



18
Rej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ACTITUD Y CONOCIMIENTO SOBRE
SEXUALIDAD EN ESCOLARES DE 6o. GRADO
DE INSTRUCCION PRIMARIA Y
PADRES DE FAMILIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

BELMONT GARCIA MARIA ROSALIA

REYES LOPEZ GUILLERMO

VILLARREAL RODRIGUEZ PATRICIA ARACELI

Director de Tesis: Mtro. José Luis Reyes

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

INTRODUCCION

	PAG.
CAPITULO I.	
LA PSICOLOGIA HUMANISTA	4
CAPITULO II.	
LA EDUCACION SEXUAL.	16
- Breve historia de la sexualidad.	17
- La educación sexual.	23
- Educación sexual infantil	30
- Situación de la educación sexual en países desa- rrollados.	38
- Situación de la educación sexual en Latinoamerica.	40
CAPITULO III.	
ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD,	52
- Actitudes.	53
- Función de las actitudes.	55
- Actitudes sobre sexualidad.	58
CAPITULO IV.	
METODO.	62
- Planeamiento del problema.	63
- Formulación de Hipótesis.	63
- Tipo de muestra.	64
- Escenario.	64
- Instrumento.	65
- Material.	67
- Procedimiento.	67

CAPITULO V.

RESULTADOS.	71
- Frecuencias obtenidas en el pretest y en el postest de conocimientos.	73
- Medidas de tendencia central y de dispersión obtenidas en el pretest y en el postest de actitudes	87
- Frecuencias obtenidas en el pretest y en el postest del cuestionario de conocimientos . Tabla 1	101
- Frecuencias obtenidas en el pretest y en postest de la escala de actitudes. Tabla 2	104
- Puntaje global obtenido en la escala de actitudes por las 28 parejas (padre-Hijo).	108
- Puntaje global obtenido en el cuestionario de conocimientos por las 28 parejas (padre-hijo).	109
- Prueba de Hipótesis.	110
- Gráficas.	112

CAPITULO VI.

ANALISIS DE RESULTADO.	113
-------------------------------	------------

CAPITULO VII.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	129
------------------------------------	------------

A N E X O S.

1.- Programa de educación sexual	139
2.- Cartas descriptivas.	144
3.- Contenido del curso impartido sobre sexualidad humana.	151
- Componentes de la sexualidad.	152
- Anatomía y fisiología de aparatos reproductores.	164
- Cambios importantes en la pubertad.	174
- Fecundación, embarazo y parto.	179
- Métodos anticonceptivos.	194
- Enfermedades de transmisión sexual.	213

4.- Cuestionario de conocimientos (piloteo).	223
5.- Escala de actitudes (piloteo).	230
6.- Cuestionario de conocimientos.	243
7.- Escala de actitudes.	249
BIBLIOGRAFIA.	254

I N T R O D U C C I O N .

INTRODUCCION.

Muchos siglos antes de que comenzara la era actual, un salmista se había preguntado ¿ Que es el hombre ?, aún hoy en día estamos tratando de buscar una respuesta adecuada a esta urgente interrogante.

La Filosofía Griega creó una imagen del hombre centrada en la virtud y en la razón; el hombre alcanzaba la virtud a través del uso de la razón y siguiendo sus demandas. El pensamiento cristiano le añadió los conceptos de amor y pecado. El renacimiento introdujo los aspectos de poder y voluntad, plasmando la imagen -- política del hombre.

Los siglos XVIII y XIX racionalizaron el interés de los hombres por la propiedad, las cosas y el dinero. La imagen freudiana de la primera mitad del siglo XX enfatizó el aspecto impulsivo, irracional e inconsciente del ser humano, y la psicología conductista puso el acento en la presión que ejercen los factores ambientales.

La psicología del siglo XX ha seguido básicamente tres orientaciones: la psicoanalítica, la conductista y, la más recientemente, la humanista. La psicología humanista es una nueva y amplia teoría de la motivación humana, que está centrada en el hombre mismo, en sus necesidades, metas, desempeños y triunfos. Considera al hombre como un ser creativo y libre que actúa bajo un propósito y se dirige hacia una meta. De aquí al gran desafío que presentan los psicólogos humanistas: respetar plenamente ese objeto de estudio tan sustancialmente estructurado y entrelazados, y encontrar al mismo tiempo, el procedimiento más adecuado para comprenderlo.

Quizá se podría afirmar que la diferencia fundamental entre los psicólogos humanistas y los de otras orientaciones, está en el método utilizado. Los humanistas están centrados en el problema a estudiar, tratando de respetar la estructura del mismo, ser plenamente fieles a su naturaleza y cambian de métodos de acuerdo con la utilidad que este les brinda en cada circunstancia.

Generada por esta nueva filosofía humanista, existe también una nueva concepción del aprendizaje, de la enseñanza y de la educación. Tal concepción sostiene que la función de la educación, la meta de la educación (humanista) es la autorrealización de una persona, el llegar ser plenamente humana, el desarrollo hasta la altura más elevada que la especie humana puede alcanzar o que el individuo particular puede realizar. La educación debe enseñar que la vida es preciosa, si no hubiera dicha en la vida, no valdría la pena ser vivida. Sabemos que los niños son capaces de tener estas experiencias y alcanzar la autorrealización, es por eso que otras de las metas de la educación humanista sea el ver que las necesidades básicas del niño se satisfagan. "El niño no podrá alcanzar la autorrealización, mientras no sean satisfechas sus necesidades de seguridad, pertenencia, dignidad, amor, respeto y estima" Maslow, 1988.

Partiendo de este enfoque, la educación sexual entendida como la preparación formativa e informativa para el ejercicio de la sexualidad, es un componente inseparable del adecuado desarrollo humano. A través de ella se debe proporcionar al niño toda la información que solicite, en forma verídica y al alcance de su comprensión, es decir, ella debe ser adecuada a sus necesidades y suministrada con naturalidad por los adultos más próximos (padres y maestros), quienes obviamente, deben poseer un conocimiento básico de la sexualidad y la capacidad para transmitirla. La ocultación y tergiversación de los hechos sexuales interfieren en el desarrollo armónico del niño, causan la desconfianza hacia los adultos y le crean malicia. A medida que la maduración se impone, debe aprender a conocer y controlar gradualmente sus emociones y saber que los comparte con el resto de la especie humana.

Únicamente así la sexualidad infantil irá construyendose y madurando en una transformación de la cual la pubertad es tan solo su etapa final.

La educación sexual de los niños es, pues, un derecho de éstos y una obligación de los padres y de la sociedad. Es urgente establecer programas secuenciales específicos de educación sexual, para padres y niños, con el fin de que la población mexicana se acerque poco a poco a lo que plantea la Psicología Humanista: "La Autorrealización". Es por esto que surge, en nosotros, el interés de brindar un curso de educación sexual a los escolares y a los padres, para así poder observar y medir los cambios que se presentan en la actitud y el conocimiento sobre sexualidad, una vez recibido el curso.

CAPITULO I
PSICOLOGIA HUMANISTA

El estudio del hombre puede ser realizado desde muy diferentes ángulos y perspectivas complementarios entre si. Su riqueza resulta siempre inagotable y desafiante. El enfoque humanista de la psicología es aquel que considera al hombre como un ser libre y creativo, cuyo comportamiento dependen más de su marco conceptual interno que de la conexión de impulsos internos o de la presión de --- fuerzas externas.

