes y jóvenes; cada uno/a de lo/as estudiantes respondió con una frase a cada una de de las siguientes preguntas:

- ¿Qué aprendí en este seminario? (respuesta de orden teórico).
- ¿Con lo obtenido como conocimiento y experiencia en este seminario, qué puedo hacer en mi actividad como enfermero/a trabajando en una consulta para adolescentes? (respuesta de orden práctico).
- ¿Cómo me sentí en el seminario? (respuesta de orden emocional).

4.4.2 GUÍA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO

Para facilitar el trabajo en clase con los estudiantes, en la realización del seminario, se propuso una guía de trabajo, esta se fue discutiendo, evaluando y redireccionando hasta lograr un modelo perfeccionado que se entregaba a cada estudiante para su lectura y como inicio al seminario.

Se realizaron cuatro guías diferentes, desde la primera a la última se pasó de una propuesta de una página a otra de dos páginas.

La primera guía no informaba sobre qué eran las metodologías utilizadas, en la segunda se puso una frase sencilla que pretendía ilustrar al respecto, en la tercera se vio la necesidad de ser un poco más profundos en la explicación y esta propuesta permaneció en la cuarta entrega. (Ilustración No 50)

Con relación al tiempo de ejecución de todo el proceso teórico/práctico del seminario y para las diferentes tareas estaba previsto en 4h con un descanso de 15 minutos, pero la mayoría de días se alargaron entre 15 y 30 minutos más, debido a la solicitud de preguntas, dudas personales y cuestiones que los alumnos querían resolver al terminar la clase. Incluso se presentó una situación que no se había previsto que fue que las estudiantes se presentaron en el despacho del profesor, para hacer preguntas adicionales o solicitar información específica.

Los pasos del proceso para realizar los diferentes momentos del seminario se fueron perfeccionando e incluso algunos se separaron para así hacer mucho más ordenado y claro el proceso de trabajo individual y en equipo.

Ilustración 50.- Guía para el trabajo en equipo en los seminarios

Seminario sobre Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva en Adolescentes y Jóvenes



Guía para el trabajo en equipo

La actividad formativa tiene como **objetivo** aprender a manejar apropiadamente una consulta de enfermería sobre Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, utilizando la metodología de **Aprendizaje Basado en Problemas**, que consiste en el uso instructivo de ejemplos o casos para enseñar, potenciando habilidades para resolver problemas a partir del uso del pensamiento crítico.

El problema planteado será la realización de una consulta enfermera sobre un tema relacionado con la Sexualidad, la salud sexual y/o la salud reproductiva. El problema se resolverá por medio de trabajo individual, trabajo en equipo y un Role playing game en el que se simula la consulta.

Un **juego de rol** (traducción usual en castellano del inglés role-playing game, literalmente “juego de interpretación de papeles”) es un juego didáctico en el que uno o más jugadores/estudiantes desempeñan un determinado rol, papel o personalidad (enfermera(s)/o(s); usuario/s; y, acompañante/s). Cuando una persona hace el papel de “X” significa que está interpretando un papel que normalmente no hace y que busca interpretar en las mejores condiciones posibles, durante todo el juego.

Pasos a seguir:

1. Reflexione con relación a si usted (cada uno/a de los/as miembros/as del equipo) como joven o adolescente hubiera podido consultar con un/una enfermero/a laborando en una consulta para adolescentes, qué interrogantes relacionados con la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva hubiera consultado. Las mujeres del equipo simultáneamente con la reflexión elaboran un listado de preguntas consultadas o que hubieran deseada consultar y que fueron relatadas por las presentes en el equipo; el/los hombre/s del equipo elabora/n en un grupo de trabajo diferente un listado de cuestionamientos consultados o que hubieran deseada consultar en caso de haber podido hacerlo; en caso de que en el equipo no haya hombres, las mujeres también realizarán un listado de preguntas teniendo en cuenta los mismos aspectos. Los listados realizados deben ser identificados con el número que se asignado al equipo de trabajo, el sexo y la edad del o los respondientes y la fecha, por ejemplo: equipo 2, H19. 5/12/2010
2. A partir del o los listado de preguntas elaborado(s), escoger grupalmente un tema que se convertirá en el generador del caso que será atendido posteriormente en una simulación de consulta utilizando un juego de roles.
3. Con relación al caso que será atendido en la consulta, cada uno/a de los/as miembros/as del equipo de trabajo escribe un listado de posibles preguntas, que como profesional de enfermería trabajando en una consulta para adolescentes, le haría al/la usuario que consulta,
4. Del grupo total de preguntas elaboradas por todos/as los/as integrantes del equipo, escoger aquellas que grupalmente se consideran más indicadas para ser utilizadas en la consulta. Estas preguntas se transcriben en una **Guía de consulta**. La Guía será identificada con el numero que se asignado al equipo de trabajo y con el/los nombre(s) del o los respondientes, como también con la fecha.
5. En la Guía de consulta, con relación a las preguntas finales seleccionadas y utilizando como fuente los textos leídos en la bibliografía facilitada previamente, dar en equipo respuesta a dichos interrogantes, de manera sucinta.

6. Por medio de un **Role playing game** en el que se reparten los roles de: enfermera(s)/o(s); usuario/s; y, acompañante/s, si la consulta programada lo amerita, el equipo expone las conclusiones de su trabajo a los/as demás compañeros/as del curso y a equipo docente. Para el juego de roles se pueden apoyar en los materiales de soporte que hay dispuestos para tal fin, en caso de necesitarlos favor solicitarlos a los docentes.
7. El equipo de trabajo una vez ha concluido su respectivo juego de roles se **autoevalúa**. Primero, quienes han asumido los roles informan cómo se sintieron, qué aprendieron y qué utilidad tiene para su experiencia profesional lo aprendido; segundo, los demás miembros del equipo de trabajo evalúan la relación existente entre la “guía de consulta” planeada y la practica real recién interpretada.
8. Los demás equipos de trabajo realizan **hétero-evaluaciones** siguiendo el modelo SOAP. S: subjective (datos subjetivos); O: objective (datos objetivos); A: assessment (valoración) y P: plan (plan a seguir)
9. El equipo docente realizará una retroalimentación al proceso llevado a cabo en el juego de roles, proponiendo alternativas de manejo de la consulta, formas apropiadas de plantear interrogantes al/la usuario y de dar respuesta/s a la/s consulta/s de éste/a.
10. El equipo hará una **Nota de enfermería tipo SOAP** sobre la consulta realizada en el juego de roles.
11. **Entrevista escrita**. Como evaluación, al concluir el Seminario, cada uno/a de lo/as estudiantes responde con una frase, como mínimo, a cada una de las siguientes preguntas:
 - ¿Qué aprendí en este seminario? (respuesta de orden teórico).
 - ¿Cómo me sentí en el seminario? (respuesta de orden emocional).
 - ¿Con lo obtenido como conocimiento y experiencia en este seminario, qué puedo hacer en mi actividad como enfermero/a trabajando en una consulta para adolescentes? (respuesta de orden práctico).

NOTA: El documento que contiene la Entrevista escrita debe ser identificado únicamente con la información sobre el sexo y edad del respondiente y la fecha.

Entregar a los docentes, al final del seminario:

Recordar: observar antes de la entrega que se hayan identificado los documentos individuales con la letra “M” si es mujer y con la “H” si es hombre y la edad y fecha; y que en los documentos grupales deben figurar los nombres de todos/as los/s integrantes del equipo y la fecha de realización.

Todo el equipo de trabajo: Listado de necesidades consultadas por mujeres, por hombres o por mujeres que se preguntaron en su rol de hombres; listado de preguntas elaboradas por todos/as y cada uno los/as integrantes del equipo en la preparación del role playing; Guía de consulta y Nota de enfermería tipo SOAP.

Individual: Respuestas a las tres preguntas de la Entrevista escrita

Tiempos promedio propuestos para las actividades

Tiempo para la actividad por equipos (ítems 1 al 5): 45 minutos.

Tiempo para el role playing game (ítem 6): 15 minutos por exposición y equipo.

Tiempo para la evaluación al y del equipo de trabajo (ítem 7 a 9): 15 minutos por equipo.

Tiempo para la realización de la Nota de enfermería tipo SOAP y la Entrevista escrita: 15 minutos.

Tiempo total de la actividad: 4 horas, incluyendo 15 minutos de descanso.

4.4.2 EJECUCIÓN DEL SEMINARIO DE FORMACIÓN ENFERMERA

4.4.2.1 Primera etapa, primer momento: Información previa

En este momento, al iniciar el seminario se solicita a los estudiantes que se integren en equipos de trabajo, especialmente se tiene en cuenta que los pocos hombres que asisten se distribuyan en los diferentes equipos; acto seguido se entrega a los estudiantes, para su lectura, la Guía para el trabajo en equipo. Los estudiantes la leen y el equipo docente retroalimenta las dudas existentes en caso de que se presenten.

4.4.2.2 Primera etapa, segundo momento: Reflexión y creación de listado de necesidades informativas(s)

Tabla 63.- Participantes en el Seminario

Participantes en Seminario		
Mujer (2)	Hombre (1)	Total participantes
261	31	292

El seminario fue realizado en dos oportunidades, la primera en el curso 2008/2009, (Octubre y Noviembre) y la segunda en el curso 2009/2010 en los mismos meses que el curso anterior.

Tabla 62.- Listado de necesidad consultadas por estudiantes

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de enfermería		Total preguntas realizadas	% Veces que se ha preguntado este tema
1	Anticonceptivos	732	15,89
2	Preservativos	499	10,83
3	Primera Vez	430	9,33
4	Menstruacion	388	8,42
5	Enfermedades de Transmisión sexual	276	5,99
6	Evacuación/ Masturbación	266	5,77
7	Sexo oral	235	5,10
8	Pildora del día después	223	4,84
9	Sexualidad	214	4,64
10	Orientación sexual	151	3,28
11	Erección y tamaño	146	3,17
12	Juegos eróticos	138	2,99
13	Orgasmo	122	2,65
14	Sexo anal	105	2,28
15	Vagina	102	2,21
16	Efectos colaterales de las prácticas sexual	97	2,11
17	Mitos sobre el baño y la salud sexualidad	80	1,74
18	Aborto	77	1,67
19	Embarazo	71	1,54
20	Tampon	68	1,48
21	Ginecólogo	67	1,45
22	Virginidad	39	0,85
23	Pecho	32	0,69
24	Himen	26	0,56
25	Fimosis	21	0,46
25	Total de preguntas realizadas	4608	100

Durante cada periodo lectivo se efectuaron ocho seminarios, para un total de dieciséis procesos. En promedio en cada seminario se trabajo con cuatro equipos de estudiantes, se buscó que estos fueran mixtos aun cuando no siempre fue posible debido a que los hombres fueron 31 (Tabla N°62), siendo ellos el 11% del total de los alumnos de enfermería y las mujeres 261, correspondientes al 89% del total como resulta normal en estos estudios.

Los temas sobre sexualidad, la Salud Sexual y la Salud

Reproductiva que fueron citados por las/os estudiantes como aquellos que si hubieran tenido la oportunidad habrían interrogado en una consulta de enfermería ofertada para jóvenes y adolescentes o que consideran que los y las adolescentes y jóvenes consultarían o han consultado y sirven como base para construir el listado de necesidades, el cual se organizó en veinticinco grupos temáticos como puede observarse en la Tabla N° 62.

El tema más consultado al interior del listado de necesidades fue el de los anticonceptivos, se hicieron 732 preguntas que corresponden al 15,87% del total de cuestionamientos. Los interrogantes sobre preservativos representan el 10,83% del total y fueron 499. Con relación a la primera vez que fue el tercer grupo temático en orden de consultas, corresponde a 430 preguntas, 9,33% del total. El cuarto tema en orden de importancia fue la menstruación, se hicieron 388 interrogantes que son el 8,42 por ciento del total. El quinto tema fue el de las Enfermedades de Transmisión Sexual, en el se hicieron 276 preguntas, equivalentes al 5,99 del total.

Los cinco primeros temas del Listado de necesidades suman el 50,46% del total de interrogantes, sumando entre ellos 2325 preguntas. Le siguen en orden de importancia la eyaculación/masturbación, sexo oral, píldora del día después, sexualidad, orientación sexual, erección y tamaño, juegos eróticos, orgasmo, sexo anal, vagina, clítoris y punto "G", efectos colaterales de las prácticas, mitos sobre el baño y la sexualidad, aborto, embarazo, tampón, visita al ginecólogo, virginidad, pecho, himen y por último, fimosis.

4.4.2.3 Cuántas veces se ha preguntado y quiénes lo hicieron

Tabla 63.- Total de preguntas realizadas.

Total de preguntas realizadas por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	3692	504	4196	412	4608
Porcentajes	80,12	10,94	91,06	8,94	100

En el Listado de necesidades construido con los interrogantes realizados por las y los estudiantes asistentes al seminario se planteó un total de 4608 preguntas, de ellas 4196 fueron hechas por mujeres (91% del total). De estas, las mujeres concibieron 504 interrogantes que ellas consideran serían

formuladas por los hombres (10,94%) y 3692 como preguntas propias de ellas (80,12%). Los hombres propusieron 412 preguntas, el 8,94% del total, como consta en la Tabla N° 63.

4.4.3 GRUPOS TEMÁTICOS

4.4.3.1 Grupo temático anticonceptivos

Tabla 64.- Preguntas realizadas sobre anticonceptivos.

Número de preguntas realizadas sobre anticonceptivos por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	663	15	678	54	732
Porcentajes	90,57	2,05	92,62	7,38	100%

En este grupo se realizó un total de 732 preguntas, de ellas 678 las hicieron las mujeres, siendo el 92,62 del total de las planteadas. Las chicas hicieron 15 preguntas que suponen harían los hombres (2% del total de las que ellas plantearon) y 663

propias de ellas, que responden al 90,57% del total. Los interrogantes formulados por hombres han sido 54, que son el 7,38% del grupo total de las consultas en este tema; esta información se resume en Tabla N° 64.

Tabla 65.- Preguntas más frecuentes sobre anticonceptivos

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Anticonceptivos	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el tema en el seminario	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Qué métodos/ tipos de/ anticonceptivos/ existen	137	0	137	10	147	93,20	0,00	6,80	18,72	0,00	1,37	52,49	0,00	52,49	32,26	20,08	3,18
Qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz	86	1	87	10	97	58,50	0,68	6,80	11,75	0,14	1,37	32,95	0,38	33,33	32,26	13,25	2,10
Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás	56	6	62	10	72	38,10	4,08	6,80	7,65	0,82	1,37	21,46	2,30	23,75	32,26	9,84	1,56
Practico la marcha atrás, puedo quedar embarazada	37	0	37	1	38	25,17	0,00	0,68	5,05	0,00	0,14	14,18	0,00	14,18	3,23	5,19	0,82
Qué (método) anticonceptivo me recomienda/ aconseja	36	0	44	0	36	24,49	0,00	0,00	4,92	0,00	0,00	13,79	0,00	13,79	0,00	4,92	0,78
Qué efectos secundarios tengo por usar anticonceptivos	22	0	22	1	23	14,97	0,00	0,68	3,01	0,00	0,14	8,43	0,00	8,43	3,23	3,14	0,50
Qué métodos anticonceptivos/ orales/ existen para hombres	16	0	16	5	21	10,88	0,00	3,40	2,19	0,00	0,68	6,13	0,00	6,13	16,13	2,87	0,45
Si eyacula en el exterior/ Si se corre fuera de la vagina me puedo quedar embarazada	18	0	18	0	18	12,24	0,00	0,00	2,46	0,00	0,00	6,90	0,00	6,90	0,00	2,46	0,39
A qué edad/ Cuando debo/ es bueno iniciar la toma de anticonceptivos	16	0	16	0	16	10,88	0,00	0,00	2,19	0,00	0,00	6,13	0,00	6,13	0,00	2,19	0,35
Cómo se toman los anticonceptivos/ correctamente	14	0	14	0	14	9,52	0,00	0,00	1,91	0,00	0,00	5,36	0,00	5,36	0,00	1,91	0,30
La marcha atrás es un/ buen método anticonceptivo	9	0	9	4	13	6,12	0,00	2,72	1,23	0,00	0,55	3,45	0,00	3,45	12,90	1,78	0,28
Qué falsos mitos hay sobre los anticonceptivos	11	0	11	2	13	7,48	0,00	1,36	1,50	0,00	0,27	4,21	0,00	4,21	6,45	1,78	0,28
Hay diferencia en la eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales	12	0	12	0	12	8,16	0,00	0,00	1,64	0,00	0,00	4,60	0,00	4,60	0,00	1,64	0,26
Los anticonceptivos evitan/ Protegen de/ las ETS	11	0	11	0	11	7,48	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	1,50	0,24

Con relación a los anticonceptivos, una vez que fueron agrupadas por su semejanza, se hicieron setenta y un diferentes preguntas. En los seminarios participaron y preguntaron 137 mujeres y 10 hombres. Este grupo temático fue el más consultado, se corresponde con el 15,89% de los interrogantes realizados en el Seminario.

En la Tabla N° 65 se analizarán las preguntas más frecuentes en el Listado de necesidades según los temas propuestos. ¿Qué métodos/ tipos de/ anticonceptivos/ existen? se hizo 147 veces, las mujeres (137) lo preguntaron en el 93,20% de las oportunidades, solo 10 de los hombres (6,80%) se interesaron en este ítem, es decir el 32,25% de los hombres que preguntaron sobre anticonceptivos en el seminario. El 100% de las mujeres y hombres que interrogaron sobre métodos anticonceptivos hizo esta pregunta. Esta pregunta fue realizada por el 52,49% de las mujeres enfermeras.

Este cuestionamiento se corresponde con el 18,72% de los que se hicieron en el tema anticonceptivos por parte de las mujeres. Este interrogante representa el 20,08% de las preguntas hechas sobre anticonceptivos y el 3,18% del total de las 4625 preguntas planteadas. Fue hecha por el 52,49% de las 261 mujeres y el 32,26% de los 31 hombres participantes del seminario.

El interrogante ¿Qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz? fue planteado 97 veces, lo hicieron 85 mujeres, es decir el 58,5% de las que preguntaron sobre anticonceptivos y el 32,95% del total de mujeres entre las 261 participantes del seminario. Con relación a los hombres, 10 preguntaron, son el 6,80% de los que se interesaron sobre este ítem y 32,25% de quienes asistieron al seminario. Este interrogante representa el 13,25% de las preguntas hechas sobre anticonceptivos y el 2,10% del total de todas las preguntas planteadas.

La marcha atrás es un tema sobre el que se hace necesario llamar la atención. La pregunta ¿Es segura/ eficaz/ fiable la marcha atrás? fue realizada por 72 personas, La pregunta es frecuente en las mujeres, la realizaron 56 chicas, el 38,10% de las que preguntaron sobre anticoncepción y el 21,46% de todas las mujeres participantes del seminario. 83,33% de las oportunidades lo preguntaron por interés propio, y el 9,26% lo hicieron pensando que este es un interés de los hombres. Diez hombres, 6,8% de quienes preguntaron sobre anticoncepción y 32,26% del total de los que participaron en el seminario, realizaron este interrogante. A lo anterior hay que agregar otra pregunta sobre el mismo subtema ¿Practico la marcha atrás, puedo/e quedar embarazada/mi

pareja? fue propuesta por 38 personas, de ellas 37 fueron mujeres (97,3% de las oportunidades). Lo anterior se remata con el hecho de que trece personas preguntaron ¿La marcha atrás es un buen método anticonceptivo? siendo interrogada por nueve mujeres y cuatro hombres.

Cabe recalcar que con relación a la anticoncepción las mujeres no hicieron preguntas que consideran que los hombres harían, exceptuando el interrogante sobre si es segura/ eficaz/ fiable la marcha atrás que lo ponen en boca de seis hombres y la pregunta qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz.

¿Qué (método) anticonceptivo me recomienda/ aconseja? Fue el interrogante que hicieron 28 personas. El 100% de las veces lo hicieron las chicas.

Otra pregunta frecuente sobre anticoncepción fue ¿Qué efectos secundarios tengo/tiene por usar anticonceptivos? la plantearon 23 personas, veinte y dos de las consultantes fueron mujeres.

Veintiuna personas preguntaron ¿Qué métodos anticonceptivos/ orales/ existen para hombres? Cinco de estos consultantes fueron hombres, en el 95,65% de las oportunidades este fue un interrogante realizado por mujeres.

Otras preguntas relacionadas con el tema, en orden de veces que fueron planteadas son: a qué edad/ cuándo debo/ es bueno iniciar la toma de anticonceptivos; cómo se toman los anticonceptivos/ correctamente; qué falsos mitos hay sobre los anticonceptivos; hay diferencia en la eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales; qué método anticonceptivo es el más aconsejado/ recomendado; y, los anticonceptivos evitan/ protegen de/ las ETS.

4.4.3.2 Grupo temático preservativos

Tabla 66.- Número de preguntas sobre preservativos

Número de preguntas realizadas sobre preservativos por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	380	64	444	55	499
Porcentajes	76,15	12,83	88,98	11,02	100

En la Tabla N° 66 se observa que se realizaron en total 499 preguntas relacionadas con los preservativos, de ellas 444, equivalente al 88,98% de las veces fueron mujeres quienes las plantearon; en 380 oportunidades fueron intereses propios de las mujeres (76,15%)

y 64 interrogantes los hicieron las chicas por considerar que esto sería de interés de los hombres. El 11% de los interrogantes los plantearon los hombres (55 preguntas). Este tema motivó el 10,83% de los interrogantes en el Seminario.

Algunas de las preguntas sobre el preservativo se repitieron en varias oportunidades, al ser agrupadas por su similitud, estas se restringieron a 64 interrogantes diferentes. Las preguntas más frecuentes se analizarán a continuación (Ver Tabla N° 67):

Sobre preservativos preguntaron 83 personas de ellas 74 son mujeres (89,16%) y 9 hombres (10,84%).

Como puede observarse en el Tabla N° 55, la inquietud más consultada es ¿Cómo se pone el preservativo/ correctamente? Se preguntó sobre este ítem en ciento siete oportunidades, 98 veces lo interrogaron las mujeres que representan el 91,58% de las ocasiones en que se interrogó al respecto; solo nueve hombres se lo preguntan, correspondiendo al 8,41% de los interrogantes sobre este aspecto. Lo hicieron como una cuestión propia 74 mujeres y en 24 de las oportunidades pensando en que este es un cuestionamiento que harían los hombres. De las 83 personas que consultaron sobre este tema 74 son mujeres (89,16% del total) y 9 son hombres (10,84 del total). El 100% de las mujeres y hombres que interrogaron sobre preservativos hizo esta pregunta. Estas personas igualmente corresponden al 28,35 del total de 261 enfermeras y al 29,09% de los enfermeros participantes del seminario. Esta pregunta fue hecha por el 28,92% de las mujeres que interrogaron sobre preservativos, la hicieron considerando que esto les interesa a los hombres, ellas son el 9,2% de las 261 mujeres participantes del seminario.

Las mujeres se interesan más que los hombres en el riesgo inherente a la rotura del condón. La pregunta ¿Qué tengo que hacer si se me rompe un preservativo? fue hecha por 55 personas, siendo realizada en un 94,54% de las oportunidades por mujeres; únicamente 3 de los nueve hombres que hicieron interrogantes sobre preservativos se plantean esta duda.

¿En qué momento/ del acto sexual/ se debe poner el preservativo? es un interrogante planeado por 26 personas, 20 mujeres lo hicieron como duda propia, 5 consideran que es una duda de los hombres, pero solo uno de ellos lo pregunta. La pregunta la hicieron el 24% de las mujeres quienes interrogaron sobre preservativos.

Tabla 67.- Preguntas más frecuentes sobre preservativos

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Preservativo	Número de preguntas			Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario							
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el seminario	Veces que se ha preguntado el ítem en el seminario		
Cómo se pone el preservativo/ correctamente	74	24	98	9	107	89,16	28,92	10,84	14,83	7,64	1,80	28,35	9,20	37,55	29,03	21,44	2,31
Qué tengo que hacer si se me rompe un preservativo	52	0	52	3	55	62,65	0,00	3,61	10,42	0,00	0,60	19,92	0,00	19,92	9,68	11,02	1,19
En qué momento/ del acto sexual/ se debe poner el preservativo	20	5	25	1	26	24,10	6,02	1,20	4,01	1,59	0,20	7,66	1,92	9,58	3,23	5,21	0,56
Es más seguro si se utilizan dos condones	19	5	24	1	25	22,89	6,02	1,20	3,81	1,59	0,20	7,28	1,92	9,20	3,23	5,01	0,54
Se pierde la sensibilidad al ponerse un condón	13	6	19	5	24	15,66	7,23	6,02	2,61	1,91	1,00	4,98	2,30	7,28	16,13	4,81	0,52
Es necesario complementar los anticonceptivos/ la píldora con el preservativo	12	5	17	1	18	14,46	6,02	1,20	2,40	1,59	0,20	4,60	1,92	6,51	3,23	3,61	0,39
Se puede utilizar dos veces el mismo condón	8	3	11	1	12	9,64	3,61	1,20	1,60	0,96	0,20	3,07	1,15	4,21	3,23	2,40	0,26
Es fiable el preservativo	11	0	11	0	11	13,25	0,00	0,00	2,20	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	2,20	0,24
Los preservativos de sabores sirven solo para el sexo oral	0	10	10	0	10	0,00	12,05	0,00	0,00	3,18	0,00	0,00	3,83	3,83	0,00	2,00	0,22
Qué hago si se queda el condón dentro de la vagina	9	0	9	0	9	10,84	0,00	0,00	1,80	0,00	0,00	3,45	0,00	3,45	0,00	1,80	0,19
Qué debo hacer si el condón se rompe	9	0	9	0	9	10,84	0,00	0,00	1,80	0,00	0,00	3,45	0,00	3,45	0,00	1,80	0,19
Da menos placer si se usa preservativo	7	0	7	1	8	8,43	0,00	1,20	1,40	0,00	0,20	2,68	0,00	2,68	3,23	1,60	0,17

En orden de importancia según el número de oportunidades en que fue planteada, continua la pregunta ¿Es más seguro si se utilizan dos condones? 25 interrogaciones se hicieron sobre este tema; las mujeres manifiestan más dudas sobre la seguridad del condón que los hombres, este tema lo plantearon 19 chicas como cuestión propia y cinco creyendo que esta es una duda de los hombres, sin embargo solo uno de ellos interrogó al respecto.

La sensibilidad interesa a los hombres más que a las mujeres ¿Se pierde la sensibilidad al ponerse un condón? es un tema que se preguntó en 24 oportunidades; trece mujeres, correspondientes al 5% de la población total femenina, se interesaron en este ítem como duda propia, 6 mujeres lo hicieron pensando que ésta es una duda masculina y 5 hombres lo preguntaron, es decir el 16,13 % de los participantes en el seminario. Corresponde este interrogante al 4,81% de interrogantes hechos en el tema.

Con relación a la pregunta ¿Es necesario complementar los anticonceptivos/ la píldora con el preservativo? que fue planteada en 18 ocasiones, 12 de las veces fue hecha por mujeres como necesidad propia (4,6% de las participantes en el seminario) y cinco como necesidad que ellas consideran es de importancia para los chicos, sin embargo solo uno de ellos se interesó en esta cuestión.

¿Qué formas hay de poner los preservativos? es una pregunta eminentemente femenina, las 17 veces que se preguntó lo hicieron mujeres, pero ellas solo representan el 6,51% de las mujeres encuestadas.

Se puede utilizar dos veces el mismo condón; es fiable el preservativo; los preservativos de sabores sirven sólo para el sexo oral; en qué momento debe ponerse el condón; qué hago si se queda el condón dentro de la vagina; qué debo hacer si el condón se rompe; y, da menos placer si se usa preservativo, son otros de los interrogantes que sobre preservativos hicieron los y las participantes del seminario.

4.4.3.3 Grupo temático Primera vez y virginidad

Tabla 68.- Numero de preguntas sobre la virginidad y la primera vez

Número de preguntas realizadas con relación a la Primera vez y la virginidad por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario	Seminario				
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se le preguntado
Suma total	418	29	447	28	475
Porcentajes	88,00	6,11	94,11	5,89	100

En la Tabla N° 68 se observa que se realizaron en total 475 interrogantes vinculados con la Primera vez y virginidad, de ellas 447, equivalentes al 94,1% de las veces fueron mujeres quienes plantearon las preguntas; en 418 oportunidades fueron intereses propios de las mujeres (88%) y 29

de los interrogantes los hicieron las chicas por considerar que esto sería de interés de los hombres. El 5,89% de los interrogantes los plantearon los hombres (28 preguntas).

Sobre la primera vez preguntaron en total 113 personas de ellas 105 son mujeres (92,92%) y 8 hombres (7%). El tema de la Primera vez se planteó en un 9,33% de oportunidades en el seminario.

Diferentes preguntas relacionadas con la primera vez se repitieron en varias oportunidades, al ser agrupadas por su similitud, estas se restringieron a 31 interrogantes diferentes. Las preguntas más frecuentes se analizarán a continuación:

La pregunta más frecuente está relacionada con el dolor: ¿Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad? la interrogación se hizo 113 veces; la hicieron 105 mujeres (92,92%) y 8 hombres (7%). Este cuestionamiento corresponde al 26,28% de las consultas relacionadas con la primera vez, las mujeres lo hicieron el 24,42% de las veces y los hombres únicamente el 1,86%. En el total de preguntas hechas en el seminario este ítem solo es el 2,44% de los interrogantes; le interesa el tema al 40,23% de todas las mujeres en el seminario y al 25,81 de los hombres en la misma condición.

Tabla 69.- Preguntas sobre la primera vez

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Primera vez	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad	105	0	105	8	113	92,92	0,00	7,08	24,42	0,00	1,86	40,23	0,00	40,23	25,81	26,28	2,44
Qué edad debo tener para iniciarme	45	5	50	4	54	39,82	4,42	3,54	10,47	1,16	0,93	18,60	1,92	20,51	12,90	12,56	1,17
En mi/ su primera relación sangraré/ mancharé	34	0	34	2	36	30,09	0,00	1,77	7,91	0,00	0,47	14,05	0,00	14,05	6,45	8,37	0,78
La penetración duele/ escuece, porque la tendrá muy grande/ soy estrecha	27	0	27	0	27	23,89	0,00	0,00	6,28	0,00	0,00	11,16	0,00	11,16	0,00	6,28	0,58
Cómo debo actuar/ empezar la primera vez	16	5	21	1	22	14,16	4,42	0,88	3,72	1,16	0,23	6,61	1,92	8,53	3,23	5,12	0,48
Me puedo quedar embarazada la primera vez que se hace	20	0	20	1	21	17,70	0,00	0,88	4,65	0,00	0,23	8,26	0,00	8,26	3,23	4,88	0,45
Me puedo quedar embarazada con solo meterla un poco/ la punta	11	5	16	0	16	9,73	4,42	0,00	2,56	1,16	0,00	4,55	1,92	6,46	0,00	3,72	0,35
Es normal sangrar la primera vez	12	0	12	1	13	10,62	0,00	0,88	2,79	0,00	0,23	4,96	0,00	4,96	3,23	3,02	0,28
Se sangra siempre en las relaciones	11	0	11	1	12	9,73	0,00	0,88	2,56	0,00	0,23	4,55	0,00	4,55	3,23	2,79	0,26
Mi novio quiere tener relaciones y yo tengo miedo qué debo hacer	11	0	11	0	11	9,73	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00	4,55	0,00	4,55	0,00	2,56	0,24
Por qué sangras la primera vez	10	0	10	0	10	8,85	0,00	0,00	2,33	0,00	0,00	4,13	0,00	4,13	0,00	2,33	0,22
Los hombres sangran cuando pierden la virginidad	10	0	10	0	10	8,85	0,00	0,00	2,33	0,00	0,00	4,13	0,00	4,13	0,00	2,33	0,22
Cuándo sé si estoy preparada/o para hacerlo	8	0	8	2	10	7,08	0,00	1,77	1,86	0,00	0,47	3,31	0,00	3,31	6,45	2,33	0,22
Qué es la virginidad	10	0	10	4	14	71,43	0,00	28,57	25,64	0,00	10,26	3,83	0,00	3,83	12,90	35,90	0,30
Cuándo perder la virginidad	9	0	9	2	11	64,29	0,00	14,29	23,08	0,00	5,13	3,45	0,00	3,45	6,45	28,21	0,24
Cómo se puede perder la virginidad	5	0	5	0	5	35,71	0,00	0,00	12,82	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	12,82	0,11
Cuándo debe perderse la virginidad	5	0	5	0	5	35,71	0,00	0,00	12,82	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	12,82	0,11
Si te masturbas con algo pierdes la virginidad	2	0	2	0	2	14,29	0,00	0,00	5,13	0,00	0,00	0,77	0,00	0,77	0,00	5,13	0,04

El interrogante ¿Qué edad debo tener para iniciarme? se realizó 54 veces; lo hicieron 45 mujeres (39,82%) y 4 hombres (3,54%), cinco mujeres preguntaron al respecto considerando que esta es una inquietud de los hombres. Este planteamiento corresponde al 12,46% de las consultas relacionadas con la edad de inicio, las mujeres lo hicieron el 10,47% de las veces, los hombres tan solo el 0,93%; cinco mujeres consideran que esta es también una necesidad de los hombres. En el total de preguntas hechas en el seminario este ítem solo es el 1,17% de los interrogantes; le interesa el tema al 18,60% de todas las mujeres en el seminario y al 12,9 de los hombres que cumple este mismo requisito.

¿En mi/ su primera relación sangraré (á)/ mancharé (á)? Es un cuestionamiento realizado en 36 oportunidades; lo hicieron 34 mujeres (30%) y únicamente 2 hombres que hacían la pregunta no con relación a ellos mismos, sino a su pareja sexual. Este planteamiento corresponde al 8,37% de las consultas relacionadas con la primera vez, las mujeres lo plantearon 7,9% de las veces, los hombres únicamente el 0,47%. En el total de interrogantes hechos en el seminario este ítem representa el 0,78% de ellos; le preocupa el tema al 14% de todas las mujeres y al 6,45% de los hombres que se hicieron presentes en el seminario.

Las mujeres relacionan el dolor en la penetración con dos situaciones: que ellas son “estrechas” o que ellos tiene el pene muy grande; 27 mujeres preguntaron al respecto, ellas son el 11% de todas las participantes del seminario. La pregunta responde al 6,28% de los interrogantes planteados sobre la primera vez y al 0,58% de todos los planteados durante el seminario.

Me puedo quedar embarazada la primera vez que se hace o con solo meterla un poco/ la punta, son preguntas que igualmente fueron planteadas, esta ultima la hicieron 5 mujeres como pregunta que ellas creen que los hombres harían, sin embargo ningún hombre la hizo. Algunas otros interrogantes planteados son: Es normal sangrar la primera vez, Se sangra siempre en las relaciones, Mi novio quiere tener relaciones y yo tengo miedo qué debo hacer, Por qué sangras la primera vez, Los hombres sangran cuando pierden la virginidad, y, Cuándo sé si estoy preparada/o para hacerlo.

Un grupo de preguntas se hacen directamente relacionadas con la virginidad, pero son poco representativas. La más frecuente: qué es la virginidad, solo fue planteada en 14 oportunidades, 10 de las veces la hicieron mujeres y cuatro los hombres.

4.4.3.4 Grupo temático Píldora del día después

En la tabla N° 70 se observa que sobre la Píldora del día después se realizaron en total 223 cuestionamientos, de ellos 209, equivalentes al 93,72% son preguntas realizadas por las mujeres; diez de las preguntas fueron hechas por hombres. Quienes querían saber cosas como si se la pueden dar sin que los padres se enteren, si a ellos se las pueden recetar para sus novias, o, cómo pueden conseguirla.

Tabla 70.- Número de preguntas sobre Píldora del día después

Número de preguntas realizadas sobre la Píldora del día después por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	209	4	213	10	223
Porcentajes	93,72	1,79	95,52	4,48	100

Sobre la primera vez preguntaron en total 20 personas, de ellas 19 son mujeres (95%). Los cuestionamientos sobre la Píldora del día después fueron el 4,84% del total de preguntas del seminario.

La pregunta más frecuente con relación a la Píldora del día después se relaciona con saber cómo funciona; la

hicieron 27 mujeres que son el 10,34% del total de chicas en el seminario. Al interior

del tema este ítem se planteó el 40,3% de las oportunidades; en el seminario fue el 0,58% de veces en el seminario.

El siguiente ítem en importancia en este tema lo hicieron 21 mujeres, el 8% del total de ellas, les interesaba conocer si la píldora del día después es/ se puede usar como un método anticonceptivo. Este ítem se preguntó 29,58% de oportunidades en el tema y corresponde al 0,58% de las veces que se preguntó en el seminario.

Tabla 71.- Preguntas sobre Píldora del día después

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Píldora del día después	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Cómo funciona la píldora del día después	27	0	27	0	27	93,10	0,00	0,00	40,30	0,00	0,00	10,34	0,00	10,34	0,00	40,30	0,58
La píldora del día después es/ se puede usar como un método anticonceptivo	21	0	21	0	21	72,41	0,00	0,00	31,34	0,00	0,00	8,05	0,00	8,05	0,00	29,58	0,45
En dónde se puede pedir/conseguir la píldora del día después	17	0	17	0	17	58,62	0,00	0,00	25,37	0,00	0,00	6,51	0,00	6,51	0,00	23,94	0,37
Cuánto tiempo después de la penetración se debe tomar la píldora del día después	16	0	16	0	16	55,17	0,00	0,00	23,88	0,00	0,00	6,13	0,00	6,13	0,00	22,54	0,35
Cuántas veces se puede tomar la píldora del día después	16	0	16	0	16	55,17	0,00	0,00	23,88	0,00	0,00	6,13	0,00	6,13	0,00	22,54	0,35
Qué efectos secundarios tiene la píldora del día después	14	0	14	0	14	48,28	0,00	0,00	20,90	0,00	0,00	5,36	0,00	5,36	0,00	19,72	0,30
Si se rompe el condón me pueden dar la píldora del día después	13	0	13	0	13	44,83	0,00	0,00	19,40	0,00	0,00	4,98	0,00	4,98	0,00	18,31	0,28
Es más dolorosa la primera regla después de tomar la píldora del día después	10	0	10	0	10	34,48	0,00	0,00	14,93	0,00	0,00	3,83	0,00	3,83	0,00	14,08	0,22
Puede recetarme la píldora del día después para mi novia	0	0	0	2	2	0,00	0,00	6,90	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	6,45	2,82	0,04	

A diecisiete mujeres les interesó conocer ¿En dónde se puede pedir/conseguir la píldora del día después? Ellas son el 6,5% del total de mujeres en el seminario. Este aspecto le interesa al 0,37% de las preguntas en el seminario y al 23,94 en el tema.

Las preguntas Cuánto tiempo después de la penetración se debe tomar la píldora del día después y Cuántas veces se puede tomar la píldora del día después fueron puestas en común cada una de ellas por dieciséis mujeres, el 6,1% del grupo de mujeres asistentes al seminario. Este ítem fue planteado como el 22,54% de los interrogantes dentro del tema y el 0,35 del seminario.

Otras preguntas realizadas fueron: Qué efectos secundarios tiene la píldora del día después (14 mujeres/5,36% del total de ellas); Si se rompe el condón me pueden dar la píldora del día después (13 mujeres/5 % del total de ellas); Es más dolorosa la primera regla después de tomar la píldora del día después (10 mujeres/3,83% del total de ellas).

4.4.3.5 Grupo temático Menstruación

En la Tabla N° 71 se analiza que se hicieron en total 388 preguntas relacionadas con la Menstruación, de ellas 370, equivalentes al 95,36% de las veces fueron mujeres

quienes plantearon las preguntas; en 365 oportunidades fueron intereses propios de las mujeres (94%) y de los cuestionamientos, cinco los hicieron las chicas por considerar que esto sería de interés de los hombres. dieciocho preguntaron sobre el tema menstruación las hicieron hombres, siendo estas el 4,64% de los interrogantes sobre aspectos relacionados con la menstruación. Sobre la menstruación interrogaron en total 113 personas, de ellas 136 son mujeres (92,51%) y 7 hombres (7,49%). El tema de la Menstruación se corresponde con el 8,42% de las preguntas planteadas en el seminario por las y los estudiantes.

Tabla 72.- Número de preguntas sobre menstruación

Número de preguntas realizadas sobre la Menstruación por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	365	5	370	18	388
Porcentajes	94,07	1,29	95,36	4,64	100

Diversas son preguntas relacionadas con la menstruación, varias de ellas se repitieron en diferentes oportunidades; se agruparon por su similitud y se restringieron a 34 interrogantes diferentes. Los cuestionamientos más comunes se estudiarán a continuación:

Llama la atención en este tema que existe un gran desconocimiento sobre la menstruación relacionada con los periodos fértiles de la mujer, ello se demuestra en que de las seis primeras preguntas en orden de importancia cuatro se relacionan con este tema y suman 213 cuestionamientos.

La primera pregunta planteada es ¿Te puedes quedar embarazada si follas/tienes sexo con la regla/menstruación/ periodo? El interrogante se hizo 143 veces; con relación al sexo de quienes interrogaron, lo hicieron 136 mujeres (95,1%) y 7 hombres (4,9%).

Este cuestionamiento corresponde al 33,26% de las consultas relacionadas con la menstruación, las mujeres que lo hicieron son el 52,11% del total de mujeres en los seminarios y del de los hombres el 22,58%. En el total de preguntas hechas en el seminario este ítem solo es el 3,09% de los interrogantes.

¿En qué momento/ día(s)/ del periodo hay más riesgo/ probabilidad de embarazo? Es otra pregunta en la se insiste, y en la que también se interesó uno de los hombres además de las 36 mujeres que lo hicieron, ellas representan el 25,2% de quienes preguntaron sobre este tema y son el 13,79% del total de las participantes del

seminario. En el total de los ítems cuestionados solo representa este interrogante el 0,8% de las consultas.

¿Se puede tener sexo teniendo la regla? Lo preguntaron 31 mujeres, ellas son el 21,68% de quienes preguntaron sobre la menstruación en general, que igualmente representan el 11,88% de total de las que participaron de los seminarios.

Tabla 73.- Preguntas sobre menstruación

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Menstruación	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
	Te puedes quedar embarazada si follas/tienes sexo con la regla/menstruación/ periodo	136	0	136	7	143	95,10	0,00	4,90	31,63	0,00	1,63	52,11	0,00	52,11	22,58	33,26
En qué momento/ día(s)/ del periodo hay más riesgo/ probabilidad de embarazo	36	0	36	1	37	25,17	0,00	0,70	8,37	0,00	0,23	13,79	0,00	13,79	3,23	8,60	0,80
Se puede tener sexo teniendo la regla	31	5	36	1	37	21,68	3,50	0,70	7,21	1,16	0,23	11,88	1,92	13,79	3,23	8,60	0,80
Qué es la menstruación	15	0	15	1	16	10,49	0,00	0,70	3,49	0,00	0,23	5,75	0,00	5,75	3,23	3,72	0,35
Tengo dolores menstruales, qué debo hacer	13	0	13	0	13	9,09	0,00	0,00	3,02	0,00	0,00	4,98	0,00	4,98	0,00	3,02	0,28
Cómo es la regularidad de la menstruación	12	0	12	1	13	8,39	0,00	0,70	2,79	0,00	0,23	4,60	0,00	4,60	3,23	3,02	0,28
Cuándo/ Qué día hay menos riesgo de embarazo durante el periodo menstrual	10	0	10	1	11	6,99	0,00	0,70	2,33	0,00	0,23	3,83	0,00	3,83	3,23	2,56	0,24
Qué pasa si no me baja la regla	11	0	11	0	11	7,69	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	2,56	0,24
Con el roce del pene sobre la vagina hay riesgo de embarazo	11	0	11	0	11	7,69	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	2,56	0,24
Tengo reglas irregulares, qué debo hacer	10	0	10	0	10	6,99	0,00	0,00	2,33	0,00	0,00	3,83	0,00	3,83	0,00	2,33	0,22

Qué es la menstruación; Tengo dolores menstruales, qué debo hacer; Cómo es la regularidad de la menstruación; Cuándo/ Qué día hay menos riesgo de embarazo durante el periodo menstrual; Qué pasa si no me baja la regla; Con el roce del pene sobre la vagina hay riesgo de embarazo; y, Tengo reglas irregulares: qué debo hacer, son interrogantes relacionados con la menstruación que igualmente fueron planteados por los asistentes a las y los seminarios. Estas preguntas no se analizan porque no son representativas.

4.4.3.6 Grupo temático Enfermedades de Transmisión Sexual

En la Tabla N° 74, se estudian interrogantes vinculados con las Enfermedades de Transmisión Sexual, que se hicieron por los y las estudiantes en el seminario. Un total de 276 interrogantes fueron realizadas a este respecto; de ellos 236, equivalentes al 85,5% de las veces las mujeres fueron quienes los plantearon; 29 de las preguntas (10,5% del total en el tema) las hicieron hombres; once interrogantes los plantearon mujeres asumiendo que serían hechos por los hombres. Este tema fue planteado el 5,99% de las veces que se preguntó en el seminario.

Tabla 74.- Numero de preguntas sobre ETS

Número de preguntas realizadas con relación a las Enfermedades de Transmisión sexual por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	236	11	247	29	276
Porcentajes	85,51	3,99	89,49	10,51	100

El tema de las ETS despierta poco interés en las y los enfermeros, pues nunca llegaron a representar siquiera el 1% de las preguntas planteadas en el seminario. La pregunta más frecuente en el tema de las Enfermedades de Transmisión Sexual fue ¿Qué enfermedades se

pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón? DE las veces que se hizo este interrogante, lo hicieron 32 veces las mujeres como una pregunta propia (88,89%), cinco como pregunta que consideran harían los hombres (16,67%) y 3 veces preguntada directamente por ellos.

Veinte mujeres, 12,26% del total de ellas en el seminario, hicieron estas dos preguntas: Qué son las ETS y Cuáles son las ETS más frecuentes; la primera igualmente la propusieron cuatro hombres y tres, la segunda. Diecinueve mujeres interrogaron: Qué precauciones/ prevención he de llevar en cuanto a las ETS y dieciséis preguntaron Cuáles son los síntomas de las ETS.

Tabla 75.- Preguntas sobre ETS

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Enfermedades de Transmisión sexual	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón	32	6	38	3	41	88,89	16,67	8,33	11,59	2,17	1,09	12,26	2,30	14,56	9,68	14,86	0,89
Qué son las ETS	20	0	20	4	24	55,56	0,00	11,11	7,25	0,00	1,45	7,66	0,00	7,66	12,90	8,70	0,52
Cuáles son las ETS /más frecuentes	20	0	20	3	23	55,56	0,00	8,33	7,25	0,00	1,09	7,66	0,00	7,66	9,68	8,33	0,50
Qué precauciones/ prevención he de llevar en cuanto a las ETS	19	0	19	0	19	52,78	0,00	0,00	6,88	0,00	0,00	7,28	0,00	7,28	0,00	6,88	0,41
Cuáles son los síntomas de las ETS	16	0	16	0	16	44,44	0,00	0,00	5,80	0,00	0,00	6,13	0,00	6,13	0,00	5,80	0,35
Si estoy vacunada del papiloma, puedo contagiarme de ETS	13	0	13	0	13	36,11	0,00	0,00	4,71	0,00	0,00	4,98	0,00	4,98	0,00	4,71	0,28
Cómo se contagian/ se transmiten las enfermedades de transmisión sexual	11	0	11	0	11	30,56	0,00	0,00	3,99	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	3,99	0,24
Qué es papiloma virus	9	0	9	0	9	25,00	0,00	0,00	3,26	0,00	0,00	3,45	0,00	3,45	0,00	3,26	0,19
Qué es el sida	5	1	6	1	7	13,89	2,78	2,78	1,81	0,36	0,36	1,92	0,38	2,30	3,23	2,54	0,15
El sida se contagia por los besos	6	0	6	0	6	16,67	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	2,17	0,13
Cómo se eliminan las ladillas	5	0	5	0	5	13,89	0,00	0,00	1,81	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	1,81	0,11
Qué cantidad de VIH hay en el líquido preseminal	5	0	5	0	5	13,89	0,00	0,00	1,81	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	1,81	0,11

Sobre preguntas específicas con relación a las ETS estas se relacionan con el papiloma: ¿Si estoy vacunada del papiloma, puedo contagiarme de ETS? Lo preguntaron 13 mujeres, y ¿Qué es papiloma virus?, que lo interrogaron nueve.

Sobre el VIH/sida se destacan las preguntas: Qué es el sida (la hicieron seis mujeres y un hombre, una de ellas lo preguntó como interés masculino) y Qué cantidad de VIH hay en el líquido pre-seminal que lo interrogaron cinco mujeres; la misma cantidad que preguntó Cómo se eliminan las ladillas.

4.4.3.7 Grupo temático Eyaculación/ Masturbación

Tabla 76.- Numero de preguntas sobre eyaculación/ Masturbación

Número de preguntas realizadas con relación a la Eyaculación/ Masturbación por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	156	73	229	37	266
Porcentajes	58,65	27,44	86,09	13,91	100

En la Tabla N° 81 se analiza el tema Eyaculación/ Masturbación; un tema que ha generado 266 preguntas; de éstas 156 (58,65) las hicieron mujeres como interés propio, 73 interrogantes fueron planteados por ellas por considerar que es de interés de los hombres y 37 los hicieron ellos. Este tema respondió al 5,77% de los intereses temáticos del

seminario.

Treinta y dos veces se preguntó: Es malo masturbarse. En esta pregunta se destaca que 14 mujeres han hecho este interrogante pensando que es algo que se preguntarían los hombres, mientras que diez preguntas las hicieron como cuestionamiento propio; lo mismo han hecho ocho hombres, que representan el 25,8% del total de éstos. El interrogante responde al 0,69% del total de preguntas en el seminario.

Qué puedo hacer para no eyacular precozmente/ correrme pronto/ aguantar más/ durar más/ retardar, es una pregunta que de las 28 veces que se hizo, 16 veces fue interrogada por mujeres (3,45% del total de ellas en el seminario), quienes consideran es de interés de los hombres, aun cuando sólo lo preguntan tres de ellos; nueve mujeres proponen como propia esta pregunta. A pesar de que esta es la pregunta más frecuente solamente solo responde al 0,61% del total de preguntas en el seminario.

Tabla 77.- preguntas sobre eyaculación/ Masturbación

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Eyaculación/ Masturbación	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Es malo masturbarse/ mucho/ con frecuencia	10	14	24	8	32	50,00	70,00	40,00	3,76	5,26	3,01	3,83	5,36	9,20	25,81	12,03	0,69
Qué puedo hacer para no eyacular precozmente/ correrme pronto/ aguantar más/ durar más/ retardar	9	16	25	3	28	45,00	80,00	15,00	3,38	6,02	1,13	3,45	6,13	9,58	9,68	10,53	0,61
En qué consiste la masturbación	15	0	15	4	19	75,00	0,00	20,00	5,64	0,00	1,50	5,75	0,00	5,75	12,90	7,14	0,41
Cuántas veces me puedo masturbar en un día	10	5	15	4	19	50,00	25,00	20,00	3,76	1,88	1,50	3,83	1,92	5,75	12,90	7,14	0,41
Me puedo masturbar con un plátano, con una botella, con qué/ con qué materiales	16	0	16	0	16	80,00	0,00	0,00	6,02	0,00	0,00	6,13	0,00	6,13	0,00	6,02	0,35
Se puede adquirir infecciones masturbándose	5	5	10	0	10	25,00	25,00	0,00	1,88	1,88	0,00	1,92	1,92	3,83	0,00	3,76	0,22
Es preocupante para una mujer / es un problema la eyaculación precoz del hombre	4	5	9	1	10	20,00	25,00	5,00	1,50	1,88	0,38	1,53	1,92	3,45	3,23	3,76	0,22
Si un hombre se masturba y luego toca a una mujer se puede embarazar	7	0	7	1	8	35,00	0,00	5,00	2,63	0,00	0,38	2,68	0,00	2,68	3,23	3,01	0,17
Después de eyacular puedes penetrar sin riesgo de embarazo	6	0	6	1	7	30,00	0,00	5,00	2,26	0,00	0,38	2,30	0,00	2,30	3,23	2,63	0,15
Cómo podemos llegar los dos al mismo tiempo	0	6	6	0	6	0,00	30,00	0,00	0,00	2,26	0,00	0,00	2,30	2,30	0,00	2,26	0,13
A qué edad puedo dejar embarazada una chica	0	6	6	0	6	0,00	30,00	0,00	0,00	2,26	0,00	0,00	2,30	2,30	0,00	2,26	0,13
Es verdad que la masturbación en exceso produce ceguera	5	0	5	0	5	25,00	0,00	0,00	1,88	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	1,88	0,11

En qué consiste la masturbación y Cuántas veces me puedo masturbar en un día, son preguntas opuestas en su contenido; ambas fueron realizadas por diecinueve personas, en la primera preguntaron 15 mujeres y en la segunda 10. Cinco mujeres hicieron la segunda suponiendo que este es un interrogante masculino, pero ellos solo lo preguntaron cuatro veces, la misma cantidad que para la primera pregunta.

A algunas mujeres, en este caso a dieciséis, les interesa el interrogante: Me puedo masturbar con un plátano, con una botella, con qué/ con qué materiales. Ellas equivalen al 6,13% del total de mujeres en el seminario y la pregunta se ha interrogado 0,35% de las veces que se preguntó en el mismo.

Se observa que seis mujeres han preguntado como si fuera interés de los hombres: ¿Cómo podemos llegar los dos al mismo tiempo? ¿A qué edad puedo dejar embarazada una chica? estas preguntas no las hizo ningún hombre.

¿Se puede adquirir infecciones masturbándose? y ¿Es preocupante para una mujer / es un problema la eyaculación precoz del hombre? lo preguntaron cinco mujeres creyendo que es interés de los hombres, y respectivamente cinco y cuatro lo preguntaron como interés propio. Un hombre preguntó sobre la eyaculación precoz.

4.4.3.8 Grupo temático Sexo oral

En la Tabla N° 78 se analizan las dudas sobre Sexo oral; se hicieron 235 preguntas: el 5,1% del total de interrogantes del seminario. El tema le interesa al 91,6%

de quienes preguntaron, es decir las 214 preguntas las hacen mujeres; nueve preguntas las realizan ellas pensando en lo que preguntarían los hombres y 12 de las preguntas las hacen éstos, que son el 5,1% de las preguntas en el tema. En este tema llama la atención que se relaciona el sexo oral en la gran mayoría de los casos con la felación y no con el cunnilingus o el anilingus.

Tabla 78.- Numero de preguntas sobre sexo oral

Número de preguntas realizadas con relación con el Sexo oral por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	214	9	223	12	235
Porcentajes	91,06	3,83	94,89	5,11	100

La pregunta más frecuente la hicieron 66 mujeres (25,3% del total en el seminario), cinco de ellas preguntaron asumiendo que este es un interés de los hombres y 3 de ellos hicieron este mismo planteamiento. La pregunta: Si tragas semen/ Si eyaculan en tu boca/ con el sexo oral puedo/e quedar

embarazada, demuestra un bajo conocimiento de la anátomo-fisiología del cuerpo femenino, desconocimiento que representan el 38,3% y 11,5% de las preguntas sobre el tema.

Tabla 79.- Preguntas sobre sexo oral

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Sexo oral	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hom bres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hom bres	Hom bres	Mujeres	Mujeres X Hom bres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hom bres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Si tragas semen/ Si eyaculan en tu boca/ con el sexo oral puedo/e quedar embarazada	81	5	86	4	90	117,39	7,25	5,80	34,47	2,13	1,70	31,03	1,92	32,95	12,90	38,30	1,95
Se transmiten enfermedades/ hay riesgo de ETS realizando el sexo oral	26	0	26	1	27	37,68	0,00	1,45	11,06	0,00	0,43	9,96	0,00	9,96	3,23	11,49	0,58
Qué sucede si se traga el semen	23	0	23	1	24	33,33	0,00	1,45	9,79	0,00	0,43	8,81	0,00	8,81	3,23	10,21	0,52
Se coge alguna enfermedad realizando el sexo oral con condón	22	0	22	1	23	31,88	0,00	1,45	9,36	0,00	0,43	8,43	0,00	8,43	3,23	9,79	0,50
Es malo tragarse el semen	11	0	11	0	11	15,94	0,00	0,00	4,68	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	4,68	0,24
Qué es el sexo oral	9	1	10	0	10	13,04	1,45	0,00	3,83	0,43	0,00	3,45	0,38	3,83	0,00	4,26	0,22
Qué medidas debo tomar para tener sexo oral	10	0	10	0	10	14,49	0,00	0,00	4,26	0,00	0,00	3,83	0,00	3,83	0,00	4,26	0,22
Hace falta el preservativo para el sexo oral	10	0	10	0	10	14,49	0,00	0,00	4,26	0,00	0,00	3,83	0,00	3,83	0,00	4,26	0,22
Mi novia quiere chupármela, eso es normal	3	3	6	3	9	4,35	4,35	4,35	1,28	1,28	1,15	1,15	1,15	2,30	9,68	3,83	0,19
Es verdad que/ el semen sabe diferente/ según lo que coma el chico/ cambiar el sabor	6	0	6	1	7	8,70	0,00	1,45	2,55	0,00	0,43	2,30	0,00	2,30	3,23	2,98	0,15
Sabe mal el semen	7	0	7	0	7	10,14	0,00	0,00	2,98	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	2,98	0,15

Dos preguntas relacionan el sexo oral con las ETS: Se transmiten enfermedades/ hay riesgo de ETS realizando el sexo oral y Se coge alguna enfermedad realizando el sexo oral con condón. La primera de ellas la hacen 26 mujeres y la segunda 22 de ellas, estos porcentajes se corresponden con el 33% y el 10% del total de las mujeres en el seminario. Estas dos preguntas igualmente las hace un hombre. Estos interrogantes representan el 11,5% y el 9,8% de las preguntas sobre el tema.

Dos preguntas “puente” igualmente aparecen entre las seis más frecuentes: Qué sucede si se traga el semen y, Es malo tragarse el semen. Estas que pueden ser relacionadas tanto con el temor al embarazo como con el temor a las ETS fueron hechas respectivamente por 23 y 11 mujeres, es decir el 8,8% y 4,2% del total de mujeres. La primera igualmente la hace un hombre.

Dos preguntas que hacen cada una de ellas diez mujeres se relacionan con el autocuidado en el sexo oral: Qué medidas debo tomar para tener sexo oral y, Hace falta el preservativo para el sexo oral. Ellas son el 3,83% de las mujeres en el seminario.

Otro interrogante que se hace, aun cuando poco frecuente (nueve veces) es: Mi novia quiere chupármela, eso es normal. Esta pregunta es llamativa por cuanto la hacen 3 mujeres, por ellas mismas, tres la ponen en boca de hombres y tres de ellos la preguntan por sí mismos.

Dos preguntas, que hacen cada una siete personas, se relaciona con el sabor del semen: Es verdad que/ el semen sabe diferente/ según lo que coma el chico/ cambia el sabor y, Sabe mal el semen. La primera la plantean seis mujeres y un hombre, la segunda la hacen únicamente mujeres.

4.4.3.9 Grupo temático Sexualidad

Tabla 80.- Numero de preguntas sobre Sexualidad

Número de preguntas realizadas con relación con la Sexualidad por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	123	51	174	40	214
Porcentajes	57,48	23,83	81,31	18,69	100

En la Tabla N° 80 se analiza el número de preguntas sobre el tema Sexualidad; al respecto se hicieron 214 preguntas; las mujeres realizaron 123 interrogantes por ellas mismas y 51 planteándolos como necesidades informativas de los hombres; estos hicieron 40 cuestionamientos.

El panorama sobre preguntas relacionadas con la sexualidad es muy amplio, sin embargo en este grupo se dejaron únicamente aquellas preguntas que no se clasificaron

en los demás temas planteados. La pregunta más frecuente ha sido: Cuál es la mejor postura en una relación sexual/ produce mayor placer; la hicieron en 23 oportunidades y siempre mujeres, 17 veces la propusieron como duda propia y seis como interés de los hombres. Este tema responde al 0,5% de los interrogantes del seminario.

Tabla 81.- Preguntas sobre el tema Sexualidad

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Sexualidad	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres		
Cuál es la mejor postura en una relación sexual/ produce mayor placer	17	6	23	0	23	77,27	27,27	0,00	7,94	2,80	0,00	6,51	2,30	8,81	0,00	10,75	0,50
Cuánto tiempo debe durar una relación sexual	7	9	16	0	16	31,82	40,91	0,00	3,27	4,21	0,00	2,68	3,45	6,13	0,00	7,48	0,35
Qué me puede decir sobre el desarrollo hormonal	8	0	8	3	11	36,36	0,00	13,64	3,74	0,00	1,40	3,07	0,00	3,07	9,68	5,14	0,24
Cuál es la postura / el método que más excita a la mujer	4	6	10	0	10	18,18	27,27	0,00	1,87	2,80	0,00	1,53	2,30	3,83	0,00	4,67	0,22
Cuánto tarda en morir un espermatozoide en el medio ambiente	5	0	5	5	10	22,73	0,00	22,73	2,34	0,00	2,34	1,92	0,00	1,92	16,13	4,67	0,22
Qué es la sexualidad	6	0	6	3	9	27,27	0,00	13,64	2,80	0,00	1,40	2,30	0,00	2,30	9,68	4,21	0,19
Si tengo molestias mientras mantengo relaciones, por qué puede ser	7	0	7	0	7	31,82	0,00	0,00	3,27	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	3,27	0,15
Todas mis amigas/os tiene sexo y yo no, eso es malo/ es normal	6	0	6	1	7	27,27	0,00	4,55	2,80	0,00	0,47	2,30	0,00	2,30	3,23	3,27	0,15
Qué pasa si no me gustan/ disfrutan las relaciones sexuales	7	0	7	0	7	31,82	0,00	0,00	3,27	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	3,27	0,15
Qué debo hacer si al tener relaciones siento mucho dolor	2	5	7	0	7	9,09	22,73	0,00	0,93	2,34	0,00	0,77	1,92	2,68	0,00	3,27	0,15
Cuándo hay identificación de la propia sexualidad	5	0	5	0	5	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	2,34	0,11
Cómo se usa el consolador	5	0	5	0	5	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	2,34	0,11
Me pica/ tengo picor el área genital, /después del sexo/ a qué se puede deber	4	0	4	1	5	18,18	0,00	4,55	1,87	0,00	0,47	1,53	0,00	1,53	3,23	2,34	0,11
Hay algún truco para aguantar más actos sexuales	4	0	4	1	5	18,18	0,00	4,55	1,87	0,00	0,47	1,53	0,00	1,53	3,23	2,34	0,11
A quién se debe acudir para preguntas sexuales	5	0	5	0	5	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	2,34	0,11
A dónde se debe acudir para preguntas sexuales	5	0	5	0	5	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	2,34	0,11
Una mujer joven puede tener la menopausia	5	0	5	0	5	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	2,34	0,11
Por qué dicen los hombres que le duelen los huevos después de un calentón/ cuando r	1	4	5	0	5	4,55	18,18	0,00	0,47	1,87	0,00	0,38	1,53	1,92	0,00	2,34	0,11
Es cierto que si tengo pirsing en la lengua, mi chica lo disfruta más	0	5	5	0	5	0,00	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	2,34	0,11
El consumo de alcohol repercute a la hora de tener relaciones	0	5	5	0	5	0,00	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	2,34	0,11
El consumo de anabolizantes repercute a la hora de tener relaciones	0	5	5	0	5	0,00	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	2,34	0,11
Qué es el peeling	0	5	5	0	5	0,00	22,73	0,00	0,00	2,34	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	2,34	0,11

A siete mujeres les interesa ¿Cuánto tiempo debe durar una relación sexual?

Nueve mujeres lo plantean como duda de los hombres, pero ninguno de ellos lo pregunta.

Las preguntas: Qué me puede decir sobre el desarrollo hormonal, Cuál es la postura / el método que más excita a la mujer, Cuánto tarda en morir un espermatozoide en el medio ambiente, y, Qué es la sexualidad fueron realizadas respectivamente por once, diez, nueve y nueve personas. Llama la atención que seis mujeres preguntan ¿Cuál es la postura / el método que más excita a la mujer? como si fuera este un interés de los hombres pero ni ninguno de ellos lo preguntan.

Siete veces cada una de ellas se hicieron las preguntas: Si tengo molestias mientras mantengo relaciones, por qué puede ser; Todas mis amigas/os tiene sexo y yo

no, eso es malo/ es normal; Qué pasa si no me gustan/ disfrutan las relaciones sexuales; y, Qué debo hacer si al tener relaciones siento mucho dolor. Esta última pregunta la pusieron en boca de hombres un grupo de cinco mujeres.

Los hombres propusieron 40 interrogantes sobre sexualidad, siendo este el primer tema en importancia en interés para ellos.

4.4.3.10 Grupo temático Orientación sexual

Tabla 82.- Numero de preguntas sobre orientación sexual

Número de preguntas realizadas con relación con la Orientación sexual por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	91	48	139	12	151
Porcentajes	60,26	31,79	92,05	7,95	100

En la tabla N° 82 se analiza el número de preguntas sobre Orientación sexual; sobre este se hicieron 151 preguntas, el 3,28% del total de preguntas en el seminario; de ellas 91 fueron hechas por mujeres como interés propio, 48 por mujeres que preguntaron asumiendo que es un tema de interés de los hombres y 12 directamente

hechas por ellos.

Sobre este tema las diferentes preguntas fueron propuestas por grupos pequeños de estudiantes. La más frecuente ¿Qué es la homosexualidad? únicamente la hicieron quince personas, de ellas 14 fueron mujeres.

La siguiente pregunta en cuanto a cantidad de interrogantes solo la hicieron 14 personas, 11 de ellas mujeres que preguntan por interés propio y dos como interés que ellas creen es de los hombres.

Cabe destacar que pocos hombres preguntaron por este tema y en ninguna de las preguntas lo hizo más de uno. Las preguntas sobre orientación sexual no son significativas. En este tema se incluyeron preguntas sobre transexualidad y sobre travestismo. Hay interés sobre la lesbianidad, pero la pregunta más frecuente en este aspecto: Sentir deseos/ atracción por una compañera es ser lesbiana, solo la plantearon siete mujeres.

Por otra parte, hay una serie de preguntas en las que las mujeres asumen que es interés de los hombres conocer la respuesta, pero que ellos no lo preguntan, cada una de ellas solo la hicieron cinco mujeres, por ejemplo: Cuándo una persona puede empezar a hormonarse para feminizarse; Cómo se hace el proceso de hormonación; Cómo puedo acentuar mis rasgos masculinos; Me atraen hombres y mujeres, cómo decidirme; Si me

miran estando desnudo en la ducha, es normal; Cómo se le dice a la madre que se es gay; o, Gustándome las chicas tengo necesidad de penetrar analmente, es malo.

Tabla 83.- Preguntas sobre orientación sexual

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Orientación sexual	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
	Qué es la homosexualidad	14	0	14	1	15	93,33	0,00	6,67	9,27	0,00	0,66	5,36	0,00	5,36	3,23	9,93
Qué es la orientación sexual	11	2	13	1	14	73,33	13,33	6,67	7,28	1,32	0,66	4,21	0,77	4,98	3,23	9,27	0,30
Me atraen hombres y mujeres, qué me pasa	5	5	10	0	10	33,33	33,33	0,00	3,31	3,31	0,00	1,92	1,92	3,83	0,00	6,62	0,22
Sentir deseos/ atracción por una compañera es ser lesbiana	7	0	7	0	7	46,67	0,00	0,00	4,64	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	4,64	0,15
A mi chico le gusta que le meta el dedo atrás, es homosexual	6	0	6	0	6	40,00	0,00	0,00	3,97	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	3,97	0,13
Qué es la transexualidad	5	0	5	1	6	33,33	0,00	6,67	3,31	0,00	0,66	1,92	0,00	1,92	3,23	3,97	0,13
Son sinónimos travesti y transexual	0	6	6	0	6	0,00	40,00	0,00	0,00	3,97	0,00	0,00	2,30	2,30	0,00	3,97	0,13
No sé si me gustan los chicos o las chicas, qué debo hacer	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Si a veces le gustan/ atraen los chicos a un hombre, es normal	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Cómo sé si soy lesbiana	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Si soy lesbiana que practicas puedo tener	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Cómo se tienen relaciones entre chicas	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Si me atraen las chicas debo decirselo a mi novio	5	0	5	0	5	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,31	0,11
Cuándo una persona puede empezar a hormonarse para feminizarse	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Cómo se hace el proceso de hormonación	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Cómo puedo acentuar mis rasgos masculinos	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Me atraen hombres y mujeres, cómo decidirme	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Si me miran estando desnudo en la ducha, es normal	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Cómo se le dice a la madre que se es gay	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Gustándome las chicas tengo necesidad de penetrar analmente, es malo	0	5	5	0	5	0,00	33,33	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,31	0,11
Soy heterosexual pero si tengo fantasías con mujeres, qué significa	4	0	4	1	5	26,67	0,00	6,67	2,65	0,00	0,66	1,53	0,00	1,53	3,23	3,31	0,11

4.4.3.11 Grupo temático Erección y tamaño del pene

Tabla 84.- Numero de preguntas sobre erección y tamaño del pene

Número de preguntas con relación a la Erección y tamaño realizadas por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario	Seminario				
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	45	71	116	30	146
Porcentajes	30,82	48,63	79,45	20,55	100

En Tabla N° 84 se estudia el tema Erección y tamaño del pene; al respecto se plantearon 146 cuestionamientos, siendo este grupo el 3,17% del total de preguntas del seminario; aquí sucede algo interesante, es mayor el número de preguntas que las mujeres realizan creyendo que son de interés de los hombres (71 interrogantes, 48,63% del total de preguntas en el tema) que las preguntas planteadas por ellas mismas que son 45 únicamente, el 30,82%. Los hombres plantearon 30 interrogantes sobre este tema, siendo este el tercer tema en importancia en interés para ellos. La pregunta más frecuente en este tema es ¿Cuál debe ser el tamaño

del pene? Se hizo 42 veces; la hicieron 33 mujeres considerando que este tema es de interés de los hombres, nueve interrogantes al respecto fueron realizados por hombres.

Tabla 85. Preguntas sobre erección y tamaño del pene

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Erección y tamaño	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado al ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Cuál debe ser el tamaño del pene	0	33	33	9	42	0,00	78,57	21,43	0,00	22,60	6,16	0,00	12,64	12,64	29,03	28,77	0,91
Por qué hay gatillazos	0	11	11	3	14	0,00	26,19	7,14	0,00	7,53	2,05	0,00	4,21	4,21	9,68	9,59	0,30
Se puede alargar/ agrandar el pene	8	5	13	1	14	19,05	11,90	2,38	5,48	3,42	0,68	3,07	1,92	4,98	3,23	9,59	0,30
Importa el tamaño del pene/ de la polla para el placer en el sexo	8	3	11	1	12	19,05	7,14	2,38	5,48	2,05	0,68	3,07	1,15	4,21	3,23	8,22	0,26
Cuál debe ser el tamaño mínimo del pene para hacer disfrutar una mujer	5	0	5	0	5	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,42	0,11
Es cierto que si me circuncido la tendré más grande	0	5	5	0	5	0,00	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,42	0,11
Los jóvenes pueden tomar Viagra® para que la erección les dure más	6	0	6	0	6	14,29	0,00	0,00	4,11	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	4,11	0,13
Por qué en algunos el pene tiene un ángulo raro, eso es normal	5	0	5	0	5	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,42	0,11
Cómo puede evitarse una erección no deseada	5	0	5	0	5	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	3,42	0,11
Por qué cuando bebo no se me levanta	0	5	5	0	5	0,00	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,42	0,11
Si no se me levanta es porque soy impotente	0	5	5	0	5	0,00	11,90	0,00	0,00	3,42	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	3,42	0,11

La segunda pregunta en orden de interés realmente son dos ¿Por qué hay gatillazos? Que fue planteada por 11 mujeres que entendían que era de importancia para ellos, pero estos solo la plantearon en interés propio en tres oportunidades. La otra es ¿Se puede alargar/ agrandar el pene? Tema que le interesa a ocho mujeres, que cinco preguntas a nombre de ellos y que solo un hombre plantea.

Están relacionadas con el tamaño del pene las siguientes cuatro preguntas: Importa el tamaño del pene/ de la polla para el placer en el sexo; Cuál debe ser el tamaño mínimo del pene para hacer disfrutar una mujer; Es cierto que si me circuncido la tendré más grande. La primera de este grupo la hizo un solo hombre y 11 mujeres, ocho por interés propio y tres a nombre de los hombres. Las dos siguientes no las hizo ningún hombre, pero la primera de ellas la hicieron cinco chicas por interés propio y la segunda la misma cantidad de mujeres, pero a nombre de ellos.

Las preguntas a continuación solo fueron hechas por mujeres: Los jóvenes pueden tomar viagra® para que la erección les dure más; Por qué en algunos el pene tiene un ángulo raro, eso es normal; Cómo puede evitarse una erección no deseada; Por qué cuando bebo no se me levanta; y, Si no se me levanta es porque soy impotente. Las tres primeras las hicieron por interés propio y las dos últimas a nombre de los hombres. La primera la hicieron seis personas las demás cinco cada una.

4.4.3.12 Grupo temático Juegos eróticos

Tabla 86.- Numero de preguntas sobre Juegos eróticos

Número de preguntas realizadas con relación con los Juegos eróticos por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	101	15	116	22	138
Porcentajes	73,19	10,87	84,06	15,94	100

En la Tabla N° 86 se estudia el tema Juegos eróticos, que fue interrogado 138 veces, el 2,99 del total de preguntas en el seminario, de ellas 101 preguntas las hicieron mujeres, es decir el 73,2% de las veces lo preguntaron ellas, igualmente las chicas hicieron 15 preguntas considerando que estas son necesidad propia de los

hombres; veintidós de las preguntas las hicieron hombres, el 16% que se preguntó sobre este tema.

La pregunta ¿Cómo debe estimularse/ excitarse/ tocar (Zonas erógenas) a una tía? Fue solo interrogada por mujeres, ningún hombre se interesó por ello, aun cuando de las 32 veces que se preguntó trece lo hicieron creyendo que le llama la atención saberlo a los hombres, diecinueve lo preguntaron por interés propio. Este ítem corresponde al 23,2% de las veces que se preguntó sobre el tema.

Dieciséis mujeres y un hombre tienen la duda ¿Se/me queda(o) embarazada si lo hago/hace de pie? A diez mujeres les preocupa si Deberían contarle a sus padres que ya han tenido relaciones sexuales.

Tabla 87.- Preguntas sobre Juegos eróticos

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Juegos eróticos	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Cómo debe estimularse/ excitarse/ tocar (Zonas erógenas) a una tía	19	13	32	0	32	90,48	61,90	0,00	7,14	9,42	0,00	7,28	4,98	12,26	0,00	23,19	0,69
Se/me queda(o) embarazada si lo hago/hace de pie	16	0	16	1	17	76,19	0,00	4,76	6,02	0,00	0,72	6,13	0,00	6,13	3,23	12,32	0,37
Debería contarle a mis padres que ya he tenido relaciones sexuales	10	0	10	1	11	47,62	0,00	4,76	3,76	0,00	0,72	3,83	0,00	3,83	3,23	7,97	0,24
Es normal que me de vergüenza desnudarme	2	5	7	0	7	9,52	23,81	0,00	0,75	3,62	0,00	0,77	1,92	2,68	0,00	5,07	0,15
Qué es una cubana/ cómo se hace	3	2	5	2	7	14,29	9,52	9,52	1,13	1,45	1,45	1,15	0,77	1,92	6,45	5,07	0,15
Qué es una lluvia dorada	6	0	6	0	6	28,57	0,00	0,00	2,26	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	4,35	0,13
Qué es un francés	4	0	4	0	4	19,05	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	2,90	0,09
Qué es un dildó	3	0	3	1	4	14,29	0,00	4,76	1,13	0,00	0,72	1,15	0,00	1,15	3,23	2,90	0,09
Cómo debe estimularse el pene	4	0	4	0	4	19,05	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	2,90	0,09

Las preguntas ¿Es normal qué me de vergüenza desnudarme? y ¿Qué es una cubana/ cómo se hace? las hicieron cinco y dos mujeres respectivamente, considerando que son intereses masculinos, la primera pregunta no le preocupa a los hombres, la segunda es solo interés de dos de ellos.

Qué es una lluvia dorada, Qué es un francés y Cómo debe estimularse el pene, son preguntas que solo hicieron mujeres; lo interrogaron seis, cuatro y cuatro de ellas, respectivamente.

Qué es un dildo lo preguntaron tres mujeres y un hombre.

4.4.3.13 Grupo temático Orgasmo

Tabla 88.- Numero de preguntas sobre el orgasmo

Número de preguntas realizadas con relación con el Orgasmo por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	102	16	118	4	122
Porcentajes	83,61	13,11	96,72	3,28	100

En tabla N° 88 se analizan cuestionamientos vinculados con el Orgasmo, que se hicieron en el seminario. Un total de 122 interrogantes fueron realizados sobre este tema; de ellos 102, equivalentes al 83,6% de las veces las mujeres fueron quienes los plantearon; 16 de los interrogantes (13,11% del total en el tema) los plantearon mujeres

asumiendo que serían hechos por los hombres. Estos solo hicieron cuatro preguntas. Este tema fue propuesto el 2,65% de las veces que se preguntó en el seminario.

Tabla 89.- Preguntas sobre el orgasmo

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Orgasmo	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan		Porcentaje de preguntas/tema		Porcentaje de preguntas y personas en el seminario							
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el tema en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el tem en el tema	Veces que se ha preguntado en el Seminario			
Qué es un orgasmo	33	0	33	0	33	86,84	0,00	0,00	27,05	0,00	0,00	12,64	0,00	12,64	0,00	27,05	0,71
Qué se siente al tener un orgasmo	26	6	32	1	33	68,42	15,79	2,63	21,31	4,92	0,82	9,96	2,30	12,26	3,23	27,05	0,71
Qué significa ser multiorgásmica	8	0	8	0	8	21,05	0,00	0,00	6,56	0,00	0,00	3,07	0,00	3,07	0,00	6,56	0,17
Duele al tener un orgasmo	7	0	7	0	7	18,42	0,00	0,00	5,74	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	5,74	0,15
Cómo sabes que tienes/ llegas a un orgasmo	6	0	6	1	7	15,79	0,00	2,63	4,92	0,00	0,82	2,30	0,00	2,30	3,23	5,74	0,15
Cómo saben las mujeres que han llegado al orgasmo	4	0	4	2	6	10,53	0,00	5,26	3,28	0,00	1,64	1,53	0,00	1,53	6,45	4,92	0,13
Cómo sé si mi chica ha tenido un orgasmo	1	4	5	0	5	2,63	10,53	0,00	0,82	3,28	0,00	0,38	1,53	1,92	0,00	4,10	0,11
Si finges un orgasmo, tienes un problema psicológico	5	0	5	0	5	13,16	0,00	0,00	4,10	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,10	0,11
Qué pasa si mi novio termina y yo no	5	0	5	0	5	13,16	0,00	0,00	4,10	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,10	0,11
Cómo sé si una chica finge	0	3	3	0	3	0,00	7,89	0,00	0,00	2,46	0,00	0,00	1,15	1,15	0,00	2,46	0,06

Dos preguntas se destacan sobre las demás: Qué es un orgasmo y Qué se siente al tener un orgasmo, la primera la plantean 33 mujeres (12,64% del total) y la segunda 26 de ellas, que equivalen al 9,96 del universo femenino en el seminario. Las dos preguntas las plantearon el 0,71% de oportunidades que se preguntó en el seminario y el 27,5% de las veces que se interrogó sobre el tema. Solo a un hombre le interesa conocer Qué se siente al tener un orgasmo, sin embargo seis mujeres creen que esto sería una pregunta que ellos harían. Por la misma línea de creencia están las preguntas: Cómo sé si mi chica ha tenido un orgasmo, esta la plantearon cuatro de ella, y, Cómo sé si una chica finge, interrogante que lo ponen en boca de tres hombres. Llama la atención que las mujeres consideran que a los hombres les interesa el orgasmo femenino, pero casi ninguno de ellos se interesa en el tema.

Qué significa ser multi-orgásmica y saber si, Duele al tener un orgasmo, se lo plantean respectivamente ocho y siete mujeres.

Cómo sabes que tienes/ llegas a un orgasmo se lo preguntan seis mujeres y un hombre, por otra parte, con relación a Cómo sé/ saben las mujeres que han llegado al orgasmo, lo interrogan cuatro mujeres y dos hombres.

Otras preguntas relacionadas con el tema son: Si finges un orgasmo, tienes un problema psicológico, y, Qué pasa si mi novio termina y yo no, que fueron planteadas por cinco mujeres cada una.

4.4.3.14 Grupo temático Sexo anal

En la Tabla N°90 se analiza el tema Sexo anal; lo interrogan 105 veces, de ellas 80 preguntas la hacen mujeres (76,2%), 13 la hacen ellas pensando que son interés de los hombres (12,38%) y 12 de las preguntas (11,43%) las plantean estos. Este tema se corresponde con el 2,3% de los interrogantes del seminario.

Tabla 90.- Número de preguntas sobre sexo anal

Número de preguntas realizadas con relación con el Sexo anal por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	80	13	93	12	105
Porcentajes	76,19	12,38	88,57	11,43	100

La pregunta ¿Se puede quedar embarazada por sexo anal/practicando/ si me dan por atrás? la plantearon 31 mujeres y dos hombres, ellas son el 11,9% del total de las mujeres. Este interrogante se corresponde con el 31,43% de las veces que se preguntó sobre el tema.

Tabla 91.- Preguntas sobre sexo anal

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Sexo anal	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Se puede quedar embarazada por sexo anal/practicando/ si me dan por atrás	31	0	31	2	33	91,18	0,00	5,88	29,52	0,00	1,90	11,88	0,00	11,88	6,45	31,43	0,71
Es necesario el condón en el sexo anal	8	5	13	3	16	23,53	14,71	8,82	7,62	4,76	2,86	3,07	1,92	4,98	9,68	15,24	0,35
Se puede coger enfermedades por sexo anal/practicando	8	0	8	1	9	23,53	0,00	2,94	7,62	0,00	0,95	3,07	0,00	3,07	3,23	8,57	0,19
Si primero me dan por el ano y luego por la vagina hay riesgo de infección	2	2	4	2	6	5,88	5,88	5,88	1,90	1,90	0,77	0,77	1,53	6,45	5,71	0,13	
Qué riesgo tiene la penetración anal sin preservativo	0	5	5	0	5	0,00	14,71	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	4,76	0,11
Cómo podría tener relaciones anales de forma segura	5	0	5	0	5	14,71	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,76	0,11
Cuándo podría iniciar relaciones anales evitando el dolor	5	0	5	0	5	14,71	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,76	0,11
Con las relaciones anales tenemos más riesgo de una ETS	5	0	5	0	5	14,71	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,76	0,11

El riesgo se relaciona con el Sexo anal, como se observa en varias de las preguntas planteadas: Es necesario el condón en el sexo anal (ocho mujeres, cinco mujeres por hombres y 3 hombres); Cómo podría tener relaciones anales de forma segura (cinco mujeres); Se puede coger enfermedades por sexo anal/practicando (ocho mujeres y 1 hombres); Qué riesgo tiene la penetración anal sin preservativo (cinco mujeres por hombres); Si primero me dan por el ano y luego por la vagina hay riesgo de infección (dos mujeres, dos mujeres por hombres y dos hombres); Con las relaciones anales tenemos más riesgo de una ETS (cinco mujeres).

Cuándo podría iniciar relaciones anales evitando el dolor, lo preguntan cinco mujeres.

4.4.3.15 Grupo temático Vagina, Clitoris y Punto "G"

Tabla 92.- Numero de preguntas sobre vagina, clitoris y punto "G"

Número de preguntas realizadas con relación con la Vagina, Clitoris y Punto "G" por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	76	15	91	11	102
Porcentajes	74,51	14,71	89,22	10,78	100

En la Tabla N° 680 se analiza el tema Vagina, Clitoris y Punto "G", al respecto se plantearon 102 preguntas; 76 de los cuestionamientos los hicieron mujeres como necesidad suya (74,5% del total de preguntas en el tema), 15 interrogantes los hicieron mujeres al considerar que serían interés de los hombres, once preguntas las

hicieron los hombres.

Tabla 93.- Preguntas sobre vagina, clítoris y punto "G"

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Vagina, Clítoris y Punto "G"	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
	Cómo situar/ Dónde está/ dónde se encuentra el punto G	19	13	32	7	39	73,08	50,00	26,92	18,63	12,75	6,86	7,28	4,98	12,26	22,58	38,24
Qué es el punto G	13	0	13	3	16	50,00	0,00	11,54	12,75	0,00	2,94	4,98	0,00	4,98	9,68	15,69	0,35
Dónde está el clítoris	13	0	13	1	14	50,00	0,00	3,85	12,75	0,00	0,98	4,98	0,00	4,98	3,23	13,73	0,30
Existe el punto G	5	0	5	0	5	19,23	0,00	0,00	4,90	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,90	0,11
Hay alguna postura que estimule el punto G	5	0	5	0	5	19,23	0,00	0,00	4,90	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,90	0,11
El color del flujo vaginal siempre es el mismo	5	0	5	0	5	19,23	0,00	0,00	4,90	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,90	0,11
La densidad del flujo vaginal siempre es igual	5	0	5	0	5	19,23	0,00	0,00	4,90	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	4,90	0,11
Qué profundidad tiene la vagina	2	2	4	0	4	7,69	7,69	0,00	1,96	1,96	0,00	0,77	0,77	1,53	0,00	3,92	0,09

Cómo situar/ Dónde está/ dónde se encuentra el punto "G" es una pregunta realizada por 39 personas; 19 mujeres la plantearon por necesidad propia, 13 como necesidad que ellas consideran es de los hombres y 7 veces fue interrogada por ellos. La pregunta corresponde al 0,84% de las preguntas del seminario y al 38,24% de las preguntas realizadas al interior del tema.

Qué es el punto "G" lo preguntaron 16 personas, ellas lo interrogaron en 13 oportunidades y ellos siete veces. Donde está el clítoris lo interrogaron trece mujeres y un hombre.

El punto "G" despierta interés en algunas de las enfermeras, cinco de ellas preguntan: Existe el punto "G" y, Hay alguna postura que estimule el punto "G".

Aun cuando no es un grupo que sea determinante, cuatro mujeres preguntan ¿Qué profundidad tiene la vagina? Lo interrogan dos como necesidad propia de conocimiento y dos en boca de los hombres.

4.4.3.16 Grupo temático Falsas creencias sobre efectos de prácticas sexuales

Tabla 94.- Número de preguntas sobre falsas creencias

En la Tabla N° 94 se interpreta el tema Falsas creencias sobre efectos colaterales de las prácticas sexuales, que fue preguntado por 97 oportunidades, 46 de ellas lo interrogaron las chicas, el 47,4% del total de preguntas sobre el tema; de este total 44,43% de las preguntas las hicieron mujeres considerando que esta es una

Número de preguntas realizadas con relación con las Falsas creencias sobre Efectos colaterales de las prácticas sexuales por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario	Seminario				
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	46	43	89	8	97
Porcentajes	47,42	44,33	91,75	8,25	100

cuestión que les atrae preguntar a los hombres. Ocho preguntas las hicieron ellos.

Te salen granos en la cara si te masturbas/ mucho, es la pregunta más frecuente con relación al tema Falsas creencias sobre efectos colaterales de las prácticas sexuales; fue realizada en treinta y seis oportunidades, diez veces lo preguntaron las mujeres como duda propia y diecinueve como interrogante que ellas asumen harían los hombres; siete veces lo preguntaron los hombres. Esta pregunta se corresponde con el 37,1% de veces que se preguntó sobre el tema, y al 0,8% del total de los interrogantes del seminario.

Tabla 95.- Preguntas sobre falsas creencias de efectos de las prácticas sexuales

Es verdad que engordas si usas la píldora, lo preguntaron 21 mujeres (8% del total

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Falsas creencias sobre efectos colaterales de las prácticas sexuales	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario	
Te salen granos en la cara si te masturbas/ mucho	10	19	29	7	36	37,04	70,37	25,93	10,31	19,59	7,22	3,83	7,28	11,11	22,58	37,11	0,78
Es verdad que engordas si usas la píldora	21	2	23	0	23	77,78	7,41	0,00	21,65	2,06	0,00	8,05	0,77	8,81	0,00	23,71	0,50
Te puedes quedar ciego si te masturbas mucho	9	12	21	1	22	33,33	44,44	3,70	9,28	12,37	1,03	3,45	4,60	8,05	3,23	22,68	0,48
Si he engordado por usar la píldora qué método debo usar	5	0	5	0	5	18,52	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	5,15	0,11
Te deja de crecer el pene si te masturbas	0	5	5	0	5	0,00	18,52	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	5,15	0,11
Se debe dejar de tener relaciones antes de los partidos	0	5	5	0	5	0,00	18,52	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	5,15	0,11

de mujeres en el seminario) y dos hombres.

Te puedes quedar ciego si te masturbas mucho lo preguntaron 22 veces de ellas una sola vez lo hicieron los hombres, sin embargo 12 mujeres lo preguntaron creyendo que le interesa a ellos; nueve mujeres lo preguntaron como interés propio.

Los interrogantes: Si he engordado por usar la píldora qué método debo usar, Te deja de crecer el pene si te masturbas, y, Se debe dejar de tener relaciones antes de los partidos fueron preguntadas cada una en cinco oportunidades. La primera la preguntaron en todas las oportunidades por ellas mismas, las otras dos preguntas como si fuera interés de los hombres.

4.4.3.17 Grupo temático Mitos sobre el baño y la Salud Sexual

En la Tabla N° 96 se analizan interrogantes relacionados con los Mitos sobre el baño y la Salud Sexual, que se hicieron por los y las estudiantes en el seminario. Un total de 80 preguntas fueron realizadas a este respecto; de ellas 67, equivalentes al 83,75% de las

veces las mujeres fueron quienes los plantearon; ocho de las preguntas las hicieron hombres estos interrogantes son el 10% de las planteadas.