El concepto de hombre que tiene la psicología humanista es sumamente rico y complejo, ésta orientación no desea excluir de su estudio nada de todo lo que, según su enfoque, identifica y distingue- mejor como es la libertad, la creatividad, los valores, el amor, - actuar con un propósito y dirigirse hacia una meta, el sentido de la vida del sufrimiento y de la misma muerte.

El enfoque humanista de la psicología es muy reciente, en Europa - tuvo sus orígenes con Leibniz y sus raíces se remontan hasta las doctrinas del intelecto activo de Aristóteles y Santo Tomás. para Leibniz, el intelecto está perpetuamente activo por derecho propio y es autoimpulsado.

Franz Brentano, la escuela de Wurzburg, Ehrenfels, el movimiento - de la Gestalt, Dilthey, la filosofía fenomenológica y existencial - y la "segunda Generación" de teóricos psicoanalistas enriquecieron ampliamente las ideas de Leibniz. Los autores más representativos de la orientación humanista fueron Allport, Roger, Maslow, Buber, Lecky, Kelly, Combs, Jourard, Buhler, Moustakas y Contril.

ASPECTOS CARACTERISTICOS DE LA CONCEPCION HUMANISTA DEL HOMBRE

1) EL HOMBRE VIVE SUBJETIVAMENTE.- Los sentimientos, emociones y percepciones de toda persona están llenos de elementos y matices- que los hacen muy personales y, cuando trata de describirlos con palabras le es muy difícil expresarlas de manera objetiva. El -- hombre comienza su labor cognoscitiva tomando conciencia de su - mundo interno experiencial, de sus vivencias; percibe el mundo -- externo de acuerdo con su realidad personal y subjetiva (necesi- dades, deseos, aspiraciones, valores, sentimientos, etc..), con- un enfoque "de adentro hacia afuera".

2) LA PERSONA ESTA CONSTITUIDA POR UN NUCLEO CENTRAL ESTRUCTURADO.- El estudio de este núcleo resulta muy esquivo a toda observación,-- pues implica un acto reflejo en sentido total: el YO trata de cono- cer su propia naturaleza, aún en este mismo acto de autoconocimien- to.

Este núcleo central es el origen, portador y regulador de los esta- dos y procesos de la persona. Allport denomina a este núcleo cen- tral con el vocablo latino "proprium" y considera que esta consti - tuido por 7 aspectos:

- 1.- si mismo corporal
- 2.- identidad de si mismo
- 3.- estima de si mismo
- 4.- extensión de si mismo
- 5.- imagen de si mismo
- 6.- agente racional
- 7.- esfuerzo orientado.

3) EL HOMBRE ESTA IMPULSADO POR UNA TENDENCIA HACIA LA AUTORREALIZACION.- El enfoque humanista considera que hay un pleno paralelismo entre el desarrollo físico y psíquico. El hombre muestra capacidad, y tambien deseo, de desarrollar sus potencialidades. Este impulso natural lo guia hacia su plena autorrealización, lo lleva a organizar su experiencia, que se orientará en el sentido de la maduréz y del funcionamiento adecuado, es decir, en el sentido de la conducta racional y social subjetivamente satisfactoria y objetivamente eficaz.

4) EL HOMBRE ES MAS SABIO QUE SU INTELECTO.- La orientación humanista afirma que el "procedimiento" irracional puede ser más sabio que la misma vía racional. Cuando el individuo está libre de mecanismos defensivos, actúa espontáneamente, observa y ausculta todas las reacciones de su propio organismo, dispone de su cúmulo inmenso de datos que el organismo procesa, a veces inconscientemente, y genera conclusiones que se le presentan como intuiciones. Estos juicios pueden ser más sabios que el pensamiento consciente, tomado en sí mismo, ya que el carácter racional del hombre lo lleva, a veces, a negarse a sí mismo, y a desconocer aquella parte que se presenta con una aparente incoherencia.

Parece que esta confianza en la reacción total del propio organismo, y no solo en la propia mente, tiene mucha relación con la creatividad.

5) EL HOMBRE POSEE CAPACIDAD DE CONCIENCIA Y SIMBOLIZACION.- El hombre posee la capacidad de autorepresentarse, de contemplarse a sí mismo desde afuera; esta capacidad le permite distinguirse a sí mismo del mundo exterior, le posibilita vivir en un tiempo pasado o futuro, le permite hacer planes para el porvenir, utilizar símbolos y usar abstracciones, verse a sí mismo como lo ven los demás y tener empatía con ellos, comenzar a amar a sus semejantes, etc. El proceso de toma de conciencia y su simbolización es muy importante en el hombre y la distorsión del mismo puede conducir a una neurosis o psicosis, reacciones paranoides, aberraciones sexuales, etc.

6) CAPACIDAD DE LIBERTAD Y ELECCION.- La libertad de que goza el hombre no es absoluta, hay grados de libertad. Si solo se conocen dos opciones o dos soluciones, solo se tendrá un grado de libertad pero si se tiene mucho conocimiento relacionados con una situación, si se posee una amplia cultura y educación y una extensa experiencia, se tendrá más grados de libertad y la acción posible será más libre. El nivel y los grados de libertad aumentan a medida que la persona se abre y acepta sus vivencias, que da entrada y hace accesibles a su conciencia todos los datos disponibles y relacionados con la situación.

7) EL HOMBRE ES CAPAZ DE UNA RELACION PROFUNDA.- El ser humano - necesita de relaciones auténticas y profundas, de relaciones donde puede ser él mismo en todas sus dimensiones y aceptado plenamente como es, sin hacer un papel o desempeñar un rol, sino con plena sencillez, espontaneidad y autenticidad, Martin Buber (1974) dice que esta es una experiencia que hace al hombre verdaderamente humano, que puede mantenerse en forma continua, pero que si no se da de vez en cuando, el individuo queda afectado seriamente y negativamente en su desarrollo.

8) EL HOMBRE ES CAPAZ DE CREAR.- El pensamiento y la conciencia - se hallan en todo representante de la especie humana; en cambio, - la creatividad es una dotación que aparece especialmente en sus miembros más selectos y destacados en una u otra área (artes, ciencias, filosofía, etc..). También hay otras formas de creatividad, algo que se da en cada persona en diferentes formas. Siempre que el producto logrado sea algo nuevo y desconocido para quien lo realiza, puede considerarse como fruto de un proceso creativo se dan al margen de la dirección del Yo y que, requieren de una renuncia inicial al orden.

9) EL HOMBRE BUSCA UN SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS.- En cada --- persona existe un proceso evaluador interno que va estructurando- un sistema de valores, el cual a su vez, se convierte en un núcleo integrador de la personalidad. La estructura de los valores que - se buscan, la claridad de las metas y de los objetivos que se de - sean, van creciendo paralelamente con el nivel de maduréz de cada- persona. La búsqueda de valores de una persona es un esfuerzo con tinuo por encontrar significados profundos que validen su autoidentidad y que establezcan y apoyen los compromisos y responsabilida - des que toma. En la medida que determinada creencia brinda resulta - dos y efectos satisfactorios se va afianzando en un individuo.

10) CADA PERSONA ES UN SISTEMA DE UNICIDAD CONFIGURADA.- Cada hom - bre es una creación única de las fuerzas de la naturaleza. " Cada- persona -señala Allport- se aparta en millares de aspectos del hom - bre medio hipotético. Pero su individualidad no es la suma del to - tal de desviaciones de los promedios ". Cada individuo es un sis - tema de unicidad configurada. La psicología debe enfrentar la ver - dadera naturaleza de la estructura personal, la mutua interdependen - cia e interacción de los sistemas parciales dentro del sistema ente - ro de la personalidad (Martínez, N. 1988).