Tabla 96.- número de preguntas sobre Mitos sobre el baño y la Salud Sexual

Número de preguntas realizadas con relación a Mitos sobre el baño y la salud sexual por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
	Suma total	67	5	72	8
Porcentajes	83,75	6,25	90	10	100

Cinco mujeres hicieron preguntas vinculadas con los Mitos sobre el baño y la Salud Sexual, considerando que si los hombres pudieran hacerlas, las hubieran propuesto.

Tabla 97.- Preguntas sobre Mitos sobre el baño y la Salud Sexual

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Mitos sobre el baño y la salud sexual	Número de preguntas				Porcentaje total personas			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Puedo tener relaciones en el agua	12	0	12	0	100,00	0,00	0,00	15,00	0,00	0,00	4,60	0,00	4,60	0,00	15,00	0,26
Me puedo quedar embarazada si lo hago/ haces en una piscina	11	0	11	1	91,67	0,00	8,33	13,75	0,00	1,25	4,21	0,00	4,21	3,23	15,00	0,26
Se puede hacer el amor en el agua, con preservativo	10	0	10	1	83,33	0,00	8,33	12,50	0,00	1,25	3,83	0,00	3,83	3,23	13,75	0,24
Si te lavas la vagina //(con una esponja) luego de una relación, tienes posibilidad de em	10	0	10	0	83,33	0,00	0,00	12,50	0,00	0,00	3,83	0,00	3,83	0,00	12,50	0,22
Se corta la regla si te bañas teniéndola	6	0	6	0	50,00	0,00	0,00	7,50	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	7,50	0,13
Si se hace el amor en el agua hay que usar preservativo	5	5	10	2	41,67	41,67	16,67	6,25	6,25	2,50	1,92	1,92	3,83	6,45	15,00	0,26
Cuánto /Es aconsejable lavarse al día	3	0	3	2	25,00	0,00	16,67	3,75	0,00	2,50	1,15	0,00	1,15	6,45	6,25	0,11

¿Puedo tener relaciones en el agua? Fue la pregunta que más se hizo entre las que relacionan mitos con sexualidad. La hicieron 12 mujeres (4,6% del total de mujeres en el seminario); este ítem se corresponde con el 15% de las preguntas hechas sobre este tema y al 0,26% del total de preguntas en el seminario.

Once mujeres y un hombre interrogaron ¿Me puedo quedar embarazada si lo hago/ haces en una piscina? Ellas son el 4,2% de las mujeres participantes del seminario.

Diez mujeres preguntaron las siguientes preguntas: Se puede hacer el amor en el agua, con preservativo; Si te lavas la vagina / (con una esponja) luego de una relación, tienes posibilidad de embarazo; un hombre igualmente hizo el primero de estos dos interrogantes.

Si se hace el amor en el agua hay que usar preservativo lo preguntaron cinco mujeres como interés propio o como un interrogante que ellas consideran harían los hombres, sin embargo solo dos de ellos lo cuestionaron.

Se corta la regla si te bañas teniéndola y Cuánto /Es aconsejable lavarse al día fue preguntado respectivamente por seis y tres mujeres.

4.4.3.18 Grupo temático Aborto

Tabla 98.- Número de preguntas sobre Aborto

Número de preguntas realizadas sobre el Aborto por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	74	0	74	3	77
Porcentajes	96,10	0	96,10	3,90	100

En la Tabla N° 98 se observa que se hicieron un total de 77 interrogantes relacionados con el Aborto, de ellos 74, equivalentes al 96% de las veces las mujeres fueron quienes los plantearon; tres de las preguntas la hicieron hombres. Sobre el Aborto preguntaron en total 77 personas, de ellas 74 son mujeres (95%). Los cuestionamientos sobre el Aborto

representan el 1,67% del total de interrogantes planteados en el seminario. Dos hombres preguntaron ¿Cuáles métodos de aborto hay? y uno interrogó ¿Cuánto cuesta un aborto?

Diecinueve mujeres preguntaron ¿Cuándo se puede abortar?, ellas representan el 7,3% del total de mujeres que preguntaron en el seminario. Este interrogante corresponde al 24,7% de las veces que se preguntó sobre el Aborto y es equivalente al 0,4% de las preguntas del seminario.

Tabla 99.- Preguntas sobre Aborto

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Aborto	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan		Porcentaje de preguntas/ tema		Porcentaje de preguntas y personas en el seminario								
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario		
Cuándo se puede abortar	19	0	19	0	19	100,00	0,00	0,00	24,68	0,00	0,00	7,28	0,00	7,28	0,00	24,68	0,41
Qué se puede hacer frente / qué opciones tengo al embarazo no deseado	18	0	18	0	18	94,74	0,00	0,00	23,38	0,00	0,00	6,90	0,00	6,90	0,00	23,38	0,39
Cuánto tiempo después de estar embarazada se puede abortar	7	0	7	0	7	36,84	0,00	0,00	9,09	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	9,09	0,15
Qué es un aborto	5	0	5	0	5	26,32	0,00	0,00	6,49	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	6,49	0,11
Cuándo hay un aborto	5	0	5	0	5	26,32	0,00	0,00	6,49	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	6,49	0,11
En qué consiste un aborto	5	0	5	0	5	26,32	0,00	0,00	6,49	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	6,49	0,11
Qué se debe saber sobre el aborto	5	0	5	0	5	26,32	0,00	0,00	6,49	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	6,49	0,11

¿Qué se puede hacer frente / qué opciones tengo al embarazo no deseado? Es el interrogante hecho por 18 mujeres, las que equivalen al 23,4% de las preguntas sobre el tema y el 0,39% del total de los interrogantes del seminario.

Siete mujeres preguntaron ¿Cuánto tiempo después de estar embarazada se puede abortar? Ellas el 2,68% del total de mujeres que asistieron al seminario.

Las siguientes cuatro preguntas fueron realizadas cada una de ellas en cinco oportunidades y siempre las hicieron mujeres: Qué es un aborto, Cuándo hay un aborto, En qué consiste un aborto, y, Qué se debe saber sobre el aborto.

4.4.3.19 Grupo temático Embarazo

Tabla 100.- Número de preguntas sobre embarazo

Número de preguntas realizadas sobre Embarazo por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	66	0	66	5	71
Porcentajes	92,96	0,00	92,96	7,04	100

En la Tabla N° 76 se observa que se hicieron en total 71 interrogantes vinculados con el Embarazo, de estos 66, equivalentes al 93% de las veces fueron mujeres quienes realizaron las preguntas como interés propio. Dos hombres preguntaron sobre el tema. Los cuestionamientos sobre el Embarazo han

sido el 1,54% del total de interrogantes planteados en el seminario.

Las pregunta más frecuente que hicieron las mujeres fueron tres: Cómo sé/ Cómo me doy cuenta si estoy embarazada; Qué debe hacer una chica si se queda embarazada/ y no lo desea; Dónde acudir si se cree que se está embarazada y es no deseado. Cada uno de los tres cuestionamientos los hicieron mujeres. El último de ellos igualmente lo realizaron dos hombres.

Tabla 101.- Preguntas sobre embarazo

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Embarazo	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado a la misma persona	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Veces que se ha preguntado en el seminario		
Cómo sé/ Cómo me doy cuenta si estoy embarazada	14	0	14	0	14	87,50	0,00	0,00	19,72	0,00	0,00	5,36	0,00	5,36	0,00	19,72	0,30
Qué debe hacer una chica si se queda embarazada/ y no lo desea	14	0	14	0	14	87,50	0,00	0,00	19,72	0,00	0,00	5,36	0,00	5,36	0,00	19,72	0,30
Dónde acudir si se cree que se está embarazada y es no deseado	11	0	11	2	13	68,75	0,00	12,50	15,49	0,00	2,82	4,21	0,00	4,21	6,45	18,31	0,28
A dónde se acude si se queda embarazada	8	0	8	0	8	50,00	0,00	0,00	11,27	0,00	0,00	3,07	0,00	3,07	0,00	11,27	0,17

Cada una de las tres anteriores preguntas sobre el embarazo corresponden únicamente al 0,3% del total de interrogantes planteados en el seminario; las dos primeras conciernen cada una al 19,7% de las preguntas sobre embarazo, la tercera al 18,3%. Las mujeres que preguntaron sobre los dos primeros ítems son el 5,4% del total de las asistentes al seminario, en el tercero al 4,2%. Llama la atención que las preguntas dos y tres se relaciona con el embarazo no deseado, y que se precisamente en una de ellas (a dónde acudir, presumiblemente para interrogar por la posibilidad de aborto) el tema que al respecto interesa a dos hombres. La cuarta pregunta también tiene que ver con el interrogante a dónde acudir; la hicieron ocho mujeres.

4.4.3.20 Grupo temático Tampón

Tabla 102.- número de preguntas sobre el tampón

Número de preguntas realizadas con relación al Tampón por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	68	0	68	0	68
Porcentajes	100	0,00	100	0,00	100

En la Tabla N° 102 se analiza el tema uso del Tampón; al respecto se propusieron 68 interrogantes todos hechos por mujeres; un tema que interesó al 1,7% de las participantes en el seminario.

Las otras preguntas sobre el tampón no son significativas, sin embargo vale la

pena recordarlas: Si me pongo un tampón se me puede quedar dentro del cuerpo/ se puede colar, Si no entra el tampón, la mujer tiene un problema, Duele utilizar un tampón, Con un tampón se me puede romper el himen, Cómo se pone un Tampax®, y, Por qué hueco se pone un tampón. Los tres primeros interrogantes los hicieron cinco mujeres y los últimos dos fueron planteados por cuatro de ellas.

Tabla 103.- Preguntas sobre el tampón

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Tampón	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado por el Seminario
Si utilizas un tampón se pierde la virginidad	32	0	32	0	32	100,00	0,00	0,00	47,06	0,00	0,00	12,26	0,00	12,26	0,00	47,06	0,69
Si me pongo un tampón se me puede quedar dentro del cuerpo/ se puede colar	6	0	6	0	6	18,75	0,00	0,00	8,82	0,00	0,00	2,30	0,00	2,30	0,00	8,82	0,13
Si no entra el tampón, la mujer tiene un problema	5	0	5	0	5	15,63	0,00	0,00	7,35	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,35	0,11
Duele utilizar un tampón	5	0	5	0	5	15,63	0,00	0,00	7,35	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,35	0,11
Con un tampón se me puede romper el himen	5	0	5	0	5	15,63	0,00	0,00	7,35	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,35	0,11
Cómo se pone un tampax	4	0	4	0	4	12,50	0,00	0,00	5,88	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	5,88	0,09
Por qué hueco se pone un tampón	4	0	4	0	4	12,50	0,00	0,00	5,88	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	5,88	0,09

4.4.3.21 Grupo temático Visita al Ginecólogo

Tabla 104.- Número de preguntas sobre visita al ginecólogo

Número de preguntas realizadas sobre Visita al Ginecólogo por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	65	0	65	2	67
Porcentajes	97,01	0	97,01	2,99	100

En la tabla N° 104 se analiza que se realizaron en total 67 cuestionamientos relacionados con la Visita al Ginecólogo, de ellos 65, equivalentes al 97% de las veces las mujeres fueron quienes los plantearon; únicamente uno de los hombres preguntó al respecto.

Sobre la primera vez preguntaron en total 20 personas, de ellas 19 son mujeres (95%). Los cuestionamientos sobre la Visita al Ginecólogo representan el 1,45% del total de interrogantes planteados en el seminario.

Las 19 mujeres preguntaron ¿En qué consiste la visita al ginecólogo? Un hombre también quería conocer sobre este ítem, que únicamente corresponde al 0,43% de los interrogantes del seminario y al 29,85 de las veces que se ha preguntado sobre el tema. El planteamiento ¿Cuándo una chica debe acudir al ginecólogo) lo hicieron 14 mujeres (7, 28% del total de mujeres en el seminario).

¿Cada cuánto tiempo debo hacerme revisiones con el ginecólogo? Lo interrogaron 11 chicas y Cada una de las preguntas: Tengo que hacerme revisiones; En qué consisten las revisiones que hacen en la consulta; y, Duele la primera visita al ginecólogo, fue planteada por cinco mujeres; ellas sólo corresponden al 0,11 del total de interrogantes del seminario.

Tabla 105.- Preguntas sobre visita al ginecólogo

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Visita al Ginecólogo	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan		Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario			
En qué consiste la visita al ginecólogo	19	0	19	1	20	95,00	0,00	5,00	28,36	0,00	1,49	7,28	0,00	7,28	3,23	29,85	0,43
Cuando una chica debe acudir al ginecólogo	14	0	14	0	14	70,00	0,00	0,00	20,90	0,00	0,00	5,36	0,00	5,36	0,00	19,72	0,30
Cada cuánto tiempo debo hacerme revisiones con el ginecólogo	11	0	11	0	11	55,00	0,00	0,00	16,42	0,00	0,00	4,21	0,00	4,21	0,00	15,49	0,24
Tengo que hacerme revisiones	5	0	5	0	5	25,00	0,00	0,00	7,46	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,04	0,11
En que consisten las revisiones que hacen en la consulta	5	0	5	0	5	25,00	0,00	0,00	7,46	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,04	0,11
Duele la primera visita al ginecólogo	5	0	5	0	5	25,00	0,00	0,00	7,46	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	7,04	0,11

4.4.3.22 Grupo temático Pecho

Tabla 106.- Número de preguntas sobre el pecho

Número de preguntas realizadas con relación al Pecho por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	21	10	31	1	32
Porcentajes	65,63	31,25	96,88	3,13	100

En la Tabla N° 106 se estudia el tema Pecho; al respecto preguntas 32 veces, en 21 de las oportunidades lo hacen mujeres que interrogan por necesidad propia y 10 que lo hacen pensando que es un interés de los hombres.

Solo un hombre pregunta sobre este tema.

Estas preguntas no son representativas, dado

que sólo responden al 0,69% de interrogantes planteados en el seminario.

Tabla 107.- Preguntas sobre el pecho

Tema propuesto Tema propuesto Pecho	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado al tema en el tema	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el item en el tema	Veces que se ha preguntado en el seminario
Por qué me duelen los pechos antes de bajarme la regla	7	0	7	0	7	87,50	0,00	0,00	6,86	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	6,86	0,15
Si me toco mucho los pechos, me/le pueden quedar flácidos	4	0	4	1	5	50,00	0,00	12,50	3,92	0,00	0,98	1,53	0,00	1,53	3,23	4,90	0,11
Si una chica te toca sin permiso, eso es normal	0	5	5	0	5	0,00	62,50	0,00	0,00	4,90	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	4,90	0,11
Mis pechos son pequeños, hasta que edad crecen	4	0	4	0	4	50,00	0,00	0,00	3,92	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	3,92	0,09

Las preguntas son bastante variadas entre sí; por ejemplo se interroga: Por qué me duelen los pechos antes de bajarme la regla; Si me toco mucho los pechos, me/le pueden quedar flácidos (esta la hace un hombre); y, Mis pechos son pequeños, hasta que edad crecen.

El interrogante ¿Si una chica te toca sin permiso, eso es normal? Lo hacen cinco mujeres como interés masculino, pero ninguno de ellos no se plantean este interrogante.

4.4.3.23 Grupo temático Himen

Tabla 108.- Número de preguntas sobre el himen

Número de preguntas realizadas con relación al Himen por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
Suma total	26	0	26	0	26
Porcentajes	100	0	100	0	100

En la Tabla N° 108 se analiza el tema Himen; Sobre este se hacen 26 preguntas, todas hechas por mujeres. No es un tema representativo, sólo lo plantean el 0,56% de las veces que se interroga en el seminario.

Las mujeres que preguntaron son el 2,7% del total de participantes.

La pregunta más frecuente la hicieron siete mujeres: ¿Qué es el himen, Cómo es? A ella hay que agregar otro interrogante que hicieron cuatro de las mujeres ¿Todas las chicas nacen con himen?

Tabla 109.- Preguntas sobre el himen

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Himen	Número de preguntas					Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario					
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el ítem.	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado el ítem en el ítem	Veces que se ha preguntado en el seminario
Qué es el himen, Cómo es	7	0	7	0	7	100,00	0,00	0,00	7,22	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	26,92	0,15
Duele cuándo se rompe el himen	7	0	7	0	7	100,00	0,00	0,00	7,22	0,00	0,00	2,68	0,00	2,68	0,00	26,92	0,15
El himen se rompe con la primera penetración	5	0	5	0	5	71,43	0,00	0,00	5,15	0,00	0,00	1,92	0,00	1,92	0,00	19,23	0,11
Todas las chicas nacen con himen	4	0	4	0	4	57,14	0,00	0,00	4,12	0,00	0,00	1,53	0,00	1,53	0,00	15,38	0,09
Con la masturbación se puede romper el himen	2	0	2	0	2	28,57	0,00	0,00	2,06	0,00	0,00	0,77	0,00	0,77	0,00	7,69	0,04

La mayoría de preguntas, aun cuando pocas, tiene que ver con la rotura del himen: Duele cuándo se rompe el himen (siete mujeres); El himen se rompe con la primera penetración (cinco mujeres); y, Con la masturbación se puede romper el himen.

4.4.3.24 Grupo temático Fimosis

En la Tabla N° 8110 se estudia el tema Fimosis; se hicieron un total de 21 personas. 10 hombres interrogaron como interés propio y 11 mujeres preguntaron creyendo que este tema es de interés de los hombres. En un tema no representativo para las mujeres, pero en algunos de los interrogantes si lo es para los hombres que preguntan que son el 9,68%.

Tabla 110.- Número de preguntas sobre fimosis

Número de preguntas realizadas con relación con la Fimosis por las y los estudiantes de Enfermería participantes del Seminario	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Veces que se ha preguntado
	Suma total	0	11	11	10
Porcentajes	0,00	52,38	52,38	47,62	100

Las preguntas: Si no estoy o si estoy operado de fimosis, puedo tener problemas con las relaciones Sexuales fueron las más frecuentes, las hicieron cada una de ellas cinco mujeres, esto no lo pregunta ningún hombre.

¿Qué ventajas o desventajas tiene operarse de fimosis? Lo interrogan tres

hombres, pero ellos no la relacionan con tener o no problemas con las relaciones Sexuales. A qué edad es preocupante la fimosis le interesó a dos de los hombres. Tres hombres interrogan ¿Qué es la fimosis?

Tabla 111.- Preguntas sobre fimosis

Listado de necesidades consultadas o que hubieran deseado consultar los y las estudiantes de Enfermería Tema propuesto Fimosis	Número de preguntas				Porcentaje total personas preguntan			Porcentaje de preguntas/ tema			Porcentaje de preguntas y personas en el seminario						
	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres X Hombres	Total Preg. mujeres	Hombres			
	Veces que se ha preguntado el ítem en el tema				Veces que se ha preguntado el ítem en el tema			Veces que se ha preguntado el ítem en el tema			Veces que se ha preguntado el ítem en el seminario						
Si no estoy operado de fimosis, puedo tener problemas con las relaciones Sexuales	0	5	5	0	5	0,00	62,50	0,00	0,00	23,81	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	23,81	0,11
Si estoy operado de fimosis, puedo tener problemas con las relaciones Sexuales	0	5	5	0	5	0,00	62,50	0,00	0,00	23,81	0,00	0,00	1,92	1,92	0,00	23,81	0,11
Qué es la fimosis	0	0	0	3	3	0,00	0,00	37,50	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00	0,00	9,68	14,29	0,06
Qué ventajas o desventajas tiene operarse de fimosis	0	0	0	3	3	0,00	0,00	37,50	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00	0,00	9,68	14,29	0,06
A qué edad es preocupante la fimosis	0	0	0	2	2	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00	9,52	0,00	0,00	0,00	6,45	9,52	0,04

4.4.3.25 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por mujeres

En la Tabla N° 112 se analizan las preguntas más frecuentes realizadas por las mujeres. Dos preguntas se hicieron por más del 50% de ellas: ¿Qué métodos/ tipos de anticonceptivos/ existen? (52,5%) y, ¿Te puedes quedar embarazada si follas/ tienes sexo con la regla/ menstruación/ periodo? (52,1%).

Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad lo preguntó el 40,23% de ellas. Qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/ el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz lo han preguntado el 33% de las mujeres.

Entre el 20 y 30% de mujeres interrogaron sobre: Cómo se pone el preservativo/ correctamente (28,35%); Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada (25,3%); y, Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás (21,5%).

Tabla 112.- Preguntas más frecuentes realizadas por mujeres

Preguntas más frecuentes realizadas por Mujeres	Nº preguntas Mujeres ítem	Nº Veces que se ha preguntado el ítem en el Seminario	% Mujeres/Seminario	% Veces que se ha preguntado el ítem en el Seminario	% Veces que se ha preguntado en el seminario
Qué métodos/ tipos de/ anticonceptivos/ existen	137	147	52,49	20,08	3,18
Te puedes quedar embarazada si follas/tienes sexo con la regla/menstruación/ periodo	136	143	52,11	33,26	3,09
Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad	105	113	40,23	26,28	2,44
Qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz	86	97	32,95	13,25	2,10
Cómo se pone el preservativo/ correctamente	74	107	28,35	21,44	2,31
Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada	66	74	25,29	31,49	1,60
Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás	56	72	21,46	9,84	1,56
Qué tengo que hacerse si se me rompe un preservativo	52	55	19,92	11,02	1,19
Qué edad debo tener para iniciarme	45	54	18,60	12,56	1,17
En mi/ su primera relación sangraré/ mancharé	34	36	14,05	8,37	0,78
En qué momento/ día(s)/ del periodo hay más riesgo/ probabilidad de embarazo	36	37	13,79	8,60	0,80
Qué es un orgasmo	33	33	12,64	27,05	0,71
Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón	32	41	12,26	14,86	0,89
Si utilizas un tampón se pierde la virginidad	32	32	12,26	47,06	0,69
Si utilizas un tampón se pierde la virginidad	32	32	12,26	47,06	0,69
Se puede tener sexo teniendo la regla	31	37	11,88	8,60	0,80
Se puede quedar embarazada por sexo anal/practicando/ si me dan por atrás	31	33	11,88	31,43	0,71
La penetración duele/ escuece , porque la tendrá muy grande/ soy estrecha	27	27	11,16	6,28	0,58
Cómo funciona la píldora del día después	27	27	10,34	40,30	0,58

Del 10 al 20% de las mujeres interrogaron con respecto a: Qué tengo que hacer si se me rompe un preservativo (19,1%); Qué edad debo tener para iniciarme (18,6%); En mi/ su primera relación sangraré/ mancharé (14%); En qué momento/ día(s)/ del periodo hay más riesgo/ probabilidad de embarazo (13,8%); Qué es un orgasmo (12,64%); las siguientes preguntas las hizo el 12,26% de las mujeres: Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón; Si utilizas un tampón se pierde la virginidad; Si utilizas un tampón se pierde la virginidad.

El 11,9% de mujeres preguntaron: Se puede tener sexo teniendo la regla y Se puede quedar embarazada por sexo anal/practicando/ si me dan por atrás; La penetración duele/ escuece, porque la tendrá muy grande/ soy estrecha lo preguntó el 11,2%; Cómo funciona la píldora del día después, lo preguntó el 10,34% de las mujeres.

4.4.3.26 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por hombres

En la Tabla Nº 113 se estudian las preguntas más frecuentes realizadas por los hombres. Tres preguntas fueron consultadas por el 32,26% de los hombres en el seminario: Qué métodos/ tipos de/ anticonceptivos/ existen; Qué método anticonceptivo

es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más adecuado/ más conveniente/ más eficaz; y, Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás.

Tabla 113.- Preguntas más frecuentes realizadas por hombres

Preguntas más frecuentes realizadas por Hombres	Nº de Hombres	Nº Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	% Hombres/ Seminario	% Veces que se ha preguntado el ítem en el tema	% Veces que se ha preguntado en el seminario
Qué métodos/ tipos de/ anticonceptivos/ existen	10	147	32,26	20,08	3,18
Te puedes quedar embarazada si follas/tienes sexo con la regla/menstruación/ periodo	7	143	22,58	33,26	3,09
Cómo se pone el preservativo/ correctamente	9	107	29,03	21,44	2,31
Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad	8	113	25,81	26,28	2,44
Qué método anticonceptivo es el más seguro/ el más fiable/el más efectivo/ el mejor/ más	10	97	32,26	13,25	2,10
Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada	3	74	9,68	10,11	1,60
Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás	10	72	32,26	9,84	1,56
Qué tengo que hacer si se me rompe un preservativo	3	55	9,68	7,51	1,19
Qué edad debo tener para iniciarme	4	54	12,90	7,38	1,17

Cuál debe ser el tamaño del pene; y, Cómo se pone el preservativo/ correctamente lo preguntaron el 29%. Me/ Duele la primera penetración/ perder la virginidad; y, Es malo masturbarse/ mucho/ con frecuencia lo preguntaron el 25,8%. Te puedes quedar embarazada si follas/tienes sexo con la regla/menstruación/ periodo; Cómo situar/ Dónde está/ dónde se encuentra el punto G; y, Te salen granos en la cara si te masturbas/ mucho, lo preguntó el 22,58% de la población masculina. El 31% tiene dudas sobre si Te puedes quedar ciego si te masturbas mucho.

El 12,9% de los hombres preguntaron: Es malo masturbarse; Qué edad debo tener para iniciarme; y, Qué son las ETS.

Las preguntas: Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada; Qué tengo que hacer si se me rompe un preservativo; Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón; y, Qué puedo hacer para no eyacular precozmente/ correrme pronto/ aguantar más/ durar más/ retardar, fueron realizadas por el 9,68% de los hombres en el seminario.

4.4.3.27 Preguntas más frecuentes, sobre diversos temas, realizadas por mujeres que preguntan por hombres

En la Tabla 114 se estudian las preguntas más frecuentes realizadas por mujeres que interrogan sobre necesidades de los hombres. Solo una pregunta fue realizada por más del 10% de la población femenina: Cuál debe ser el tamaño del pene. Lo preguntó el 12,64% de las mujeres que preguntan por hombres. Esta misma pregunta la realizaron 11 28,13% de los hombres.

Entre el 5 y el 10% de las mujeres que consideran que esto lo preguntarían los hombres interrogaron sobre: Cómo se pone el preservativo/ correctamente (9,2%); Te salen granos en la cara si te masturbas/ mucho (7,3%); Qué puedo hacer para no eyacular precozmente/ correrme pronto/ aguantar más/ durar más/ retardar (6,1%); el 5,4% preguntó: Es malo masturbarse; y, Es malo masturbarse/ mucho/ con frecuencia.

Tabla 114.- Preguntas más frecuentes hechas por mujeres preguntando por hombres

Preguntas más frecuentes realizadas por Mujeres que preguntan por hombres	Nº Mujeres X Hombres ítem		% Mujeres X Hombres Seminario	
	Nº	%	Nº	%
Cuál debe ser el tamaño del pene	33	42	12,64	28,77
Cómo se pone el preservativo/ correctamente	24	107	9,20	21,44
Te salen granos en la cara si te masturbas/ mucho	19	36	7,28	37,11
Qué puedo hacer para no eyacular precozmente/ correrme pronto/ aguantar más/ durar más/ retardar	16	28	6,13	10,53
Es malo masturbarse	14	24	5,36	9,02
Es malo masturbarse/ mucho/ con frecuencia	14	32	5,36	12,56
Cómo debe estimularse/ excitarse/ tocar (Zonas erógenas) a una tía	13	32	4,98	23,19
Cómo situar/ Dónde está/ dónde se encuentra el punto G	13	39	4,98	38,24
Te puedes quedar ciego si te masturbas mucho	12	22	4,60	22,68
Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás	6	72	2,30	9,84
Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no utilizas condón	6	41	2,30	14,86
Qué se siente al tener un orgasmo	6	33	2,30	27,05
Cuál es la mejor postura en una relación sexual/ produce mayor placer	6	23	2,30	10,75
Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada	5	74	1,92	31,49
Qué edad debo tener para iniciarme	5	54	1,92	12,56

El 5% de los hombres preguntó: Cómo debe estimularse/ excitarse/ tocar (Zonas erógenas) a una tía; y, Cómo situar/ Dónde está/ dónde se encuentra el punto “G”.

Te puedes quedar ciego si te masturbas mucho fue un cuestionamiento planteado por el 4,6% de las mujeres que interrogan por los hombres en el seminario.

Cuatro interrogantes fueron propuestos por el 2,3% de las mujeres que preguntan creyendo que estas son necesidades de hombres: Es segura/ es eficaz/ es fiable la marcha atrás; Qué enfermedades se pueden transmitir/ contraer sexualmente/ si no

utilizas condón; Qué se siente al tener un orgasmo; y, Cuál es la mejor postura en una relación sexual/ produce mayor placer.

El 1,9% de las mujeres que interrogan asumiendo que esta es una necesidad masculina, preguntaron: Si tragas semen/ Con el sexo oral puedo/e quedar embarazada; y, Qué edad debo tener para iniciarme.

Primera etapa, tercer momento: Selección del tema

4.4.3.28 Temas generales propuestos en el Seminario para realizar el Rol playing de una consulta enfermera

Tabla 115.- Número de participantes en el seminario

Nº de participantes en seminarios					Sexo
3	4	5	6	7	Mixto
1	8	32	15	1	23

En el seminario se propusieron un total de 64 temas y se trabajó un tema por grupo de estudiantes para su rol playing; los temas fueron desarrollados en 16 agendas de trabajo, ocho agendas llevadas a cabo en cada uno de los periodos académicos de 2008/2009 y 2009/2010; cada agenda seminario tuvo una duración de cuatro horas reales de trabajo con un intermedio de 15 minutos de descanso.

En promedio en cada seminario se trabajó con cuatro grupos de estudiantes, se buscó que estos fueran mixtos aun cuando no siempre fue posible debido a que los hombres fueron 31 y las mujeres 261.

Los grupos conformados para los seminarios tuvieron entre 3 y 7 participantes y se procuró que los hombres se distribuyeran en los diferentes grupos; se organizaron un grupo de tres miembros, 8 de cuatro; 32 de cinco, 15 de 6 y un único grupo de 7 miembros. Veintitres de los grupos de trabajo fueron mixtos.

El tema en el que más se hicieron seminarios fue el del embarazo, sobre este trabajaron 20 grupos que son el 35,5% del total realizado. Los temas más trabajados fueron dos: embarazo no deseado y su relación con el uso de la píldora del día después; y por otra parte en su relación con el aborto. Cada uno requirió cuatro grupos, el 20% de los rol playing.

Le sigue en importancia el tema de la anticoncepción, sobre el que trabajaron 17 role playing, es decir el 26,56% del total de prácticas. El juego de roles más frecuente fue el de la marcha atrás que ocupó el 23,53% de las actividades.

Diez grupos hicieron su role playing sobre temas generales de sexualidad, que se corresponden con el 15,62% de los juegos de roles.

Dos temas: primera vez y orientación sexual fueron trabajados cada uno por cinco grupos. La identidad, la masturbación y las ETS fueron temas profundizados cada uno de ellos en dos roles playing. Sobre iniciación sexual únicamente se hizo un juego de roles.

Primera etapa, cuarto momento: Creación de la Guía de consulta.

La siguiente es la transcripción de una guía de consulta realizada por un equipo de trabajo conformado por cuatro mujeres cuyas edades son 26, 30, 18 y 20 años.

Tema de consulta: marcha atrás.

A la consulta asisten dos usuarios una chica y su novio, son atendidas por una enfermera. Una de las estudiantes hace las veces de chico.

¿En qué te puedo servir?

Habla la chica: tengo dudas con respecto al embarazo. A mi novio no le gusta ponerse el preservativo y quería saber si eyaculando fuera me puedo quedar embarazada.

¿Cuánto tiempo llevas con tu novio?

- Llevamos tres meses saliendo juntos

¿Qué edad tenéis tú y tu novio?

- Yo, 15 años y mi novio 18

¿Por qué a tu novio no le gusta ponerse el preservativo?

- No se lo pone porque dice que no se siente lo mismo.

¿Lo de no usar preservativo lo habéis decidido juntos?

- No, lo ha decidido él, porque ha tenido relaciones antes y nunca ha usado el preservativo.

¿Tú te sientes a gusto con esa decisión?

- No, porque me pongo muy nerviosa pensando que me puedo quedar embarazada.

Me preguntaste si eyaculando fuera te puedes quedar embarazada. La marcha atrás no es un método anticonceptivo; aunque él no eyacule en tu vagina, el líquido pre eyaculatorio que facilita la penetración también contiene algunos espermatozoides y además existe riesgo de alguna enfermedad de transmisión sexual ¿Te gustaría que te explicara sobre los métodos anticonceptivos?

- No, prefiero preguntarte otras dudas que tengo.

Vale ¿Dime?

- Pues quería saber si con el sexo anal o con el sexo oral me puedo quedar embarazada.

No, no te puedes quedar embarazada pero si puedes adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual.

- Y la píldora del día después me puede dejar estéril

La píldora del día después no te puede dejar estéril, pero no es un método anticonceptivo, quizás deberías utilizar un método anticonceptivo habitualmente, sería más seguro y no tendrías que preocuparte por tomar la píldora del día después ¿Te gustaría conocer cómo poner adecuadamente el preservativo?

- De acuerdo.

De todas formas si en algún momento tienes dudas o quieres información sobre otros métodos anticonceptivos, recuerda que estoy aquí para eso, puedes venir tu sola o con tu novio ¿Vale?

Vale, gracias.

Se dirige al novio: Ahora te pido salir un momento para hacer una valoración física de la chica.

Segunda etapa: Juego de roles de una consulta enfermera

Una vez las/os estudiantes han escogido el tema de trabajo se disponen a preparar el Juego de roles de una consulta enfermera.

La metodología aplicada tiene varios pasos a saber:

1. El manejo que se da a los momentos del cuidado: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución/ intervención y evaluación.
2. A partir de los listados de necesidades elaborados se escogió grupalmente un tema que se convirtió en el caso que fue atendido en una simulación de consulta.

3. Con relación al tema acordado para ser atendido en la consulta, cada uno/a de los/as miembros/as del grupo de trabajo escribió un listado de posibles preguntas, que como profesional de enfermería trabajando en una consulta para adolescentes, le haría al/la paciente que consultaría, con relación al tema escogido grupalmente.
4. Del grupo total de preguntas elaboradas por todos/as los/as integrantes del grupo, escogieron aquellas que grupalmente se consideraron más indicadas para ser utilizadas en la consulta.
5. A partir de las preguntas finales seleccionadas y utilizando como fuente los textos leídos en la bibliografía facilitada previamente -que estaba colgada en el Campus virtual UA-, se dio grupalmente respuesta a dichos interrogantes.
6. Para el juego de roles los/as estudiantes deciden si se apoyarán en los materiales de soporte que están dispuestos para tal fin en el aula de clase. De ser así, los solicitan al docente.
7. Se determinó quiénes asumirían los roles de enfermera(s)/o(s), paciente/s y acompañante/s, en la consulta programada. Las/os demás miembros del grupo harán la autoevaluación una vez concluido el proceso.
8. El grupo expuso las conclusiones de su trabajo a los/as demás compañeros/as del curso y a los docentes, utilizando para ello un juego de roles.
9. Los estudiantes hacen un proceso de autoevaluación de su juego de roles;

Evaluación de proceso

Tercera etapa, primer momento: Autoevaluación

El equipo de trabajo una vez ha concluido su respectivo juego de roles se autoevalúa; se propone que: primero, lo hagan quienes han asumido los roles y que se orienten a informar cómo se sintieron, qué aprendieron y qué utilidad tiene para su experiencia profesional; segundo, que los compañeros del equipo de trabajo evalúen la relación existente entre la “guía de consulta” planeada y la practica real recién interpretada.

Los estudiantes observan que entre la guía y la practica hay grandes diferencias y que estas se relacionan con que las historias actuadas proponen muchos más elementos de “realidad” que el esquema trazado; que la consulta no sólo se centra en el tema que parece motivar la consulta, sino que tiene derivaciones hacia otros temas los cuales en

algunos momentos incluso parecen más importantes que el original; que situaciones adicionales como conflictos de pareja, temores fundados o infundados, falsas creencias, desconocimiento de información pertinente ya sea por parte del usuario/a o de la enfermera/o, o falta de destreza en el uso de demostraciones (por ejemplo cómo poner un condón masculino o femenino, utilizar un DIU o diafragma, entre otros) y de materiales de apoyo como folletos, videos, páginas Web o artículos científicos entorpecen su labor profesional; dificultades para hablar de sexualidad explícitamente o dudas frente a utilizar lenguaje técnico o coloquial.

Tercera etapa, segundo momento: Heteroevaluación

Las y los compañeros de curso hacen una retroalimentación teniendo en cuenta lo aprendido del proceso y proponiendo alternativas sobre cómo hacer mejor la consulta enfermera.

Se propone que hable como mínimo una persona por cada equipo de trabajo diferente al que acaba de hacer el juego de roles.

La tendencia fue a que inicialmente se evaluara como “bien”, “bueno” o se comentara “me gustó”, la retroalimentación docente iba enfocada a que se explicara qué entienden por “bien”, “bueno” o “me gustó”, para avanzar en la heteroevaluación se sugería seguir un modelo de evaluación en el que se utilizara el modelo SOAP. Los docentes hacían un primer ejercicio, como ejemplo, para que los estudiantes comprendieran cómo sería la utilización del modelo evaluativo.

Una recomendación, dada la tendencia a solo ver situaciones negativas, se orientaba a que si podían analizar tres cosas consideradas “negativas”, deberían igualmente hacer un reconocimiento de tres elementos “positivos”, haciendo conciencia de que el mundo no se vive en opuestos, sino en la multiplicidad de experiencias con múltiples matices.

Tercera etapa, tercer momento: Evaluación docente

Los docentes tomaron nota del proceso e hicieron una redirección de la consulta realizada en el role playing, haciendo énfasis en:

A. La recepción al o la paciente y su(s) acompañante(s) y la inducción al/ a los mismo(s);

B. La viabilidad de las preguntas planteadas al o la paciente y su(s) acompañante(s), en caso de que los haya;

C. Las respuestas que se dieron a partir de los planteamientos de las/os usuarios del servicio;

D. El establecimiento del vínculo afectivo y emocional con las/os usuarios del servicio; E. Los soportes teóricos y didácticos utilizados en la consulta;

F. El proceso de valoración y diagnóstico que se hace de la situación eje de la consulta; G. Al proceso de planificación que tiene como objetivo identificar el estado de salud del paciente y los problemas relativos al cuidado de su salud que son necesarios atender en la consulta;

H. Ejecución/ intervención, recordemos que según la CIE Clasificación Intervenciones de Enfermería¹⁵², una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." (McCloskey y Bulechek, 2000) las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan la familia, la(s) pareja(s) y la comunidad;

Se recalcan aquellas necesidades a las que hicieron referencia en la autoevaluación del equipo o la heteroevaluación de las/os demás compañeras/os y aquellas otras sobre las que el equipo docente le interesa recalcar, redireccionar, sugerir reflexiones, observar practicas adecuadas o inadecuadas u orientar la practica enfermera. Se hace énfasis en la importancia del uso de un lenguaje asequible al usuario y de tener en cuenta la creación del vínculo profesional dado importancia al manejo espacial, el manejo corporal, la expresión no verbal y el reconocimiento de las necesidades del usuario, incluso aquellas que no se hacen explicitas pero que se evidencian en su comunicación.

Un proceso de tres momentos denominados, centrarse, darse cuenta y empoderarse orienta el sentido que el equipo docente da a sus retroalimentaciones y redirecciones.

G. En los casos en que fue necesario los docentes hicieron un role playing de la consulta, proponiendo alternativas de solución a los problemas encontrados o resaltando aquellas cualidades de la consulta que son importantes reconocer e implantar.

Tercera etapa, cuarto momento: Nota de enfermería tipo SOAP

La Nota de enfermería que aquí se transcribe es la correspondiente al caso ya relatado en el ítem Primera etapa, cuarto momento: Creación de la Guía de consulta.

Datos objetivos:

Edad de la paciente: 15 años

Edad del novio de la paciente: 18 años.

Ella presenta un desarrollo adecuado según los Grados de Tanner para el desarrollo mamario y para el del desarrollo del vello púbico.

Datos subjetivos:

Motivo de la consulta: relaciones sexuales de riesgo, sin preservativo, información sobre evitar el embarazo.

Tiene una relación de pareja con tres meses de duración, con un hombre tres años mayor.

Datos sobre prácticas sexuales: práctica vaginal, oral y anal.

Dudas sobre efectos adversos de la píldora del día después.

El novio no está de acuerdo con usar el preservativo (egoísmo, machismo)

La chica nos e siente bien con esta práctica.

Valoración:

La chica no quiere quedarse embarazada pero mantiene relaciones sexuales sin preservativo por preferencia de su novio. A pesar de ello acude a la consulta porque no está conforme con esta práctica y demanda más información.

Plan a seguir:

Averiguar mejor método anticonceptivo para ellos.

Dar información sobre los riesgos de las prácticas sexuales sin protección.

Indagar por qué su novio no quiere ponerse el preservativo.

Seguimiento para próximas consultas.

Evaluación individual

Cuarta Etapa: Entrevistas escritas

Desde una perspectiva sistémica la entrevista escrita plantea tres preguntas diferentes basadas en las funciones cerebrales lógicas, emocionales y operativas. La primera de ellas se relaciona con la posibilidad de llevar a la práctica lo aprendido en el seminario; la segunda, interroga sobre lo aprendido conceptualmente; y la tercera, se vincula a la emoción que genera la participación en el seminario.

Las personas que respondieron a la entrevista tenían la posibilidad de dar una o más respuestas a cada una de las siguientes tres preguntas.

El ejemplo a continuación muestra la transcripción de las entrevistas escritas realizadas por las estudiantes que trabajaron como equipo sobre el caso cuyo SOAP acabamos de relatar.

¿Qué ha aprendido en este seminario?

Mujer uno: hemos visto cuatro tipos de consulta y cuatro maneras de afrontar los distintos problemas y tipos de paciente; aprendido a indagar para tratar distintos problemas relacionados con las prácticas sexuales, también hemos aprendido a poner un preservativo. Que la consulta no tiene un guión establecido pero que prepararlo nos ayuda a comprender mejor la situación.

Mujer dos: lo más importante que he aprendido es que la consulta no sigue ningún guión y hay que conocer muy bien la información que vamos a dar y una buena recogida de los datos que nos aporta el paciente para conseguir una buena actuación profesional. He aprendido también a colocar correctamente un preservativo; sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen y cómo actúan; sobre los métodos de barrera orales y anales; más información sobre el VIH; y, la estructura de una consulta.

Mujer tres: Nuevos métodos de barrera de los que no había oído hablar como la protección de los genitales femeninos durante la práctica oral y otros de los que había oído hablar pero que no tenía la suficiente información, como el preservativo femenino, la colocación de un preservativo masculino con la boca. Además me ha aclarado información sobre las mucosas sobre las que se pueden transmitir las ETS y cuáles tienen mayor riesgo. Otro aspecto que veo importante es saber resolver con más soltura los diferentes casos que se me puedan presentar en una consulta de enfermería, dándome técnicas para acercarme mejor al paciente.

Mujer cuatro: la importancia de la relación terapéutica con el paciente, considerando variables como la edad de los componentes de la pareja y conocimientos del tema de la consulta planteada, etc. También me he dado cuenta que las consultas pueden ser muy variadas, tanto como las personas y que seguir un guión a veces no es posible.

¿Qué puedo hacer en mi actividad como enfermero trabajando en una consulta para adolescentes, a partir de lo aprendido en el Seminario?

Mujer uno: indagar en las dudas que presentan y averiguar la mejor alternativa para ellas.

Mujer dos: contestar con más y mejor información a las dudas que presentan los pacientes, proporcionar mejores herramientas de enfermería; realizar una buena promoción de la Salud Sexual y reproductiva.

Mujer tres: siempre que entre el consultador preguntar el nombre (para empezar a crear el vínculo) y la edad (muy influyente en los conocimientos sobre sexualidad). Una vez conozco la preocupación del paciente he de darme cuenta del problema central y

desmenuzar cada una de las preguntas para conseguir más información sobre el problema. Cuando tenga los datos suficientes, intentar solventar el tema con mis conocimientos y resolver nuevas dudas con el mismo método.

Mujer cuatro: pues intentar mostrarme serena, calmada, cercana y empática, sin intentar llevar una actitud paternalista, ofreciendo la mejor información posible y dejando constancia de que es responsabilidad del propio paciente el tener una vida sexual lo más sana posible.

¿Cómo me sentí en el seminario?

Mujer uno: me sentí nerviosa cuando salí y cómoda el resto de la practica.

Mujer dos: bien, ya que muestra cómo es una consulta en realidad y nos ayuda para práctica profesional.

Mujer tres: a gusto, divertida y entretenida, poniendo mucho interés en todos los temas que se han tocado, pues me han aclarado dudas y reforzado conocimientos que ya tenía.

Mujer cuatro: realmente cómoda e intentando verme plasmada como enfermera en el futuro.

4.5 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS ESCRITAS.

4.5.1 PRIMERA PREGUNTA: QUÉ PUEDO HACER EN MI ACTIVIDAD COMO ENFERMERO TRABAJANDO EN UNA CONSULTA PARA ADOLESCENTES, A PARTIR DE LO APRENDIDO EN EL SEMINARIO.

Para el análisis se optó por tomar las respuestas desde las más frecuentes hasta las que fueron dada por el 1% de entrevistados, el rango de ellas se inicia en el 14,4%.

En total se analizan 40 respuestas consideradas en orden a su coincidencia o por poseer elementos comunes que permiten estudiarlas como si fueran una unidad, estas son el 33,6% del total de las respuestas; las 79 respuestas restantes (66,4%) fueron respondidas por una o dos personas. Algunas de las respuestas se dieron en múltiples oportunidades; en las mujeres, el mayor volumen de respuestas de un mismo orden fue 40, en los hombres fue cinco.

Sobre la pregunta que nos convoca se han dado 119 respuestas diferentes; 116 respuestas fueron respondidas por mujeres (99,47% de las opciones). Los hombres proveyeron 44 respuestas que se agrupan en 32 resoluciones que son comunes con las de las mujeres, es decir, el 26,9% del total de respuestas al ítem fueron dadas tanto por hombres como por mujeres.

Siete soluciones exclusivas de hombres fueron dadas por una sola persona; 79 respuestas son exclusivas de mujeres, de ellas 67 fueron dadas por una sola de ellas.

Tabla 117.- número de respuestas según sexo

% de respuestas según sexo		
Hom	Muj	Total
44	351	395
22,56	87,44	100

El porcentaje de respuestas según sexo fueron las siguientes: los hombres proveyeron 44 que son el 22,56% del total de respuestas en el seminario, sin analizar sus coincidencias, que fue de 395 (Tabla N° 117). Las mujeres dieron 351 soluciones que son equivalentes al 87,44% del total de respuestas en el seminario.

La respuesta más frecuente la ha contestado el 14,4% de las/os participantes del seminario, esta fue: Asesorar, ayudar/ dar apoyo/soporte e información/ disminuir dudas/ al adolescente/ cualquier edad en estos temas. La respondieron 42 personas, de ellas 40 son mujeres quienes son el 95,23% del total de respondientes y el 15,26% del total de mujeres en el seminario. (Tabla N° 117).

Las respuestas de los hombres

La respuesta: Explicarles los tipos de métodos anticonceptivos y demás temas relacionados con la sexualidad, fue dada por cinco hombres, 19,12% del total de hombres en el seminario.

Cuatro hombres, 12,9% del total de hombres en el seminario, optaron por la respuesta: Darle confianza/ trato amable a la persona para que pueda expresar sus problemas/ pensamientos/ sentirse cómodo/ expresar sus sentimientos.

Tres hombres, 9,67% del total de hombres en el seminario, respondieron: Ayudar a evitar las ETS/ ETS entre los chavales/ jóvenes/ explicarles los tipos.

Dos hombres, 6,45% del total de hombres en el seminario, optaron por las respuestas: Asesorar, ayudar/ dar apoyo/soporte e información/ disminuir dudas/ al adolescente/ cualquier edad en estos temas; Promocionar la educación sexual/ la Salud Sexual/ y sobre lo relacionado con la actividad sexual; Ayudarles a prevenir problemas para que tengan una vida sexual sana/ sexo seguro; y, Crear un clima apropiado para la consulta.

Las respuestas de las mujeres

Las mujeres con 351 respuestas, optaron en primer lugar por responder: Asesorar, ayudar/ dar apoyo/soporte e información/ disminuir dudas/ al adolescente/ cualquier edad en estos temas; lo hicieron 40 mujeres. Esta es la respuesta más frecuente, la dieron en total 42 personas, que son el 14,38% de participantes en el seminario.

Tabla 118.- Preguntas más frecuentes en la totalidad de seminarios

Evaluación: A partir de lo aprendido en el Seminario qué puedo hacer en mi actividad como enfermero trabajando en una consulta para adolescentes	Hom	Muj	Total	% de participantes
Asesorar, ayudar/ dar apoyo/soporte e información/ disminuir dudas/ al adolescente/ cualquier edad en estos temas	2	40	42	14,38
Explicar los tipos de métodos anticonceptivos y demás temas relacionados con la sexualidad	5	22	27	9,25
Darle confianza/ trato amable a la persona para que pueda expresar sus problemas/ pensamientos y necesidades/ sentirse cómodo/ expresar sus sentimientos	4	20	24	8,22
Ayudar a evitar las ITS/ ETS entre los chavales/ jóvenes/ explicarles los tipos	3	17	20	6,85
Estar documentada/ actualizada/ al día/ informarme/ prepararme sobre el tema/ lo que repercute en mi profesión/ para poder apoyar/responder correctamente	0	16	16	5,48
Promocionar la educación sexual/ la salud sexual/ y sobre lo relacionado con la actividad sexual	2	11	13	4,45
Que las personas se sientan cómodas/con la enfermera/ en la consulta	1	10	11	3,77
Sacarle partido a la información obtenida sobre el tema/ ponerla en práctica en la consulta	1	7	8	2,74
Detectar problemas psicológicos o fisiológicos y dar apoyo emocional	0	7	7	2,40
Ayudarles a prevenir problemas para que tengan una vida sexual sana/ sexo seguro	2	5	7	2,40
Escuchar atentamente/ hacer que se sientan escuchados	1	6	7	2,40
Ponerme en la situación/ en el lugar del adolescente/ ser empática	1	5	6	2,05
Aconsejar adecuadamente a los adolescentes sobre el tema referido	0	6	6	2,05
Abordar cualquier tema sin tabúes y sin vergüenza/ de una manera más abierta/ sin sentirme abrumada por las situaciones	0	6	6	2,05
Abordar cualquier tema/ los problemas/ con total naturalidad/ que le sentará bastante bien a los adolescentes	1	5	6	2,05
Utilizar palabras/ lenguaje coloquial/ cercano que los jóvenes puedan entender	0	5	5	1,71
Lograr que me vean como una persona cercana	0	5	5	1,71
Me falta tener más información sobre ciertos temas y tener más práctica, aun cuando pienso que estoy capacitada	0	5	5	1,71
Trabajar sobre la relación/la confianza/ la comunicación con sus padres/ su familia	0	5	5	1,71
Buscar soluciones dentro de las posibilidades del paciente y de la salud pública	0	5	5	1,71
Crear un clima apropiado para la consulta	2	3	5	1,71
Enseñarles el uso correcto de los preservativos	0	4	4	1,37
Brindar soluciones a sus inconvenientes de índole sexual	1	2	3	1,03
Centrarme en sus problemas o consultas/ y no en lo que yo crea	1	2	3	1,03
En una edad tan difícil servir a los consultantes como un punto de apoyo y orientación	1	2	3	1,03
Entender de la forma más profesional posible las inquietudes y problemas	0	3	3	1,03
Proveerles información sobre el embarazo	0	3	3	1,03
Ayudar a evitar embarazos no deseados	1	2	3	1,03
Enseñarles a poner el condón/ correctamente	0	3	3	1,03
Abordar el tema de la masturbación / tanto masculina como femenina y qué hacer sobre ella	0	3	3	1,03
Explicar tipos de orientación sexual	0	3	3	1,03
Enseñarles dónde encontrar mayor placer/ a disfrutar la sexualidad	0	3	3	1,03
Me siento capaz/ más segura de llevar una consulta	0	3	3	1,03
Lograr que no tengan dudas ni temores para afrontar su vida sexual	0	3	3	1,03
Lo aprendido en clase solo son ejemplos de lo que podemos encontrar, cuanto más aprendamos más podremos enfrentarnos a la realidad	0	3	3	1,03

Veintidós mujeres respondieron: Explicarles los tipos de métodos anticonceptivos y demás temas relacionados con la sexualidad; respuesta que fue dada en 27 oportunidades que son el 9,25% de participantes en el seminario.

Veinte son las mujeres que entre 24 personas, respondieron: Darle confianza/ trato amable a la persona para que pueda expresar sus problemas/ pensamientos y necesidades/ sentirse cómodo/ expresar sus sentimientos; esta respuesta la dio el 8,22% de participantes.

Ayudar a evitar las ETS/ ETS entre los chavales/ jóvenes/ explicarles los tipos, lo respondieron 17 mujeres; se dieron 20 respuestas similares, que equivalen a las respuestas del 6,85% de respondientes.

Estar documentada/ actualizada/ al día/ informarme/ prepararme sobre el tema/ lo que repercute en mi profesión/ para poder apoyar/responder correctamente, respondieron 16 mujeres, respuesta que no dio ningún hombre; son el 5,48% de quienes contestaron la entrevista.

Promocionar la educación sexual/ la Salud Sexual/ y sobre lo relacionado con la actividad sexual es la respuesta escogida por once hombres y dos mujeres que equivalen al 4,45% de respuestas a la entrevista, que son el 4,45% de quienes respondieron.

Que las personas se sientan cómodas/con la enfermera/ en la consulta, respondieron 11 personas (3,77% del total de respondientes), 10 de ellas dadas por mujeres.

Ocho personas respondieron: Sacarle partido a la información obtenida sobre el tema/ ponerla en práctica en la consulta; ellas corresponden al 2,74% de las respuestas provistas por los y las participantes, que en este caso fueron siete mujeres y un hombre.

Fueron dadas por siete personas, 2,4% de los que respondieron, cada una de las siguientes respuestas: Detectar problemas psicológicos o fisiológicos y dar apoyo emocional; Ayudarles a prevenir problemas para que tengan una vida sexual sana/ sexo seguro; y, Escuchar atentamente/ hacer que se sientan escuchados.

Cada una de las respuestas transcritas a continuación fueron dadas por seis personas, el dos por ciento de los y las que respondieron: Ponerme en la situación/ en el lugar del adolescente/ ser empática; Aconsejar adecuadamente a los adolescentes sobre el tema referido; Abordar cualquier tema sin tabúes y sin vergüenza/ de una manera más abierta/ sin sentirme abrumada por las situaciones; y, Abordar cualquier tema/ los problemas/ con total naturalidad/ que le sentará bastante bien a los adolescentes.

Cinco personas, 1,71 de las y los entrevistados, respondieron con cada una de las siguientes alternativas: Utilizar palabras/ lenguaje coloquial/ cercano que los jóvenes puedan entender; Lograr que me vean como una persona cercana; Me falta tener más información sobre ciertos temas y tener más práctica, aun cuando pienso que estoy capacitada; Trabajar sobre la relación/la confianza/ la comunicación con sus padres/ su familia; Buscar soluciones dentro de las posibilidades del paciente y de la salud pública; y, Crear un clima apropiado para la consulta.

Cuatro personas, 1,37% de los respondientes, 1% de quienes dieron respuestas optaron por la respuesta: Enseñarles el uso correcto de los preservativos. Tres estudiantes respondieron cada una de las siguientes opciones: Brindar soluciones a sus inconvenientes de índole sexual; Centrarme en sus problemas o consultas/ y no en lo que yo crea; En una edad tan difícil servir a los consultantes como un punto de apoyo y orientación; Entender de la forma más profesional posible las inquietudes y problemas; Proveerles información sobre el embarazo; Ayudar a evitar embarazos no deseados; Enseñarles a poner el condón/ correctamente; Abordar el tema de la masturbación / tanto masculina como femenina y qué hacer sobre ella; Explicar tipos de orientación sexual; Enseñarles dónde encontrar mayor placer/ a disfrutar la sexualidad; Me siento capaz/ más segura de llevar una consulta; Lograr que no tengan dudas ni temores para afrontar su vida sexual; y, Lo aprendido en clase solo son ejemplos de lo que podemos encontrar, cuanto más aprendamos más podremos enfrentarnos a la realidad.

4.5.2 SEGUNDA PREGUNTA: QUÉ HA APRENDIDO EN ESTE SEMINARIO

Para el análisis se optó por tomar las respuestas desde las más frecuentes hasta las que fueron dada por el 1% de entrevistados, el rango de ellas se inicia en el 16,1%.

Tabla 119.- Porcentaje de respuestas según sexo

% de respuestas según sexo		
Hom	Muj	Total
89	409	498
17,87	82,13	100

Algunas de las respuestas se dieron en múltiples oportunidades. El total de respuestas que tienen elementos comunes que permiten integrarlas en un solo ítem es de 205. Se analizan 45 respuestas que son el 22% del total de ellas, que fueron contestadas por tres o más personas; las 160 respuestas restantes (78%) fueron respondidas por una o dos personas.

El total de respuestas sin tener en cuenta su coincidencia ha sido de 498, Tabla N° 95, según sexo los hombres han provisto 89 soluciones, que corresponden a un porcentaje de 17,87. Las mujeres dieron 409 respuestas que son el 82,13 del total de respuestas en el seminario.

Treinta y seis de treinta y siete respuestas exclusivas de hombres fueron dadas por una sola persona; 131 soluciones son exclusivas de mujeres, de ellas 87 fueron dadas por una sola de ellas.

La respuesta más frecuente la ha contestado el 16,1% de las/os participantes del seminario, esta fue: Cómo actuar/ tratar/ desenvolverse mejor/ hacer frente/ explicar/

como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad. La respondieron 47 personas, de ellas 40 son mujeres quienes son el 85,1% del total de respondientes y el 15,26% del total de mujeres en el seminario.

Las respuestas de los hombres

Analizando la Tabla N° 120, siete hombres, 22,6% del total de ellos, respondieron a la pregunta afirmando que aprendieron Cómo actuar/ tratar/ desenvolverse mejor/ hacer frente/ explicar/ como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad. Los hombres respondientes son el 14,9 de quienes dieron esta misma respuesta.

Cinco hombres, 19,12% del total de hombres en el seminario respondieron que aprendieron “La diversidad de/ tipos de métodos anticonceptivos que hay en el mercado”; ellos son el 55,55% de quienes respondieron a la pregunta, que fueron nueve personas.

Tres hombres, 9,67% del total de hombres en el seminario, para decir qué aprendieron optaron por las respuestas: Cómo utilizar/ usar correctamente los métodos anticonceptivos; Información / riesgos sobre ETS / ETS; y, La importancia de la empatía en la consulta/ ponerse en/ la piel/ el lugar del paciente/ situación de otro.

Dos hombres, 6,45% del total de hombres en el seminario, consideran que aprendieron: Cómo utilizar/ poner correctamente el condón femenino; El rol de enfermería en una consulta de adolescentes (que siempre queda abandonado); y, Temas relacionados con la sexualidad.

Tabla 120.- Respuestas más frecuentes a qué ha aprendido en este seminario

Evaluación: Qué ha aprendido en este seminario	Hom	Muj	Total	% de participantes
Cómo actuar/ tratar/ desenvolverme mejor/ hacer frente/ explicar/ como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad	7	40	47	16,10
Cómo poner/ colocar un preservativo/ condón correctamente	2	31	33	11,30
Cómo utilizar/ usar correctamente los métodos anticonceptivos	3	15	18	6,16
Información / riesgos sobre ETS/ ITS	3	8	11	3,77
Más de lo que pensaba sobre anticonceptivos	1	9	10	3,42
La diversidad de/ tipos de métodos anticonceptivos que hay en el mercado	5	4	9	3,08
Cómo utilizar/ poner correctamente el condón femenino	2	7	9	3,08
Diferentes métodos de barrera/ que no sabía ni que existían (orales/ para aniligus y cunnilingus)	0	9	9	3,08
La importancia de la empatía en la consulta/ ponerse en/ la piel/ el lugar del paciente/ situación de otro	3	6	9	3,08
Métodos para afrontar la consulta/ cuestiones consideradas tabú en la sexualidad	1	7	8	2,74
Más de lo que pensaba sobre ITS/ ETS	0	7	7	2,40
El seminario es muy interesante	1	6	7	2,40
A intentar/ resolver todas las dudas/ y solucionarlas/ dar soluciones válidas	0	6	6	2,05
Cómo utilizar/ poner correctamente el condón/ preservativo masculino	1	5	6	2,05
A / saber / observar y escuchar problemas del adolescente/ que son impactantes/ me podrían costar trabajo/ en el futuro	1	4	5	1,71
A afrontar diferentes situaciones, actitudes, /problemas etc., sobre las inquietudes de los adolescentes/ en una consulta de enfermería	0	5	5	1,71
A quitar/ a retirar correctamente un condón	0	5	5	1,71
He ampliado el conocimiento sobre ciertas dudas que tenía sobre el tema de la sexualidad	0	5	5	1,71
La forma de preguntar y de responder de forma adecuada a un paciente	1	3	4	1,37
A dar/ a transmitir información/ sobre lo que me pidan/ necesaria	0	4	4	1,37
Cómo comunicar/me / hablar/ con el/ los paciente(s)	0	4	4	1,37
Cómo tratar las cuestiones con naturalidad/ normalidad/ como otros en la consulta	1	3	4	1,37
La importancia de eliminar de nuestro vocabulario frases comodín como "no pasa nada", "tranquilo".	1	3	4	1,37
El rol de enfermería en una consulta de adolescentes (que siempre queda abandonado)	2	2	4	1,37
Cómo ayudar/ apoyar correctamente en problemas	0	4	4	1,37
Como orientar a quien practica la marcha atrás	1	3	4	1,37
Técnicas para afrontar la consulta/ cuestiones con el/ los paciente(s)	0	4	4	1,37
Abordar a los padres en una consulta con adolescentes sobre sexualidad	0	4	4	1,37
Posibles cuestiones que se pueden plantear en una consulta	0	4	4	1,37
Tratar los temas sexuales /con realidad/ con total naturalidad/ como otros problemas de salud	0	4	4	1,37
A tratar temas de sexualidad con actitud profesional	1	3	4	1,37
Forma de realizar sexo oral con protección (felación)	0	4	4	1,37
Qué es un/ uso del anillo vaginal	0	4	4	1,37
El seminario es muy entretenido/ divertido/ ameno.	0	4	4	1,37
Cómo informar a pacientes adolescentes sobre / importancia anticoncepción/anticonceptivos	0	3	3	1,03
Buen trato/ amable/ acoger a los adolescentes	0	3	3	1,03
Cosas nuevas sobre sexualidad que no conocía	0	3	3	1,03
A proporcionar confianza/ acercamiento para poder ayudarles/ sin traicionarles	1	2	3	1,03
Tipos de preservativos	1	2	3	1,03
Que hay un DIU que dura doce años	0	3	3	1,03
Temas relacionados con la sexualidad	2	1	3	1,03
Más de lo que pensaba sobre sexualidad	0	3	3	1,03
A explicar correctamente cómo se usan los preservativos masculinos y femeninos	0	3	3	1,03
El seminario es muy instructivo	1	2	3	1,03
El seminario es muy útil	0	3	3	1,03

Las respuestas de las mujeres

Como se puede desprender de la Tabla N° 121, cuarenta mujeres han respondido que aprendieron: Cómo actuar/ tratar/ desenvolverse mejor/ hacer frente/ explicar/ como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad; ellas 40 son el 85,1% del total de respondientes y el 15,26% del total de mujeres en el seminario. Esta respuesta la dieron el 16,1% del total de asistentes al seminario.

Treinta y una mujeres respondieron que su aprendizaje fue: Cómo poner/ colocar un preservativo/ condón correctamente; ellas son el 11,83% del total de mujeres en el seminario. Esta respuesta equivale al 11,3% del total de respuestas dadas por los informantes.

Quince mujeres aprendieron: Cómo utilizar/ usar correctamente los métodos anticonceptivos; estas mujeres son el 5,72% de los participantes en el seminario; esta respuesta equivale al 6,16% del total de las respuestas obtenidas en el seminario.

2,68% de las mujeres, nueve del total de las estudiantes de enfermería participantes del seminario respondieron que han aprendido: Más de lo que pensaban sobre anticonceptivos; y, Diferentes métodos de barrera/ que no sabía ni que existían (orales/ para annilingus y cunnilingus).

Ocho mujeres que son el 3,05% de las estudiantes asistentes al seminario respondieron que ha aprendido Información / riesgos sobre ETS / ETS.

El 2,67 de las mujeres en el seminario, que son siete de las enfermeras que tomaron el seminario optaron por las respuestas: Cómo utilizar/ poner correctamente el condón femenino; Métodos para afrontar la consulta/ cuestiones consideradas tabú en la sexualidad; y, Más de lo que pensaba sobre ETS/ ETS.

Seis mujeres estudiantes participantes del seminario que corresponden al que son el 2,3% respondieron: La importancia de la empatía en la consulta/ ponerse en/ la piel/ el lugar del paciente/ situación de otro; y, a intentar/ resolver todas las dudas/ y solucionarlas/ dar soluciones válidas.

Cinco mujeres, 1,9% del total de las estudiantes de enfermería participantes del seminario respondieron que han aprendido: Cómo utilizar/ poner correctamente el condón/ preservativo masculino; A afrontar diferentes situaciones, actitudes, /problemas etc., sobre las inquietudes de los adolescentes/ en una consulta de enfermería; A quitar/ a retirar correctamente un condón; y, He ampliado el conocimiento sobre ciertas dudas que tenía sobre el tema de la sexualidad.

El 1,52 de las mujeres participantes del seminario, equivalentes a cuatro informantes respondieron que han aprendido: A / saber / observar y escuchar problemas del adolescente/ que son impactantes/ me podrían costar trabajo/ en el futuro; A dar/ a transmitir información/ sobre lo que me pidan/ necesaria; Cómo comunicar/me / hablar/ con el/ los paciente(s); Cómo ayudar/ apoyar correctamente en problemas; Técnicas para afrontar la consulta/ cuestiones con el/ los paciente(s); Abordar a los padres en una consulta con adolescentes sobre sexualidad; Posibles cuestiones que se pueden plantear en una consulta; Tratar los temas sexuales /con realidad/ con total naturalidad/ como otros problemas de salud; Forma de realizar sexo oral con protección (felación); y, Qué es un/ uso del anillo vaginal; además informaron que El seminario es muy entretenido/ divertido/ ameno.

Tres mujeres que son el 1,14% de las participantes en el seminario han aprendido que: La forma de preguntar y de responder de forma adecuada a un paciente; Cómo tratar las cuestiones con naturalidad/ normalidad/ como otros en la consulta; La importancia de eliminar de nuestro vocabulario frases comodín como "no pasa nada", "tranquilo"; Como orientar a quien practica la marcha atrás; A tratar temas de sexualidad con actitud profesional; Cómo informar a pacientes adolescentes sobre / importancia; anticoncepción/anticonceptivos; Buen trato/ amable/ acoger a los adolescentes; Cosas nuevas sobre sexualidad que no conocía; Más de lo que pensaba sobre sexualidad; y, A explicar correctamente cómo se usan los preservativos masculinos y femeninos, igualmente opinaron que: El seminario es muy útil.

Tabla 121.- Respuestas más frecuentes a la pregunta Cómo me sentí en el seminario

Evaluación: Cómo me sentí en el seminario	Homb	Muj	Total	% de participantes
Me ha gustado mucho/ Me lo pasé muy bien, a gusto/ muy distendido/ En confianza/ Muy entretenido/ Ha sido fluido y muy ameno/Muy cómoda/y además distendido/ Me he reído y aprendido mucho/ He disfrutado mucho aprendiendo/ agradable, el ambiente que se sentía era muy bueno/con mis compañeros/ y profesores/ el Role playing aprendiendo/ me permite dar información a cerca de las ETS/ porque hemos tratado temas que realmente nos interesan/ los temas de sexualidad/ divertido/ es teórico y practico, bastante bueno/porque este tema es muy importante y me gusta tener clara las ideas del sexo/ estas cosas/ ampliado el conocimiento porque había cosas que ignoraba/ "¡Me ha encantado"!!!!/	8	54	62	21,23
Muy cómoda/ bastante cómoda/ porque se ha hablado/ del sexo/ sin tapujos/ con soltura/ con naturalidad/ sin escandalizarse/ sin tapujos/ sin vergüenza/ llamando las cosas por su nombre/ sin miedo a preguntar dudas/ además me he divertido/ con la distintas situaciones que se han presentado en los rol play	6	51	57	19,52
Muy interesante a pesar de que los temas que se tratan pueden llegar a ser incómodos, aquí se tratan con total normalidad, naturalidad y sin tabú/ Muy bien, casi nada de vergüenza/ porque vimos en qué situación nos podíamos encontrar de cara a la práctica clínica/ porque he podido hablar abiertamente de lo que pensábamos/ porque he aprendido como afrontar los temores que me genera la consulta con los adolescentes/ este no es un tema tabú y puedo hablar tranquila/ ya era hora de tratar estos temas en un seminario/ se trataron temas sexuales de forma desinhibida y con total naturalidad	3	15	18	6,16
Al principio incómodo/ Al principio un poco nervioso(a)/ agobiada/ cortada sin saber qué decir/por la presión del grupo/ yo no hablo de sexualidad y menos con las chicas(os)/, en especial cuando se habló de las prácticas orales; yo lo he hecho/ luego en el rol play de enfermero/ en la consulta adquirí confianza/ a lo largo de la práctica me sentí bastante cómoda/ lo hice pensándome profesional/porque se trató el tema con mucha naturalidad/ me ha ayudado en varios aspectos, pero luego me he sentido a gusto y en confianza/ muy cómoda/o	3	13	16	5,48
Normal/ Bien/ como en cualquier seminario,, porque la sexualidad es parte de la vida, debe ser algo normal y cotidiano/ para mí en el sexo no hay tabúes/ aun se sigue tratando el "sexo como tabú", pero yo gracias a dios soy muy abierto con mis amistades/ no es la primera vez que hablo de este tema/ los temas de sexualidad no me producen especial pudor, me parecen especialmetne importantes	4	6	10	3,42
Al principio creía que iba a ser más vergonzoso/ un poco desconcertado/ porque son temas que a lo mejor cuesta un poco hablar/ laverdad es que Manuel lo hace de manera muy amena y al hacerte reir, aparte de pasar un buen rato, también te hace no pensar en la vergüenza y aprendes como llevar a cabo los diferentes procedimientos correctamente/ no he tenido ningun problema a la hora de preguntar/ he aprendido mucho/ no me sentía capaz de aconsejar en un aborto, no sabía qué decirle/ me parecía de verdad una situación a la que me podía enfrentar como enfermera	1	8	9	3,08
Muy interesante (a la par que divertido), pues Manuel ha sabido amenizar la sesión con chanzas y bromas que demuestran que se puede hablar con naturalidad/ los profesores nos han hablado con mucha naturalidad del tema porque se respondía a preguntas que yo misma tenía en la mente/ La verdad es que todo me quedó muy claro/ por la manera explicativa que fue muy buena.	1	7	8	2,74
Bien porque he tenido la oportunidad de tener una visión de los problemas que vamos a tener en consulta/ porque pude obtener información adecuada para poder informar correctamente/ me mostró /como actuar en una consulta de salud sexual/ la necesidad de dar confianza a los pacientes/ muchos métodos anticonceptivosson temas de los que se debería hablar más	2	4	6	2,05
Muy a gusto mucho hacer los role playing porque así es como realmente somos los jóvenes, porque/ todo mi grupo/ hemos hablado de nuestras experiencias personales con total libertad/ esto ha facilitado mucho las cosas	0	5	5	1,71
Satisfecho/ Muy a gusto/ me sirve para mí mismo/ No hay nada que me haya molestado y me ha servido para aprender muchas cosas nuevas/ No ha sido para nada incómo ni obsceno, debería haber mas seminarios sobre educación sexual, puesto que para nuestra profesión es muy importante.	2	3	5	1,71
Incomoda en el rol play, es que yo no sé si seré capaz como enfermera de hablar sobre sexualidad con tranquilidad, pero en general fue interesante/ yo creo que nunca estaría trabajando en algo así/ la verdad no tenía ni idea de cómo responder a consultas sexuales/ Me da un poco de vergüenza hablar de estos temas, yo soy una chica muy vergonzosa/ Incómoda, fue no como estar en clase sino hablando de mis necesidades con las compañeras, eso me hace sentir vergüenza/ pero aun así ha sido divertido/ viendo ambos puntos de vista/ metiéndome en la piel de una persona joven me sentí como si fuera adolescente	1	4	5	1,71
Poco a poco he ido adquiriendo conocimientos y dándome cuenta que todos estamos en la misma situación, en el futuro tendré que leer y prepararme más antes del seminario para no sentirme mal conmigo misma/ me ayudará en un futuro para saber cómo actuar	2	2	4	1,37
Muy identificada con el rol play, con algunos temas tratados durante mi adolescencia/ cuando me invadían muchas dudas/ Me he sentido reflejada porque los temas tratados son los mismos que me aportaban dudas cuando era más adolescente/ Es una época muy reciente para mí, las preguntas son las mismas que yo tuve en los primeros años de mi adolescencia y aun no tenía respuestas, yo no había realizado las lecturas y me sentí mal con mis compañeras	1	3	4	1,37
Cómoda, ya que los temas tratados no suponen un problema para mí, pero si me mostraron que me falta mucha experiencia/ por la confianza que me inspiran los profesores/ este no debe ser un tema tabú y menos para los profesionales de la salud	0	4	4	1,37
Contento/ bien, me puede ser de mucha utilidad para/ enseñar a los adolescentes/ nuestra profesión	1	3	4	1,37
El profesor trató muy bien el tema/ con la mayor naturalidad posible/ me hace sentir bien, cómoda/ me gustó la forma de enseñanza/ La verdad es que me he sentido muy cómoda ante estos temas/ he descubierto que es mejor ser muy claro y sin pudor al hablar de temas sexuales	0	4	4	1,37
Un poco angustiada por los casos reales que se han presentado, por no saber actuar ante ello/ En el papel de enfermera, abordando problemas reales/ Me he sentido seguro a la hora de desarrollar el papel de enfermero, por momentos estaba realmente en una consulta/ Lo suficientemente interesado en cómo actuar como enfermero ante posibles situaciones que puedo vivir en el futuro	2	2	4	1,37
Poco identificada con los rol play, fuera de lugar con los compañeros jóvenes, la mezcla de edad hace que no me sienta cómoda/ No me sentí enfermera sino adolescente, experimenté vergüenza por hablar de un tema prohibido	0	3	3	1,03
Me sentí nerviosa en el rol play/ al tener que hablar en público	2	1	3	1,03
Aceptando que el tema de la sexualidad se puede abordar con naturalidad	0	3	3	1,03
En confianza para abordar cualquier tema/ En buen ambiente por lo general/ ha estado muy animado, las compañeras lo han hecho genial	0	3	3	1,03
Ha sido muy agradable ya que se habla de un tema tabú del que la gente no suele hablar y hay muchas dudas	0	3	3	1,03
Ha sido una experiencia muy divertida/ de la que he aprendido bastantes cosas/ y muy didáctica	1	2	3	1,03
Hasta el momento ha sido el seminario más participativo, alegre y ameno	2	1	3	1,03

4.5.3 TERCERA PREGUNTA: CÓMO ME SENTÍ EN EL SEMINARIO

Para el análisis se seleccionaron las respuestas desde las más frecuentes hasta las que fueron dada por el 1% de entrevistadas/os, el rango de ellas se inicia en el 6,85%.

El total de respuestas agrupadas por ser coincidentes o tener elementos comunes es de 46. Se analizan 23 respuestas que son el 50% del total de ellas, que fueron contestadas por tres o más personas; las 23 respuestas restantes fueron respondidas por una o dos personas. Algunas de las respuestas se dieron en múltiples oportunidades; en las mujeres, el mayor volumen de respuestas de un mismo orden fue 55 y se dio en dos oportunidades, en los hombres fue ocho.

Las respuestas coincidentes o no, suman 280; de ellas 49 (17,6%) fueron planteadas por hombres y 231 (82,4%) las dieron las mujeres. Una de seis respuestas exclusivas de hombres fueron respondidas cada una por dos personas, las cinco restantes cada una por un solo hombre; veintitrés respuestas son exclusivas de mujeres, de ellas cada una de seis fueron respondidas por tres mujeres, cada una de cinco por dos de ellas y las 10 restantes cada una por una sola mujer.

Como se observa en la Tabla N° 121, la respuesta más frecuente la ha contestado el 21,58% de las/os participantes del seminario, esta fue: Me ha gustado mucho/ Me lo pasé muy bien, a gusto/ muy distendido/ En confianza/ Muy entretenido/ Ha sido fluido y muy ameno/Muy cómoda/y además distendido/ Me he reído y aprendido mucho/ He disfrutado mucho aprendiendo/ agradable, el ambiente que se sentía era muy bueno/con mis compañeros/ y profesores/ el Role playing aprendiendo/ me permite dar información a cerca de las ETS/ porque hemos tratado temas que realmente nos interesan/ los temas de sexualidad/ divertido/ es teórico y práctico, bastante bueno/porque este tema es muy importante y me gusta tener clara las ideas del sexo/ estas cosas/ ampliado el conocimiento porque había cosas que ignoraba/ "¡Me ha encantado"!!!! La respondieron 63 personas, de ellas 55 son mujeres.

Las respuestas de los hombres

Ocho hombres, el 25,8% del total de los participantes en el seminario y el 12,7 de quienes proveyeron la solución más frecuente, que es la que figura en el párrafo anterior. Una respuesta que relaciona el disfrute y la comodidad, la metodología para la enseñanza/aprendizaje y la importancia del tema con la obtención de conocimiento.

Esta respuesta, la segunda en volumen de informantes, la han dado el 20,9% de quienes hicieron el seminario: "Muy cómoda/ bastante cómoda/ porque se ha hablado/

del sexo/ sin tapujos/ con soltura/ con naturalidad/ sin escandalizarse/ sin tapujos/ sin vergüenza/ llamando las cosas por su nombre/ sin miedo a preguntar dudas/ además me he divertido/ con la distintas situaciones que se han presentado en los rol play". Seis hombres la han respondido, ellos son el 19,35% de los estudiantes en el seminario y el 9,83% de quienes respondieron con la anterior afirmación. La respuesta se caracteriza por relacionar comodidad al hablar de sexualidad y el uso de lenguaje explícito y coloquial con el aprendizaje por medio del juego de roles (Ver Tabla N° 121).

Cuatro hombres optaron por la quinta respuesta en orden de importancia, que fue provista por el 3,42% de quienes asistieron al seminario: Normal/ Bien/ como en cualquier seminario, porque la sexualidad es parte de la vida, debe ser algo normal y cotidiano/ para mí en el sexo no hay tabúes/ aun se sigue tratando el "sexo como tabú", pero yo gracias a dios soy muy abierto con mis amistades/ no es la primera vez que hablo de este tema/ los temas de sexualidad no me producen especial pudor, me parecen especialmente importantes. La respuesta pone en evidencia la normalidad que conlleva hablar de sexualidad obviando los tabúes que suelen acompañar estos temas.

Tres hombres responden: Muy interesante a pesar de que los temas que se tratan pueden llegar a ser incómodos, aquí se tratan con total normalidad, naturalidad y sin tabú/ Muy bien, casi nada de vergüenza/ porque vimos en qué situación nos podíamos encontrar de cara a la práctica clínica/ porque he podido hablar abiertamente de lo que pensábamos/ porque he aprendido como afrontar los temores que me genera la consulta con los adolescentes/ este no es un tema tabú y puedo hablar tranquila/ ya era hora de tratar estos temas en un seminario/ se trataron temas sexuales de forma desinhibida y con total naturalidad. Esta respuesta parte de la idea de que el seminario es interesante y asume que tratar los temas de sexualidad es algo incomodo pero que en clase se han tratado con normalidad y naturalidad, lo que hace que no sientan vergüenza. La respuesta fue dada por 10 personas, y es la tercera en importancia, siendo asumida por el 6,16% de quienes participaron en el seminario.

Igualmente que la anterior, tres hombres respondieron: Al principio incómodo/ Al principio un poco nervioso(a)/ agobiada/ cortada sin saber qué decir/por la presión del grupo/ yo no hablo de sexualidad y menos con las chicas(os) , en especial cuando se habló de las prácticas orales; yo lo he hecho/ luego en el rol play de enfermero/ en la consulta adquirí confianza/ a lo largo de la práctica me sentí bastante cómoda/ lo hice pensándome profesional/porque se trató el tema con mucha naturalidad/ me ha ayudado en varios aspectos, pero luego me he sentido a gusto y en confianza/ muy cómoda/o. La

respuesta asume que al trabajar temas sobre sexualidad las personas pueden sentirse algo incomodas, nerviosas o agobiadas, pero que la metodología logró que esa situación emocional cambiara. La respondieron 16 personas en total y se corresponde con el 5,5% del total de respuestas.

Dos hombres, entre seis personas respondieron: Bien porque he tenido la oportunidad de tener una visión de los problemas que vamos a tener en consulta/ porque pude obtener información adecuada para poder informar correctamente/ me mostró /cómo actuar en una consulta de Salud Sexual/ la necesidad de dar confianza a los pacientes/ muchos métodos anticonceptivos son temas de los que se debería hablar más. Otros dos en un grupo de 5 personas respondieron: Satisfecho/ Muy a gusto/ me sirve para mí mismo/ No hay nada que me haya molestado y me ha servido para aprender muchas cosas nuevas/ debería haber más seminarios sobre educación sexual, puesto que para nuestra profesión es muy importante.

Las respuestas de las mujeres

Previamente se afirmaba que la respuesta más frecuente (21,6% de quienes tomaron el seminario) relaciona el disfrute y la comodidad, la naturalidad, la metodología para la enseñanza/aprendizaje y la importancia del tema con la obtención de conocimiento. Esta solución fue propuesta por 55 mujeres, ellas son el 87,3% de quienes la dieron y el 21% del total de mujeres en el seminario (Ver Tabla N° 121).

La segunda solución al interrogante ¿Cómo me sentí en el seminario? Fue dada por 55 mujeres, el 90,16% de quienes respondieron: “Muy cómoda/ bastante cómoda/ porque se ha hablado/ del sexo/ sin tapujos/ con soltura/ con naturalidad/ sin escandalizarse/ sin tapujos/ sin vergüenza/ llamando las cosas por su nombre/ sin miedo a preguntar dudas/ además me he divertido/ con la distintas situaciones que se han presentado en los rol play”. Ellas representan el 21% del total de las que participaron en el seminario.

La tercera respuesta en orden de importancia, lo fue también para las mujeres; sobre esta se afirmaba anteriormente: esta respuesta parte de la idea de que el seminario es interesante y asume que tratar los temas de sexualidad es algo incomodo pero que en clase se han tratado con normalidad y naturalidad, lo que hace que no sientan vergüenza. La respuesta fue asumida por el 6,16% de quienes participaron en el seminario; ellas son 15 mujeres, 83,3% de quienes la respondieron (18 informantes).

“Al principio incómodo/ Al principio un poco nervioso(a)/ agobiada/ cortada sin saber qué decir/por la presión del grupo/ yo no hablo de sexualidad y menos con las

chicas(os)/ , en especial cuando se habló de las prácticas orales; yo lo he hecho/ luego en el rol play de enfermero/ en la consulta adquirí confianza/ a lo largo de la práctica me sentí bastante cómoda/ lo hice pensándome profesional/porque se trató el tema con mucha naturalidad/ me ha ayudado en varios aspectos, pero luego me he sentido a gusto y en confianza/ muy cómoda/o”, afirmaron 13 mujeres entre las 16 personas que dieron esta respuesta que responde al 5,5% del total de las dadas en el seminario, siendo la cuarta en importancia, las mujeres que respondieron son el 81,25% de quienes respondieron estas frases y el 5% del total de ellas en el seminario (Ver Tabla N° 109).

Así respondieron 6 mujeres entre las diez personas que respondieron la pregunta que son el 3,42% del total de informantes: Normal/ Bien/ como en cualquier seminario, porque la sexualidad es parte de la vida, debe ser algo normal y cotidiano/ para mí en el sexo no hay tabúes/ aun se sigue tratando el "sexo como tabú", pero yo gracias a dios soy muy abierto con mis amistades/ no es la primera vez que hablo de este tema/ los temas de sexualidad no me producen especial pudor, me parecen especialmente importantes. Otro grupo de seis mujeres afirmó “Muy a gusto por hacer los role playing porque así es como realmente somos los jóvenes/ porque todo mi grupo/ hemos hablado de nuestras experiencias personales con total libertad/ esto ha facilitado mucho las cosas”. Este último grupo representa junto con dos hombres el 2,74% de los asistentes al seminario.

“Al principio creía que iba a ser más vergonzoso/ un poco desconcertado/ porque son temas que a lo mejor cuesta un poco hablar/ la verdad es que Manuel lo hace de manera muy amena y al hacerte reír, aparte de pasar un buen rato, también te hace no pensar en la vergüenza y aprendes como llevar a cabo los diferentes procedimientos correctamente/ no he tenido ningún problema a la hora de preguntar/ he aprendido mucho/ no me sentía capaz de aconsejar en un aborto, no sabía qué decirle/ me parecía de verdad una situación a la que me podía enfrentar como enfermera”, respondieron ocho mujeres y un hombre, que suman el 3,1% de quienes respondieron la entrevista escrita (Ver Tabla N° 121).

La forma como el docente orienta el seminario se destaca en la respuesta “Muy interesante (a la par que divertido), pues Manuel ha sabido amenizar la sesión con chanzas y bromas que demuestran que se puede hablar con naturalidad/ los profesores nos han hablado con mucha naturalidad del tema porque se respondía a preguntas que yo misma tenía en la mente/ La verdad es que todo me quedó muy claro/ por la manera

explicativa que fue muy buena”, que fue dada por siete mujeres y un hombre, ellos representan el 2,74% de las respuestas escritas en la entrevista.

Cuatro mujeres dieron esta respuesta: Incomoda en el rol play, es que yo no sé si seré capaz como enfermera de hablar sobre sexualidad con tranquilidad, pero en general fue interesante/ yo creo que nunca estaría trabajando en algo así/ la verdad no tenía ni idea de cómo responder a consultas sexuales/ Me da un poco de vergüenza hablar de estos temas, yo soy una chica muy vergonzosa/ fue no como estar en clase sino hablando de mis necesidades con las compañeras, eso me hace sentir vergüenza/ pero aun así ha sido divertido/ viendo ambos puntos de vista/ metiéndome en la piel de una persona joven me sentí como si fuera adolescente; respuesta que igualmente dio un hombre. La incomodidad no fue razón para aprender del seminario para el 1,71% de asistentes al seminario.

Cuatro mujeres también optaron por responder en una respuesta que se plantea desde el polo opuesto a la anterior “Cómoda, ya que los temas tratados no suponen un problema para mí, pero si me mostraron que me falta mucha experiencia/ por la confianza que me inspiran los profesores/ este no debe ser un tema tabú y menos para los profesionales de la salud”, ellas son el 1,37 del total de respondientes a la encuesta escrita.

Por otra parte, otras cuatro mujeres se decidieron por el maestro y la naturalidad en el manejo del tema, ellas respondieron “El profesor trató muy bien el tema/ con la mayor naturalidad posible/ me hace sentir bien, cómoda/ me gustó la forma de enseñanza/ La verdad es que me he sentido muy cómoda ante estos temas/ he descubierto que es mejor ser muy claro y sin pudor al hablar de temas sexuales”, ellas constituyen el 1,37% de la población encuestada (Ver Tabla N° 121).

Tres mujeres evalúan cómo se sintieron afirmando que “Muy afortunada por recibir docencia en este tema/ que se desconoce en los diplomados en enfermería/ Muy motivada para aprender más sobre el tema/ he estado bastante atenta a todo lo que se decía”; tres más consideran que “En confianza para abordar cualquier tema/ En buen ambiente por lo general/ ha estado muy animado, las compañeras lo han hecho genial”; otras tres consideran que se sintieron “Muy identificadas con el rol play, con algunos temas tratados durante mi adolescencia/ cuando me invadían muchas dudas/ Me he sentido reflejada porque los temas tratados son los mismos que me aportaban dudas cuando era más adolescente/ Es una época muy reciente para mi, las preguntas son las mismas que yo tuve en los primeros años de mi adolescencia y aun no tenía respuestas,

yo no había realizado las lecturas y me sentí mal con mis compañeras”; e, igual cantidad de mujeres respondió “Ha sido muy agradable ya que se habla de un tema tabú del que la gente no suele hablar y hay muchas dudas”. Las personas cuya opinión se refleja en este grupo de respuestas se corresponden con el 1,37% de quienes respondieron a la entrevista escrita.

Es importante destacar que el 40,5% de las mujeres se ubicó en el grupo de las dos respuestas más frecuentes y que el 11,7% proveyeron por las respuestas tercera y cuarta. Es decir, el 52,2% de la población femenina y el 64,5% de los hombres se ubican en las cuatro primeras respuestas, que se caracterizan por ser muy positivas frente a la temática, la metodología y el aprendizaje obtenido.

Exceptuando la respuesta decimonovena que fue dada por tres mujeres mayores de 25 años, las demás respuestas en su conjunto igualmente son muy favorables desde la perspectiva emocional. La respuesta en mención dice: Poco identificada con los rol play, fuera de lugar con los compañeros jóvenes, la mezcla de edad hace que no me sienta cómoda/ No me sentí enfermera sino adolescente, experimenté vergüenza por hablar de un tema prohibido (Ver Tabla N° 121).

4.6 PROPUESTA CATEGORIAL PARA UN PROGRAMA DE FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

A partir del análisis de las preguntas de las estudiantes sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva y su organización en 25 temas, se observó que algunas de los interrogantes podían pertenecer al mismo tiempo a varias categorías, estas se reorganizaron en 13 mapas categoriales.