Abraham H. Maslow fué uno de los principales portadores de la Psi - -cología humanista, que se dedicó arduamente a la tarea de descubrir y elaborar un método mediante el cual el hombre pudiera desarrollar todas sus capacidades, a fin de lograr lo que el denomina "La plie - -tud humana ", es por esto que uno de sus principales logros fué - dotar a la psicología de un nuevo lenguaje conceptual. Los térmi - nos clave del lenguaje que desarrolla Maslow son: autorrealización, experiencia cumbre y jerarquía de necesidades (maslow A, 1988).

Sostiene que una teoría total de la conducta debe incluir los determinantes externos, internos y ambientales. Considera que un estudio objetivo de la conducta no es suficiente para lograr una compresión global; lo subjetivo debe tomarse también en consideración sentimientos, deseos, esperanza y aspiraciones de la gente, deben ponderarse a fin de aprender el comportamiento individual.

La teoría Maslowiana de las necesidades básicas se resume en la afirmación de que la no satisfacción de ellas genera síntomas psicopatológicos; en cambio su satisfacción produce personalidades sanas, autorrealizadas.

El ser humano está motivado por cierto número de necesidades básicas; es decir, urgencias aparentemente inmutables, y por su origen genéticas o instintivas. Hay además necesidades de índole psíquico más que puramente fisiológico; constituyendo estas la verdadera naturaleza interior de la especie humana, las cuales resultan ser facilmente modificadas y vencidas por el aprendizaje.

Maslow propone un orden jerárquico de necesidades:

NECESIDADES FISIOLOGICAS REFERIDAS A LA SUPERVIVENCIA FISICA: Hambre, sed, refugio, sueño, sexo y oxígeno.

NECESIDADES DE SEGURIDAD: La persona madura muestra interés entre lo nuevo y lo misterioso. La persona insegura siente una necesidad irrefrenable de orden y de estabilidad, evita lo extraño y lo inesperado.

NECESIDADES DE AMOR Y PERTENENCIA: Una vez cubiertas las necesidades de seguridad, emergen las que se refieren a amor, afecto y posesión "La persona sentirá hambre de nexos efectivos". (Glob, Frank G., 1988).

NECESIDADES DE APRECIOS: Maslow plantea dos características en las que se refiere a urgencias de aprecio: a) la autoestima y b) estimaación por parte de los demás.

NECESIDADES DE ACTUALIZACION DEL YO: Es la indentificación de la necesidad psicológica referente a crecimiento, desarrollo y utili- zación del potencial humano.

NECESIDADES DE SABER Y COMPRENDER: (conocimiento): En donde la curiosidad es la característica fundamental de la salud mental, lo - que lleva al sujeto a construir un sistema de valores.

NECESIDAD DE LO ESTETICO: El individuo necesita vivir en la belleza en lugar de la fealdad, esta se da en todas las culturas y en- todas las épocas.

NECESIDAD DE CRECIMIENTO: Una vez que el hombre a cubierto sus ne- cesidades básicas, pasa a un nivel de necesidades mayores y llega- a ser motivado por estas, recibiendo el nombre de metamotivación - (Goble frank., 1988).

Los hombres que han sido suficientemente afortunados para satisfa- cer sus necesidades vitales desarrollan un carácter vigoroso, pu- diendo soportar la falta de gratificación o la frustación de tales necesidades durante considerables períodos. Resulta importante -- colmar esas urgencias en los años decisivos de la vida individual; en especial los dos primeros ; como Maslow sostiene "quienes lle- gan a afirmarse en esa etapa tienden a permanecer seguros y fuer- tes ante cualquier tipo de amenaza" (Maslow A., 1954).

Con respecto a la experiencia cumbre, Maslow ha distinguido dos ti- pos de conocimiento, que el llama conocimiento del ser (conocimien- to "S") y conocimiento organizado por las necesidades de las defi- ciencias (Conocimiento "D").

El conocimiento "s" aparece en los momentos de mayor felicidad y logro (Maslow, 1959) y que se denomina experiencias cumbre. -- Estas experiencias ocurren en una variedad de circunstancias como "en la experiencia con el amor, la experiencia de la paternidad, la mística u oceánica o la experiencia natural, la percepción estética, el momento de creación, el discernimiento terapéutico o intelectual, la experiencia del orgasmo, ciertas experiencias de logro atlético (Maslow, 1959), tales experiencias no se limitan a personas autorrealizadas sino que pueden llegar a cualquier en -- cualquier momento (Coffer y Appley, 1982). Por su parte, el conocimiento "d" existe cuando las cosas son vistas como parte de - algo, incompletas; los objetos son vistos como satisfactor de nece- sidades, con instrumentos que no tienen valor por si mismos, que- pueden ser reemplazados. es el conocimiento de lo ordinario, de - lo cotidiano.

Generada por esta nueva filosofía humanista, existe también una - nnueva concepción del aprendizaje, de la enseñanza y de la educa- ción. Tal concepción sostiene que la función de la educación es, - en última instancia, la autorrealización de una persona, el lle- gar a ser plenamente humana, el desarrollo hasta la altura más e- levada que la especie humana puede alcanzar, o que el individuo - en particular pueda realizar. En una forma menos técnica es ayudar a la persona a que sea mejor de lo que es capaz.

Si el fin último de la educación es la autorrealización, entonces la educación debe ayudar a trascender los condicionamientos que - les ha impuesto su propia cultura y convertirse en ciudadanos del mundo. Una de las metas de la educación debe ser enseñar que la- vida es preciosa, si no hubiera dicho en la vida no valdría la pe- na ser vivida. Desafortunadamente muchas personas no experimen- tan momentos tan llenos de felicidad y logro que hagan sentir la- total afirmación de la vida a los que podemos llamar experiencias cumbre.

Sabemos que los niños son capaces de tener experiencias cumbre, y que estas se dan frecuentemente durante la niñez (Maslow, 1988).

Otra meta importante de la educación (intrínseca) es ver que las necesidades psicológicas básicas del niño se satisfagan, un niño no puede alcanzar la autorrealización mientras no sean satisfechas sus necesidades de seguridad, pertenencia, dignidad, amor. - respeto y estima; es términos psicológicos, el niño está libre de ansiedad porque siente que es digno de amor y porque sabe que pertenece al mundo, que alguien lo quiere y lo respeta (Maslow, 1988).

Si se acepta como una de las principales metas educativa la auto-realización, entonces tendremos un gran florecimiento de una nueva clase de civilización, las personas serán más fuertes, más sanas y tomarán sus vidas en sus propias manos en un mayor grado . Con el crecimiento de la responsabilidad personal de la propia vida y con un conjunto razonable de valores para guiar las propias elecciones, las personas empezarán a cambiar activamente la sociedad en que viven; el movimiento hacia la salud psicológica es también el movimiento hacia la paz espiritual y la armonía social (Maslow, 1988).

Maslow establece que si los progenitores tratan al niño de manera amorosa y con el debido respeto, pueden pese a que con ello cometen muchos errores, obtener magníficos resultados. El tipo de crianza que él propone, tal vez sea mejor descrita como " una libertad con límites", pues acepta el peligro que implica una tolerancia total o una cierta indulgencia, al tiempo que reconoce los daños efectos de un progenitor directorial y autoritario que sofoca, controla o protege en exceso al hijo, hasta hacerlo incapaz - de desarrollar su personalidad adecuadamente.

Explica que lo anterior no quiere decir consentimiento en todas las circunstancias y para todos los niños, que ellos funciona sólo con referencia a pequeños sanos y de ninguna manera con aquellos en - quienes ya se han desarrollado problemas relativos al carácter. La idea de proporcionar más libertad al desarrollo del niño debe equilibrarse con la necesidad de enseñarle prácticas disciplinarias y - respeto hacia los demás; infundirle un sistema de valores.

El pequeño necesita libertad para desarrollarse, para saber para des cubrirse a sí mismo y desplegar habilidades; pero también precisa de la protección que dan las reglas y los límites, así como de la oportunidad de aprender, controlar, para tolerar la frustración y llegar a autodisciplinarse. El niño necesita aprender la necesidad adecuada de gratificar sus necesidades básicas y comprender que también a los demás seres se les debe permitir la satisfacción de las propias. El proceso educativo justo debiera tener por objetivo el desarrollo-físico e intelectual del niño y no solo marcarle límites y supeditar lo a la conveniencia de los adultos.

Los padres deben evitar la protección o la indulgencia extremas, que lleguen al grado de satisfacer todas y cada una de las necesidades del hijo, sin esfuerzo alguno por parte de este, pues de ahí resultará un ser incapaz de desarrollar fuerzas y confianza en sí mismo. - Tal actitud produciría a un individuo que tiende a valerse de los -- otros, más que a respetarlos; esa indulgencia no revela si no falta de consideración hacia el niño y hacia su potencial de desarrollo;- en tales circunstancias este puede hacerse propenso a la inutilidad (Goble Frank.,1988).

La psicología humanista exige un nuevo tipo de educación: aquella que de prioridad al desarrollo del potencial que hay en el individuo, en particular al que se refiere a hacernos hombres, a comprendernos a nosotros mismos y a los demás, y a relacionarnos con otros eficazmente; satisfacer las necesidades básicas, a desenvolvernos hacia la autorrealización. Este tipo de educación ayudará al hombre " a ser mejor versión de lo que en sí representa " (Maslow A., 1968).

El logro de la autorrealización hace que el individuo se capáz de influir en su medio ambiente, sin embargo, en el campo de la sexualidad esa influencia nunca es consciente, libre ni responsable; sólo cuando se logren unir éstos factores con la interacción social se podrá lograr la autorrealización. Si la capacidad de autoconocimiento no se desarrolla en los individuos desde edades tempranas no advertirán que su sexualidad puede vivirse más satisfactoriamente.

En este trabajo se pretende dar una visión de los elementos relacionados con la sexualidad, a través del estudio se muestran los diferentes caminos que la educación sexual puede tomar para contribuir a la transformación de modelos y pautas de comportamiento, establecidos y vigentes en nuestra sociedad, con el sólo objeto de brindar a los individuos nuevos elementos de superación.

CAPITULO II
EDUCACION SEXUAL.

BREVE HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

Los seres humanos como integrantes de una sociedad, se conduce de acuerdo a ciertas pautas universales de comportamiento, que revelan algunas características del ser humano como tal. Se sabe que el hombre, al igual que otros animales, es sociedad por naturaleza, -- que se organiza políticamente y establece leyes de parentesco, que sus normas y valores obedecen a esfuerzos de organización, principalmente, para sobrevivir y convivir.

En cada sociedad la sexualidad toma modos específicos que no pueden extrapolarse a otros grupos. La cultura ofrece ciertas oportunidades a cada individuo, pero también le impone restricciones, según patrones particulares que tienden a moldear su comportamiento sexual.

El estudio de la historia de la sexualidad en diversas culturas, nos confirma que es una vivencia presente en cada sociedad bajo diferentes moldes, es decir, que se dà en forma concreta de acuerdo a valores y normas.

Intentar una explicación racional de la sexualidad en el presente, - significa recurrir al conocimiento e interpretación de las formas - en que se manifiesta en el pasado, porque la sexualidad como cualquier actividad humana y los procesos y significados que esa actividad conlleva, no surgen de improviso ni son productos del azar, sino que son el resultado de una serie de hechos y fenómenos que han ido ocurriendo en el tiempo, y cuyo desarrollo y transformación son con secuencia de la evaluación general de la sociedad.

Desde el inicio de la humanidad, el comportamiento sexual tiene ya importancia para el hombre. López Ibor (1984) refiere que algunos descubrimientos arqueológicos nos ofrecen los primeros testimonios sobre aspectos de la sexualidad, como fué la aparición de estatuillas y de objetos en los que se hallan grabadas personas desnudas. En agosto de 1908 se descubrió una estatuilla de 11 cm., con una antigüedad de 20 mil años, identificada como la Venus de Willendorf, que representaba la forma de una mujer desnuda, en forma mostruosa y con vientre enorme. Esta estatuilla coincide con otras elaboradas en el paleolítico superior, que resaltaban las partes sexuales de la mujer.

Con respecto a la aparición de estas estatuillas se han elaborado algunas teorías; unas hablan de que estas estatuillas eran de una representación de la maternidad de la mujer, en su función más importante; otras mencionan su elaboración como el resultado del deseo de los hombres por ver desnuda a la mujer, cuando tendrían contadas ocasiones de contemplarla así, puesto que en aquella época - el clima era extremadamente frío.

Otro testimonio referido por el autor, es la escultura esculpida - en hueso de la pareja humana realizando el acto sexual, descubierta en la gruta de Isturiz en el país Vasco, en el cual se representa a un hombre y a una mujer desnudos, ella esta ante él, quien la contempla con mirada codiciosa.

Para ilustrar las sexualidad en nuestro pasado indígena, nos basaremos en la cultura Azteca, en la cual la sexualidad estaba ligada a la religión.

Las creencias y las prácticas sexuales entre los antecas encuentran explicación en la forma particular en que entendían su relación con el mundo que los rodeaba, es decir, en su religión y filosofía.

Pero también en la forma en como estaba organizada su economía y su sociedad. Isabel Morgan (1987) refiere que la historia de los aztecas nos muestra un mundo en donde todos los aspectos de la vida estaban regidos por los principios de la "la justa medida" y "el momento preciso", que se reflejaban desde el punto de vista sexual en la prohibición de ejercer cualquier práctica sexual antes de la edad considerada adecuada, y una vez alcanzada, practicarla con medida y moderación. En el caso de las relaciones sexuales en el embarazo, debían realizarse con poca frecuencia pero de ninguna manera dejar de realizarlas, porque se creía que los excesos ocasionaban deformaciones y muerte del producto, y si la abstinencia era completa nacería enfermo y con pocas fuerzas.

La valoración de la mujer se daba en función de la maternidad, la cual gozaba de un prestigio social equivalente al del guerrero. El nacimiento de un hijo se equiparaba a la captura de un prisionero en la batalla, de ahí que la comadrona emitiera un grito de guerra en el momento del nacimiento.

No obstante la represión sexual que caracterizó a la sociedad azteca las relaciones sexuales eran consideradas como una necesidad vital humana.

Cuando la cultura azteca se hallaba en pleno apogeo vivió interrumpida su evolución por un acontecimiento que escapaba a su lógica y a la concepción que tenían del origen y del fin de su mundo, - La Conquista Española. (Memorias del primer Simposio de Historia de las Mentalidades, 1982).