Los grupos categoriales se han diseñado teniendo como criterio el desarrollo sexual y las necesidades humanas para la vivencia de la sexualidad, a partir de la propuesta del Aprendizaje Significativo de Ausubel (1978)¹⁷. Cuyo criterio básico es que el aprendizaje del nuevo conocimiento depende de lo que ya se sabe. Sobre dicho conocimiento se construye un nuevo conocimiento, la construcción comienza con una observación, seguida del reconocimiento de eventos y objetos que ya se poseen, lo que da origen a los conceptos.

Por otra parte, Ausubel considera que se aprende por la construcción de redes de conceptos, agregando nuevos conceptos a ellas para aprender significativamente, las

¹⁷ Ausubel, D.P, Novak, J. D (1978) Educational Psychology: a cognitive view. New York

personas deben relacionar un nuevo conocimiento con los conceptos relevantes que ya se conocen. El nuevo conocimiento debe de interactuar con la estructura de conocimiento ya existente.¹⁸

Tabla 122.- Grupos categoriales Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva

Grupos categoriales sexualidad, salud sexual y salud reproductiva	
Sexualidades	Identities sexuales
	Relaciones Genitales
	Disfunciones sexuales
Genitales masculinos	
Genitales femeninos	
Ciclo Menstrual	
Masturbación	
Anticoncepción	Métodos
	Hormonales
	Barrera
Primera vez de una relación genital	
Sexo oral	
Orgasmo	
Embarazo	
Interrupción del embarazo	
Enfermedades de Transmisión Sexual	

Según Ausubel (1978) la estructura cognitiva es el conjunto de conceptos, ideas, que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento la cual tiene una determinada organización tiende a una organización jerárquica en relación al nivel de abstracción, generalidad e inclusividad de ideas. La organización jerárquica de los conceptos se hace desde el criterio de que tienen diferente nivel de profundidad; yendo de lo más general a lo específico. Por otra parte,

los conceptos se van relacionando, en la medida en que se conocen, a manera de redes. Esas redes son producto de conexiones e interacciones entre los conceptos, que se hacen a través de conceptos y proposiciones unificadoras que tienen el más amplio poder explicativo y la mayor inclusividad, o conexión con el contenido.

La organización jerárquica de los grupos categoriales tiene en su interior categorías, estas a su vez poseen subcategorías y ellas en su interior vicecategorías.

En las redes de conceptos algunos de ellos pueden representar elementos comunes, dichos elementos se profundizan conceptualmente en aquel momento en que el equipo docente considere que es más pertinente profundizar en ellos.

Los doce grupos categoriales que se han considerado para ser desarrollados en un programa de formación sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, aparecen en la Tabla N° 122.

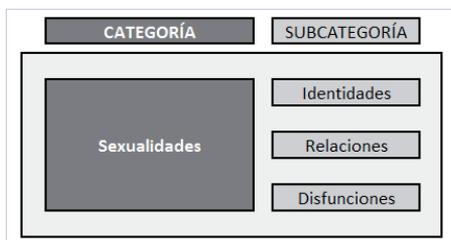
Este mapa conlleva un trabajo de profundización que no es posible realizar en las cuatro horas en las que se trabajaron los seminarios, en tal sentido, tan solo es una

¹⁸ A. J. Cañas, J. D. Novak, Eds. (2006)- Concept Maps: Theory, Methodology, Technology . Proc. of the Second Int. Conference on Concept Mapping. San José, Costa Rica.

propuesta que debería ser profundizada si se desea implementar un programa formativo orientado a enfermeras. Los grupos categoriales propuestos aparecen a continuación.

4.6.1 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES

Tabla 123.- Grupo categorial 01 Sexualidades

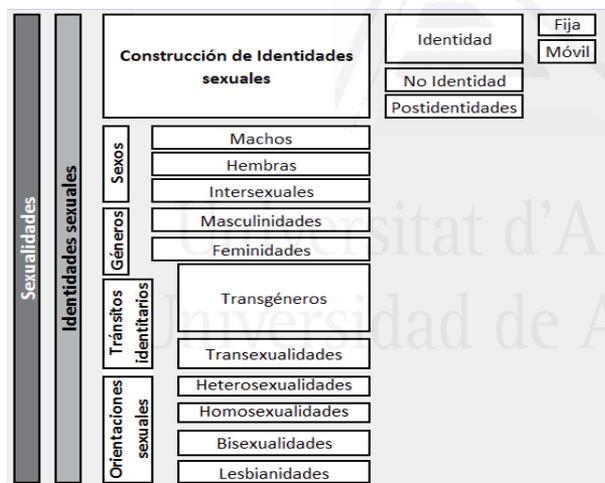


En la Tabla N° 123 se hace referencia a sexualidades en plural y no en singular porque no hay una única sexualidad, sin que esta se vivencia de manera única y particular en cada persona. Este grupo plantea en su interior tres subcategorías:

identidades sexuales, relaciones genitales y disfunciones.

4.6.2 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ IDENTIDADES SEXUALES

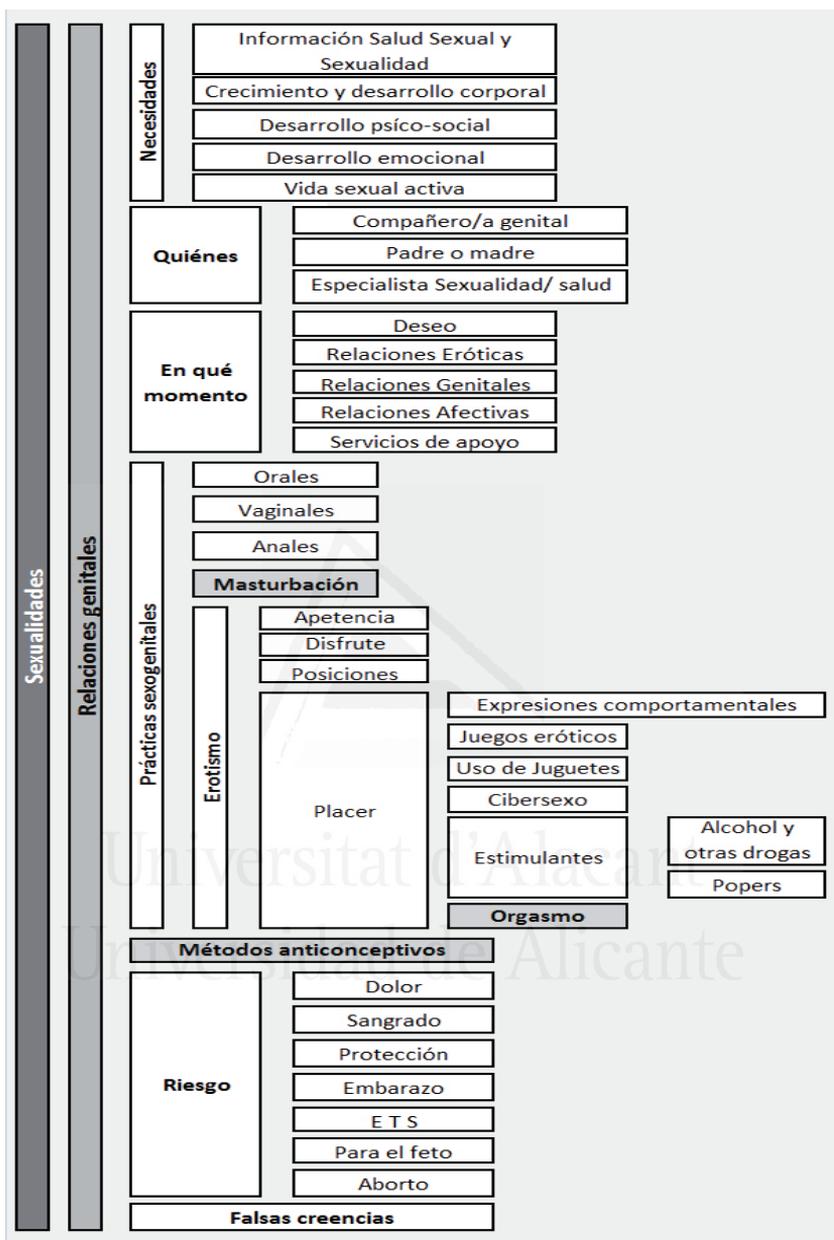
Tabla 124.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Identidades sexuales



La Tabla N° 124 ilustra la primera de las sub categorías de la Categoría Sexualidades: Identidades sexuales. En ella se presentan las vicecategorías: Construcción de identidades sexuales, Sexos, Géneros, Tránsitos identitarios y Orientaciones sexuales. Dos temas de los que nunca se preguntó, muy seguramente

por el desconocimiento que lleva a considerar que no existe, son el de las intersexualidades y el de las personas transgéneros. Si se preguntó, aun cuando poco a pesar de que hay mucha ignorancia al respecto es el de las transexualidades. Sobre las orientaciones sexuales nunca se pregunta por la heterosexualidad.

Tabla 125.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Relaciones genitales



4.6.3 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ RELACIONES GENITALES

La Tabla N° 125 informa sobre la segunda de las sub categorías de la Categoría Sexualidades: Relaciones Genitales. En ella se presentan las vicecategorías:

Necesidades, Quiénes, En qué momento; Prácticas sexo-genitales, Métodos anticonceptivos, Riesgo y falsas creencias.

Cabe destacar aquí que los temas masturbación, orgasmo y métodos anticonceptivos por el número de preguntas generadas en torno a ellos, han merecido un tratamiento especial y por ello se les ha convertido en categorías.

En los temas planteados por los estudiantes el tema Expresiones comportamentales sexuales no fue denominado como tal, aun cuando si se presentaron interrogantes en torno a éste.

4.6.4 GRUPO CATEGORIAL 01 SEXUALIDADES/ DISFUNCIONES SEXUALES

La Tabla N° 1126 enseña la tercera de las sub categorías de la Categoría Sexualidades: Disfunciones sexuales, en esta subcategoría igualmente se introducen los temas Trabajo sexual y Violencia. En las Disfunciones sexuales se presentan las vicecategorías: En el hombre y En la mujer.

Tabla 126.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Disfunciones sexuales

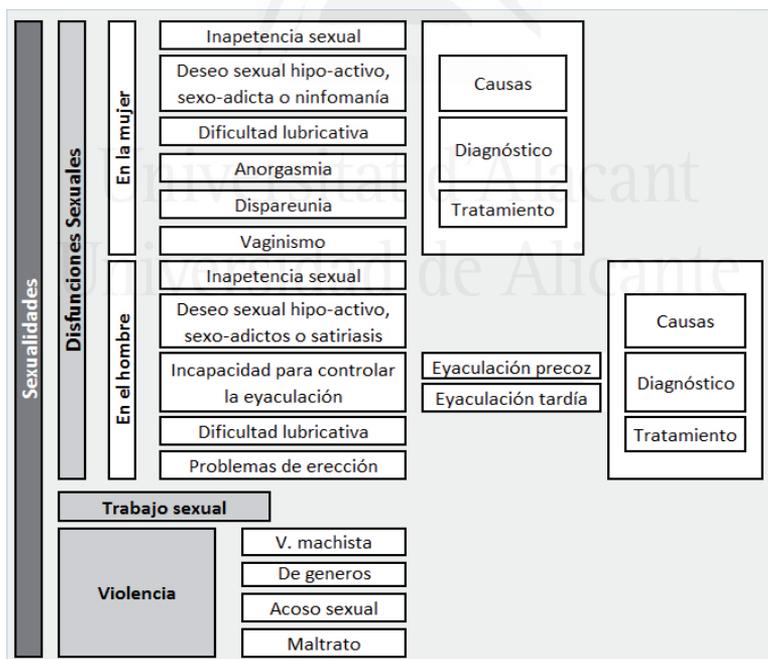


Tabla 127.- Grupo categorial 02 Genitales masculinos

Genitales masculinos	Aparato reproductor masculino	Pene	Glande		Qué es		
			Prepucio	Circuncisión	Causas		
					Operación		
			Fimosis		Efectos		
					Ventajas o no		
					Qué es		
					Causas		
					Operación		
					Efectos		
						Ventajas o no	
					Frenillo	Rotura	Desvirgar
					Balano		
					Meato		
					Testículos		
			Interna		Uretra		
Cuerpos cavernosos							
Tamaño		El ideal					
Forma		Se puede cambiar					
		Próstata					
		Testículos					
		Copula					
		Fecundación/ Donación de esperma					
		Orina					
Erección		Qué es					
		Por qué se produce					
		Cómo se produce					
		Cuándo se produce	Descanso				
			Excitación				
			Priapismo				
		Cuándo NO se produce	Efectos	Emocionales			
				Físicos			
				Abuso de sustancias			
				Impotencia			
Emisión de semen		Qué es					
		Cuándo					
		Causas					
		Frecuencia					
		Lubricación					
		Eyacuación		Polución nocturna			
				Prematura			
				Gatillazo			
				Efectos			
				Efectos			
		Falsas creencias					
Periodos		Pubertad					
		Desarrollo					
		Andropausia					

Preocupa a quienes interrogaron la Inapetencia sexual de los hombres aun cuando no la de las mujeres; ellas no hacen preguntas sobre anorgasmia ni vaginismo. En ellas como interés de ellos surge el tema del seseo hipo-activo y de la erección. En el grupo de interrogantes planteados por las estudiantes no surgió la violencia machista de forma directa, pero es evidente que algunas de las prácticas sobre las que se preguntan parten de una posición machista e incluso sexista de las sexualidades.

4.6.4 GRUPO CATEGORIAL 02 GENITALES MASCULINOS

La Tabla N° 127 (página anterior) ilustra el grupo categorial Genitales masculinos, este posee en su interior las subcategorías: Aparato reproductor masculino, Funciones, Erección y Emisión del semen; esta última tiene la vice categoría eyaculación. El tema orgasmo se trata como una categoría diferente.

Desde una visión machista de las sexualidades el concepto desvirgar, tal y como lo refleja el Diccionario de la lengua española, hace referencia específicamente a “quitar la virginidad a una doncella”, en este caso también se utiliza para la virginidad masculina, y específicamente al rompimiento del frenillo. Con relación a las funciones del pene se integra la función de la micción.

4.6.5 GRUPO CATEGORIAL 03 GENITALES FEMENINOS

La Tabla N° 128 ilustra el grupo categorial Genitales femeninos, este posee en su interior las subcategorías: Genitales internos, Genitales externos, funciones, Genitales secundarios, Fecundación, No fecundación (falsas creencias) y Flujo vaginal.

El tema Ciclo menstrual, dada la gran cantidad de preguntas que genera, se estudia como una categoría diferente; igual sucede con el ítem orgasmo que, como ya se aclaró previamente, también se analiza como una categoría distinta.

La fecundación femenina interesa desde la copulación, pero no desde su comprensión como proceso asistido, por ello se incluye el tema como información general.

Llama la atención que con relación a la No fecundación las falsas creencias están bastante relacionadas con el agua y sobre las posiciones para el coito. Temas como vaginitis (Inflamación de la vagina) y vaginosis (La vaginosis bacteriana es el tipo más común de infección vaginal) se consultaron de forma indirecta por las y los estudiantes. Los jóvenes no consideran el tema stress como una posibilidad que afecte ni su vida sexual.

Tabla 128.- Grupo categorial 03 Genitales femeninos

Genitales femeninos	Genitales internos	Vagina	Dónde Función Estimulación Desflorar Rotura accidental	
		Útero		
		Cérvix		
		Trompas de Falopio		
		Ovarios		
	Punto "G"			
	Himen			
	Genitales externos	Vulva		
		Labios mayores		
		Labios menores		
		Clítoris		
	Función	Entrada de semen	Orgasmo	
		Protección		
		Placer		
	Genitales secundarios	Mamas		
	Ciclo Menstrual			
	Fecundación	Copulación	In vitro Micro manipulación. Inseminación artificial Donación óvulos.	
		Asistida		
				In vitro
				Micro manipulación.
				Inseminación artificial
	Donación óvulos.			
	No fecundación Falsas creencias	Coito en el agua	Coito en el agua Lavado genitales postcoito Varios lavados genitales por día Hacerlo de pié Mujer sobre el hombre Nadar corta la regla Otras	
		Lavado genitales postcoito		
		Varios lavados genitales por día		
		Hacerlo de pié		
		Mujer sobre el hombre		
		Nadar corta la regla		
Otras				
Flujo vaginal	Consistencia	Estrés Ovulación Embarazo Excitación Vaginitis Vaginosis ETS Cuidado Tratamiento Estética		
	Color			
	Olor			
	Causas			
			Estrés	
			Ovulación	
			Embarazo	
			Excitación	
			Vaginitis	
	Vaginosis			
	ETS			
	Cuidado			
	Tratamiento			
Estética				

4.6.6 GRUPO CATEGORIAL 04 CICLO MENSTRUAL

Tabla 129.- Grupo categorial 04 Ciclo menstrual

Ciclo Menstrual	Menstruación	Qué es	
		Por qué /Para qué se	
		Cómo se produce	
		Cuándo se produce	Qué pasa si se produce
			Qué pasa si no se produce
			Qué pasa si se retarda
		Riesgo de embarazo	Cuándo se es fértil
		Protección	Cuándo tener relaciones
			Cuidados e higiene
			Tampones
	Falsas creencias	Compresas	
	Ovulación		Longitud del ciclo menstrual
	Problemas	Amenorrea	
		Dismenorrea	
Sangrado uterino anormal			
Periodos	Pubertad		
	Primer periodo		
	Ciclos	Regularidad	
		Irregularidad	
	Menopausia		

La Tabla N° 129 enseña el grupo categorial Ciclo menstrual, este posee en su interior las subcategorías: Menstruación, Ovulación, Problemas (siendo sus vicecategorías: Amenorrea, Dismenorrea y sangrado uterino anormal) y Periodos. Esta última subcategoría introduce las vicecategorías Pubertad, primer periodo, ciclos y menopausia; temas sobre los cuales poco o nada se pregunta; en especial la

menopausia muy seguramente porque por la edad de las informantes no parece serles un tema que les sea cercano.

4.6.7 GRUPO CATEGORIAL 05 MASTURBACIÓN

Tabla 130.- Grupo categorial 05 Masturbación

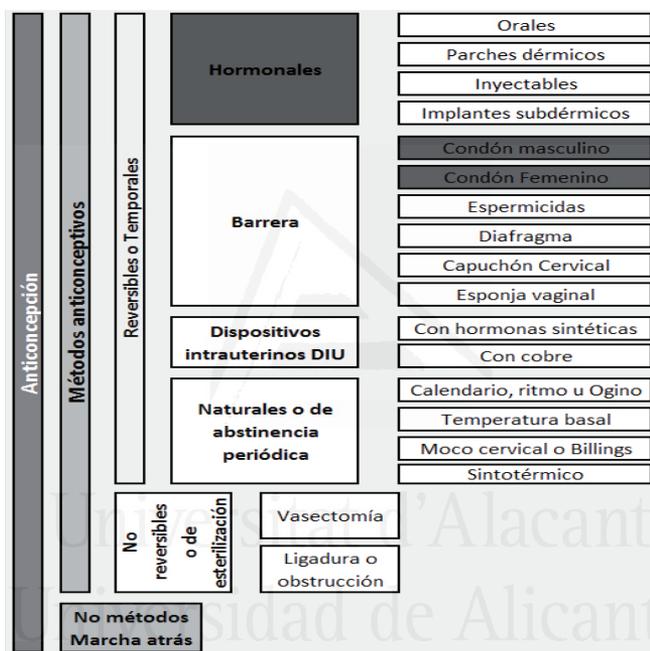
Masturbación		Qué es	
		Quiénes	Individual
		Cuándo	Pareja
			Edad
	Objetivo		Frecuencia
			Juguetes
			Estimulación
	Preparación para la penetración		Cuidados
			Técnica
	Cómo		
	Efectos colaterales		
Falsas creencias			

La Tabla N° 130 presenta el grupo categorial Masturbación, este en su interior responde a las preguntas básicas para obtener conocimiento siendo cada una de ellas sus subcategorías: Qué, Quiénes, Cuándo (edad y frecuencia), Para qué (Objetivo), Cómo, Qué pasa (efectos colaterales) y falsas creencias.

4.6.8 GRUPO CATEGORIAL 06 ANTICONCEPCIÓN

La Tabla N° 107 presenta el grupo categorial Anticoncepción, que tiene como subcategorías los Métodos anticonceptivos y los No métodos (que implica trabajar sobre la marcha atrás). La vice categoría Reversibles plantea los temas anticonceptivos hormonales y de barrera; ambos generan categorías propias: De los métodos de barrera se desprende la necesidad de trabajar sobre los condones, siendo esta una nueva categoría.

Tabla 131.- Grupo categorial 06 Anticoncepción/ hormonales



4.6.9 GRUPO CATEGORIAL 06 ANTICONCEPCIÓN/ HORMONALES

La Tabla N° 132 presenta el grupo categorial Anticoncepción/ Hormonales, que tiene como subcategorías: Usuarios, Cronología, Accesibilidad y utilidad. Esta última presenta las vicecategorías Recomendaciones, Eficacia, Uso adecuado, Efectos, Contraindicaciones, Precauciones, Riesgo y Falsas creencias. Se destaca que se plantea que los usuarios son tanto las mujeres como los hombres, es decir la importancia de que los hombres tengan una participación en la toma de decisiones frente a la anticoncepción, comprendiendo el derecho a decidir, en libertad y conciencia, sobre su vida, sexualidad y reproducción. Reconociendo que legalmente todas las personas

tienen derechos reproductivos sin discriminación alguna, en materia de regulación de fertilidad, y es deber del Estado de garantizar esos derechos a través de sus programas y acciones de política pública.

Tabla 132.- Grupo categorial 06 Anticoncepción/ uso de hormonales

Anticoncepción	Usuarios	Mujer	Negociación
		Hombre	
	Cronología	Edad de inicio	
		Duración del tratamiento o uso	
		Periodos de descanso en el uso	
	Accesibilidad	Costo comercial	
		Lugar de distribución	
	Quiénes	Compañero/a genital	Negociación del uso
		Padre o madre	
		Equipo de salud	Información
Uso de los anticonceptivos hormonales	Recomendaciones	Elección del método	
		Razones de uso	
		Más recomendados	
		Más utilizados	
		Adherencia	
	Eficacia	Efectividad	
		Seguridad	
		Uso simultaneo con otros métodos	
		Comparativos	
	Uso adecuado	Resistencia	
		Postura	
		Lubricación	
	Efectos	Limitaciones	
		Sobre la menstruación	
		Relacionados con la inhibición de la ovulación	
		En la fertilidad	
		Secundarios	
		Adversos	
Beneficios no anticonceptivo			
Colaterales			
Edad			
Exposición hormonal			
Contraindicaciones	Cuidados en el uso		
	Adherencia al uso		
Precauciones	Interferencias		
	Uso de alcohol y otras substancias		
	Presencia enfermedades		
Riesgo	Qué hacer	Falla	
		Olvida	
Falsas creencias	Cambios en el peso		
	Otras		

La Tabla N° 133 muestra el grupo categorial Anticoncepción/ Condones, que tiene como subcategorías: Usuarios, Accesibilidad, Tipos, Control y Uso.

La subcategoría tipos posee varias vicecategorías, a saber: Materiales, Texturas, Formas, Colores, Tamaño, Calibre y Lubricantes. La subcategoría Control tiene en su interior las vicecategorías Calidad y Pruebas.

La subcategoría Uso posee varias vicecategorías: Falsas creencias, beneficios del uso, Eficacia, Uso adecuado, Riesgos e Impedimentos.

Con relación a los usuarios no solo se plantea el tema de la toma de decisiones en la negociación sino que además se introduce el tema del condón femenino que es un dispositivo controlado por la mujer que ofrece protección inmediata de barrera. El condón femenino forma una barrera entre una y la otra pareja para prevenir que se compartan los flujos del cuerpo, como los espermatozoides, la sangre, o la saliva. Esto ayuda a asegurar que no se transmitan enfermedades de transmisión sexual y que no ocurra el embarazo.

4.6.11 GRUPO CATEGORIAL 07 PRIMERA VEZ EN UNA RELACIÓN GENITAL

Tabla 134.- Grupo categorial 07 Primera vez en una relación genital

Primera vez de una relación genital	Quiénes	Compañero/a genital	Negociación de la práctica	
		Padre o madre		
		Enfermera Consulta jóvenes/adolescentes		
	Recomendaciones/ qué debo saber	Edad de inicio	Apoyo informativo, educativo y asistencial Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva	
		Cómo actuar		
		Cómo hacerlo		
	Virginidad	Rotura del himen		
	Riesgo	Dolor	Siempre sucede	
			Cuánto tiempo	
		Sangrado	Se repite	
Siempre sucede				
Protección		Cuánto tiempo		
		Se repite		
		Profilaxis		
		Violencia		
Placer		Lesiones		
		Preservativo		
	Anticoncepción			
	Falsas creencias			

La Tabla N° 134 ilustra el grupo categorial Primera vez en una relación genital. Sus subcategorías son: Quiénes que posee las vice categorías Compañero/a genital, Padre o madre y Enfermera en la consulta de Jóvenes y adolescentes; triada fundamental para la orientación en cuanto a este tema, especialmente el personal de enfermería pues este debe estar capacitado para orientar apropiadamente a los jóvenes y Adolescentes antes

del inicio de su vida sexual activa; otras subcategorías de esta categoría son las Recomendaciones que responde a la pregunta qué debo saber al respecto; Virginidad (sobre la cual se general preguntas de orden machista), Riesgo (comprendido aquí como la amenaza concreta de daño que yace sobre nosotros en cada momento y segundos de nuestras vidas, pero que puede materializarse en algún momento o no); Placer y Falsas creencias.

4.6.11 GRUPO CATEGORIAL 08 SEXO ORAL

La Tabla N° 135 ilustra el grupo categorial Sexo oral. Que se inicia con la subcategorías: Qué es, y continúa con cada una de las tres practicas oral genitales: Felación, Cunnilingus y Annilingus. Se introduce aquí la subcategoría Negociación con la pareja. La vice categoría Falsas creencias es fundamental para ser tratada en la subcategoría Felación, más que en las otras prácticas dado que se pregunta sobre una serie de mitos relacionados con ingerir el semen y sus efectos.

Tabla 135.- Grupo categorial 08 Sexo oral

Sexo oral	Qué es		
	Felación	Estimulación	Técnica
		Higiene	Cuidados
		Riesgo de ETS	Protección
		Sabor del semen	
		Falsas creencias	Embarazo
	Cunnilingus	Estimulación	Técnica
		Higiene	Cuidados
		Riesgo de ETS	Protección
		Sabor/ Olor	
		Falsas creencias	
	Annilingus	Estimulación	Técnica
		Higiene	Cuidados
		Riesgo de ETS	Protección
		Sabor/ Olor	
		Falsas creencias	
	Negociación con la pareja		

4.6.12 GRUPO CATEGORIAL 09 ORGASMO

La Tabla N° 136 presenta el grupo categorial Orgasmo. Sus subcategorías se inician con una explicación sobre qué es este dado que existen muchas dudas al respecto, acto seguido se introducen los Cambios físicos, para así llegar a las categorías femenino y Masculino, sobre este último poco se pregunta, exceptuando las vice categorías

multiorgasmia y problemas; para concluir con la subcategoría Deseo y excitación que para muchos y de forma errónea está relacionada directamente con la penetración.

Tabla 136.- Grupo categorial 09 Orgasmo

Orgasmo	Definición	
	Cambios físicos	
	Femenino	Qué sucede
		Tipos
		Multiorgasmia
		Relación con fertilidad
		Punto "G"
	masculino	Problemas
		En qué consiste
		Tipos
		Multiorgasmia
		Problemas
	Deseo y Excitación	

4.6.13 GRUPO CATEGORIAL 10 EMBARAZO

La Tabla 137 muestra el grupo categorial Embarazo. La primera de sus subcategorías es el Apoyo informativo, educativo y asistencial sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, su interés radica en que para muchos jóvenes este apoyo aparece como necesidad ante el riesgo de un embarazo, que se presenta además como un problema generado en la inexperiencia, la falta de información apropiada y la falta de autocuidado.

Tabla 137.- Grupo categorial 10 Embarazo

Embarazo	Consulta profesional	Apoyo informativo, educativo y asistencial Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva	Enfermera Consulta jóvenes/adolescentes
		Primera visita al equipo de salud	Ginecólogo/a
		Test de confirmación	Matrona
		Signos	Cuándo
		Riesgo	En qué consiste
	Falsas creencias	Sobre anticoncepción	Duele
		Embarazo anal	Cuándo
		Embarazo oral	En qué consiste
		Otras	Primeros
			Cambios en el cuerpo
		Por qué	
		Mujer	
		Feto	
		Relaciones genitales	

Este momento se presenta como una segunda oportunidad informativa, educativa o preventiva si es que no se ha podido realizar antes de la primera vez en una relación genital; generalmente esta consulta no aparece antes de la primera visita al equipo de salud de una chica que sabe o duda si está embarazada.

Otras vicecategorías en esta subcategoría son el Teste de confirmación, Signos y Riesgo; la última de estas son las falsas creencias en donde el desconocimiento sobre la anatomía y fisiología lleva a los jóvenes y adolescentes a creer que existe riesgo de embarazo en las practicas orales y anales.

4.6.14 GRUPO CATEGORIAL 11 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

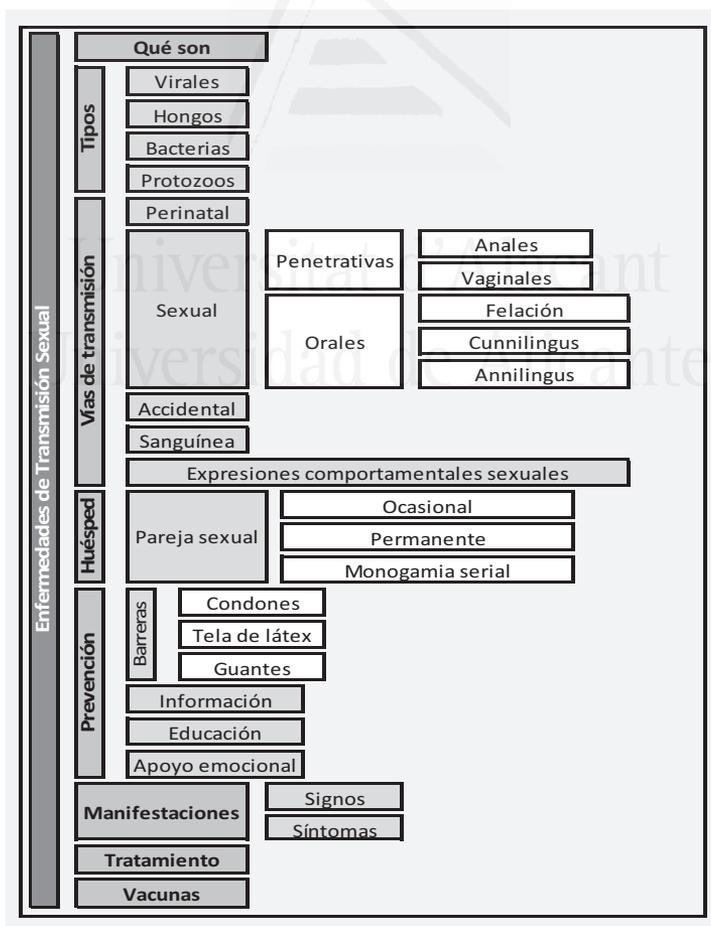
Tabla 138.- Grupo categorial 11 Interrupción del embarazo

Interrupción del embarazo	Píldora del día después	Dónde	Información	
			Asistencia	
		Quiénes	Compañero/a genital	Apoyo informativo, educativo y asistencial Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva
			Padre o madre	
			Ginecólogo/ Matrona/ enfermera	
		Qué	Procedimientos	Típos
		Por qué	Obligatoriedad de informar	
		Legislación	Opciones	
		Cuánto	Costo del procedimiento	
		Cuándo	Tomarla	
			Tomarla nuevamente	
			Tener relaciones genitales después de	
		Falsas creencias		
		Aborto	Aborto	Dónde
Asistencia				
Quiénes	Compañero/a genital			Apoyo informativo, educativo y asistencial Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva
	Padre o madre			
	Ginecólogo/ Matrona/ enfermera			
Qué	Procedimientos			Típos
Por qué	Obligatoriedad de informar			
Legislación	Opciones			
Cuánto	Costo del procedimiento			
Cuándo	Hacerlo			
	Hacerlo nuevamente			
	Tener relaciones genitales después de			
Falsas creencias				

La Tabla N° 138 ilustra el grupo categorial Interrupción del Embarazo. Sus subcategorías Píldora del día después y Aborto se relacionan con una pregunta frecuente que generalmente se relaciona con la inexperiencia, la falta de información apropiada y/o la falta de autocuidado; de aquí que estas dos se presenten como una oportunidad para que la enfermera brinde Apoyo informativo, educativo y asistencial sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva a la consultante, su pareja y su grupo familiar de primera línea, cuando esto último sea posible. Las dos subcategorías se han organizado en torno a la pirámide de interrogantes: Dónde, Quiénes, Qué, Cuándo; Por qué; Cuánto y Cuándo; culminando con las Falsas creencias, especialmente relacionadas con la Píldora del día después que ha llegado a ser considerada un método anticonceptivo.

4.6.15 GRUPO CATEGORIAL 12 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Tabla 139.- Grupo categorial 12 Enfermedades de Transmisión Sexual



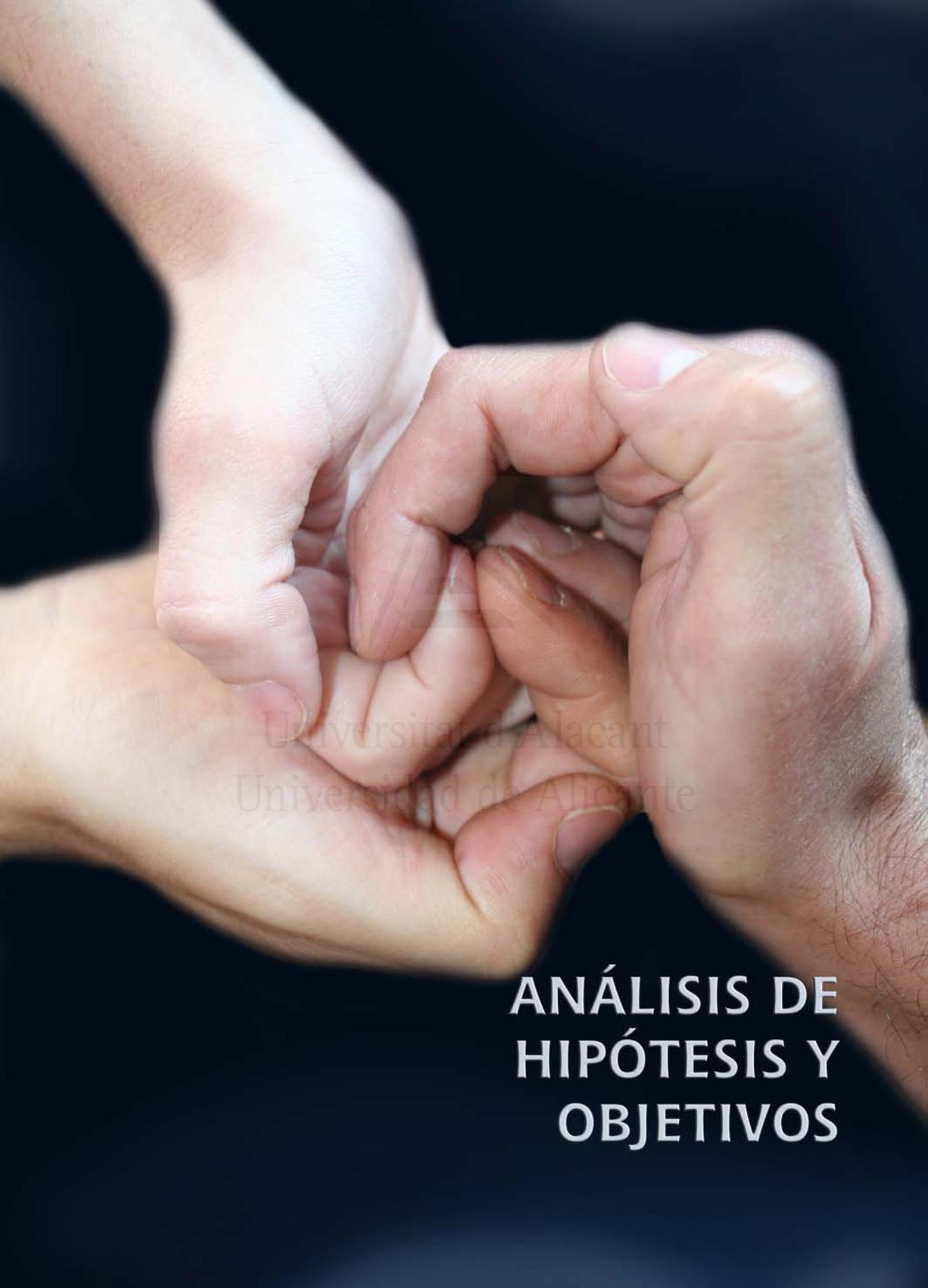
La Tabla N° 139 muestra el grupo categorial Enfermedades de Transmisión Sexual. Sus subcategorías se inician con la pregunta de rigor Qué son, enseguida se habla de Tipos, Vías de transmisión, Huésped, Prevención, Manifestaciones, tratamiento y vacunas.

En las Vías de transmisión se tienen en cuenta las vicecategorías Perinatal o vertical, Sexual, Accidental, Sanguínea y las Expresiones comportamentales sexuales, dado que a través de estas prácticas existen riesgos combinados entre lo sexual y lo accidental, y porque además es un tema poco frecuente en la

Prevención en la que se habla, por una parte, de la vice categoría Barreras y por otra, de las vicecategorías Información, Educación y Apoyo emocional.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANÁLISIS DE HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5. ANALISIS DE HIPOTESIS Y OBJETIVOS

5.1 DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se analizan las hipótesis a partir de lo documentado en el Plan de estudios¹⁵³ y en la Ficha de las asignaturas¹⁵⁴ utilizadas actualmente en la Universidad de Alicante en la formación enfermera.

El plan de estudios ofrece las siguientes asignaturas que en sus objetivos presentan alguna relación con algunas de las hipótesis planteadas en este estudio.

Asignaturas troncales obligatorias: Legislación y ética profesional; Psicología y calidad de vida; Enfermería Materno-Infantil;

Asignaturas troncales no obligatorias: Ciencias psicosociales aplicadas;

Asignaturas optativas ofertadas: Habilidades psicológicas en cuidados de enfermería; Cuidados de enfermería, familia y género; Salud de la mujer con enfoque de género;

Asignaturas optativas no ofertadas aun cuando hacen parte del programa: Cambio social y salud; Cultura de los cuidados; Enfermería y dilemas ético-sociales; Pedagogía del autocuidado; Personalidad y adaptación; Relaciones interpersonales en el marco sanitario.

5.1.1 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS N° 1

Los estudiantes de Enfermería y de Educación de la Universidad de Alicante tienen la formación adecuada en materia de sexualidad, Salud Sexual y la Salud Reproductiva, previa a su formación universitaria, necesaria para atender a sus propias necesidades y como base para la formación académica universitaria.

Existe un marco internacional europeo sobre la importancia de la educación para la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, son los Standards for Sexuality Education in Europe (Item 2.7.7), Un marco para quienes producen las políticas educativas diseñado en 2010 por especialistas de la Oficina Regional de la OMS para Europa y por BZGA - Centro federal de Higiene - de Colonia, que propone estrategias para los púberes de 12-15 años y para los de 16-18 años que se encuentran en el límite de la adultez.

A nivel nacional existe en España un marco jurídico sobre la educación para la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, la Ley Orgánica 2/2010 de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

En la comunidad Valenciana igualmente hay un marco jurídico que lo justifica: El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, es el tercer Plan de la Comunitat y pretende actualizar las políticas en salud, partiendo de la experiencia acumulada durante 9 años, en el desarrollo de los dos Planes de Salud anteriores.

A nivel nacional, el Ministerio de Educación en España ha desarrollado el Proyecto Biosfera, en este uno de los temas es la reproducción humana que se profundiza en Tercero de la ESO, en él se trabaja sobre el aparato reproductor. Funcionamiento; el ciclo menstrual; la relación con la fecundidad; la fecundación, embarazo y parto; los métodos anticonceptivos, las nuevas técnicas de reproducción, los hábitos saludables de higiene sexual y las enfermedades de transmisión sexual.

La Generalitat Valenciana ordenó el 5 de octubre de 2010 suspender temporalmente los cursos de educación sexual que imparten los técnicos de Sanidad en los colegios dentro del Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES). Su objetivo general es promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables, su población diana es la de 3º de la ESO. Era ejecutado por un grupo integrado recomendablemente por personal de enfermería, matronas y trabajadoras/es sociales del Departamento de Salud.

La Conselleria de Educación ha informado que los cursos de 2011 incorporan una importante novedad: ya no serán los profesionales sanitarios los responsables de sus contenidos, pues los orientadores de cada centro educativo tendrán la última palabra sobre lo que se enseñe de sexualidad a los estudiantes.

En Alicante ha habido diferentes esfuerzos para abordar estas temáticas, el más significativo es el Proyecto la Nevera, que trabajan cuatro ámbitos troncales: desarrollo del adolescente; prevención de las drogodependencias; prevención de los trastornos alimentarios y educación afectivo-sexual. Recientemente se ha introducido el PSiE (Programa Salut i Escola) como parte de las acciones que realiza la Unidad de Salud Sexual y reproductiva. Según el Programa de actividades para centros educativos del Ayuntamiento de Alicante, Concejalía de Juventud, el objetivo del proyecto para todo el curso escolar 2010/2011 es promover la Educación para la Salud facilitando a los profesores, formación y herramientas para poder trabajar con los alumnos de Secundaria.

Por otra parte los estudios demuestran que ha habido un incremento del embarazo adolescente. Las siguientes son las cifras emitidas por INEbase / Demografía y población / Movimiento natural de la población¹⁵⁵, de los nacimientos en el primer semestre de 2010:

Ilustración 51.- Nacimientos en España por edad de la madre, primer semestre de 2010

Nacimientos en España por edad de la madre, primer semestre de 2010										
EDAD	De 15 años y menos	De 16 años	De 17 años	De 18 años	De 19 años	De 20 años	De 21 años	De 22 años	De 23 años	De 24 años
Nacimientos por edad de la madre	266	500	995	1710	2305	3201	3511	4087	4794	5486

Con relación a las interrupciones voluntarias del embarazo, la Serie 1992-2008 publicada por el INEbase¹⁵⁶ informa que en el 2008, el número de abortos es 115.812 y que la tasa de estos entre los 19 y menos años es 13,48 y la tasa de 20 a 24 años es 21,05. Igualmente se informa que en España el total de abortos en el 2008, en chicas de menos de 15 años es de 475, de 15 a 19 años es de 14.464, de 20 a 24 años es de 28.389, y que en la Comunitat Valenciana en chicas de menos de 15 años es de 53, de 15 a 19 años es de 1.572, y, de 20 a 24 años es de 2.734.

El número de casos acumulados en jóvenes por grupos de edad según la Serie 1981-2009, actualización a 30 de junio de 2009, muestra que el grupo etario más afectado es el de los jóvenes de 30 a 34 años que suman 21.564 casos, seguido del grupo de 25 a 29 años que cuenta con 16.224 casos y en tercer lugar el de 20 a 24 años que está conformado por 4.653 casos de sida.¹⁵⁷

Según las cifras de INEbase sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, los casos notificados en el 2009¹⁵⁸ de Sífilis es de 2.496 y los de Infección gonocócica es de 1.954.

El marco jurídico y las cifras epidemiológicas son condiciones suficientes para justificar acciones informativas, educativas y preventivas relacionadas con la educación para la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva; sin embargo, los resultados de la investigación con los estudiantes de enfermería y educación en la Universidad de Alicante demuestran que no hay todas las acciones necesarias y que estas no siempre son pertinentes.

Según la encuesta realizada en esta investigación, en el grupo de enfermeras que tienen edad igual o menor a 25 años participó en el instituto en algún tipo de actividad educativa sobre Salud Sexual el 64%, y en el grupo de educadoras lo hizo el 58,8%. En

estas mismas edades participaron en el instituto en actividades educativas sobre Salud Reproductiva el 63,2% de las enfermeras y el 70,6% de las educadoras.

El problema radica en la valoración que hacen de dichas actividades, pues en los seminarios realizados como parte de la presente investigación, pudo comprobarse una necesidad importante de conocimiento sobre estos temas. Por otro lado la encuesta demuestra que, por ejemplo, con relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual requieren mucha más información las educadoras (84,9%) que las enfermeras (73,4%) y que el 23,6% de las enfermeras y el 14% de las educadoras necesitan Poco.

A pesar de las necesidades demostradas, en el Plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería - plan 2000, de la Escuela universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante, la asignatura obligatoria de tipo troncal para el segundo curso, la de Enfermería Materno-Infantil se centra especialmente en las necesidades de la mujer, especialmente en lo relacionado con la gestación, parto y puerperio y tangencialmente con los cuidados del niño en sus primeros años de vida, sin detenerse en las necesidades de los hombres, ni de los adolescentes y jóvenes. De donde se desprende que no se cumple con la hipótesis N° 1.