Otra referencia importante en torno al tema que nos ocupa, son las que nos ofrecen otras culturas como la de Grecia, en donde se concedía un papel preponderante a la mujer.

En esta civilización que alcanzó un alto grado de desarrollo (quinto o sexto milenio antes de nuestra Era), la mujer disfrutaba de gran libertad, jurídicamente existía igualdad con el hombre, podían casarse libremente. Lo sexual era una necesidad natural satisfecha libremente, los jóvenes realizaban actividades sexuales sin represión en los campos. La sexualidad se podía experimentar con la misma libertad de la que gozaba la heterosexualidad, que incluso llegó a ser regulada por disposiciones legales.

En el derecho romano la mujer gozaba de mayores privilegios que en las sociedades griegas. La infidelidad no era considerada generalmente como un drama, como máximo se daba el divorcio. El número de divorcios creció alarmantemente, pues la mujer cuyo marido se ausentaba durante varios períodos para cumplir con sus obligaciones bélicas, era escuchada cuando pretendía separarse de éste.

En el marco de la vida romana, tuvieron especial importancia los ritos clandestinos de la sexualidad, el vino, las danzas y la obscuridad pronto hacían que se llegara a la orgía; los participantes que se negaban a dejarse poseer eran inmolados a Baco, Dios de los Misterios.

El Cristianismo atacó los fundamentos romanos, y con esto se inició una etapa de exaltación de la castidad y de la virginidad, ya que era necesario modificar tales libertades. La nueva religión incorporaba a su fondo doctrinal las creencias morales. San Pablo promotor de la nueva iglesia, sentó las bases del nuevo comportamiento sexual, menospreciando las relaciones sexuales, iniciándose así una nueva etapa.

Los relatos y las crónicas medievales señalan que ante la represión en el ámbito sexual, surge paralelamente la prostitución como una válvula de escape, no solo para las clases bajas, sino también para las más elevadas (López Ibor, 1984).

Careaga (1983) nos habla de como en la época de la Colonia, la clase media tenía una serie de ideas totalmente erráticas sobre el sexo y el erotismo; tradicionalmente se había afirmado que el principal papel de la reproducción estaba asignado al hombre y que la mujer solo era tierra apta para recoger la semilla. Lo anterior se dá como resultado de siglos de dominio de la religión católica.

Es con la revolución Industrial cuando empieza a surgir la rebelía de la mujer, la cual exige mejor preparación y participación activa en la vida de la sociedad. Surgen feministas que protestan contra las costumbres de ser consideradas como objeto de placer del hombre.

A fin del siglo XIX, en 1894, Havelock Ellis estudió el problema del sexo que él consideraba "el problema central de la vida", y en 1897 escribe sus estudios sobre psicología sexual, de los que concluye que la educación y las costumbres influyen de forma determinante en la sexualidad (López Ibor, 1976).

Los cambios socio-económicos y los progresos científicos del siglo XX, han transformado las concepciones, las actividades y la conducta sexual de nuestra cultura, sin embargo, toda la herencia religiosa antisexual, antiplacer, antihumanística, los rasgo machistas puritanos y de doble moral, persistieron hasta la entrada de la segunda mitad del siglo XX en todos los países del mundo occidental y aún persisten en gran parte del mundo hispanoamericano.

La urbanización y la industrialización han modificado las necesidades humanas, haciendo impresindible la disminución del número de hijos en las parejas. El divorcio toma gran auge en el mundo occidental, por lo que la mujer inicia su participación en el ámbito laboral; forzosamente estos fenómenos sociales conducen a un replanteamiento del papel sexual, así como el significado de la sexualidad. La mujer incrementa su independencia y modifica con ello el concepto que se tenía de la feminidad.

La concepción popular de la sexualidad está en la cultura hispanoamericana, y en general en la cultura occidental, aún impregnada del concepto de pecado, de algo demoniaco o malo. Al niño se le considera asexual, reprimiéndolo de todo acto que tenga que ver con órganos sexuales, se cree que si se le brinda libertad en el conocimiento de su sexualidad se va a corromper o a desbordar eróticamente en su adolescencia o en su vida adulta (Giraldo Neira, 1988).

La población de este país pasa por una etapa de crecimiento y transformación; si se pretende alcanzar un bienestar común habrá que influir en los factores: socio-culturales, a través de la educación, específicamente, a través de la educación sexual.

Por todo esto, consideramos que una adecuada educación sexual podría ser brindada con el enfoque de la Psicología Humanista, la cual exige un nuevo tipo de educación: aquella que dé prioridad al desarrollo del potencial que hay en el individuo, en particular, del que se refiere al hacernos hombres, a comprendernos a nosotros mismos y a los demás, y a relacionarnos unos con otros eficazmente, a satisfacer las necesidades básicas; y a desenvolver nos hacia la autorrealización. Este tipo de educación ayudará al hombre a ser mejor versión de lo que en sí representa

EDUCACION SEXUAL.

La familia es la institución donde se efectúa la reproducción de la sociedad, por una parte es el escenario en donde el ser humano se reproduce biológicamente, y por otro lado, es el lugar donde el ser humano como ser social, reproduce a la sociedad de la que forma parte.

Al igual que otras instituciones, la familia es el elemento activo de la sociedad, y al parejo con la evolución de la sociedad - de la sociedad humanas han sufrido cambios tendientes a conseguir su adaptación. La multitud de formas de parentezco, de estructuras y funciones familiares descubiertas hasta la fecha, excluye la posibilidad de que haya existido un solo camino para la evolución de la familia desde sus orígenes hasta nuestros días.

La Familia así, puede ser considerada como la unidad fundamental - que garantiza la continuidad de la sociedad, o como un subsistema de la misma con la que establece una relación recíproca.

En nuestro país existe una gran diversidad de formas de familia, tanto desde el punto de vista de su constitución y estructura, como de la forma que cumple sus funciones. Estas diversidades es el producto de la adaptación del grupo familiar a las características del medio ambiente que la rodea, y esta condicionada -- principalmente por factores políticos, económicos, sociales, culturales y geográficos.

A lo largo de la historia, la familia como grupo social ha realizado diversas funciones; si se imagina a la familia primitiva de las primeras sociedades humanas, es difícil pensar en alguna función relacionada con la vida o con el trabajo, que no fuera responsabilidad de ella.

La situación se ha ido modificando conforme las sociedades humanas han evolucionado, esto se debe a la estrecha relación que existe entre la familia y la sociedad, a tal grado que el grupo familiar ha permanecido bajo la coacción del cambio social. De acuerdo a estos cambios, la familia ha aparecido bajo una u otra forma, ha cambiado de un tipo de organización interna a otra, y ha cumplido sus funciones en mayor o menor grado, según lo hicieron necesarios las circunstancias particulares en cada etapa de la evolución social.

Al hablar de los cambios sociales influyen en la formación de la estructura familiar y en la delimitación de sus funciones, se debe tener en cuenta que estas diferencias estructurales y funcionales, son a su vez, manifestación de las características socio-económicas y culturales de la comunidad en la que se encontrarán diferencias tanto en comunidades de épocas diferentes, como en aquellas que perteneciendo a una misma sociedad mantengan diferentes grados de desarrollo.

En nuestro país existen diversos grupos étnicos que tienen características culturales propias, que en algunos casos presentan diferencias muy marcadas entre sí; estos grupos, de acuerdo con su ubicación geográfica o social, mantienen diferentes grados de integración a la sociedad industrial, originándose un acceso desigual a la prestación de servicios básicos como son la educación y la salud.

Dentro de la sociedad industrial, orientada a lo impersonal y a una lucha competitiva, la familia cumple principalmente cuatro funciones que por encontrarse íntimamente relacionadas entre sí, no pueden analizarse en forma aislada y que son: la función económica, la función reproductiva, la función sexual y la función educativa (Martínez M., 1988).

Dentro de la función económica de la familia, se encuentra la responsabilidad de proporcionar a sus miembros la satisfacción de las necesidades primarias como son: alimentación, vestido y vivienda, así como un ambiente de seguridad material y efectiva que permita al individuo desarrollar al máximo sus capacidades (Maslow, 1988).

En cuanto a la función sexual, junto con la función reproductiva, estas garantizan la continuidad de la sociedad, que de lo contrario se vería condenada a la extinción. Estas funciones del hombre y de la mujer, tienen como una de sus finalidades la procreación de los hijos, y es la familia la que constituye el marco legítimo, socialmente aceptado, en que ocurre este hecho, sin embargo, esta función biológica de apareamiento sexual y perpetuación de la especie, posee su concomitante psíco-social indispensable para su supervivencia.

Con lo que respecta a la función educativa, tradicionalmente ésta ha sido una responsabilidad familiar, sin embargo, en la comunidad urbana moderna la tarea es demasiado compleja como para ser desempeñada únicamente por la familia, por lo que es compartida por el estado, (Martínez M., 1988).

Carrizo y López (1984) refieren que si bien es cierto que la educación ha salido del dominio del hogar, uno de sus aspectos más importantes es la socialización, la cual se ha mantenido como una función más de la familia. El proceso de socialización es el que emplea una sociedad para la transmisión de la cultura; a través de ella el ser humano interioriza valores, normas, creencias, actitudes y pautas de conducta, que son propias del grupo y de su sociedad.

Durante el proceso de socialización son transmitidos los modelos sociales de hombre y mujer, las pautas familiares y los comportamientos sexuales aceptados. Dentro de este proceso global de socializa-

ción va implícita la educación sexual brindada en dos niveles: formal e informal.

Monroy de Velasco (1985) menciona ambos niveles de la educación sexual de la siguiente manera:

- Informal, también denominada asistemática.- Es el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que esta sea planeada y dirigida en forma sistemática. Es brindada, generalmente, por la familia, la escuela, la iglesia y los medios masivos de comunicación. Este tipo de educación se caracteriza por la falta de formulación de objetivos a cumplir, aunque informal tiene un impacto muy real al absorver los fines y metas del sistema socioeconómico en que se imparte.

- Formal.- Es aquella que parte de la formulación explícita de objetivos y organiza sistemáticamente los medios para alcanzarlos. Se define como la planeación de los procesos de aprendizaje directo e indirectamente relacionados con las conductas y experiencias sexuales, así como en el sistema de valores relativos a la sexualidad - (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

Ambos niveles de educación aportan elementos valiosos en la formación de la conducta sexual.

La educación sexual que se imparte en el hogar constituye una parte muy importante de la socialización del individuo , los padres contribuyen activamente dentro de este proceso, algunos lo hacen conscientemente, otros no, pero su actitud, incluso siendo de indiferencia, juega un papel determinante en la formación de los hijos (Martinez M. 1988).

Los primeros años de vida se desarrollan, por lo general, al lado de la familia y son de gran importancia para la formación del individuo, si bien la educación en el hogar no es institucionalizada, no por eso es menos efectiva que la impartida en la escuela, en incluso resulta más importante, de tal forma que para la mayoría de los individuos comportarse de acuerdo a las normas que sus padres aprobaron producirá sentimientos de bienestar y orgullo, en cambio, las conductas que se opongan a lo que se considera correctas, provocarán sentimientos de culpa.

La mayor parte de los padres a lo largo de su vida, dentro de la sociedad, se han formado una idea de como deben educar a sus hijos en relación a su sexo, de alguna manera saben como deben ser las niñas y los niños, fomentan en sus hijos el desarrollo de los tipos de comportamiento que caracterizan en una forma diferencial al varón de la mujer (Martínez M., 1988).

Como fruto de esa educación, en nuestra sociedad, los niños generalmente aprenden que los hombres no pueden manifestar externamente lo que sienten, que deben mostrarse fuertes y dominadores, que a veces pueden portarse de manera violenta y que a ellos les corresponde mantener a la familia, respetarla ante la sociedad y tomar decisiones importantes con respecto a ella. Las niñas por su parte, aprenden que a ellas sí les está permitido mostrar sus sentimientos, que deben arreglarse y ser agradables, que a ellas les corresponde el cuidado de los niños, las labores demésticas y la atención de los hombres de la familia en lo que se refiere a la comida y lavado de ropa.

De esta manera se observa como la familia se organiza de acuerdo al sexo de sus miembros, que sirve como base para asignar funciones y responsabilidades. El sexo influye de manera decisiva en aspectos tan importantes como la autoridad en la familia, la profesión u ocupación que se escoge, el uso del tiempo libre,

la libertad que se tiene para aprender actividades o establecer relaciones fuera de la familia y aún el grado en que exige cumplimiento de las órdenes y normas que se dan en la familia (Manual de la Familia, 1980).

Por ello, el bienestar de los miembros de la familia y de cada uno de los individuos que conforman una sociedad depende en gran medida de que tanto hombres como mujeres tengan un papel y una situación equitativa y satisfactoria en su grupo familiar, que se sientan con igualdad de participaciones y obligaciones, se respeten y ayuden independientemente del sexo al que pertenecen (Maslow, 1988).

De la educación sexual que se dé en la familia depende que las futuras generaciones de mexicanos consideren la sexualidad como un aspecto muy importante y noble en la vida humana, que den un trato equitativo y respetuoso a hombres y mujeres, que organicen la vida familiar y las labores domésticas, de acuerdo a las capacidades de cada persona, independientemente de su sexo, que tengan conductas libres, informadas y responsables con respecto al número de hijos y espaciamiento y, en general, que vivan su sexualidad de manera racional, saludable y respetuosa (Manual de la Familia, 1980).

Sin embargo, decir que la familia debe ser un centro de educación sexual supone que los padres poseen la capacidad de impartirla y ello no es cierto, en la mayoría de los casos. Hombres y mujeres que pasan por cultos e informados, tienen muy vagas nociones de la anatomía y fisiología de la reproducción humana y cuando el hijo les plantea cuestiones es cuando sienten agudamente la falta de información por lo que generalmente evaden esas cuestiones.

Sin una buena higiene psícosexual, los padres no podrán efectuar eficazmente como educadores y se lamentarán de proyectar sobre sus hijos sus insuficiencias e insatisfacciones. En la actualidad existen, todavía, una cantidad apreciable de padres de familia y educadores con --

tendencias demasiado conservadoras en cuanto a lo sexual, por lo general, estas personas dan a los niños explicaciones nada lógicas sobre temas sexuales, lo que lleva a que sus dudas se oscurecan y que se distorsionen los conceptos que haya adquirido (Russell y Kinsey, 1968).

El ejemplo de los padres es el principal elemento educativo en la familia, los niños imitan el comportamiento, las reacciones y las actitudes de las personas mayores, por ello es fundamental que los padres en primer lugar posean la información necesaria para la educación sexual, de tal manera que puedan transmitirla a sus hijos.