5.1.2 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS N° 2

Las necesidades sociales, culturales, emocionales, cognitivas, relacionales, experienciales y políticas de las/os adolescentes y jóvenes relacionadas con la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva -incluyendo las de las mujeres y hombres estudiantes de enfermería y educación- se utilizan como fundamento de los currículos que orientan su formación.

La palabra necesidad no aparece en la justificación de ninguno de las asignaturas troncales y optativas analizadas en la diplomatura de enfermería en la UA, menos aún las necesidades específicas. En las recomendaciones planteadas por Ibarra y Siles en 2006 en un artículo denominado “Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería”¹⁵⁹ se afirma que frente a los problemas tradicionales y los emergentes de la era de la globalización, la orientación de la educación de enfermería debe ser hacia las necesidades de salud de la población y que estos deberían fundamentarse en los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud.

El estudio de los principales procesos de cambio social y su implicación en los cuidados de la salud es el tema central de la asignatura “Cambio social y salud”.

Con relación a la cultura se oferta la asignatura “Cultura de los cuidados” y los aspectos emocionales se abordan en la asignatura “Psicología y calidad de vida” e igualmente en “Habilidades psicológicas en cuidados de enfermería”. La Teoría de la Universalidad y diversidad del Cuidado Cultural de Leininger “indica que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentren. Por lo tanto, para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a estas personas”.¹⁶⁰

Por otra parte la enfermera debe poseer la Competencia Cultural necesaria. “Para propiciar Cuidados de Enfermería de calidad, el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello.... Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Implica además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados”.¹⁶¹

Se puede desarrollar competencia cultural, además de los estudios etnográficos, a través de actividades como consejería, experiencias de inmersión intensa en diferentes culturas, educación formal o en educación informal a través de talleres de cuidado.¹⁶²

Las capacidades relacionales se contemplan en los objetivos de las asignaturas “Relaciones interpersonales en el marco sanitario” y “Personalidad y adaptación”; los aspectos políticos se vislumbran en la asignatura “Salud de la mujer con enfoque de género”; en esta misma materia se aborda el tema “políticas efectivas y estrategias de cambio en la asistencia sanitaria”.

El compromiso social de la enfermera “para cuidar a la persona, la familia o los grupos requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de ese otro, en una relación de alteridad”.¹⁶³

Las necesidades cognitivas y experienciales no se citan en ninguno de los objetivos de las asignaturas del plan de estudio; aun cuando es evidente que la base de la formación es la producción de conocimientos y que la experiencia hace parte de dicha formación, ya que la “Capacitación en Servicio” es parte fundamental de la formación enfermera.

Quienes actuaron como informantes en las entrevistas y en las encuestas patentizan en sus respuestas las necesidades formativas en un amplio repertorio de temas relacionados con la Salud Sexual, la Salud Reproductiva y la sexualidad. En una de las entrevistas una de las informantes considera que “Se habla más de sexualidad, porque la reproducción sí que la vemos en algunas asignaturas, pero ya está. Me refiero más a la parte biológica, no al tema sexual”; otra estudiante informante siguiendo la misma línea considera que “No figura en el currículo un seminario como tal... En otros seminarios se ha trabajado en el aspecto materno infantil, pero aun son más escasos en estos temas”.

Por otra parte se reconoce que algunos de los temas se trabajan indirectamente “Nos lo quieren hacer llegar a nosotros, sí; pero no nos lo dan directamente”.

Es necesario recalcar que en ninguno de las justificaciones y objetivos figuran las palabras adolescente o joven; en consecuencia, la hipótesis sólo se cumple en concordancia a la población en general, pero no se cumple específicamente con relación a dichas necesidades en lo pertinente a los jóvenes y adolescentes.

5.1.3 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS N° 3

Los currículos que orientan la formación de las estudiantes de enfermería, en lo relacionado a la Salud Sexual y reproductiva, potencian la equidad en salud y la vivencia responsable, positiva y solidaria de la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes.

Ninguna de las asignaturas ofertadas a los estudiantes para la formación enfermera está relacionada con la Salud Sexual o la sexualidad de manera directa, aun cuando sí con la Salud Reproductiva; esto último se evidencia en la asignatura denominada “Enfermería Materno-Infantil”.

La equidad se contempla como elemento fundamental de las asignaturas “Cuidados de enfermería, familia y género” y “Salud de la mujer con enfoque de género”. La vivencia responsable, positiva y solidaria de la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes no es un tema concreto en la formación enfermera, sin embargo algunos elementos sobre la vivencia responsable de la salud en general se forman en la asignatura “Pedagogía del autocuidado”.

Cabe preguntar si es que se considera que por ser jóvenes, son sanos, y además si se trabaja con un enfoque de formación para la atención de la enfermedad.

En lo pertinente a la vivencia responsable, positiva y solidaria de la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes existe un vacío formativo; por ejemplo en la asignatura “Enfermería Materno-Infantil” se trabaja con relación al niño, pero no se enfatiza en las/os adolescentes y jóvenes. Igual sucede en otras asignaturas en las que se trabaja con relación a la población en general o específicamente con el tema mujer y género, en la que no se trabaja con aspectos específicos de la masculinidad.

En las respuestas a las entrevistas fue evidente que las mujeres sienten este desbalance en cuanto a sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos: “se piensa que la mujer debe ser un poco más cohibida”; “un hombre cuando mantiene muchas relaciones sexuales es un machote, una mujer si las mantiene es una puta, entonces a lo mejor el hombre tiene más facilidad de hablar de esos temas, por eso al hablar va a quedar como el típico machito, en cambio una mujer que habla, lo hace mas a escondidas... la mujer en este tema sea un poco mas reprimida”; “la mujer no debe dejar que le perjudiquen su decisión sobre el autocuidado, pero cuando está bajo el dominio o la presión de un hombre, al final no puede decidir”.

Por lo que se refiere a la equidad y las necesidades educativas, los y las informantes comprenden que las necesidades de hombres y mujeres deben contemplarse diferentes porque son distintos. “El interés, yo pienso que es el mismo, pero tendría en cuenta otras variables. Por ejemplo, los perjuicios a lo mejor pueden variar, no sé exactamente, pero si puede influir en este tema”; “requerimos una misma formación, creo que estamos en una época en la que hay igualdad para todo y para la formación también”; “las necesidades tanto para la mujer como para el hombre... la base es la misma... viendo dónde está el fallo en la mujer y dónde está el fallo en el hombre... hay que dirigir el camino de otra forma para llegar al mismo punto”.

Además, con relación a la vivencia responsable de la Salud Sexual y reproductiva, las y los informantes advierten sobre las ventajas que tiene la formación, recalcando además el Conocimiento autopercebido: “Sí adquieres más conocimientos, sabríamos más de lo poco que sabemos ahora... nos iría mejor en la vida sexual, en la mía y en la de mis pacientes; yo sabría más y también se lo transmitiría a ellos”; “Te hace abrir más la vista y darte cuenta que tal y como pinta la sociedad y como nos han inculcado los valores, igual los tenemos”; “No es que la cambie, creo que sabemos más y entonces, si hay algún problema en alguien cercano vamos a saber decirle más o menos que es lo que pueda ser y a dónde debe acudir”.

Un grupo de estudiantes de enfermería luego de realizar una investigación con adolescentes concluye, que “El aumento de embarazos no deseados en adolescentes está relacionado con una insuficiente información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. La Educación para la Salud es fundamental en su abordaje, lo que requiere profundizar en ella dentro de nuestro proceso de enseñanza-aprendizaje como estudiantes de enfermería, ya que es importante saber cómo captar a esta población y ver la eficacia de estas sesiones”.¹⁶⁴

De ahí la importancia de la enfermera en la consulta escolar, aun cuando existe toda una polémica sobre la educación sobre la sexualidad en la escuela pública, una controversia que viene del siglo XX y que a finales del 2010 y comienzos de 2011 se intensificó en la Comunidad valenciana, a pesar de que existen pruebas crecientes de que la educación para la sexualidad promueve la Salud Sexual; por un lado muchos padres, madres, maestros, políticos y religiosos no están de acuerdo, pero otros apoyan las estrategias escolares. Al respecto, Eisenberg y su equipo de trabajo afirman que *“Controversy about school-based sexuality education in public schools has continued over the past decade, despite mounting evidence that comprehensive sexuality education effectively promotes sexual health and that parents support these programs in public schools... This study highlights a mismatch between parents' expressed opinions and preferences, and actual sexuality education content as currently taught in the majority of public schools. In light of broad parental support for education that emphasizes multiple strategies for prevention of pregnancy and sexually transmitted infections (including abstinence), parents should be encouraged to express their opinions on sexuality education to teachers, administrators, and school boards regarding the importance of including a variety of topics and beginning instruction during middle school years or earlier.”*¹⁶⁵

Los profesionales de la salud juegan un papel crucial en la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y en la promoción, en los institutos, de conductas sexuales seguras; por ello, deberían implicarse en la educación afectivo-sexual de los adolescentes, siendo necesario incluir dentro del modelo de Atención Comunitaria este tipo de intervenciones.¹⁶⁶

La educación para la sexualidad y la salud prefiere centrarse en la enfermedad o en el embarazo más que en el disfrute de la sexualidad. Algunos autores consideran que esto produce resultados negativos porque al hacer énfasis de prevención de peligro se requiere explorar qué podría sustituirlo, por ello es importante el trabajo de Foucault

alrededor de una ética de placer. *“Despite policy provision enabling sexuality education to address more than disease and pregnancy prevention, this focus continues to permeate many school programs. This paper problematizes the danger prevention emphasis in sexuality education, examines school's investment in it and asks how useful it is. The ways this kind of sexuality education may inhibit the reduction of 'negative' sexual outcomes and fail to support young people's sexual well-being is explored. Suggesting sexuality education might be conceptualized without this danger prevention emphasis necessitates an exploration of what might replace it. Foucault's work around an ethics of pleasure is drawn on as one example of how the objectives of sexuality education might be re-envisioned”*.¹⁶⁷

No solo educar sobre el placer es necesario. Uno de los hombres entrevistados considera que “la sexualidad, además de un método de placer que todos conocemos, es una manera de relacionarse con diferentes personas, en principio es eso; bueno, además en el tema del desarrollo la persona adquiere los diferentes caracteres sexuales. Considero que gran parte de la sexualidad es relación interpersonal, esa es mi percepción”.

Por lo visto, la hipótesis es falsa; aun cuando los informantes reconocen que si se producen ciertos cambios.

5.1.4 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS N° 4

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva produce efectos y manifestaciones positivas en su Salud Sexual y reproductiva.

El hecho de que se esté cambiando hacia un modelo educativo en el que se da gran importancia a la “Educación Basada en Competencias” apoya significativamente el desarrollo experiencial de los estudiantes.

Hay una necesidad. Las mujeres con relación a los hombres opinan “el chico piensa que es autosuficiente. Si él hace lo que piensa, lo hace sin preguntar si está bien o está mal, hace y no se preocupa”; “Ellos se creen que son suficientes... ellos creen que con la información que les llega es la correcta y no van a buscar más información”.

Los hombres opinan: “Los hombres consultan menos que las mujeres, son más reservados en temas de relaciones sexuales”. En ocasiones se autorizan a consultar “en temas de enfermedades de transmisión sexual consultan, aun cuando generalmente es

tarde” y si “A lo mejor si hay riesgo de embarazo o un atraso en la regla, ahí es cuando sí se preocupan”.

No solo los hombres tienen necesidades, también se reconocen las de las mujeres: “El interés, yo pienso que es el mismo, pero tendría en cuenta otras variables. Por ejemplo, los prejuicios a lo mejor pueden variar, no sé exactamente, pero si puede influir en este tema”; “Una chica adolescente debería conocer sobre métodos anticonceptivos, métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, que son las enfermedades de transmisión sexual... pienso que deben aprender a conocer su cuerpo y a disfrutar un poco de su sexualidad; saber que no es nada malo”; “ellas siempre tienen más que perder; en el tema de las relaciones cuando eres joven el hombre llega allí y pone su semillita y le da un poco más igual, en cambio ellas van más preocupadas por los métodos anticonceptivos si no los conocen, por la píldora del día después, si no la conocen”.

Se presentan opiniones encontradas: algunos consideran que “las necesidades son diferentes y casi todo porque en el hombre el nivel de hormonas y las hormonas son diferentes y las mujeres aparte de sus ciclos hormonales, por la menstruación, no tienen la misma cantidad de deseo sexual, por ejemplo el día uno después de la menstruación es diferente el deseo al día en el que están en pleno ciclo”. Sin embargo, también se reconoce que “las necesidades son las mismas, es llegar al placer, aun cuando es cierto que las mujeres no expresan más de cara exterior a la gente sus actuaciones como la masturbación, porque ellas no lo expresan y los hombres sí”; “en el fondo buscan lo mismo: evitar el embarazo en caso de que se tenga una pareja estable, y las enfermedades, y el embarazo también, si tienes una pareja ocasional”; “las formas a lo mejor varían de unos a otros, pero el fin, el objetivo, es el mismo. Lo que cambia es la manera de preguntarlo”.

No obstante, las y los informantes reconocen que reciben formación, aun cuando no toda la que requieren o desean: “De la Salud Reproductiva sí que te informan, pero no podemos informar sobre qué seguridad hay de que con método haya o no un embarazo, y es que nos preguntan eso. Hay en los jóvenes mucho miedo al embarazo. Los adolescentes, aun cuando no están muy concienciados de las enfermedades que pueden coger, a lo mejor cuando ya se creen tener una pareja estable las enfermedades las dejan a un lado, porque entonces pareciera que no hay confianza con tu pareja; ahí sólo buscas la eficacia de los métodos anticonceptivos”.

Si nos formaran más en este tema nos darían más instrumentos para poder actuar en estos casos”; “sí se incluye un seminario sobre sexualidad y métodos anticonceptivos sería un éxito”; “Lógicamente sí que es importante la formación de los enfermeros, es lo lógico; más en estos temas que es tan escasa la formación, y estar bien formado te hace mejor profesional”.

Sobre cómo transmitir la información a los adolescentes y jóvenes, las y los informantes opinan: “Pues no nos han enseñado como enseñarlo a un adolescente, deberían hacerse charlas en los institutos o como yo he visto: del centro de salud acudía una enfermera al instituto y recibe individualmente a los alumnos que tienen dudas acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos, yo creo que va encaminado por ahí”.

Nosotros no tenemos seminarios sobre métodos anticonceptivos ni nada de esto”; “Sobre sexualidad, sí; pero específica de los adolescentes no, de cómo enseñar a los adolescentes los métodos, no”.

Las enfermeras se convierten en fuente de información para otros jóvenes: “Me preguntan mucho”; “no sólo te preguntan a nivel de la sexualidad, sino en todos los campos te pueden hacer preguntas porque piensan que tu puedes darles las respuestas, entonces la función que tenemos es estar a la altura para poder dar la respuesta correcta y tenemos que tener las cosas bien claras para poder transmitir el mensaje”; “Me preguntan a pesar de que me ven tan jovencita, sobre todo los amigos de mi hermano y debes tener las ideas bien claras para poder transmitírselas a ellos e imagínate si tenemos enredos en la cabeza”.

La respuesta más frecuente en la entrevista escrita la dio el 16,1% de las/os participantes del seminario, esta fue: Cómo actuar/ tratar/ desenvolverme mejor/ hacer frente/ explicar/ como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad. La respondió el 15,26% del total de mujeres en el seminario.

No se cumple la hipótesis plenamente, es verdad; pero también lo es que los caminos están trazados y las posibilidades pueden ampliarse con el nuevo Plan de estudios.

5.1.5 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS Nº 5

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva produce efectos y

manifestaciones que transforman las relaciones de poder asimétricas entre los sexos.

En las respuestas a las entrevistas se reconoce la asimetría entre los sexos: “los hombres deberían saber lo mismo que las mujeres, pero nosotras también deberíamos conocer sobre los hombres. Todos deberíamos conocer por igual”; Los hombres deberían saber lo mismo que las mujeres o más. Los hombres son muy diferentes en muchos aspectos, nosotros pensamos de una forma y ellos de otra, con lo cual cuanto más conozcan de nosotras, yo creo que será mejor”.

Son claros en que hay asimetría en el instituto e incluso en la consulta “Las mujeres tienen más acceso a la educación sobre Salud Sexual o Salud Reproductiva, ella es la que más se preocupa porque precisamente es la que se queda embarazada, está mal repartido por eso, porque al quedarse embarazada también es a quien se le da más hincapié”; “ambos pueden tanto tu como tu novio pero aun cuando podrían ir los dos, los hombres prefieren que vayan ellas”.

También ha habido cambios en la cotidianidad “En España ha cambiado el hecho de que las mujeres pueden tener relaciones equitativas con los hombres, porque se hace, pero para la mayoría de la gente no ha cambiado tanto, es una cultura machista totalmente”; “ahora las cosas han cambiado, los tiempos han cambiado, la sociedad ha cambiado, pero claro que sí algunas personas en ese aspecto han cambiado”.

Reconocen la importancia de la formación “Creo que si viéramos esto en la formación y lo hiciéramos desde el principio, luego no necesitaríamos unas cualidades especiales y no nos daría vergüenza afrontar estos temas, es lo mismo que si estas en una consulta de diabéticos o hipertensos ¿por qué allí si puedes hacerlo con total naturalidad? Como algo más... si tú has aprendido desde el principio de la carrera, eso no lo veras como algo extraño o diferente, al tener la consulta con el chico lo veras como algo sobrenatural y no te costará un trabajo añadido hacer la consulta”; “la formación es aun más importante, sin ella es muy difícil trabajar”.

La hipótesis se cumple, puesto que es evidente que la formación de las enfermeras sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva produce efectos y manifestaciones que transforman las relaciones de poder asimétricas entre los sexos, por tanto la hipótesis se cumple, de ahí se desprende la importancia de formarlas en estos temas.

5.1.6 ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS N° 6

La formación de las mujeres y hombres que son estudiantes de enfermería, sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva repercute positivamente en la mejora de la atención en salud orientada a las/os adolescentes y jóvenes, su bienestar y calidad de vida.

Tiene más fuerza lo que se dice en casa que lo que se aprende en la universidad, aun cuando tu no seas consiente”, afirma una de las estudiantes. Cabe preguntarse entonces sobre el sentido que tiene la formación universitaria en esos cambios cuando ellos son necesarios.

Es conveniente despertar el interés de las y de los estudiantes, cuando ello se logra se suceden cambios en los intereses y necesidades. Al respecto consideran “como estudiante me gusta saber sobre ciertos temas y por ejemplo puedo averiguar sobre donación de óvulos, técnicas de reproducción y eso a mí me ha interesado más y me influye más, lo que sí que me ha venido bien”; “ha influido en la manera de ver las cosas, de ver la sexualidad. Yo veo que esta carrera me está abriendo muchas puertas, me está dando... me está poniendo en la mesa muchas cartas, entonces yo de ahí elijo la que creo que es la más oportuna y creo que acierto, para decirlo así”, “me cambia la percepción como enfermera y como persona, como mujer, porque se los distintos métodos de reproducción; los hemos visto, hemos estado en el hospital y yo creo que como mujer me condiciona en un futuro, en el futuro cuando quiera tener hijos, a elegir un método u otro.

En reiteradas oportunidades de este mismo documento se ha confirmado que falta la formación adecuada para atender a sus propias necesidades en los tres temas que sobre formación convocan la investigación, y que por consiguiente les falta la base necesaria para una adecuada atención de salud orientada hacia los adolescentes y jóvenes.

Cuando los estudiantes reciben formación, reconocen los cambios que se suscitan en sus competencias. La respuesta más frecuente en la entrevista escrita la han contestado el 14,4% de las/os participantes del seminario, ante la pregunta sobre lo aprendido la respuesta fue: asesorar, ayudar/ dar apoyo/soporte e información/ disminuir dudas/ al adolescente/ cualquier edad en estos temas. La dio el 15,26% del total de mujeres en el seminario.

En la encuesta las estudiantes recalcan la importancia de la necesidad formativa, he aquí un resumen al respecto:

Tabla 140.- Necesidad formativa de las enfermeras

Estudiantes Enfermería 2008-2009/ 2009-2010					
Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes, el tipo de información que requiero es:					
Tema	Cantidad requerida	Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Métodos anticonceptivos	Nada	1	4,5	7	3,4
	Poco	6	27,3	58	28,6
	Mucho	15	68,2	138	68
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Embarazo adolescente	Nada	1	4,8	12	6
	Poco	5	23,8	53	26,4
	Mucho	15	71,4	136	67,7
	Total responde	21	100	201	100
	No responde	1		4	
	Total	22		205	
Enfermedades de Transmisión Sexual	Nada	0	0	5	2,5
	Poco	1	4,5	48	23,6
	Mucho	21	95,5	150	73,9
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Sexualidad como necesidad biológica	Nada	1	4,8	22	10,9
	Poco	9	42,9	90	44,8
	Mucho	11	52,4	89	44,3
	Total responde	21	100	201	100
	No responde	1		4	
	Total	22		205	
Sexualidad como necesidad de interrelación humana	Nada	1	4,5	19	9,4
	Poco	9	40,9	99	48,8
	Mucho	12	54,5	85	41,9
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)	Nada	6	28,6	25	12,6
	Poco	8	38,1	72	36,2
	Mucho	7	33,3	102	51,3
	Total responde	21	100	199	100
	No responde	1		6	
	Total	22		205	
Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestís)	Nada	6	28,6	20	9,9
	Poco	9	42,9	80	39,4
	Mucho	6	28,6	103	50,7
	Total responde	21	100	203	100
	No responde	1		2	
	Total	22		205	
Anatomía y fisiología de la sexualidad	Nada	1	4,5	18	8,8
	Poco	10	45,5	89	43,4
	Mucho	11	50	98	47,8
	Total responde	22	100	205	100
	No responde	0		0	
	Total	22		205	

Esta hipótesis se cumple, lo que comprueba como conclusión final que la formación en estos temas es definitivamente una necesidad.

A modo de colofón: Si bien se forman adolescentes, se están formando no para que se desempeñen bien en su adolescencia, sino para que sean buenos profesionales, y entonces, ya no serán adolescentes. En el caso de enfermería, se hace necesario formarlos para que puedan atender consultas de adolescentes y jóvenes. Pero en general, las necesidades de los estudiantes, adolescentes o no, se deben tener en cuenta en la formación, ante todo para motivar su aprendizaje, porque si la formación se centrara en sus propias necesidades, no se estaría mirando hacia el futuro.

5.2 ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Recordemos que el objetivo principal de la presente investigación (2.13.1) es “Diagnosticar las necesidades en la formación académica de las estudiantes de Enfermería, de la Universidad de Alicante, en los campos de la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las/os adolescentes y jóvenes, como una estrategia que oriente la autodeterminación, el empoderamiento y el ejercicio responsable de la sexualidad como fundamentos de su propio autocuidado y del de las/os adolescentes que serán sus usuarias/os”.

5.2.1 PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Diagnosticar dichas necesidades conduce a cumplir con el primer objetivo específico (2.13.1.1): “investigar sobre la Formación de enfermería en el cuidado de adolescentes en sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, con una muestra de estudiantes del primero y segundo año de enfermería que actúen como informantes”.

Se trabajó con un grupo amplio de informantes. En las encuestas se trabajó con 227 estudiantes de la Diplomatura de Enfermería y 90 de la Diplomatura de Educación. Las tres entrevistas en grupo se llevaron a cabo con cinco enfermeras y tres enfermeros. La entrevista escrita la respondieron 292 estudiantes de Enfermería: 261 mujeres y 31 hombres; la misma cantidad de participantes en los seminarios.

La búsqueda de dicho diagnóstico nos plantea interrogarnos con respecto a si las necesidades de las/os adolescentes y jóvenes relacionadas con la sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva se utilizan como fundamento de los currículos que orientan su formación:

Para detectar si el currículo para la formación enfermera en la Universidad de Alicante contempla la formación en estos tres aspectos recurrimos en el análisis triádico a la Ilustración N° 13, que grafica la interrelación, la interdependencia y la interafectación entre tres tipos de necesidades a saber: necesidades formativas institucionales, necesidades para el desarrollo humano y social del/la estudiante de enfermería y la necesidad de servicios integrales de salud orientado a adolescentes posibles usuarios de servicios; es decir, si se han tenido en cuenta dichos requerimientos transformándolos en necesidades formativas institucionales.

El primer paso consistió en el conocimiento del currículo con el que se forma la enfermería. Un análisis al respecto puede encontrarse en este mismo documento en el ítem N° 2.11 bajo el título “La Salud sexual y reproductiva en los planes de estudio de las enfermeras”.

Para obtener información que soporte el diagnóstico se recurrió a una entrevista grupal en uno de sus bloques temáticos “Conocimiento Plan de estudios” realiza un grupo de preguntas que son pertinentes para dar respuesta a este objetivo: Pregunta 2: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes? (4.3.1.2); Pregunta 3: ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Reproductiva de los adolescentes? (4.3.1.3);

Del análisis de la entrevista escrita se desprende que los estudiantes de segundo año no conocen el plan de estudios; es más, llama la atención que algunas estudiantes no logran detectar de qué se habla al introducir en las entrevistas conceptos como currículo y/o plan de estudios.

En las cinco estudiantes mujeres (total de las entrevistadas grupalmente) se oyeron respuestas tales como “Me has dejado en blanco, creo que debo decir que no, no sé de qué me hablas”; “No entiendo la pregunta...aun cuando recuerdo haber leído algo cuando entré a la universidad”; “Ah el plan de estudios, yo diría que sí, que lo leí alguna vez, pero no lo recuerdo”; “Sí, por lo menos recuerdo haberlo leído cuando entré a la universidad”; “El currículo no se conoce como parte de la integración a la universidad”; “En la página web se encuentra un resumen, pero a decir verdad no lo he leído completamente”.

En el caso de los tres hombres, que fue el total de los entrevistados grupalmente, las respuestas fueron similares, aun cuando parecen conocerlo algo más; sus respuestas son entre otras: “Sí, por lo menos recuerdo haberlo leído cuando entré a la universidad”;

“Yo conozco el currículo, pero superficialmente; y, “Más o menos si, solo un resumen, pero no todo”.

La encuesta realizada con los estudiantes en las dos diplomaturas interrogó sobre el Conocimiento del Plan de estudios de su Formación universitaria (4.2.1). Las respuestas a este interrogante evidencia que las enfermeras en un 9% dicen estar Completamente de acuerdo con la afirmación “Conozco el Plan de estudios de mi actual formación universitaria”, que el 36,9% conoce una buena parte de éste; el 42,6% informa que lo conocen Medianamente; y que un 0,8% no conocen Nada del Plan (Ítem N° 4,2.1).

El segundo paso consistió en conocer la percepción de los estudiantes sobre si el plan de estudios presenta asignaturas sobre sexualidad (Ítem N° 4.2.2); el 17,5% de las enfermeras No lo saben; el 2,5% de las enfermeras dice que está totalmente de acuerdo; cabe destacar que los currículos de Enfermería y de Educación no poseen formación específica sobre sexualidad por lo que el conocimiento que dicen tener se basa en supuestos a partir de sus propios imaginarios.

El tercer paso consistió en conocer la percepción de los estudiantes sobre si el plan de estudios presenta asignaturas sobre la Salud Sexual. Para ello se interrogó si ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Sexual de los adolescentes? (Ítem N° 4.2.3). En este punto se resalta que los y las informantes no tenían claro qué es Salud Sexual, y fue necesario abrir el cuestionario e interrogar ¿Qué entiende por Salud Sexual de los adolescentes? Una vez aclarado el concepto ellos respondieron básicamente que no, pero que “el problema es que no hay suficiente tiempo, un seminario de cuatro horas no es suficiente para ver todo, para desarrollar un punto de vista no hay tiempo”.

Las mujeres contestaron igualmente que no, pero enfatizan “Yo opino que debe estar incluido”; “bueno, de adolescentes en particular, no. Se menciona todo lo que son los distintos métodos anticonceptivos y como utilizarlos nos lo explican, pero lo que son adolescentes en sí, no”.

En el cuarto paso se interrogó con relación a si ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la Salud Reproductiva de los adolescentes? (Ítem N° 4.2.4). Para poder avanzar en las respuestas, dado que no comprendían la diferencia de la Salud Sexual con la Salud Reproductiva, se interrogó sobre ¿Qué es Salud Reproductiva? A pesar de la aclaración, algunas chicas pensaban que era prácticamente lo mismo. Frente al plan de estudios ellas afirman que el tema se

trabaja “un poco”, que “la reproducción sí que la vemos en algunas asignaturas”. Los hombres por su parte consideran que “lo que estás viendo en tu plan de estudios son más procesos fisiopatológicos y ya, procesos”.

La encuesta en el bloque temático “Conocimiento Plan de estudios” preguntó sobre:

- Conocimiento sobre si el Plan de estudios presenta asignaturas sobre sexualidad (4.2.2): las respuestas apuntan a que está presente en algunas asignaturas; están en algún nivel de acuerdo (20,2%), pero el 57,2% están en un nivel de desacuerdo.
- Conocimiento sobre si el Plan de estudios presenta asignaturas sobre Salud Sexual (4.2.3): las respuestas se orientan a que está presente en algunas asignaturas; están en algún nivel de acuerdo el 32,7%, pero el 37% están en algún nivel de desacuerdo.

Cabe destacar que el currículo de Enfermería no posee formación específica sobre sexualidad ni Salud Sexual por lo que el conocimiento que dicen tener se basa en supuestos a partir de sus propios imaginarios.

- Conocimiento sobre si el Plan de estudios presenta Asignaturas sobre Salud Reproductiva (4.2.4): las respuestas se orientan a que está presente en algunas asignaturas, están en algún nivel de desacuerdo el 37%. Responden que está presente en algunas asignaturas el 32,7%. Este es el tema más abordado en el programa de formación.

La Tabla N° 141, página siguiente, ilustra sobre el conocimiento que tienen sobre el currículo que poseen los estudiantes de Educación y Enfermería.

El quinto paso consistió en preguntar ¿Ha recibido como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad? (se relaciona con el Ítem N° 4.2.2). Aquí también fue necesario abrir el cuestionario e interrogar ¿Qué entiende por sexualidad? Una de ellas responde “No lo he aprendido como parte de la formación en la universidad; yo creo que no. Así que nos enseñen sobre la sexualidad, no; pero la parte de los adolescentes, menos”; “nosotras no hemos tenido nada sobre sexualidad”.

Según las entrevistas grupales es evidente que a las estudiantes no se les forma de manera específica y explícita con relación a los tres temas de formación en las que se basa el estudio. Los estudiantes consideran que “se debería profundizar la formación en estos aspectos de Salud Sexual y Salud Reproductiva, porque no podemos cubrir sino un campo muy reducido, si no se amplía el conocimiento”; “si nos formaran más en este tema, nos darían más instrumentos para poder actuar en estos casos; si tú tienes una

información básica vas a ser capaz de hacer lo mínimo, pero si te formaran bien serías capaz de actuar más en profundidad”; “Lógicamente sí que es importante la formación de los enfermeros, es lo lógico; más en estos temas que es tan escasa la formación, y estar bien formado te hace mejor profesional”; “si se incluye un seminario sobre sexualidad y métodos anticonceptivos sería un éxito, quiero decir que en teoría sí, que se ha dado algo sobre el embarazo y algo sobre métodos anticonceptivos.

Tabla 141. Conocimiento del Plan de estudio y presencia de asignaturas

Conocimiento que tienen las Mujeres estudiantes que inician el segundo año en la Universidad de Alicante sobre la presencia en el Plan de estudios de su formación universitaria de Asignaturas que forman sobre S. SS y SR					
Tipo de Formación	Estudios	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Formación sobre Sexualidad	Totalmente de acuerdo	3	2,5	0	0
	De acuerdo	9	7,5	4	4,8
	No sé	21	17,5	9	10,8
	En desacuerdo	69	57,5	14	16,9
	Totalmente en desacuerdo	18	15	56	67,5
	Total responde	120	100	83	100
Formación sobre Salud Sexual	Totalmente de acuerdo	4	3,4	0	0
	De acuerdo	20	16,8	4	4,8
	No sé	27	22,7	7	8,4
	En desacuerdo	51	42,9	18	21,7
	Totalmente en desacuerdo	17	14,3	54	65,1
	Total responde	119	100	83	100
Formación sobre Salud Reproductiva	Totalmente de acuerdo	16	13,4	0	0
	De acuerdo	23	19,3	4	4,8
	No sé	31	26,1	12	14,3
	En desacuerdo	44	37	27	32,1
	Totalmente en desacuerdo	5	4,2	41	48,8
	Total responde	119	100	84	100

Se concluye en el análisis del Plan de estudios, en su estructura¹⁶⁸ y de las fichas de las asignaturas¹⁶⁹ que no se informa de manera explícita que éstas se han definido a partir de las necesidades de salud que se evidencian en la comunidad de Alicante. Por otra parte también se concluye, como lo demuestran las encuestas, que no han estado presentes en actividades sobre sexualidad (95,95) ni Salud Sexual (98,3%) al interior de la universidad. Con respecto a la Salud Reproductiva el 99,2% no ha estado presente en actividades sobre este tema.

5.2.2 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

El segundo objetivo específico (2.13.1.2) es “Comparar necesidades en la formación sobre sexualidad, Salud Sexual y/o Salud Reproductiva que tienen las estudiantes de enfermería y los(as) estudiantes de educación, en la universidad de Alicante”.

Las necesidades de los estudiantes se contemplan de tres tipos, según se observa en la Ilustración N° 11; estas son: Educación para la sexualidad, Educación para la Salud Reproductiva y Educación emocional.

En la realidad social y cultural estas necesidades se resuelven en tres campos de acción cuya emergencia es la Salud integral de enfermeras y jóvenes (Ilustración N° 12); estos campos son: Salud Sexual, Salud Reproductiva y salud emocional.

Para dar respuesta social y cultural integral a las necesidades en salud de los y las jóvenes ya sean enfermeras o personas en la comunidad, se debe formar a las enfermeras tanto en educación socioemocional y Educación para la sexualidad como en educación para la Salud Reproductiva (Ilustración N° 11).

De lo que se ha analizado en las entrevistas grupales, en lo pertinente a qué es la sexualidad, sorprende el desconocimiento que tienen sobre el tema el grupo de estudiantes que participaron como informantes en las entrevistas grupales; por ejemplo, responden “para mí la sexualidad, además de un método de placer que todos conocemos, es una manera de relacionarse con diferentes personas, en principio es eso; bueno, además en el tema del desarrollo la persona adquiere los diferentes caracteres sexuales. Considero que gran parte de la sexualidad es relación interpersonal, esa es mi percepción”; “la sexualidad es una relación entre dos personas, dependiendo de sus gustos ¿No? Y entonces es pues una manera de placer entre dos habiendo amor o no”; “es un vínculo entre dos personas con la finalidad de expresar sus sentimientos más profundos, y no necesariamente ligada con la reproducción, es necesario separarla”; una persona que no tiene pareja, no tiene sexualidad”; “La sexualidad está también por dentro; la persona tiene cambios, se tienen cambios hormonales. La otra persona te puede ver a ti de modo atractivo, de modo sexual aun cuando tú no tengas interés en ella”.

Suelen confundir Salud Sexual y Salud Reproductiva: “Para mí la Salud Sexual es como un poco la prevención ¿no? Iría por ahí, pienso yo”; Supongo que van un poco enlazados. La Salud Sexual aparte de la prevención de todas a las enfermedades de transmisión sexual es la promoción de la sexualidad segura... vamos la promoción

también sería parte, la higiene de los genitales también, eso también lo englobaría”; “Salud Sexual de los adolescentes son las medidas y métodos para tener unas relaciones sexuales saludables, evitando así la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados”; Es saber aplicar los distintos métodos, para tener una Salud Sexual, unas relaciones adecuadas y totalmente sanas, vamos a decir. Sin contraer ningún tipo de enfermedad ni un embarazo”; es orientar nuestras relaciones sexuales desviándolas del lado negativo, de las insegur... de las formas de practicar las relaciones sexuales que no son seguras”.

Frente a la Salud Reproductiva de los adolescentes se tiene una mayor claridad: “El poder tener una reproducción normal, sin ningún tipo de problema que te impida reproducirte”, “poder tener hijos sin el miedo de transmitirles una enfermedad a ellos, ni que tu pareja te lo transmita a ti”; “el camino correcto en dirección a la reproducción”.

En el tema de educación para la sexualidad y la educación para la Salud Reproductiva se observa en las respuestas que hay cierto grado de formación. Una de las estudiantes comunica “Yo creo que la carrera en sí te obliga a llegar al fondo de muchos temas, entre ellos la sexualidad, a mi la profesión me está ayudando a conocerme y a conocer mi entorno, entonces a mi sí que me están llegando, me están haciendo diferenciar ciertas cosas y llegar hasta el fondo del asunto, yo lo siento así”. Otra advierte “estamos más abiertas de mente, lo vemos más normal y aprendemos los métodos para una relación más segura; entre comillas lo vemos normal, no lo vemos como un acto de reproducción, sino como una relación más”. Una más advierte “lo vemos todo con más naturalidad; nos han enseñado a ver nuestro cuerpo de una manera más natural; nosotros en el hospital vemos cuerpos desnudos con total naturalidad y vemos las relaciones con total naturalidad, que es una cosa normal y una manera de relacionarse”. Otra igualmente considera “Adquirimos información que nos hacen adaptarnos al medio e información que podemos transmitir a nuestra pareja, a nuestros amigos y a quien quiera recibir nuestra información”.

Los derechos de los jóvenes y de las enfermeras, como jóvenes que son, se analizan en un juego triádico (Ilustración N° 12). En este interactúan, se interrelacionan e interdependen tres elementos: Derechos sexuales, derechos reproductivos y las competencias emocionales.

En lo pertinente a los derechos sexuales, la ética no fue citada en ningún momento por ninguno de los y las informantes. Los derechos en general se contemplan de manera somera por los hombres y únicamente lo hacen con relación al conocimiento de la

legislación, pero en ninguna oportunidad hablan de forma directa sobre los derechos sexuales o de los derechos reproductivos. Uno de ellos afirma “para conocer la sexualidad también sería bueno saber qué se puede hacer y qué no”; otro de ellos igualmente considera que “debería saberse sus derechos, sus obligaciones, sus limitaciones; a lo mejor hay gente que está más enterada, pero deberíamos tener unos conocimientos básicos mínimos para saber cómo actuar”.

Se concluye que no se forma sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos; sin embargo, las chicas son conscientes de estos derechos al hablar sobre la vulneración de los mismos.

Esta conclusión se soporta en algunas de sus apreciaciones con relación a dicha vulneración: “los hombres siempre van a lo que van... la palabra es al hoyo”; “Yo creo que el problema principal es el prototipo del machismo que hace mucho tiempo viene imponiéndose, que el hombre es superior y la mujer inferior; ese complejo de superioridad e inferioridad es el prototipo que se ha impuesto y que hace que no cambien su manera de pensar, por eso debemos hacerles ver que ni ellos son superiores ni ellas son inferiores, que somos todos iguales y que todos tenemos dudas”; “es más rechazada la mujer que habla de que tiene vida sexual o de desinhibirse, vamos. Ella no puede mostrarse tal como es”; “En España ha cambiado el hecho de que las mujeres pueden tener relaciones equitativas con los hombres, porque se hace; pero para casi la totalidad de la gente no ha cambiado tanto, es una cultura machista totalmente”; “Ha cambiado porque antes si no eras virgen, no te casabas; mi abuela me lo dice así: antes no era así, yo llegué virgen al matrimonio con tu abuelo, pero ahora las cosas han cambiado, los tiempos han cambiado, la sociedad ha cambiado; pero claro que sí, algunas personas en ese aspecto han cambiado”; “estamos en una sociedad machista. Las mujeres se ven cohibidas. Una mujer que tome decisiones y que sea ella participe de todas las decisiones de la pareja, del método anticonceptivo, que sea la que toma la decisión, se ve un poco como que no es normal”.

Uno de los hombres opina: “los prejuicios a lo mejor pueden variar, no sé exactamente, pero si puede influir en este tema. Los prejuicios en el ámbito social a lo mejor sí, en el hombre a lo mejor varían, no lo sé”. Otro remata desde una posición diferente “Yo creo que requerimos una misma formación, creo que estamos en una época en la que hay igualdad para todo y para la formación también”.

Una mujer opina “Yo no creo que sean diferentes, lo que pasa es que socialmente los prejuicios se han identificado más con el sexo masculino, porque supuestamente

siempre ha sido el hombre el que más ha expresado sus sentimientos y la mujer siempre ha estado en plan sometida históricamente; por ejemplo, la mujer siempre se asocia más con la pasividad y el hombre es más activo, entonces es... tiene que ver con la evolución histórica que ha tenido a la mujer como más cohibida”; “Yo supongo que ellas lo harán como los hombres porque todos tenemos necesidades sexuales, las necesidades son las mismas, pero socialmente es así; que el hombre lo exprese más es frecuente, pero las necesidades son las mismas”; “El deseo de los hombres va ligado a lo histórico, pero a nivel de la reproducción y la capacidad para poder reproducirse lo tienen más inculcado los hombres; los hombres son más primitivos en eso que las mujeres. Las mujeres como otros tipos de animales tienen ciclos reproductivos, tienen mucho más deseo; muchas más ganas que cuando se inicia el periodo, que generalmente se encuentran mal”.

No se conoce sobre los derechos humanos entendidos como derechos sexuales y su relación con los adolescentes: Una de las mujeres afirma: “No, realmente no conozco sobre los derechos sexuales de los adolescentes”.

Aun cuando se interroga sobre los derechos reproductivos es significativo que la información se deriva automáticamente al ejercicio del intercambio genital. En ningún momento de citas temas como aborto, anticoncepción o píldora del día después.

Las competencias emocionales, tercer aspecto de la triada “Derechos de los jóvenes y de las enfermeras” (Ilustración N° 12) no son un tema sobre el que se hable explícitamente pero es evidente que son conscientes de estas competencias. Algunas de las respuestas relacionadas ilustran al respecto; una de las mujeres afirma: “Ellos se creen que son suficientes, es como un complejo de autosuficiencia”; “Tú decides qué asumir y qué no”; otra de las entrevistadas dice “Creo que por la cultura en la que estamos viviendo se piensa que la mujer debe ser un poco más cohibida. Que una mujer tome sus propias decisiones sobre su cuerpo, sobre su sexualidad, que lleve un preservativo en el bolso la piensan promiscua, esta sociedad no está preparada para que las mujeres tengan derechos, aun cuando cambia la perspectiva de cada mujer”; una tercera mujer opina “Sí que es verdad que las mujeres piensan más, están más concienciadas en prepararse y preocuparse en ellas mismas, pero en eso del preservativo piensan que debe llevarlo el hombre”. Los hombres no hablan sobre estas competencias.

Siguiendo con el objetivo en lo pertinente a comparar necesidades en la formación en los estudiantes de Enfermería y de Educación, esto se logró igualmente por medio de la encuesta. Esta se implementó en la Universidad de Alicante en los periodos

académicos 2008-2009 y 2009-2010. En el periodo 2008-2009 se encuestó a 100 estudiantes de la Diplomatura de Enfermería quienes estaban en la segunda semana del segundo año de su formación como enfermeras. En el periodo 2009-2010 se encuestó a 128 estudiantes quienes estaban en la segunda semana del segundo año de su formación como enfermeras y a 90 estudiantes del primer año de formación en la Diplomatura de Educación.

Cabe destacar que en la encuesta para comparar las necesidades de los estudiantes en las dos diplomaturas estas se exploraron en el bloque temático “Información requerida”. La necesidad se ilustra en la Ilustración N° 52 (siguiente página).

5.2.3 TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

El tercer objetivo (2.13.1.4) es “Realizar actividades formativas a estudiantes de enfermería sobre sexualidad, Salud Sexual y/o Salud Reproductiva y comparar sus respuestas antes y con posterioridad a la formación”.

En la investigación se realizó el seminario (4.4) en dos oportunidades, la primera en el curso 2008/2009, (Octubre y Noviembre) y la segunda en el curso 2009/2010 en los mismos meses que el curso anterior. Durante cada periodo lectivo se efectuaron ocho seminarios, para un total de dieciséis procesos. Participaron 261 mujeres y 31 hombres.

En las entrevistas escritas estas personas respondieron que con la metodología utilizada en seminario han aprendido, en la parte operativa de su actividad profesional enfermera, entre otras: Cómo actuar/ tratar/ desenvolverse mejor/ hacer frente/ explicar/ como profesional / con pacientes adolescentes en una consulta sobre sexo/ sexualidad; La importancia de la empatía en la consulta/ ponerse en/ la piel/ el lugar del paciente/ situación de otro; A intentar/ resolver todas las dudas/ y solucionarlas/ dar soluciones válidas; El rol de enfermería en una consulta de adolescentes (que siempre queda abandonado); Cómo ayudar/ apoyar correctamente en problemas; Abordar a los padres en una consulta con adolescentes sobre sexualidad; Tratar los temas sexuales /con realidad/ con total naturalidad/ como otros problemas de salud; A tratar temas de sexualidad con actitud profesional; A / saber / observar y escuchar problemas del adolescente/ que son impactantes/ me podrían costar trabajo/ en el futuro.