Meneses (1984) define la educación sexual como la educación de la persona, la cual no se limita a aspectos estrictamente biológicos sino que lleva el desarrollo integral de la persona, con sus características bio-psico-socio-culturales, o sea, la educación sexual forma parte de la educación general, tendiente a lograr la plenitud en la realización personal y en la comunicación con el otro sexo para asumir la responsabilidad frente a los hijos.

Por su parte Schulz (1983) apoya lo anterior y refiere que el sexo - debería presentarse a los estudiantes como algo más que una función biológica, y los resultados de la función deberían ser presentados con una base amplia e incluir los aspectos de comportamiento sexual que se estudian en psicología y sociología al igual que los aspectos puramente biológicos. La meta primordial es ayudar a cada individuo a comprender como un ser sexual, en el sentido global de la sexualidad, y utilizar este conocimiento de una manera responsable para transmitirlo a futuras generaciones.

EDUCACION SEXUAL INFANTIL.

Como ya se mencionó, la participación de los padres es de suma importancia en la educación sexual de los hijos, pero es el ambiente familiar en conjunto el que determina la forma en que los niños aprenden a comportarse como hombres o como mujeres. En nuestro medio, además de los padres, participan en la educación los abuelos, los tíos, hermanos mayores y demás personas que los rodean, entre todos refuerzan los valores y normas tradicionales de la familia, los niños aprenden de todos ellos como han de pensar y comportarse en lo que se refiere a la sexualidad (Manual de la Familia, 1980). Esta educación de la sexualidad es un proceso paulatino y continuo, cuya parte de información consciente es mínima en relación a la información que se proporciona sin percatarse de ello, y que además determina las conductas sexuales del niño. Este proceso educativo se inicia desde el nacimiento, y aún antes, y corre paralelo al desarrollo psicosexual o de diferenciación sexual, incidiendo en ellos de manera continua y permanente.

Es importante señalar, que el concepto de educación de la sexualidad humana se tiene todavía a asociarlo con la acción internacional de informar al niño sobre determinados temas biológicos de la sexualidad como el embarazo, nacimiento o con el fin de resolver alguna pregunta que el niño formula; por estos motivos, los adultos tienen la idea de que con el hecho de comprar libros y mostrárselos a sus hijos, de exhibirse desnudos ante ellos o bañarse juntos, los están educando sexualmente. Esta concepción es igual que la de llevar a cabo un mero formulario de información y consejos generales a los niños, pero la educación sexual va más allá. Si la educación de la sexualidad solo comprendiese los hechos de la reproducción, se podrían librar responsabilidades mediante una conversación entre padres e hijos.

Bríto y col. (1980) señalan " no solo la comunicación verbal tiene relación sobre el educador sexualmente"; las actitudes, los gestos, ex presiones, movimientos del cuerpo, conductas estereotipadas, todo tie ne enorme repercusión en la educación de la sexualidad humana. De -- muchas de estas conductas no nos damos cuenta, pero las estamos re - pitiendo constantemente en nuestra interacción con los demás. Segú - nlo establece Lejeune (1980), " La educación de la Sexualidad (se con - sidere o no necesaria, se acepte o se rechace, se esté o no a favor - de impartirla) se establece a todos los niveles de lo cotidiano ". Se quiera hablar o no del sexo, dice Monroy de Velasco (1980) "se estan - enviando mensajes a través de las actitudes, las reacciones y los --- sentimientos de los adultos".

Por su parte, Gagnon (1977) sostiene " los padres no suprimen ni con - trolan la sexualidad del niño, sino que la crean, no importa cual sea su conducta en relación con la sexualidad y con los papeles sexuales". De ahí que la educación sexual no emplee al nacer el niño sino desde antes del nacimiento, pensando desde que los padres han deseado o no, planeado o no el nacimiento de ese individuo, así como en las espec - tativas o preferencias de los padres y familiares, por el sexo mascu - lino o femenino, el nombre que llevará, los cuidados y el tipo de edu - cación que habrán de proporcionarle.

Desde el momento en que el sexo del bebé se identifica al nacer, las influencias sociales se vuelven muy importantes; el sexo percibido -- constituirá uno de los factores claves para el trato que reciba de -- los que lo rodean. Se iniciarán algunas distinciones sobre el nombre - que se seleccione, el color y tipo de ropa que se le ponga, los ador - nos de su recamara, los juguetes que se le obsequien e incluso el tí - po de comportamiento que de él se espera y los roles sexuales que le - asignen; esto dependerá de la cultura en la que se desenvuelva.

Además de la relación de los adultos con el niño, existen algunos otros acontecimientos importantes que también van a repercutir en el desarrollo de la sexualidad, la manera de alimentarlo, el adiestramiento en el control de esfinteres, las actitudes ante la exploración que el niño haga con su cuerpo, así como las respuestas que el niño reciba ante las preguntas que formule sobre asuntos sexuales. De ahí que, como dice Schulz y Williams (1975) "un ajuste adecuado en la primer infancia es un factor primordial para el ajuste sexual que vendrá después".

Aproximadamente en los momentos en que el niño ya logró controlar sus esfinteres, se inicia en él una intensa curiosidad por sus órganos genitales. A estas alturas el descubrimiento visual de las diferencias anatómicas de los sexos es un elemento muy importante que sirve de base para proseguir el desarrollo de la identificación sexual. El niño lleva a cabo una serie de juegos sexuales en los que gusta de comparar y tocar su cuerpo, en especial los genitales, con los de sus compañeritos. Si el adulto lo sorprenden y frunce el ceño reprimiéndolo, le transmitirá un mensaje de incomodidad, rechazo y culpa ante tales conductas, y harán que el niño piense y sienta que el sexo es sucio, malo o pecaminoso y que solo se puede conocer en forma clandestina. Por el comentario, una actitud positiva y favorable implicará que se aceptan estas expresiones de la sexualidad infantil, como parte natural del proceso de desarrollo y autocognición.

La forma en que se manejan las primeras exploraciones del cuerpo del niño, tendrán efectos marcados sobre sus actitudes hacia la sexualidad. Sobre estas exploraciones de sexualidad infantil Ellis (1974) menciona "la forma realmente peligrosa de manejar el sexo consiste en insistir imperiosa y emocionalmente en que el niño no haga ciertas cosas".

Neil (1963) señala que desde el primer momento "el niño debe tener libertad completa de tocarse cualquier parte del cuerpo" y que -- "habría infinitamente menos delitos sexuales en el mundo, si se admitieran como normales los juegos sexuales". Dichos juegos de la infancia abren camino probable hacia una sexualidad adulta sana y equilibrada. Comenta el mismo autor que las costumbres de garabatear obsenidades en las paredes de los baños, proceden de los sentimientos de culpabilidad causados por la prohibición de la masturbación y de los juegos sexuales.

Además de la curiosidad sexual manifestada en los juegos sexuales, existen otros echos no menos importantes como son las preguntas -- que sobre temas de contenido sexual formulan los niños a los adultos y cuyas respuestas contribuyen a la construcción de una base firme endeble, con la cual el niño va a contar para aminorar y prevenir los problemas que implica el permanecer ignorante en cuestiones sexuales, y aceptar de manera responsable y carente de culpa el ejercicio libre de la propia sexualidad.