Ilustración 52.- Información requerida por enfermeras y educadoras

15. Estudiantes mujeres que inician el segundo año en la Universidad de Alicante Si pudiera recibir formación en Sexualidad, salud Sexual y salud reproductiva para adolescentes el tipo de información que requiero sobre los siguientes temas es:					
Tema	Necesidad	Enfermería 2008-2009/ 2009-2010		Educación 2009-2010	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Métodos anticonceptivos	Nada	7	3,4	4	4,7
	Poco	58	28,6	16	18,6
	Mucho	138	68	66	76,7
	Total responde	203	100	86	100
Embarazo adolescente	Nada	12	6	5	6
	Poco	53	26,4	26	31
	Mucho	136	67,7	53	63,1
	Total responde	201	100	84	100
Enfermedades de Transmisión Sexual	Nada	5	2,5	1	1,2
	Poco	48	23,6	12	14
	Mucho	150	73,9	73	84,9
	Total responde	203	100	86	100
Sexualidad como necesidad biológica	Nada	22	10,9	5	5,9
	Poco	90	44,8	55	64,7
	Mucho	89	44,3	25	29,4
	Total responde	201	100	85	100
Sexualidad como necesidad de interrelación humana	Nada	19	9,4	9	10,5
	Poco	99	48,8	52	60,5
	Mucho	85	41,9	25	29,1
	Total responde	203	100	86	100
Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)	Nada	25	12,6	15	17,6
	Poco	72	36,2	37	43,5
	Mucho	102	51,3	33	38,8
	Total responde	199	100	85	100
Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestis)	Nada	20	9,9	16	19
	Poco	80	39,4	38	45,2
	Mucho	103	50,7	30	35,7
	Total responde	203	100	84	100
Anatomía y fisiología de la sexualidad	Nada	18	8,8	7	8,2
	Poco	89	43,4	37	43,5
	Mucho	98	47,8	41	48,2
	Total responde	205	100	85	100

5.2.4 CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

El cuarto objetivo (2.13.1.4) es “Investigar propuestas formativas que utilicen modelos didácticos como el aprendizaje basado en problemas apoyan la formación en competencias que capaciten lógica, operativa y emocionalmente a las/los estudiantes para el Servicio asistencial orientado a adolescentes”.

Los dieciséis seminarios realizados en los dos años de investigación práctica, en los que participaron 261 mujeres y 31 hombres siguieron una metodología de aprendizaje basado en problemas.

Con relación a haber hecho la práctica del Role Playing como una estrategia del aprendizaje basado en problemas los estudiantes plantean: Me ha gustado mucho/ Me lo pasé muy bien, a gusto/ muy distendido/ En confianza/ Muy entretenido/ Ha sido fluido y muy ameno/Muy cómoda/y además distendido/ Me he reído y aprendido mucho/ He disfrutado mucho aprendiendo/ agradable, el ambiente que se sentía era muy bueno/con mis compañeros/ y profesores/ el role playing aprendiendo/ me permite dar información a cerca de las ETS/ porque hemos tratado temas que realmente nos interesan/ los temas de sexualidad/ divertido/ es teórico y práctico, bastante bueno/porque este tema es muy importante y me gusta tener clara las ideas del sexo/ estas cosas/ ampliado el conocimiento porque había cosas que ignoraba/ "¡Me ha encantado"!!!!; Centrarme en sus problemas o consultas/ y no en lo que yo crea.

En lo que respecta a aspectos emocionales los estudiantes informan que aprendieron: A afrontar diferentes situaciones, actitudes, /problemas etc., sobre las inquietudes de los adolescentes/ en una consulta de enfermería; Darle confianza/ trato amable a la persona para que pueda expresar sus problemas/ pensamientos y necesidades/ sentirse cómodo/ expresar sus sentimientos; Que las personas se sientan cómodas/con la enfermera/ en la consulta; Detectar problemas psicológicos o fisiológicos y dar apoyo emocional; Abordar cualquier tema/ los problemas/ con total naturalidad/ que le sentará bastante bien a los adolescentes; Buscar soluciones dentro de las posibilidades del paciente y de la salud pública; Afrontar la situación respetando al máximo al adolescente; Tener en cuenta la edad para tratar los problemas; Darle más importancia a lo que nos quieren contar pero averiguando sus actitudes.

Ellos y ellas se han sentido: Muy a gusto por hacer los role playing porque así es como realmente somos los jóvenes/ porque todo mi grupo/ hemos hablado de nuestras experiencias personales con total libertad/ esto ha facilitado mucho las cosas.

Con respecto a los aprendizajes teóricos informan que aprendieron, por ejemplo, a: Estar documentada/ actualizada/ al día/ informarme/ prepararme sobre el tema/ lo que repercute en mi profesión/ para poder apoyar/responder correctamente; Promocionar la educación sexual/ la Salud Sexual/ y sobre lo relacionado con la actividad sexual;

Algunos estudiantes matizan con afirmaciones como: Lo aprendido en clase solo son ejemplos de lo que podemos encontrar, cuanto más aprendamos más podremos enfrentarnos a la realidad; Estoy preparada para informar, me falta aprender; la realidad es difícil.

En las entrevistas grupales, al preguntar a los hombres sobre ¿Cómo cree que se siente un chico homosexual o una chica lesbiana que va a una sobre Salud Sexual y todo el tiempo le hablan de anticoncepción, embarazo, cuando no son sus necesidades? Uno de ellos respondió relacionando la homosexualidad con las enfermedades de transmisión sexual y el uso del condón. Él afirma: “yo pienso que los enfermeros enfocan más el tema de protección a riesgo de embarazo, pero cuando se habla de anticoncepción, el condón también protege de las enfermedades de transmisión sexual y de esto no se habla. El problema está en la manera en que lo enfocan, porque si a lo mejor la enfermera o enfermero dicen, por ejemplo, este método de barrera es muy seguro tanto el embarazo y tal... es que se tiene más como un método de protección al embarazo, pero se olvida que es una barrera efectiva ante las enfermedades de transmisión sexual y es este caso sería más necesario hablarles de estas enfermedades”.

Otro de los hombres opina “yo creo que no se trata tanto el tema, se hace hincapié en otros temas y no en los ámbitos en los que hay que informarles a ellos, en temas que no tienen sentido de cara a ellos, pero el fin es educarles en la prevención y no los métodos anticonceptivos y de paso en la enfermedad”. Con relación a la formación en la universidad en la formación enfermera uno de ellos opina “Yo creo que la información debe ser igual tanto para el hombre como para la mujer, tienen los mismos riesgos y las mismas situaciones... vamos, ella tiene el riesgo de quedar embarazada y no él”.

El éxito obtenido se demuestra en frases como: Muy bien, me hubiera gustado/ en mi adolescencia la información que se recibe en este tipo de consultas/ recibir un tipo de clase como esta mucho antes; Segura porque siento que ahora tengo una buena base sobre el tema de la sexualidad/ creo que es algo necesario en cuanto a los conocimientos enfermeros y personales; Reconozco que debemos actuar así, con naturalidad, sin vergüenza, para poder enfrentar las situaciones del paciente/ adolescente debemos estar preparadas.

5.2.5 QUINTO OBJETIVO ESPECÍFICO

El quinto objetivo (2.13.1.5) es “Averiguar si existen barreras de comunicación cuando de hablar de Salud Sexual y Salud Reproductiva se trata, que interfieran en la interpretación y transmisión adecuadas de ideas entre los/las docentes y las/los estudiantes”.

Las y los estudiantes de enfermería tienen los mismos problemas en su vida sexual que otros jóvenes de su edad que son estudiantes de la universidad de Alicante,

eso se evidencia en el estudio de 2001 denominado “*La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*”.¹⁷⁰ Igualmente tienen los problemas de comunicación que los demás jóvenes y adolescentes.

Uno de los problemas al no haber una formación específica sobre sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva es que los logros que se alcanzan son tangenciales; esto lo tienen claro los estudiantes, quienes afirman “la población adolescente, me incluyo, nos dejamos llevar mucho por lo que nos rodea, entonces hay que buscar un método correcto para que llegue el mensaje... he recibido alguna información pero no la he procesado todavía”; “la relación sexual en sí, si nos han explicado, pero sobre todo se han centrado en los métodos anticonceptivos”; “la sexualidad es el contacto con la otra persona, que tu no la ves solamente como un amigo sino mas allá; la sexualidad no se centra solamente en la relación coital o a los preliminares sino que abarca mucho más; entran muchas cosas en la sexualidad: la psicología de las personas, entra el cuerpo, muchas cosas que no se pueden reducir únicamente a un acto, por decirlo así. Voy a hablar basto; no es solamente meterla, ni tampoco es solamente darse besos; abarca mucho más que eso, abarca otras cosas que están dentro. Esto lo he tenido asumido bastante más tiempo, lo que pasa en que creo que no lo había asumido psicológicamente así, pero aun cuando no se ha visto como un tema concreto, el estar en la universidad me ha ayudado a verlo así”; “La sexualidad no implica solamente el acto sexual; yo entiendo que se incluyen también los preliminares, no pienso que sea necesariamente con un amigo con el que sientas algo de sentimientos porque los adolescentes de hoy en día hacen un “aquí te pillo, aquí te mato”... No lo he aprendido como parte de la formación en la universidad, yo creo que no. Así que nos enseñen sobre la sexualidad no, pero la parte de los adolescentes menos”.

Las estudiantes entienden que si reciben formación apropiada cambiaría su percepción sobre la sexualidad y para hablar de ella. Las percepciones son muy diversas e incluso opuestas: “Si cambiaría la percepción totalmente”; “Un poquito; estamos más abiertas de mente, lo vemos más normal y aprendemos los métodos para una relación más segura; entre comillas lo vemos normal, no lo vemos como un acto de reproducción, sino como una relación más”. “Yo creo que la carrera en si te obliga a llegar al fondo de muchos temas, entre ellos la sexualidad, a mi la profesión me está ayudando a conocerme y a conocer mi entorno, entonces a mi sí que me están llegando, me están haciendo diferenciar ciertas cosas y llegar hasta el fondo del asunto, yo lo siento así”.

Cuando se crean las condiciones de manera positiva los estudiantes se abren a hablar de temas de sexualidad, los entrevistados responden al respecto: “Pues bien, no pensaba que me iba a sentir a gusto y tener que hablar de sexualidad, porque se me dificulta hablar del tema con alguien que no conozco, pero como hay empatía me he sentido bien”; “A mi bien, a mi me ha gustado; la verdad es que la sexualidad está ahí, pero en la universidad como formación nunca lo hablamos, y eso sucede con la sociedad en general y con la gente joven, nunca lo hablan con seriedad... la verdad es que me ha gustado la entrevista”.

5.2.6 SEXTO OBJETIVO ESPECÍFICO

El último de los objetivos (2.13.1.6) es “Estudiar a nivel nacional y en la Comunidad Valenciana, la legislación vigente concerniente a temas relacionados con sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, y analizar en ella el rol que deben cumplir las profesionales de la enfermería”.

La necesidad de servicios integrales de salud para adolescentes posibles usuarios de servicios está más que probada en España, la Comunidad Valenciana y Alicante; se contemplan en los resultados de las distintas investigaciones sobre la sexualidad de los jóvenes y adolescentes citadas en la justificación, en los ítems 1.2 (Estudios sobre la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes españoles), 1.3 (Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009), 1.4 (Estudios sobre la sexualidad de las/os adolescentes y jóvenes en la Comunidad Valenciana) e ítem 1.4.1 (Sexualidad y comportamiento sexual de los estudiantes de la Universidad de Alicante). Igualmente en la legislación pertinente, que se analiza en el punto 2.7.2 (Ley Orgánica 2/2010 de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo) y de la Ley 8/2008, de la Generalitat Valenciana.

Existe una legislación es bien claro, pero en la Comunidad Valenciana existen graves problemas de negación político religiosa para ponerla en práctica.

A blue pitcher is tilted, pouring a stream of clear water into two cupped hands. The background is a textured blue surface. A semi-transparent watermark is visible in the center.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CONCLUSIONES

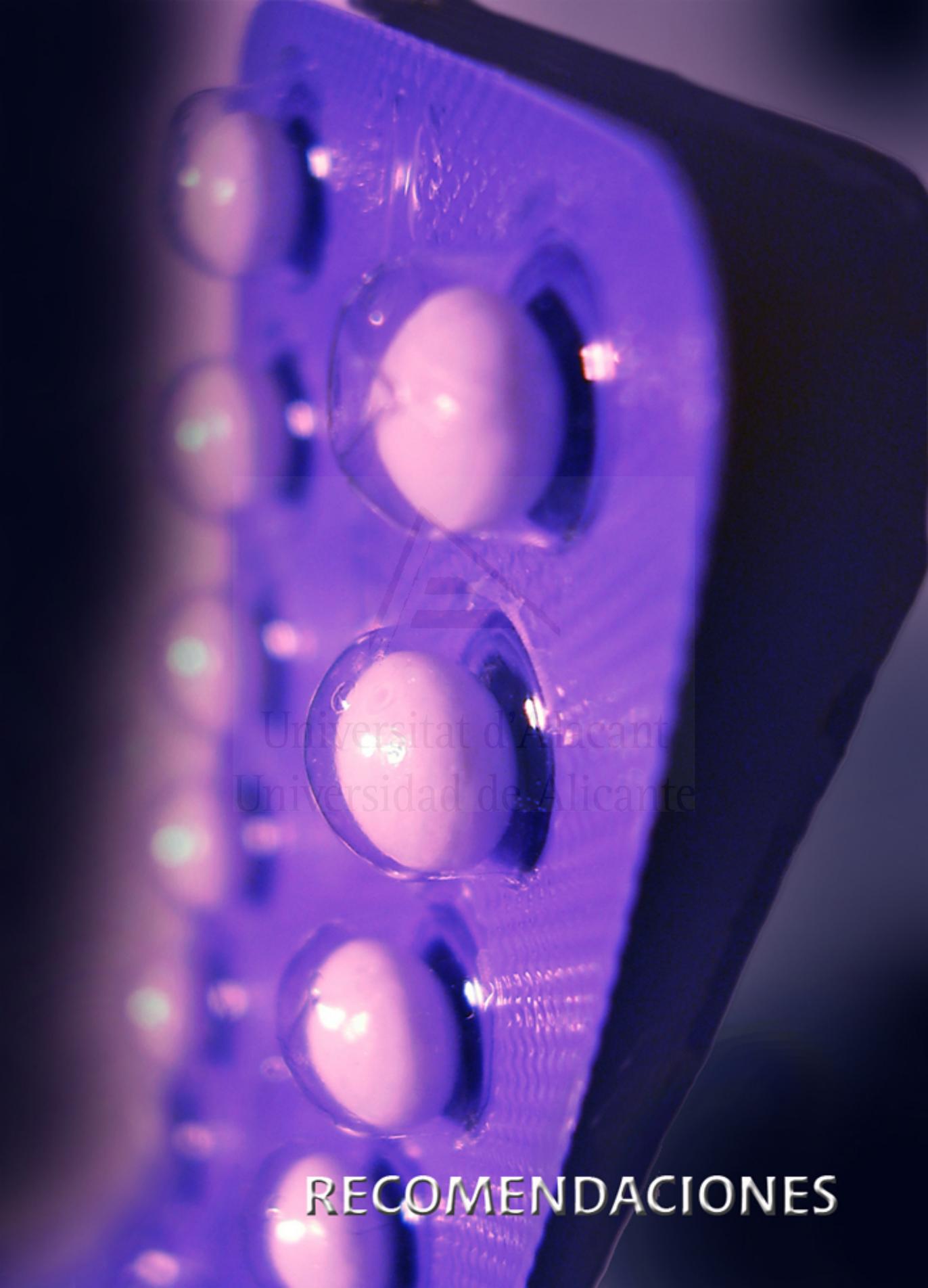
6. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la investigación confirman que con el currículo actual, tanto las enfermeras como las docentes egresadas no están formadas para contribuir con eficacia, en el abordaje de estas funciones.
2. Se han diseñado seminarios con el fin de paliar los déficits formativos en estas materias en la diplomatura de enfermería.
3. La estrategia metodológica aplicada en los seminarios es la triada: 1. Aprendizaje basado en problemas; 2. El practicum Juego de roles; y, 3. Evaluación continua basada en las competencias, ha mostrado ser una excelente metodología en esta formación.
4. Los alumnos han aplicado las competencias que se piden para el desarrollo de una consulta de enfermería para niños adolescentes y jóvenes.
5. Los seminarios fueron positivamente evaluados por la metodología, la dinámica participativa, ser teórico-prácticos, trabajar temas difíciles de manera amena, ser agradable y utilizar lenguaje sencillo junto al técnico.
6. Los alumnos valoran los seminarios de gran utilidad para su vida profesional y se sienten comprometidos con la prevención de las ETS, el embarazo adolescente y la violencia de género.
7. Se ha conseguido potenciar el proceso de counseling y hacerlos conscientes de su responsabilidad en el proceso de aprendizaje.
8. En general, se da un alto porcentaje de alumnos, tanto en enfermería como en ciencias de la educación, que desconocen su plan de estudios y si están incluidos temas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva.
9. Es pequeño el porcentaje de estudiantes, de ambas titulaciones, que se sienten capacitados para informar sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes. La actitud de las enfermeras es más positiva para trabajar con los adolescentes sobre estos temas.
10. Más del 50% de enfermeras y educadoras participaron en el instituto en actividades sobre salud sexual y cerca del 36% recibió información sobre salud reproductiva. Los menores de 25 años recibieron significativamente más información que los mayores.

11. El orden de aceptación de las personas para hablar sobre sexualidad es:
amigos, compañeros de clase, padres, médico, enfermera, cualquier
persona y profesores.
12. Las preguntas más frecuentes que se plantean en los grupos de trabajo en
los seminarios, por orden decreciente fueron: ¿Cuáles son los métodos
anticonceptivos más eficaces?, ¿Me puedo quedar embarazada teniendo la
regla?, ¿Duele la primera penetración?, ¿Cómo se pone correctamente el
preservativo masculino?, ¿Me puedo quedar embarazada con el sexo oral?
y, ¿Es fiable la marcha atrás?



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alicant
Universidad de Alicante

RECOMENDACIONES

7. RECOMENDACIONES

- Generar al interior del proceso de integración de los nuevos estudiantes en la Universidad de Alicante, un momento informativo en que se les haga conocer los Planes de formación.
- En la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Alicante, es conveniente en las modificaciones del plan de estudios, implementando la formación en Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva para orientar la consulta enfermera con adolescentes y jóvenes, como uno de los seminarios que se realizan a las estudiantes de segundo año en la asignatura troncal de materno infantil e igualmente es importante recomendar estas modificaciones a otras universidades españolas.
- Implementar procesos formativos cuyas innovaciones metodologías y didácticas apoyen la formación de competencias finales del alumno, potenciado su responsabilidad y haciéndolo partícipe de manera activa en su proceso de aprendizaje, es una tarea fundamental de la práctica docente en la formación de profesionales sanitarios que permite optimizar los objetivos de aprendizaje, de ahí que este estudio se centre en este aspecto.
- Sustentar en la reestructuración y redirección de los Planes de formación de las enfermeras las situaciones epidemiológicas que se convierten en problemas que afectan la salud física y emocional de los habitantes de las comunidades que se hallan en el área de influencia de la universidad.
- Reconocer las diferencias de género y etarias que los estudiantes tienen, de tal manera que los temas en los que se les forma sean más atractivos y lúdicos, sin que por ello se vea afectada la calidad del proceso enseñanza aprendizaje.
- Realizar actividades formativas sobre sexualidad, Salud Sexual y/o Salud Reproductiva, orientadas a estudiantes de los diferentes programas de formación que se implementan en la Universidad de Alicante.
- Dar a conocer los resultados de la investigación a directivas universitarias y especialmente a las de los programas de enfermería y educación en la UA como también a creadores y ejecutores de políticas educativas y de salud en la Comunidad Valenciana.
- Difundir en foros científicos y revistas especializadas en salud, educación y sexualidad los resultados de la investigación.



**INDICE DE TABLAS
ILUSTRACIONES Y
ANEXOS**

8. ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.- Casos de Sida en España</i>	39
<i>Tabla 2.- Casos de sida en Jóvenes, en España</i>	40
<i>Tabla 3.- Estadísticas de alumnos nuevos de Diplomatura en Enfermería curso 2008/2009 en España y U. de Alicante</i>	86
<i>Tabla 4.- Estadística de la Enseñanza universitaria, Diplomatura de Enfermería en U. de Alicante Curso 2008/2009.-</i>	87
<i>Tabla 5.- Estadística por sexo y edad de la Enseñanza universitaria, Diplomatura de Enfermería en España Curso 2008/2009</i>	87
<i>Tabla 6.- Informantes de la encuesta, por carrera y sexo</i>	108
<i>Tabla 7.- Edad, sexo y carrera de los estudiantes informantes</i>	112
<i>Tabla 8.- Edad de los informantes en entrevistas grupales</i>	114
<i>Tabla 9.- Preguntas y categorías/ posibles descriptores</i>	115
<i>Tabla 10.- Frecuencia y Porcentaje de mujeres que dicen conocer su plan de estudios</i>	150
<i>Tabla 11.- Mujeres, según edad, que dicen conocer su Plan de estudios.</i>	151
<i>Tabla 12.- Conocimiento de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios</i>	152
<i>Tabla 13.- Conocimiento, según edad, de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios</i>	153
<i>Tabla 14.- Conocimiento de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan de estudios</i>	153
<i>Tabla 15.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre SS en el Plan</i>	154
<i>Tabla 16.- Conocimiento de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan</i>	155
<i>Tabla 17.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan</i>	156
<i>Tabla 18.- Percepción de las mujeres sobre si se sienten Capacitadas para informar</i>	157
<i>Tabla 19.- Percepción, según edad sobre si se sienten Capacitadas para informar</i>	158
<i>Tabla 20.- Percepción de las mujeres sobre sentirse Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional</i>	159
<i>Tabla 21.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional</i>	159
<i>Tabla 22.- Participación en el instituto en Actividades educativas sobre Salud Sexual</i>	160
<i>Tabla 23.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SS</i>	160
<i>Tabla 24.- Participación en el instituto en Actividades educativas sobre Salud Reproductiva</i>	161
<i>Tabla 25.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SR</i>	161
<i>Tabla 26.- Participación en la universidad de todas las mujeres en Actividades educativas sobre Sexualidad</i>	162
<i>Tabla 27.- Valoración de las Actividades educativas sobre Salud Sexual</i>	163
<i>Tabla 28.- Participación en la universidad de todas las mujeres en Actividades educativas sobre Salud Reproductiva</i>	163
<i>Tabla 29.- Participación en la universidad, según edad, en Actividades educativas sobre Salud Sexual</i>	164

<i>Tabla 30.- Valoración de las Actividades educativas sobre Salud Reproductiva</i>	164
<i>Tabla 31.- Participación en las Actividades educativas sobre Salud Reproductiva</i>	165
<i>Tabla 32.- Información requerida sobre Métodos anticonceptivos</i>	166
<i>Tabla 33.- Información requerida, según edad, sobre métodos anticonceptivos</i>	166
<i>Tabla 34.- Tipo de información requerida, según edad, sobre Embarazo adolescente</i>	167
<i>Tabla 35.- Tipo de información requerida sobre ETS</i>	168
<i>Tabla 36.- Tipo de información requerida, según edad, sobre ETS</i>	169
<i>Tabla 37.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad biológica</i>	169
<i>Tabla 38.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad biológica</i>	170
<i>Tabla 39. Tabla 40.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana</i>	171
<i>Tabla 40.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana</i>	171
<i>Tabla 41.- Información requerida por todas las mujeres sobre Orientaciones sexuales</i>	172
<i>Tabla 42.- Información requerida, según edad, sobre Orientaciones sexuales</i>	172
<i>Tabla 43.- Información requerida por todas las mujeres sobre Tránsitos identitarios.-</i>	173
<i>Tabla 44.- Información requerida, según edad, sobre Tránsitos identitarios</i>	174
<i>Tabla 45.- Información requerida por las mujeres sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad</i>	175
<i>Tabla 46.- Información requerida, según edad, sobre Anatomía y fisiología de la sexualidad</i>	175
<i>Tabla 47.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Amigos/as-</i>	176
<i>Tabla 48.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Amigos/as-</i>	176
<i>Tabla 49.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Compañeros de clase</i>	177
<i>Tabla 50.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Compañeros/as de clase</i>	177
<i>Tabla 51.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Profesores/as-</i>	177
<i>Tabla 52.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Profesores/as</i>	178
<i>Tabla 53.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Médico/a de cabecera</i>	178
<i>Tabla 54.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Médico/a de cabecera</i>	178
<i>Tabla 55.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital</i>	179
<i>Tabla 56.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con Enfermera de atención primaria o de hospital</i>	179
<i>Tabla 57.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con Padre o madre de familia-</i>	180
<i>Tabla 58.- Gusto, según edad sobre hablar de sexualidad con Padre o madre de familia</i>	180
<i>Tabla 59.- Gusto de las mujeres sobre hablar de sexualidad con cualquier persona</i>	180
<i>Tabla 60.- Gusto, según edad, sobre hablar de sexualidad con cualquier persona</i>	181
<i>Tabla 61.- Etapas y momentos del Seminario</i>	212
<i>Tabla 62.- Listado de necesidad consultadas por estudiantes</i>	217
<i>Tabla 63.- Total de preguntas realizadas.</i>	218

<i>Tabla 64.- Preguntas realizadas sobre anticonceptivos.</i>	219
<i>Tabla 65.- Preguntas más frecuentes sobre anticonceptivos</i>	219
<i>Tabla 66.- Número de preguntas sobre preservativos</i>	221
<i>Tabla 67.- Preguntas más frecuentes sobre preservativos</i>	223
<i>Tabla 68.- Numero de preguntas sobre la virginidad y la primera vez</i>	224
<i>Tabla 69.- Preguntas sobre la primera vez</i>	225
<i>Tabla 70.- Número de preguntas sobre Píldora del día después</i>	226
<i>Tabla 71.- Preguntas sobre Píldora del día después</i>	227
<i>Tabla 72.- Número de preguntas sobre menstruación</i>	228
<i>Tabla 73.- Preguntas sobre menstruación</i>	229
<i>Tabla 74.- Numero de preguntas sobre ETS</i>	230
<i>Tabla 75.- Preguntas sobre ETS</i>	230
<i>Tabla 76.- Numero de preguntas sobre eyaculación/ Masturbación</i>	231
<i>Tabla 77.- preguntas sobre eyaculación/ Masturbación</i>	232
<i>Tabla 78.- Numero de preguntas sobre sexo oral</i>	233
<i>Tabla 79.- Preguntas sobre sexo oral</i>	233
<i>Tabla 80.- Numero de preguntas sobre Sexualidad</i>	234
<i>Tabla 81.- Preguntas sobre el tema Sexualidad</i>	235
<i>Tabla 82.- Numero de preguntas sobre orientación sexual</i>	236
<i>Tabla 83.- Preguntas sobre orientación sexual</i>	237
<i>Tabla 84.- Numero de preguntas sobre erección y tamaño del pene</i>	237
<i>Tabla 85. Preguntas sobre erección y tamaño del pene</i>	238
<i>Tabla 86.- Numero de preguntas sobre Juegos eróticos</i>	239
<i>Tabla 87.- Preguntas sobre Juegos eróticos</i>	239
<i>Tabla 88.- Numero de preguntas sobre el orgasmo</i>	240
<i>Tabla 89.- Preguntas sobre el orgasmo</i>	240
<i>Tabla 90.- Número de preguntas sobre sexo anal</i>	241
<i>Tabla 91.- Preguntas sobre sexo anal</i>	242
<i>Tabla 92.- Numero de preguntas sobre vagina, clítoris y punto "G"</i>	242
<i>Tabla 93.- Preguntas sobre vagina, clítoris y punto "G"</i>	243
<i>Tabla 94.- Número de preguntas sobre falsas creencias</i>	243
<i>Tabla 95.- Preguntas sobre falsas creencias de efectos de las prácticas sexuales</i>	244
<i>Tabla 96.- número de preguntas sobre Mitos sobre el baño y la Salud Sexual</i>	245
<i>Tabla 97.- Preguntas sobre Mitos sobre el baño y la Salud Sexual</i>	245
<i>Tabla 98.- Número de preguntas sobre Aborto</i>	246
<i>Tabla 99.- Preguntas sobre Aborto</i>	246
<i>Tabla 100.- Número de preguntas sobre embarazo</i>	247
<i>Tabla 101.- Preguntas sobre embarazo</i>	247

<i>Tabla 102.- número de preguntas sobre el tampón</i>	248
<i>Tabla 103.- Preguntas sobre el tampón</i>	248
<i>Tabla 104.- Número de preguntas sobre visita al ginecólogo</i>	249
<i>Tabla 105.- Preguntas sobre visita al ginecólogo</i>	249
<i>Tabla 106.- Número de preguntas sobre el pecho</i>	250
<i>Tabla 107.- Preguntas sobre el pecho</i>	250
<i>Tabla 108.- Número de preguntas sobre el himen</i>	250
<i>Tabla 109.- Preguntas sobre el himen</i>	251
<i>Tabla 110.- Número de preguntas sobre fimosis</i>	251
<i>Tabla 111.- Preguntas sobre fimosis</i>	252
<i>Tabla 112.- Preguntas más frecuentes realizadas por mujeres</i>	253
<i>Tabla 113.- Preguntas más frecuentes realizadas por hombres</i>	254
<i>Tabla 114.- Preguntas más frecuentes hechas por mujeres preguntando por hombres</i>	255
<i>Tabla 115.- Número de participantes en el seminario</i>	256
<i>Tabla 116.- Temas de los seminarios</i>	257
<i>Tabla 117.- número de respuestas según sexo</i>	266
<i>Tabla 118.- Preguntas más frecuentes en la totalidad de seminarios</i>	267
<i>Tabla 119.- Porcentaje de respuestas según sexo</i>	269
<i>Tabla 120.- Respuestas más frecuentes a qué ha aprendido en este seminario</i>	271
<i>Tabla 121.- Respuestas más frecuentes a la pregunta Cómo me sentí en el seminario</i>	274
<i>Tabla 122.- Grupos categoriales Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva</i>	281
<i>Tabla 123.- Grupo categorial 01 Sexualidades</i>	282
<i>Tabla 124.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Identidades sexuales</i>	282
<i>Tabla 125.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Relaciones genitales</i>	283
<i>Tabla 126.- Grupo categorial 01 Sexualidades: Disfunciones sexuales</i>	284
<i>Tabla 127.- Grupo categorial 02 Genitales masculinos</i>	285
<i>Tabla 128.- Grupo categorial 03 Genitales femeninos</i>	287
<i>Tabla 129.- Grupo categorial 04 Ciclo menstrual</i>	288
<i>Tabla 130.- Grupo categorial 05 Masturbación</i>	288
<i>Tabla 131.- Grupo categorial 06 Anticoncepción/ hormonales</i>	289
<i>Tabla 132.- Grupo categorial 06 Anticoncepción/ uso de hormonales</i>	290
<i>Tabla 133.- Grupo categorial 06 Anticoncepción/ condones</i>	291
<i>Tabla 134.- Grupo categorial 07 Primera vez en una relación genital</i>	292
<i>Tabla 135.- Grupo categorial 08 Sexo oral</i>	293
<i>Tabla 136.- Grupo categorial 09 Orgasmo</i>	294
<i>Tabla 137.- Grupo categorial 10 Embarazo</i>	294
<i>Tabla 138.- Grupo categorial 11 Interrupción del embarazo</i>	295
<i>Tabla 139.- Grupo categorial 12 Enfermedades de Transmisión Sexual</i>	296

Tabla 140.- Necesidad formativa de las enfermeras _____ 314

Tabla 141. Conocimiento del Plan de estudio y presencia de asignaturas _____ 319



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y ANEXOS

9.1 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1.- Análisis sistémico.</i>	120
<i>Ilustración 2.- Análisis por juego subgrupal</i>	122
<i>Ilustración 3.- Análisis por funciones cerebrales</i>	122
<i>Ilustración 4.- Lógica de la graficación triádica</i>	123
<i>Ilustración 5.- Reticulado sistémico</i>	124
<i>Ilustración 6.- Emergencia entre dos elementos del sistema</i>	124
<i>Ilustración 7.- Formación Enfermera</i>	126
<i>Ilustración 8.- Áreas de acción de la Formación enfermera</i>	126
<i>Ilustración 9.- Necesidades vitales de enfermeras y jóvenes</i>	129
<i>Ilustración 10.- Salud integral de enfermeras y jóvenes</i>	130
<i>Ilustración 11.- Necesidades formativas de enfermeras y jóvenes</i>	131
<i>Ilustración 12.- Derechos de enfermeras y jóvenes</i>	133
<i>Ilustración 13.- Competencia emocional</i>	134
<i>Ilustración 14.- Diseño de programas a partir de necesidades</i>	137
<i>Ilustración 15.- Presentación triádica de la Formación de la enfermera</i>	138
<i>Ilustración 16.- Presentación lineal de la de la formación enfermera</i>	139
<i>Ilustración 17.- Informantes mujeres que dicen conocer su Plan de estudios.</i>	151
<i>Ilustración 18.- Mujeres, según edad, que dicen conocer su Plan de estudios.</i>	151
<i>Ilustración 19.- Conocimiento de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios</i>	152
<i>Ilustración 20.- Conocimiento, según edad, de asignaturas sobre Sexualidad en el Plan de estudios</i>	153
<i>Ilustración 21.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan</i>	154
<i>Ilustración 22.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Sexual en el Plan</i>	155
<i>Ilustración 23.- Conocimiento de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan</i>	156
<i>Ilustración 24.- Conocimiento, según edad, de presencia de asignaturas sobre Salud Reproductiva en el Plan</i>	157
<i>Ilustración 25.- Percepción de todas las mujeres sobre si se sienten Capacitadas para informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva a los y las adolescentes</i>	158
<i>Ilustración 26.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Capacitadas para informar</i>	158
<i>Ilustración 27.- Percepción, según edad, sobre si se sienten Emocionalmente preparadas para dar Consejería emocional</i>	160
<i>Ilustración 28.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SS</i>	161
<i>Ilustración 29.- Participación en el instituto, según edad, en Actividades educativas sobre SR</i>	162
<i>Ilustración 30.- Información requerida, según edad, sobre métodos anticonceptivos</i>	167
<i>Ilustración 31.- Tipo de información requerida sobre Embarazo adolescente</i>	167
<i>Ilustración 32.- Tipo de información requerida, según edad, sobre Embarazo adolescente</i>	168

<i>Ilustración 33.- Tipo de información requerida, según edad, sobre ETS</i>	169
<i>Ilustración 34.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad biológica</i>	170
<i>Ilustración 35.- Información requerida, según edad, sobre Sexualidad como necesidad biológica</i>	170
<i>Ilustración 36.- Información requerida por todas las mujeres sobre Sexualidad como necesidad de interrelación humana</i>	171
<i>Ilustración 37.- Información requerida, según edad, sobre Orientaciones sexuales</i>	173
<i>Ilustración 38.- Información requerida por todas las mujeres sobre Tránsitos identitarios</i>	173
<i>Ilustración 39.- Información requerida, según edad, sobre Tránsitos identitarios</i>	174
<i>Ilustración 40.- Información requerida, según edad, sobre Anatomía y fisiología Sex</i>	175
<i>Ilustración 41.- Formación Enfermera</i>	207
<i>Ilustración 42.- aprendizaje basado en Problemas</i>	208
<i>Ilustración 43.- Juego de Roles</i>	208
<i>Ilustración 44.- Evaluación continua</i>	208
<i>Ilustración 45.- Evaluación y redirección juego de roles</i>	209
<i>Ilustración 46.- Objetivos de la entrevista escrita</i>	209
<i>Ilustración 47.- Evaluación de la entrevista escrita</i>	210
<i>Ilustración 48.- Instrumento evaluativo que sirve a los docentes</i>	210
<i>Ilustración 49.- Competencias</i>	211
<i>Ilustración 50.- Guía para el trabajo en equipo en los seminarios</i>	215
<i>Ilustración 51.- Nacimientos en España por edad de la madre, primer semestre de 2010</i>	303
<i>Ilustración 52.- Información requerida por enfermeras y educadoras</i>	325

9.2 ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1.- Consentimiento informado para Entrevista, página 1</i>	349
<i>Anexo 2.- Consentimiento informado para Entrevista, página 2</i>	350
<i>Anexo 3.- Consentimiento informado para Encuesta, página 1</i>	351
<i>Anexo 4.- Consentimiento informado para Encuesta, página 2</i>	352
<i>Anexo 5.- Formato de Encuesta, Educación, página 1</i>	353
<i>Anexo 6.- Formato de Encuesta, Educación, página 2</i>	354
<i>Anexo 7.- Cuestionario Entrevista grupal a estudiantes de Enfermería</i>	355
<i>Anexo 8. Conocimiento Plan de estudios por los hombres</i>	356
<i>Anexo 9.- Conocimiento de asignaturas en el Plan de estudio por los hombres</i>	356
<i>Anexo 10.- Tipo de información requerida por los hombres</i>	357
<i>Anexo 11.- Formación requerida por los hombres</i>	358

10. ANEXOS

Anexo 1.- Consentimiento informado para Entrevista, página 1

**Consentimiento informado
para personas que actúan como informantes en la investigación
“ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”**

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los y las participantes en esta investigación una explicación sobre la naturaleza de la misma, su participación como informantes y la utilización que se le dará a la información provista.

La investigación “ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES” es conducida por Manuel Antonio Velandia Mora, doctorando en el Doctorado de Enfermería y Cultura de los cuidados, de la Universidad de Alicante.

El objetivo de este estudio es diagnosticar las necesidades en la formación académica de las/os estudiantes de Enfermería, de la Universidad de Alicante, en los campos de la Sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las/os adolescentes y jóvenes, como una estrategia que oriente la autodeterminación, el empoderamiento y el ejercicio responsable de la sexualidad como fundamentos de su propio autocuidado y del de las/os adolescentes que serán sus usuarias/os.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista grupal junto a otras personas que al igual que Usted han aceptado participar. Se utilizará un guión de preguntas. Responderlas tomará aproximadamente una hora y 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse durante la entrevista se grabará, de modo que el investigador pueda oír, transcribir y utilizar las ideas que usted y los demás informantes hayan expresado, como insumo para la obtención de datos que aporten a la comprensión del tema de investigación. El audio en el que está su entrevista no será escuchado en ningún momento por alguien diferente al investigador.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, incluyendo la publicación y presentación de resultados en eventos científicos.

Usted no deberá identificarse en ningún momento, aun cuando nos interesa conocer de usted su sexo, edad y nivel de escolaridad, por ser elementos que aportarán para la codificación de sus respuestas; para codificar se usará un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas y concluida la investigación, los casetes con las grabaciones se destruirán.

Para contribuir a su anonimato, en ningún momento se grabarán imágenes o se tomarán fotografías.

Si tiene alguna duda sobre lo anteriormente expuesto o el proyecto mismo, usted está en derecho de preguntar y obtener respuestas, por tal motivo usted puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en la investigación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas o de los temas tratados durante la entrevista le parecen incómodos, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador y de abstenerse de responderlas.

Como informante, durante la grabación usted está en pleno derecho a solicitar se le haga nuevamente la pregunta o se le aclare, a cambiar de opinión, a pedir que una parte de ella se borre o no se utilice.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 2.- Consentimiento informado para Entrevista, página 2

Consentimiento informado
para personas que actúan como informantes en la investigación
“ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”

Acepto participar voluntariamente en la investigación “ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”, conducida por Manuel Antonio Velandia Mora, y acepto que he sido informado(a) de los objetivos de este estudio.

En el respaldo de este consentimiento se me ha informado que tendré que responder preguntas en una entrevista, la cual tomará aproximadamente una hora y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento.

He me ha comunicado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas posteriores a la entrevista, sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Manuel Antonio Velandia Mora al teléfono móvil 630003219.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para lograrlo, puedo contactar a Manuel Antonio Velandia Mora al teléfono anteriormente mencionado.

Firma del Participante _____

Alicante, Fecha: Día, mes _____, año

Anexo 3.- Consentimiento informado para Encuesta, página 1

Consentimiento informado
para personas que actúan como informantes en la investigación
“ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los y las participantes en esta investigación una explicación sobre la naturaleza de la misma, su participación como informantes y la utilización que se le dará a la información provista.

La investigación “ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES” es conducida por Manuel Antonio Velandia Mora, doctorando en el Doctorado de Enfermería y Cultura de los cuidados, de la Universidad de Alicante.

El objetivo de este estudio es diagnosticar las necesidades en la formación académica de las/los estudiantes de Enfermería, de la Universidad de Alicante, en los campos de la Sexualidad, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las/os adolescentes y jóvenes, como una estrategia que oriente la autodeterminación, el empoderamiento y el ejercicio responsable de la sexualidad como fundamentos de su propio autocuidado y del de las/os adolescentes que serán sus usuarias/os.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta escrita. Se utilizará un formato con 16 preguntas, impreso en dos páginas tamaño A4. Responderlas tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que se escriba durante la encuesta será leído por el investigador y transcrito por este; lo transcrito se utilizará como insumo para la obtención de datos que aporten a la comprensión del tema de investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, incluyendo la publicación y presentación de resultados en eventos científicos.

Usted no deberá identificarse en ningún momento, aun cuando nos interesa conocer de usted su sexo, edad y nivel de escolaridad, por ser elementos que aportarán para la codificación de sus respuestas; para codificar se usará un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas y concluida la investigación, los formatos utilizados se destruirán.

Para contribuir a su anonimato, en ningún momento se grabarán imágenes o se tomarán fotografías.

Si tiene alguna duda sobre lo anteriormente expuesto o el proyecto mismo, usted está en derecho de preguntar y obtener respuestas, por tal motivo usted puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en la investigación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas o de los temas tratados durante la encuesta le parecen incómodos, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador y de abstenerse de responderlas.

Como informante, durante el diligenciamiento de la encuesta Usted está en pleno derecho a cambiar de respuesta, para facilitar lo se le proveerá un lapiz y un borrador, también puede solicitar se le aclare alguna(s) pregunta(s), también tiene derecho a pedir que una parte de ella se borre o no se utilice.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 4.- Consentimiento informado para Encuesta, página 2

Consentimiento informado
para personas que actúan como informantes en la investigación
“ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”

Acepto participar voluntariamente en la investigación “ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES”, conducida por Manuel Antonio Velandia Mora. y acepto que he sido informado(a) de los objetivos de este estudio.

En el respaldo de este consentimiento se me ha informado que tendré que responder por escrito a preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento.

He me ha comunicado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas posteriores a la encuesta, sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Manuel Antonio Velandia Mora al teléfono móvil 630003219.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para lograrlo, puedo contactar a Manuel Antonio Velandia Mora al teléfono anteriormente mencionado.

Firma del Participante _____

Alicante, Fecha: Día, mes _____, año

Anexo 5.- Formato de Encuesta, Educación, página 1

Universidad de Alicante
Departamento de Enfermería
Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados
ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JOVENES

Hombre 1 Mujer 2

Edad Fecha Diplomatura 1 Primer año 1 Segundo año 2

De las afirmaciones a continuación, por favor, tan solo marca una alternativa.

1. Conozco el plan de estudios para la formación de Educadores/as en la Universidad de Alicante?

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

2. El plan de estudios presenta asignaturas que formen sobre **Sexualidad**

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

3. El plan de estudios presenta asignaturas que formen sobre **Salud Sexual**

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

4. El plan de estudios presenta asignaturas que formen sobre **Salud Reproductiva**

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

5. Para el desarrollo de una clase o actividad informativa escolar del adolescente, con los conocimientos que actualmente poseo me siento **capacitado/a para informar debidamente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva**

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

6. Me siento **emocionalmente preparado/a para dar apoyo sobre salud sexual a los/as**

Totalmente de acuerdo 1 De acuerdo 2 No sé 3 En desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5

7. Durante el tiempo que estuve en el instituto como estudiante participé en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre **Salud Sexual**

Si 1 No 2

8. Durante el tiempo que estuve en el instituto como estudiante participé en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre **Salud Reproductiva**

Si 1 No 2

9. Siendo alumno/a de Educación, he participado en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre **sexualidad** que haya sido realizada en la universidad?

Si 1 No 2

10. Si tu respuesta a la pregunta anterior ha sido si, consideras que la información obtenida fue:

Muy adecuada 1 Adecuada 2 Poco adecuada 3 Nada adecuada 4

11. Siendo alumno/a de Educación, he participado en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre **salud sexual** que haya sido realizada en la universidad?

Si 1 No 2

12. Si tu respuesta a la pregunta anterior ha sido si, consideras que la información obtenida fue:

Muy adecuada 1 Adecuada 2 Poco adecuada 3 Nada adecuada 4

13. Siendo alumno/a de Educación, he participado en algún curso, seminario, taller, congreso u otra actividad educativa sobre salud reproductiva que haya sido realizada en la universidad?

Si 1 No 2

14. Si tu respuesta a la pregunta anterior ha sido si, consideras que la información obtenida fue:

Muy adecuada 1 Adecuada 2 Poco adecuada 3 Nada adecuada 4

Anexo 6.- Formato de Encuesta, Educación, página 2

En la afirmación que aparece a continuación, por favor, en cada una de las líneas marca una sola respuesta.

15. Si pudiera recibir formación sobre Salud sexual para adolescentes, el tipo de información que requiere en los siguientes temas es:

	Ninguna	Mucha	Poca
Métodos anticonceptivos	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3
Embarazo adolescente	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3
Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="text"/> 3 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 3 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3
Sexualidad como necesidad biológica del ser humano	<input type="text"/> 4 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 4 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 4 <input type="text"/> 3
Sexualidad como necesidad de interrelación humana	<input type="text"/> 5 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 5 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 5 <input type="text"/> 3
Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)	<input type="text"/> 6 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 6 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 6 <input type="text"/> 3
Tránsitos identitarios sexuales (transexualidad, transgéneros, travestis)	<input type="text"/> 7 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 7 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 7 <input type="text"/> 3
Anatomía y fisiología de la sexualidad	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 2	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 3

En la afirmación que aparece a continuación, por favor, en cada una de las líneas marca una s

16. Me siento a gusto hablando de sexualidad con:

- 1 Amigos/as
- 2 Compañeros/as de clase
- 3 Profesores/as
- 4 Médico/a de cabecera
- 5 Enfermera de atención primaria o de hospital
- 6 Padre o madre de familia
- 7 Cualquier persona

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Agradecemos tu apoyo, al participar en la investigación respondiendo la presente encuesta

Anexo 7.- Cuestionario Entrevista grupal a estudiantes de Enfermería

Universidad de Alicante
Departamento de Enfermería
Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados

**ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA PARA EL ABORDAJE DE LA
SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN ADO-
LESCENTES Y JOVENES**

**Cuestionario entrevista semi-estructurada a
estudiantes de enfermería**

1. ¿Usted conoce el currículo para la formación de las enfermeras en la Universidad de Alicante?
2. ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la salud sexual de los adolescentes?
3. ¿El Plan de Estudios prepara a las enfermeras para la atención profesional de temas de la salud reproductiva de los adolescentes?
4. ¿Cómo se forma a los estudiantes de enfermería para apoyar a los y las adolescentes en la vivencia de su salud sexual y de su salud reproductiva?
5. ¿Ha recibido como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad?
6. ¿Recibir como parte de su formación como enfermera información sobre sexualidad, salud sexual y la salud reproductiva cambia la percepción particular de las enfermeras sobre sexualidad?
7. ¿Ser estudiante de enfermería cambia la percepción o la vivencia de la salud sexual?
8. ¿El hecho de ser reconocido por los adolescentes como estudiante de enfermería hace que ellos lo asuman como una fuente de información sobre la salud sexual y la salud reproductiva?
9. ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de los hombres adolescentes, sobre salud sexual y salud reproductiva?
10. ¿Cuáles considera que son las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, sobre salud sexual y salud reproductiva?
11. ¿Cuáles considera que son los obstáculos que tienen los y las adolescentes al tratar de obtener información sobre salud sexual y salud reproductiva?
12. ¿Qué situaciones desaniman a los y las adolescentes para consultar sobre salud sexual y salud reproductiva?
13. ¿Cómo puede hacer una enfermera para crear empatía con los jóvenes que vienen a consultar sobre salud sexual o salud reproductiva, de tal manera que ellos sientan que pueden hablar con la libertad con que hablan con un amigo o amiga?

Anexo 8. Conocimiento Plan de estudios por los hombres

Estudiantes 2008-2009/ 2009-2010, hombres				
¿Conoces el plan de estudios de la formación en su diplomatura en la Universidad de Alicante?				
Acuerdo	2009/2010		2008/2009 - 2009/2010	
	Enfermeros		Educadores	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0	0	0
De acuerdo	5	100	2	50
No sé	0	0	0	0
En desacuerdo	0	0	2	50
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
Responden	5	100	4	100

Anexo 9.- Conocimiento de asignaturas en el Plan de estudio por los hombres

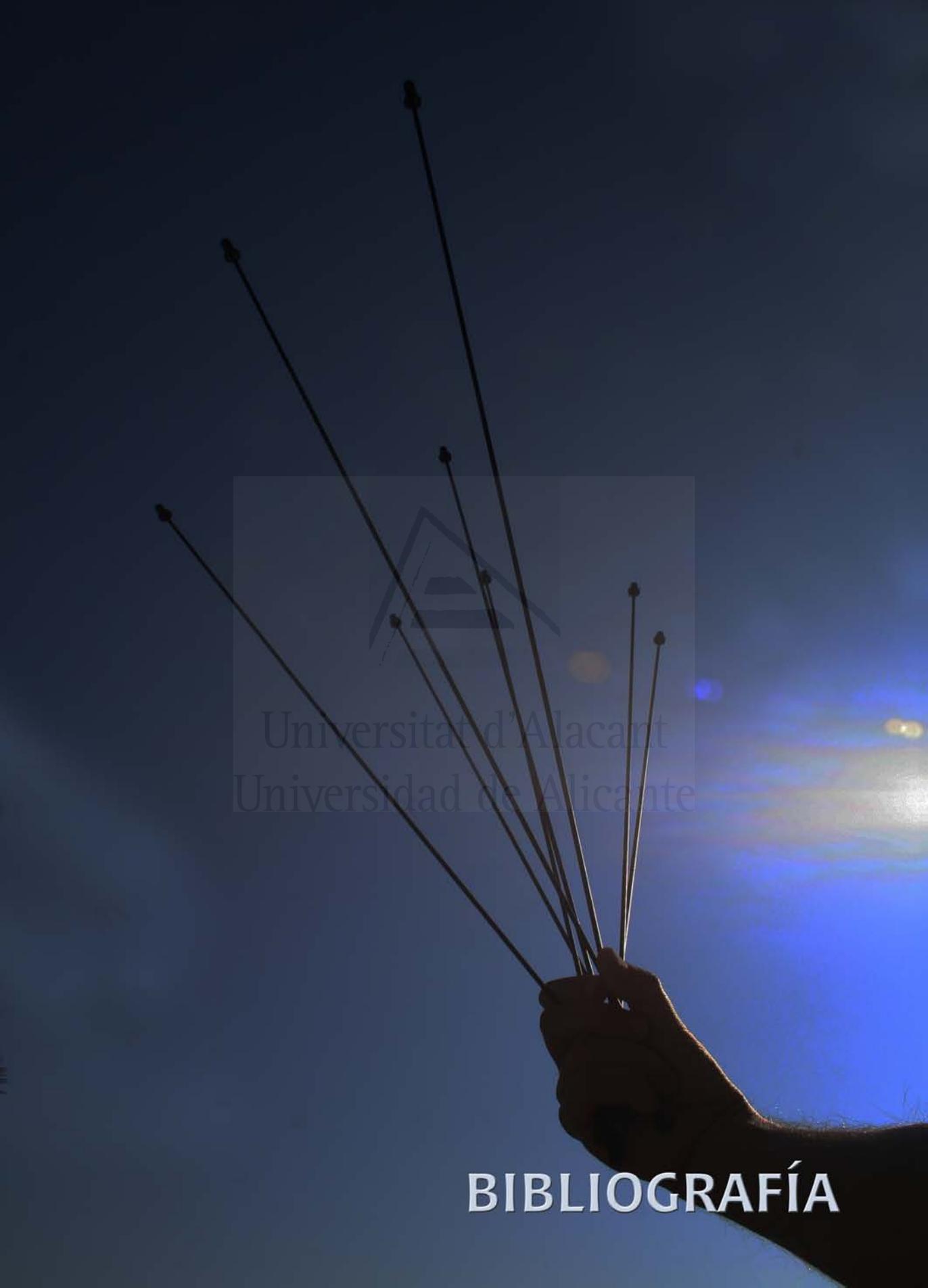
Estudiantes Educación 2009-2010, Hombres					
¿El plan de estudios presenta asignaturas que formen sobre:					
Periodo académico		2009/2010		2008/2009 - 2009/2010	
Asignaturas	Acuerdo	Enfermeros		Educadores	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Asignaturas que formen sobre sexualidad?	Totalmente de acuerdo	0	0	0	0
	De acuerdo	1	20	0	0
	No sé	0	0	0	0
	En desacuerdo	4	80	0	0
	Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
	Responden	5	100	4	100
Asignaturas que formen sobre Salud Sexual	Totalmente de acuerdo	0	0	0	0
	De acuerdo	1	25	0	25
	No sé	1	25	0	25
	En desacuerdo	2	50	1	50
	Totalmente en desacuerdo	0	0	3	0
	Responden	4	100	4	100
Asignaturas que formen sobre Salud Reproductiva	Totalmente de acuerdo	1	20	0	0
	De acuerdo	1	20	0	0
	No sé	2	40	1	25
	En desacuerdo	1	20	0	0
	Totalmente en desacuerdo	0	0	3	75
	Responden	5	100	4	100

Anexo 10.- Tipo de información requerida por los hombres

Estudiantes Hombres					
Si pudieras recibir formación sobre Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva para adolescentes indica qué tipo de información requieres en los siguientes temas					
Tema	Cantidad	2009/2010		2008/2009 - 2009/2010	
		Educativos		Enfermeros	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Métodos anticonceptivos	Nada	0	0	1	4,5
	Poco	2	50	6	27,3
	Mucho	2	50	15	68,2
	Total responde	4	100,0	22	100
Embarazo adolescente	Nada	0	0	1	4,8
	Poco	2	50,0	5	23,8
	Mucho	2	50,0	15	71,4
	Total responde	4	100,0	21	100
Enfermedades de Transmisión Sexual	Nada	0	0	0	0
	Poco	2	50,0	1	4,5
	Mucho	2	50,0	21	95,5
	Total responde	4	100,0	22	100
Sexualidad como necesidad biológica	Nada	1	25,0	1	4,8
	Poco	2	50,0	9	42,9
	Mucho	1	25,0	11	52,4
	Total responde	4	100,0	21	100
Sexualidad como necesidad de interrelación humana	Nada	1	25,0	1	4,5
	Poco	2	50,0	9	40,9
	Mucho	1	25,0	12	54,5
	Total responde	4	100,0	22	100
Orientaciones sexuales	Nada	0	0	6	28,6
	Poco	3	75,0	8	38,1
	Mucho	1	25,0	7	33,3
	Total responde	4	100,0	21	100
Tránsitos identitarios	Nada	0	0	6	28,6
	Poco	3	75,0	9	42,9
	Mucho	1	25,0	6	28,6
	Total responde	4	100,0	21	100
Anatomía y fisiología de la sexualidad	Nada	0	1	1	4,5
	Poco	4	100	10	45,5
	Mucho	4	0	11	50
	Total responde	4	100	22	100

Anexo 11.- Formación requerida por los hombres

Estudiantes Enfermería 2008-2009/ 2009-2010					
Si pudiera recibir formación en Salud Sexual para adolescentes, el tipo de información que requiero es:					
Tema	Cantidad requerida	Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcen
Métodos anticonceptivos	Nada	1	4,5	7	3,4
	Poco	6	27,3	58	28,6
	Mucho	15	68,2	138	68
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Embarazo adolescente	Nada	1	4,8	12	6
	Poco	5	23,8	53	26,4
	Mucho	15	71,4	136	67,7
	Total responde	21	100	201	100
	No responde	1		4	
	Total	22		205	
Enfermedades de Transmisión Sexual	Nada	0	0	5	2,5
	Poco	1	4,5	48	23,6
	Mucho	21	95,5	150	73,9
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Sexualidad como necesidad biológica	Nada	1	4,8	22	10,9
	Poco	9	42,9	90	44,8
	Mucho	11	52,4	89	44,3
	Total responde	21	100	201	100
	No responde	1		4	
	Total	22		205	
Sexualidad como necesidad de interrelación humana	Nada	1	4,5	19	9,4
	Poco	9	40,9	99	48,8
	Mucho	12	54,5	85	41,9
	Total responde	22	100	203	100
	No responde	0		2	
	Total	22		205	
Orientaciones sexuales (homosexualidad, lesbianidad, heterosexualidad, bisexualidad)	Nada	6	28,6	25	12,6
	Poco	8	38,1	72	36,2
	Mucho	7	33,3	102	51,3
	Total responde	21	100	199	100
	No responde	1		6	
	Total	22		205	
Tránsitos identitarios (transexualidad, transgéneros, travestis)	Nada	6	28,6	20	9,9
	Poco	9	42,9	80	39,4
	Mucho	6	28,6	103	50,7
	Total responde	21	100	203	100
	No responde	1		2	
	Total	22		205	
Anatomía y fisiología de la sexualidad	Nada	1	4,5	18	8,8
	Poco	10	45,5	89	43,4
	Mucho	11	50	98	47,8
	Total responde	22	100	205	100
	No responde	0		0	
	Total	22		205	



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

BIBLIOGRAFÍA

11. BIBLIOGRAFÍA

- ¹Gamba, Susana. Coordinadora (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? En: Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos. Argentina.
- ²Lamas, Marta (1999): “Género, diferencia de sexo y diferencia sexual” en ¿Género?, Debate Feminista, Año 10, Vol. 20, edición de octubre. México.
- ³whqlibdoc.who.int/publications/14604_(28).pdf Consultado el 18 de marzo de 2009
- ⁴Velandia M, Ana Luisa (2000). “Áreas y líneas, grupos y centros de investigación en el desarrollo del conocimiento de enfermería”. En: Orientaciones para el desarrollo de la investigación en enfermería. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 2000, pp. 38 – 48. Disponible en el blog: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/>
- ⁵Catalá, Consuelo (1998). La visión del profesional de enfermería. En: Derechos mujeres y Salud. Montesinos Sánchez, Nieves, Romá, M^o Teresa, Catalá, Consuelo (Editoras). Universidad de Alicante.
- ⁶Velandia M, Ana Luisa (2000). Obra citada.
- ⁷Ana M^a García Bañón, Ana M^a; Sainz Otero, Ana; Botella Rodríguez, Manuel (2004). La enfermería vista desde el género. Index Enferm v.13 n.46 Granada otoño 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado el 18 de enero de 2011
- ⁸Domínguez-Alcón, Carmen (2009). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_008_06.pdf Consultado el 18 de marzo de 2009.
- ⁹Harrison, Lynda et al (2005). Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. Cienc. enferm. [online]. 2005, vol.11, n.1, pp. 59-71. ISSN 0717-9553. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art07.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2009.
- ¹⁰Falcó Pegueroles, Anna (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Revista Educación médica. v.7 n.1 Barcelona ene.-mar. 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132004000100007&script=sci_arttext&tlng=pt Consultado el 5 de febrero de 2009
- ¹¹Castaño-López, Esther; Plazaola-Castaño, Juncal; Bolívar-Muñoz, Julia; Ruiz-Pérez, Isabel (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). En: Revista Española de Salud Pública v.80 n.6 Madrid nov.-dic. 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000600010&script=sci_arttext#t2 Consultado el 18 de enero de 2011
- ¹²Hernán, Mariano; Ramos, María; Fernández, Alberto (2001). Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://66.102.1.104/scholar?q=cache:JIXnY4_WrFMJ:scholar.google.com/&hl=es&num=50 Consultado el 5 de febrero de 2009
- ¹³ILGA International Lesbian and Gay Association (2007). La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales. Abril de 2007. Disponible en: http://doc.ilga.org/ilga/publications/publicaciones_en_espanol/otras_publicaciones/la_salud_de_las_lesbianas_y_mujeres_bisexuales Consultado el 12 de noviembre de 2009
- ¹⁴ONUSIDA 2004. Disponible en: <http://www.unaids.org> Consultado el 12 de noviembre de 2009
- ¹⁵Consejo de la Juventud de España (2001). Estudio Salud y Juventud. Hernán M., Ramos M., Fernández A. EASP, CJE. Disponible en: <http://www.cje.org/C13/Catálogo/Document%20Library/Estudio%20Salud%20y%20Juventud/descripci onsociodemografica.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2009
- ¹⁶Ministerio de Sanidad, Plan Nacional sobre el Sida (2003). Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS). Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03_resu.pdf
- ¹⁷El Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, casos de Sida, Serie 1981-2007. Actualización a 31 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> Consultado el 7 de febrero de 2009
- ¹⁸Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. <http://www.ine.es/prensa/np452.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2009
- ¹⁹Consejo de la Juventud de España (2001). Estudio Salud y Juventud. Hernán M., Ramos M., Fernández A. EASP, CJE.

- ²⁰ Aguinaga, J., Andréu, J., Cachón, L., Comas, D., López, A. y Navarrete, L. (2005) Juventud en España. Informe 2004. Madrid: Instituto de la Juventud.
- ²¹ Ministerio de Sanidad, Plan Nacional sobre el Sida (2003). Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS). Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03_resu.pdf Consultado el 5 de febrero de 2009
- ²² Suris, Joan-Carles (2006). Educación sexual en la consulta: ¿Quién, Cuándo y Cómo? Unité Multidisciplinaire pour la Santé des Adolescents (UMSA), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Lausanne, Suisse
- ²³ Casado, I. (2000). Tratando (con) adolescentes. Jornadas de actualización en Medicina de Familia. Barcelona: Semfyc. Barcelona.
- ²⁴ IUHPE, (1999). The evidence of health promotion effectiveness: A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, ECSC-EC-EAEC, Bruselas - Luxemburgo.
- ²⁵ Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np452.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2009
- ²⁶ Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p063/a1998/10/&file=edo01001.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 5 de febrero de 2009
- ²⁷ Ballester R, Gil (2006). Sexualidad en niños de 9- 14 años. *Psicothema*; 18:25-30.
- ²⁸ Gascón Jiménez, JA; Navarro Gochicoa, B.; Gascón Jiménez, FJ; Pékula de Torre, LA; Jurado Porcel A.; Montes Redondo, G. (2003). Comportamiento sexual de los adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Atención Primaria*. 2003;32:355-60.
- ²⁹ Plá, E (2006). Principales datos sobre embarazos, interrupción voluntaria de embarazos y anticoncepción en la adolescencia. *Revista Pediatría y Atención Primaria*. 2006;8 Supl 2:S79-82.
- ³⁰ Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Disponible en: www.msps.es/.../sns/.../v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf Consultado el 7 de enero de 2010
- ³¹ Navarro Pertusa, Esperanza; Barberá Heredia, Esther; Reig Ferrer, Abilio, (2003). "Diferencias de género en motivación sexual". *Psicothema*. Vol. 15, n. 3 ISSN 0214-9915, pp. 395-400 Consultado el 8 de febrero de 2009
- ³² Guerrero Masiá, M.; Guerrero Masiá, E.; García-Jiménez, A.; Moreno López (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. En: *Revista Pediatría y Atención Primaria*. 2008;10:433-42
- ³³ Universidad de Alicante (2001). Reig Ferrer, Abilio; Cabrero García, Julio; Ferrer Cascales, Rosario I.; Richart Martínez, Miguel. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/00360563299914928537857/index.htm> Consultado el 9 de febrero de 2009
- ³⁴ Instituto Nacional de Estadística. España (2011). Sida. INEbase. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm Consultado el 7 de enero de 2009
- ³⁵ Instituto Nacional de Estadística. España (2011). Sida. INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a043/a1998/10/&file=s1006.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 7 de enero de 2009
- ³⁶ Instituto Nacional de Estadística. España (2011). Sida. INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a043/a1998/10/&file=s1004.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 7 de enero de 2009
- ³⁷ Instituto Nacional de Estadística. España (2011). Sida. INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a043/a1998/10/&file=s1003.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 7 de enero de 2009
- ³⁸ OIM/ Proyecto Fondo Mundial Colombia (2005). Velandia Mora, Manuel Antonio; Bastidas Beltrán; Guillermo Andrés. Módulo 3. Parcela 1. Educación para la Sexualidad. Bogotá.
- ³⁹ OIM (2005). Velandia Mora, Manuel Antonio. Obra citada.
- ⁴⁰ OIM (2005). Velandia Mora, Manuel Antonio. Obra citada.
- ⁴¹ Velandia Mora, Manuel Antonio (2004). Salud sexual y salud reproductiva, Modulo VI. Secretaría de Salud de Santander/ UDES. Bucaramanga.
- ⁴² Palomino Villanueva, Jesús A. (2003). Un nuevo horizonte para el desarrollo de la educación sexual en el ámbito escolar. En: *Revista de Estudios de Juventud, DIC*; (63) Página 75
- ⁴³ Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> Consultado el 7 de febrero de 2009

- ⁴⁴ Velandia Mora, Manuel Antonio (2003). Experiencias alternativas frente a las políticas públicas: el caso de los homosexuales, las lesbianas y demás personas en otras variantes sexuales. En: Universidad Itinerante Políticas públicas, mujer y salud. Memorias 11. Universidad Itinerante Políticas públicas, mujer y salud. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Cali.
- ⁴⁵ Archivo de sexología. Introducción crítica - El significado de Salud sexual. La definición de salud sexual (OMS 1975) Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_1.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ⁴⁶ Archivo de sexología. Introducción crítica - El significado de Salud sexual. La definición de salud sexual (2001) Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_2.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ⁴⁷ Archivo de sexología. Introducción crítica - El significado de Salud sexual. La definición de salud sexual (OMS 2002) Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ⁴⁸ Archivo de sexología. Introducción crítica - El significado de Salud sexual. La definición de salud sexual (2001) Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_3.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ⁴⁹ Consejo de la Juventud de España (2001). Salud y Juventud en España 2001. Informe de progreso N° 1; Hernán M., Ramos M., Fernández A. EASP, CJE.
- ⁵⁰ Progress Number 45 (1998). Disponible en: http://apps.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/news45_1.en.html Consultado el 6 de febrero de 2009
- ⁵¹ Progress Number 45 (1998). Obra citada.
- ⁵² <http://www.migualdad.es/mujer/violencia/docs/A42166-42197.pdf> Consultado el 7 de febrero de 2009
- ⁵³ Cifuentes, Luis María (2006). Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/educacion/Educacion/Ciudadania/Derechos/Humanos/elpedupor/20060918elpepedu_7/Tes Consultado el 7 de febrero de 2009
- ⁵⁴ Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- ⁵⁵ Ministerio de Educación España. La Biosfera. Disponible en: <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/index.htm>
- ⁵⁶ Consell escolar municipal/ Consell municipal d'educació (2008). Programa de salut i escola als ies de Girona. En: CEM Informa. Promocion de la salut en edat escolar. Maig 2008. N° 11
- ⁵⁷ Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2004.
- ⁵⁸ Vázquez Hachero, Gabriel; Ponce Domínguez, Juana (2009). Salud sexual y consulta de enfermería. En: Cartas al director. Index de Enfermería v.18 n.3 Granada jul.-sep. 2009
- ⁵⁹ Programa de Educación Afectivo-Sexual para Asturias. Documento marco. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Programas%20de%20Educaci%C3%B3n/Educaci%C3%B3n%20afectivo%20sexual/educacion%20afectivosexual.pdf. Consultado el 7 de enero de 2011
- ⁶⁰ Educación Afectivo-Sexual. Portal de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=3f0c34c9ec73a210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=17ec03f319476210VgnVCM10000097030a0aRCRD> Consultado el 7 de enero de 2011
- ⁶¹ Las jornadas de Educación Afectivo Sexual “Ni ogros ni princesas” congregan en Avilés a más de cien profesionales de la educación. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=93f1579ec7cac210VgnVCM10000097030a0aRCRD> Consultado el 7 de enero de 2011
- ⁶² Universidad del País Vasco (2010). Proyecto de integración de la Educación afectivo-sexual en el sistema educativo. Directrices. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiweb/documentos/Directrices.pdf> Consultado el 7 de enero de 2011
- ⁶³ Campus Andaluz Virtual. Disponible en: <http://www.campusandaluzvirtual.es/node/292> Consultado el 7 de enero de 2011
- ⁶⁴ Disponible en: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/INFANTIL/BUCODENTAL/C_DOCENTES_07_08_CAST.PDF Consultado el 7 de febrero de 2009

⁶⁵ Ciclo 1. Ámbito sexualidad. Programa de Educación para la salud del Ayuntamiento de Alicante. Disponible en: <http://www.alicante-ayto.es/documentos/juventud/lanevera/sexualidad1.pdf> Consultado el 25 de noviembre de 2010.

⁶⁶ Ciclo 2. Ámbito sexualidad. Programa de Educación para la salud del Ayuntamiento de Alicante. Disponible en: <http://www.alicante-ayto.es/documentos/juventud/lanevera/sexualidad2.pdf> Consultado el 25 de noviembre de 2010.

⁶⁷ La Nevera. Programa de Educación para la salud del Ayuntamiento de Alicante, Dirigido a Centros de enseñanza secundaria. Disponible en: http://www.alicante-ayto.es/documentos/juventud/lanevera/la_nevera.pdf Consultado el 25 de noviembre de 2010.

⁶⁸ Unidad de salud sexual servicio de promoción de la salud (2008). Programa de Intervención de Educación Sexual, Programa de Intervención de Educación Sexual (PIES). Disponible en:

<https://www.laplana.san.gva.es/dep03/exp/hlp/intranet/docencia/doc-cursos/20.pdf> Consultado el 23 de enero de 2011

⁶⁹ Programa de actividades para centros educativos del Ayuntamiento de Alicante, Concejalía de Juventud. Disponible en: http://www.alicante-ayto.es/documentos/educacion/prog_cursos_10-11.pdf Consultado el 25 de noviembre de 2010.

⁷⁰ Hervás García, Vicente 2010. Intervención en educación sexual: un reto para la enfermería. En: Revista Enfermería Integral. Pág. 14. Disponible en:

http://www.enfervalencia.org/ei/89/ENF_INTEG_89.pdf Consultado el 23 de enero de 2011

⁷¹ Prats, Jaime; Caballer, Neus (2010). Camps suspende los cursos de educación sexual en los colegios. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/Comunidad/Valenciana/Camps/suspende/cursos/educacion/sexual/colegios/elpepiespval/20101006elpval_2/Tes Consultado el 23 de enero de 2011

⁷² Intercentres educación Comunidad Valenciana (2011). Curso sobre el Programa de Intervención en Educación Sexual. Disponible en: http://intercentres.edu.gva.es/cefire/12400551/ultima_hora_pagina_detalle.asp?Id=48 Consultado el 23 de enero de 2011

⁷³ Orientadores formados por el Consell 'vigilarán' los cursos de sexualidad en centros católicos. Disponible en: www.elmundo.es/elmundo/2011/01/10/.../1294646766.html Consultado el 23 de enero de 2011

⁷⁴ Surís, Joan-Carles (2006). Educación sexual en la consulta: ¿Quién, Cuándo y Cómo? Unité Multidisciplinaire pour la Santé des Adolescents (UMSA), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Lausanne, Suisse

⁷⁵ Consejo Nacional de Cruz Roja Juventud. Salud y Educación para la Salud. Sin fecha. España.

⁷⁶ Serrano González, M^a Isabel (2002). La relación de los adolescentes con su cuerpo, en el currículo escolar: Lectura crítica desde la Educación para la salud. En: Libro de Ponencias. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Cáceres.

⁷⁷ Naciones Unidas. Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. A/65/162 23 de julio de 2010 Disponible en:

<http://www.un.org/en/ga/third/65/documentslist.shtml> Consultado el 26 de noviembre de 2010

⁷⁸ Rosales Mendoza, Adriana Leona (). Revista Digital Universitaria. Volumen 9 Número 7, 10 de julio 2008. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.9/num7/art43/int43.htm> Consultado el 10 de enero de 2011

⁷⁹ Velandia, Ana Luisa (2000). Obra citada.

⁸⁰ Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. República de Colombia (2003). Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá.

⁸¹ Velandia, Ana Luisa. "Interrelaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia". Memorias del II congreso Colombiano de salud familiar. Medellín: CORFAMILIAR, 1989, pp. 75-84.

⁸² Velandia, Ana Luisa (2000). Obra citada.

⁸³ Vitor Santos, Lincoln; Pontes de Aguiar Campos, Maria; de Oliveira Ribeiro, Aline; Tavares de Mattos, Maria Cláudia (2007). Sexualidade humana: nível de conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem. Escola Anna Nery. vol.11 no.2 Rio de Janeiro June 2007

⁸⁴ Martini, Jussara Gue (2007). Educação sexual em tempos de HIV/AIDS. En: Enfermería global N°11, noviembre 2007, España. Disponible en: <http://revistas.um.es/global/article/view/436/508> consultado el 10 de enero de 2011

⁸⁵ Meyer, Dagmar E. D. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. WALDOW et alli (Org.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- ⁸⁶ Lemos Pereira, Adriana (2007). Entre lo dicho y no dicho sobre sexualidad en la formación de la/el enfermera/o. *Enfermería Global*, N° 10, 2007
- ⁸⁷ Teixeira, Elizabeth, M. A ideologia do feminino na formação da/o enfermeira/o. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação/UFRJ, Rio de Janeiro, 1995.
- ⁸⁸ Miranda, Cristina, M. L. O Risco e o Bordado. Um estudo sobre a formação da identidade profissional. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1996.
- ⁸⁹ Sobral, Vera. R. S.A Purgação do Desejo: Memórias de Enfermeiras. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1994.
- ⁹⁰ Lima, Maria J. de. O que é enfermagem. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- ⁹¹ Portillo Boyero, BE; Tomico del Río M.; García Carmona, S.; Sánchez González, JM.; Santiago Martínez; Carrasco Mateo, C. (2007). Conocimientos sobre sexualidad tras la realización de unos talleres de educación afectivo-sexual a adolescentes de 3º de la ESO de un instituto del área 4 de Madrid. *Revista Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/101.php>> Consultado el 25 de mayo de 2009.
- ⁹² Ibarra Mendoza, Teresa Ximena; Siles González, José (2006). Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. En: *Index Enfermería Vol.15 No.55*. Granada Winter 2006.
- ⁹³ Velandia, Ana Luisa (2000). Obra citada.
- ⁹⁴ García Sánchez, Lorena; González Pérez, Lorena; Borreguero Roquero, Verónica (2008). Una experiencia de promoción de salud sexual: oportunidad de aprendizaje para adolescentes y estudiantes de enfermería. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p013.php>> Consultado el 26 de mayo de 2009
- ⁹⁵ García Bañón, Ana Mª; Sainz Otero, Ana; Botella Rodríguez; Manuel (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, V.13 N° 46 Granada otoño 2004
- ⁹⁶ Villarraga, Liliana; Barroso, M. (1990). *Maternidad vivida*. Ed. CEMAU. Universidad nacional de Colombia, Bogotá.
- ⁹⁷ Viveros-Vigoya, Mara; Hernández, Franklin Gil (2006). ¿Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 1, pp. 201-208. ISSN 0102-311X. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100022 Consultado el 10 de marzo de 2009
- ⁹⁸ López Juan, G.; Abejón Escribano, R.; Peidró Martín, P.; Lombó Vega, A.; Honrubia Perez, M. (2002). Estudio sobre la formación en sexualidad de los profesionales de enfermería en los Centros de Atención Primaria de Barcelona ciudad. Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num001/recerca01.html> Consultado el 14 de marzo de 2009
- ⁹⁹ Universidad Autónoma de Barcelona. Plan de estudios. Disponible en: <HTTP://WWW.UAB.CAT/SERVLET/SATELLITE/ESTUDIAR/TITULOS-A-SUBSTITUIR-POR-GRADOS/PLAN-DE-ESTUDIOS-1233905417228.HTML?PARAM1=1089612449021> Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰⁰ Universidad Autónoma de Madrid. EUE "Puerta de hierro". Plan de estudios www.uab.cat/.../plan-de-estudios-1233905417228.html? Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰¹ Universidad Autónoma de Barcelona. Vall d'Hebron en Barcelona, Plan de estudios. Disponible en: <http://www.aprendemas.com/cursos/cursos-enfermeria--vall-d-hebron-en-barcelona-348921.html> Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰² Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu, Plan de Estudios homologado <http://www.santjoandedeu.edu.es/es/docencia/diplomatura-en-enfermeria/estudios/relacion-asignaturas-diplomatura-grado> Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰³ Universidad de Salamanca. Diplomatura en Enfermería, Plan de estudios de 2001. Disponible en: http://enfermeria.usal.es/estudios/enfermeria/plan_estudios.php Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰⁴ Universidad Alfonso X El Sabio. Diplomatura en Enfermería, Plan de estudios. Disponible en: <http://www.uax.es/internacionales/ects/espanol/ENF.htm> Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰⁵ Universidad de Huelva. Diplomatura en Enfermería, Plan de estudios. Disponible en: http://www.uhu.es/estudios/ofertaacademica/planes/diplomado_en_enfermeria.pdf Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰⁶ Escuela Universitaria "San Juan de Dios" Aljarafe, Bormujos, Sevilla, Plan de Estudios. Disponible en: http://www.hsjda.es/opencms/opencms/SJD-Aljarafe/hospital/Escuela_enfermeria/plan_estudios/index.html Consultado el 10 de enero de 2011
- ¹⁰⁷ Universidad de Cantabria. Escuela universitaria de Enfermería "Casa de salud Valdecilla", Plan de estudios. Disponible en: http://www.unican.es/programas/2010_4252.pdf Consultado el 10 de enero de 2011

- ¹⁰⁸ Escuela universitaria de Enfermería de Albacete, Plan de Estudios de la Diplomatura de Enfermería. Disponible en: <http://www.emagister.com/universidades/carreras-universitarias-diplomatura-enfermeria-albacete-titprv-6-3.htm#titulacion-plan> Consultado el 14 de marzo de 2009
- ¹⁰⁹ Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada. Plan de Estudios. Disponible en: <http://www.ugr.es/~ccsalud/doc/GuiaEnfer-UGR.pdf>
- ¹¹⁰ Plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería - plan 2000, de la Escuela universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. Asignatura Enfermería Materno-Infantil. Disponible en: <http://cv1.cpd.ua.es/consplanesestudio/cvFichaAsi.asp?wCodEst=B351&wcodasi=7822&wLengua=C&scaca=2008-09> Consultado el 14 de marzo de 2009
- ¹¹¹ Plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería - plan 2000, de la Escuela universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. Asignatura Salud de la mujer con enfoque de género. Disponible en: <http://cv1.cpd.ua.es/consplanesestudio/cvFichaAsi.asp?wCodEst=B351&wcodasi=7876&wLengua=C&scaca=2008-09> Consultado el 14 de marzo de 2009
- ¹¹² Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf> Consultado el 12 de noviembre de 2010.
- ¹¹³ Lincoln, Ivonna S.; Traducción: de la Cuesta Benjumea, Carmen (1997). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. En: Revista Investigación y Educación en Enfermería XV. Septiembre de 1997. Medellín.
- ¹¹⁴ Lipson, Juliene. Traducción de Pérez Peláez, Liria (2003). Temas transculturales en el cuidado de la salud de las mujeres. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Vol. XXI No. 2 de Septiembre de 2003; Pág. 88 a 97.
- ¹¹⁵ Velandia Mora, Manuel Antonio (2002). Manual de Consejería pre y post prueba en sida. Bogotá: Instituto Nacional de Salud/ Ministerio de Salud Republica de Colombia, Bogotá.
- ¹¹⁶ De Abajo, Francisco J. (2001). La declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? En: Revista Española de Salud Pública v.75 n.5 Madrid set.-oct. 2001. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272001000500002&script=sci_arttext Consultado el 12 de septiembre de 2009.
- ¹¹⁷ Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Biblioteca virtual de la salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://decs.bvs.br/EI/decswebe2008.htm> Consultado el 12 de septiembre de 2009.
- ¹¹⁸ Iñiguez L.; Vitores A. (2004). La Entrevista Individual. Curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. Universidad Autónoma de Barcelona UAB. Disponible en: http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_Entrevista_individual.pdf Consultado el 19 de marzo de 2009
- ¹¹⁹ Peirce Sanders, Charles (1998). "The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913)"; Ed. Indiana University Press; EEUU;
- ¹²⁰ Guinzburg, Carlo (1989). "Morelli, Freud y Sherlock Holmes: Indicios y Método Científico.", En El signo de los tres, Editorial Lumen, Barcelona.
- ¹²¹ Doyle, Arthur Conan (1887). Traducción: Álvaro Delgado. Estudio en escarlata. Alianza Editorial, Colección Biblioteca Juvenil.
- ¹²² Pólya, George (1945): *How to Solve It*, Princeton.
- ¹²³ Echeverría, R. (1993). El Búho de Minerva. Dolmen. Santiago.
- ¹²⁴ Johansen, O. (1998). Introducción a la teoría general de sistemas. Limusa. México.
- ¹²⁵ O'Connor, J., y Mc Dermott, I. (1998). Introducción al pensamiento sistémico. Editorial Urano. Barcelona.
- ¹²⁶ Maturana, H. NISIS de Rezepka, S. (1998). Formación humana y capacitación. Dolmen Ediciones. Bogotá.
- ¹²⁷ Etcheverría. Rafael. (1996). Ontología del lenguaje. Dolmen Ediciones (3ª Ed.). Santiago, Chile.
Baraza Cano, Ma. del Pilar; Lafuente Roble, Nieves; Granados Alba, Alejandro (2004). Atención de enfermería en población de origen extranjero. En: Manual de atención sanitaria a inmigrantes. 2ª Edición. Fundación Progreso y Salud Consejería de Salud Junta de Andalucía 2004. Sevilla, España. Pág. 165 a 176. Disponible en: <http://www.sepeap.es/libros/manuales/inmigrantes/13.pdf> Consultado el 12 de abril de 2009
- ¹²⁸ Velandia Mora, Manuel Antonio (2006). Estrategias para construir la convivencia solidaria en el aula universitaria. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá.
- ¹²⁹ Blaikie, N. W. H. (1991): A critique of the use of triangulation in social research" Quality and Quantity. N. 25. Pp. 115-136

- ¹³⁰ Webb, E., Campbell, D. Schwartz, R. & Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures: nonreactive research in the social sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- ¹³¹ Easterby-Smith, Mark; Thorpe, Richard; Lowe, Andy (1991). *Management Research: An Introduction*. Sage Pubns Ltd.
- ¹³² Denzin, Norman (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill (New York).
- ¹³³ Betancourt, Stella (2009). *Formación en competencias socio emocionales en la universidad*. Tesis de Doctorado en Psicopedagogía. Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- ¹³⁴ Cortina, Adela (2009). *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*. Editorial Taurus. Colección Pensamiento. España.
- ¹³⁵ Cortina, Adela (2009). *Obra citada*.
- ¹³⁶ Muller, A. R. (1958). *Teoria da organização humana (e complementos)*. Editorial Sociologia e Política. S. Paulo.
- ¹³⁷ Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Dolmen. Bogotá.
- ¹³⁸ Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Javier Vargas Editores S.A.
- ¹³⁹ Davison, R. (2001). Crubin, D. (Productor ejecutivo). *Emociones en el cerebro adulto: El cerebro emocional. La vida secreta del cerebro*. Coproducción David Crubin Productions, Inc and Thirteen/ WNET, New York en asociación con Dostr.
- ¹⁴⁰ Velandia Mora, Manuel Antonio (2006). *Obra citada*.
- ¹⁴¹ Maturana, H. (1995). *Desde la biología a psicología*. Editorial Universitaria. Santiago.
- ¹⁴² Velandia Mora, Manuel Antonio (2006). *Obra citada*.
- ¹⁴³ Maturana, H. (Sin fecha). *¿Qué queremos de la educación?* Disponible en: www.sabernet.cl/quequeremos.pdf+emociones+maturana Consultado el 12 de mayo de 200
- ¹⁴⁴ Lipson, Juliene (2002). Traducción de Pérez Peláez, Liria. *Temas culturales en el cuidado de enfermería*. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín. Vol. XX No. 1 de marzo de 2002. Pág. 56 a 71.
- ¹⁴⁵ Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Biblioteca virtual de la salud. *Descriptor en Ciencias de la Salud*. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/decswebe2008.htm> Consultado el 12 de junio de 2010
- ¹⁴⁶ Archivo de sexología. *Introducción crítica - El significado de Salud sexual. La definición de salud sexual (2001)* Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_3.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ¹⁴⁷ Progress Number 45 (1998). Número 45 (1998). Disponible en: www.who.int/hrp/progress/45/index.html Consultado el 15 de mayo de 2009
- ¹⁴⁸ Velandia Mora, Manuel Antonio (2002). *Manual de Consejería pre y post prueba en sida*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.mcp.org.ni/proyecto/vih/media/manual.consejeria.prueba.VIH.pdf> Consultado el 7 de junio de 2009
- ¹⁴⁹ Velandia Mora, Manuel Antonio (2008). *De la identidad sexual como experiencia y concepto fijo a la identidad sexual como construcción vivencial y conceptual en la movilidad*. Disponible en: http://www.cenesex.sld.cu/webs/identidad_sexual.htm Consultado el 10 de junio de 2009
- ¹⁵⁰ Velandia Mora, Manuel Antonio (2006). *Identidades sexuales móviles: El derecho a estar siendo o la posibilidad emocional, teórica y experiencial de comprender las masculinidades* In: *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Tercer mundo editores/ Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLASDH)/ Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia (CES), Bogotá*.
- ¹⁵¹ Romero de Castilla, R.J. (1999). *Estudio de los conocimientos y actitudes de los adolescentes cordobeses sobre sexualidad, excluida Córdoba capital (Tesis doctoral)*. Córdoba. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
- ¹⁵² CIE Clasificación Intervenciones de Enfermería. Disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm> Consultado el 20 de julio de 2009
- ¹⁵³ Disponible en: <http://enfe.ua.es/estudios/denfermeria/general/plan.pdf> Consultado el 20 de julio de 2009
- ¹⁵⁴ Universitat d'alacant. *Diplomatura en Infermeria. (PLA 2000)* Disponible en: <http://cv1.cpd.ua.es/consplanesestudio/cvasignaturas.asp?wCodEst=B351&Lengua=C> Consultado el 20 de julio de 2009
- ¹⁵⁵ INEbase / Demografía y población / Movimiento natural de la población (2011) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/provi/10/&file=01005.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 30 de enero de 2011

¹⁵⁶ INE (2011). Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Serie 1992-2008. Abortos voluntarios, centros notificadores, tasas por grupos de edad y periodo. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a044/a021/10/&file=s5002.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 30 de enero de 2011

¹⁵⁷ Instituto Nacional de Estadística. España (2011). Sida. INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/a043/a1998/10/&file=s1003.px&type=pcaxis&L=0> Consultado el 7 de enero de 2009

¹⁵⁸ Enfermedades de Declaración Obligatoria/casos notificados (2009). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p063&file=inebase&L=0> Consultado el 30 de enero de 2011

¹⁵⁹ Ibarra Mendoza, Teresa Ximena; Siles González, José (2006). Obra citada.

¹⁶⁰ Ibarra Mendoza, Teresa Ximena; Siles González, José (2006). Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. En: Index Enfermería Vol.15 No.55. Granada Winter 2006.

¹⁶¹ Teresa Ximena Ibarra Mendoza, José Siles González (2006). Obra citada.

¹⁶² Vásquez Truissi, Marta Lucía (2001). El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol XIX No. 1 de Marzo de 2001- Medellín.

¹⁶³ Vásquez Truissi, Marta Lucía (2001). Obra citada.

¹⁶⁴ García Sánchez, Lorena; González Pérez, Lorena; Borreguero Roquero, Verónica (2008). Una experiencia de promoción de salud sexual: oportunidad de aprendizaje para adolescentes y estudiantes de enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2008:3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p013.php> Consultado el 26 de mayo de 2009

¹⁶⁵ Eisenberg, Marla E.; Bernat, Debra H.; Bearinger, Linda H.; Resnick, Michael D. (2008) Support for Comprehensive Sexuality Education : Perspectives from Parents of School-Age Youth. Source Journal-of-adolescent-health. 2008; 42 (4): 352-359

¹⁶⁶ Portillo Boyero, BE; Tomico del Río, M; García Carmona, S; Sánchez González, JM; Santiago Martínez; Carrasco, Mateo C; (2007). Conocimientos sobre sexualidad tras la realización de unos talleres de educación afectivo-sexual a adolescentes de 3º de la ESO de un instituto del área 4 de Madrid. Revista Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/101.php> Consultado el 25 de mayo de 2009.

¹⁶⁷ Allen, Louisa (2007). Doing 'it' differently: relinquishing the disease and pregnancy prevention focus in sexuality education. British-journal-of-sociology-of-education. 2007; 28 (5) : 575-588

¹⁶⁸ Universitat d'alacant. Diplomatura en Infermeria. (PLA 2000) Disponible en: <http://enfe.ua.es/estudios/denfermeria/general/plan.pdf> Consultado el 18 de julio de 2009

¹⁶⁹ Universitat d'alacant. Diplomatura en Infermeria. (PLA 2000) Disponible en: <http://cv1.cpd.ua.es/consplanesestudio/cvasignaturas.asp?wCodEst=B351&Lengua=C> Consultado el 18 de julio de 2009

¹⁷⁰ Universidad de Alicante (2001). Reig Ferrer, Abilio; Cabrero García, Julio; Ferrer Cascales, Rosario I.; Richart Martínez, Miguel. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios.

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó otorgar, por a la Tesis
Doctoral de Don/Dña. la calificación de .

Alicante de de

El Secretario,

El Presidente,



Universitat d'Alacant
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
CEDIP
Universitat de Alicante

La presente Tesis de D. _____ ha sido
registrada con el nº _____ del registro de entrada correspondiente.

Alicante ___ de _____ de _____

El Encargado del Registro,