El hecho de que el niño haga una serie de preguntas y se inquiete -- sobre algunos problemas de orden sexual que se le van presentando, resulta enteramente natural en el sentido de que son dificultades que van a presentarse en todo proceso de desarrollo de la sexualidad infantil. El niño y la niña tienden a formular preguntas sobre la diferencia de sexos, el porque y el cómo del embarazo y el nacimiento, el porque de las diferencias anatómicas entre niños y adultos, el por qué del comportamiento sexual de los animales, etc. Si partimos de esta consideración, comenta Brito, "Los padres escucharán con serenidad y comprensión esas inquietudes y evitarán actitudes de sorpresa o de reproche"

Sin embargo, en la actualidad los hechos indican que no siempre los padres reaccionan de esa forma, muchos de ellos se enfrentan con -- serias dificultades sobre la manera de atender las demandas del niño, llegan a sentir rechazo hacia ese tipo de ocasiones por lo que- a veces llegan a reprender a los niños que se atreven.

Cabe la posibilidad de que haya padres que se muestren dispuestos a tratar cualquier tema, excepto el sexual; niños muy inquietos que - preguntan cualquier cosa y que no obtienen respuesta cuando se refie ren a algo sexual. El mito de la inocencia infantil acerca de la - sexualidad, señala Bonet (1979), "no ha sido otra cosa que un recur so práctico para que el adulto eludiera abordar preguntas difíciles y respecto a las cuales él tampoco tenía claridad suficiente".

En el ámbito de la sexualidad humana, no debe haber temas tabú, to das las preguntas que el niño planee deben tener el mismo tratamien to, sin considerar escabrosa ninguna de ellas. Responder a las pre guntas del niño cuando son formuladas, significa que las respuestas del adulto deben estar al alcance de aquel. La respuesta adaptada - al niño debe ser completa y no extenderse más de lo que exige la -- pregunta. Ninguna información proporcionada al niño le servirá a - menos que vaya de acuerdo con su capacidad de comprensión, ya que - de lo contrario se le confundirá, aunque esto no implica que las -- cosas deban salir perfectamente bien. La naturalidad y espontanei dad en las respuestas es tan importante como claridad. Si se esta blece un nexo de confianza y la respuesta es clara y sencilla, la - información se hará gradual y oportuna, tomando en cuenta que la -- complejidad de las preguntas que hace el niño también se dá en for ma paulatina.

La confianza es vital, la honestidad acerca de lo incomodo que pode mos sentirnos, si ello ocurre deja en claro que nuestra falta de se renidad al tener que hablar del sexo se debe a la educación que nos dieron en nuestro momento. Comentarle al niño que nos gustaría pla

ticar ~~con él~~ del tema pero que nuestra educación nos lo impide, invitar a alguien que nos auxilie y pueda hacerlo, resultará --- mucho más confortable que cualquier evasiva, considerando que la confianza del niño deberá cuidarse para no defraudarlo. Debe tenerse en cuenta que una actitud brusca o un gesto de disgusto o tono particular, puede ser suficiente para que el niño no vuelva a preguntar.

"El Manual de la Familia", editado por el consejo Nacional de la Población, menciona "al niño hay que decirle la verdad, él no acepta el engaño, la mentira ni la falsoedad. Son los adultos quienes creen que el niño se atreve a hacer preguntas inoportunas. Si no se conoce la respuesta a una pregunta, no se debe inventar, es preferible buscar la respuesta junto con el niño."

Como se mencionó al principio, a pesar de la importancia que reviste la participación de los padres, no toda la responsabilidad de la sexualidad infantil le corresponde a ellos, ocupan un lugar importante también los abuelos, los tíos, los hermanos y, en general, toda la gente con la cual interactúen los niños, principalmente los maestros o personas que se encargan de impartir la educación en instituciones escolarizadas.

"La educación correcta de la sexualidad humana debe iniciarse desde la más temprana edad e ir haciéndola progresiva, continua y completa hasta que el individuo alcance la madurez de la vida adulta; la cual implica, desde luego, que es privilegio y responsabilidad de los padres el comenzarla en el hogar, de los maestros el continuarla en la escuela y de ambos, hacerla armónica, simultánea y sin contradicciones" Monroy de Velasco, 1985. En verdad esto último representa un reto, ya que muy frecuentemente los padres y los Maestros caen en un dilema sobre si ambos deben corresponsabilizarse, además de ello, existen graves problemas para llevar a --

cabo la aplicación de programas para la educación sexual en las escuelas, el más importante parece ser, según lo señala Schiller (1978), la falta de adiestramiento de los maestros. Monroy de -- Velasco (1985), concuerda con lo anterior cuando establece que "un problema con el que se enfrenta la escuela es que los maestros, en la mayoría de los casos, no saben impartir educación sexual adecuada y hasta desconocen su significado, sus objetivos, su metodología y por lo general, se alarman y rechazan el incluir en su temario". Esto lleva forzosamente a pensar que la formación de los maestros y la elaboración de los programas de estudios, en materia de sexualidad humana, son aspectos fundamentales que deben ser actualizados si lo que se busca es la enseñanza y que esta sea más fructífera. En este sentido, estamos de acuerdo en -- que la educación de la sexualidad no puede depender de una sola -- institución.

Solo en la medida en que cada una de ellas contribuye con su propio punto de vista y su energía particular, podemos confiar en -- que habrá de materializarse un programa de educación sexual muy-equilibrado, asentado sobre la sociedad y apoyado por esta, siempre pensando en que "la escuela no puede compensar las fallas -- del hogar, la iglesia y la sociedad en general. En caso de que -- estos puntos de vista sean rechazados por los padres y maestros, seguiremos padeciendo la serie de problemas sociales de la sexualidad, como son: La violencia sexual, el aborto, la prostitución, las enfermedades venéreas, los matrimonios precoces, los embarazos no deseados, la culpabilidad en la expresión de conductas alternativas como la homosexualidad, el travestismo, el transexualismo, la formación de roles rígidos y estereotipados así como la incidencia elevada de divorcios y desajustes y/o disfunciones sexuales. Master y Johnson, 1976 kaplan, 1978).

Varios de los problemas descritos tienen obvias determinantes de carácter económico, político y social, ya que como dice --- Alvarez (1983) " la sexualidad se ve profundamente influida -- por una carga culturalsocioeconómica determinada y, sin duda, - el ambiente cultural resulta afectado por la sexualidad misma", sin embargo, una educación sexual si bien no es garantía infalible de la desaparición de esos problemas si puede aminorarlos y prevenir a los integrantes de la sociedad contra los graves riesgos que implica el permanecer ignorantes de las cuestiones sexuales . Para que ello tenga respaldo, es necesario que la - educación de la sexualidad sea un proceso cuyo resultado no -- debe dejarse al azar, asimismo , sus fundamentos teóricos de - berán estar basados en estudios de carácter científico, los cuales permiten revalorizar y hacer objetivos sus planteamientos, - librandole de temores irracionales.

SITUACION DE LA EDUCACION SEXUAL EN PAISES DESARROLLADOS.

Entre los países desarrollados Suecia tiene la distinción de ser el primer país del mundo en establecer un Programa oficial en la curricula de las Escuelas, siendo éste obligatorio e impartido a todos los niveles escolares, enfatizando en los temas de relaciones sexuales y anticoncepción. A partir de 1975 se legaliza el aborto en Suecia, por lo que en las escuelas y las Clínicas de anticoncepción trabajan en coordinación, a partir del mismo año se realizan encuestas que reportan una disminución en el número de abortos en las adolescentes. Las autoridades suecas atribuyen este decrecimiento a la legitimización de la educación sexual, a la accesibilidad de los servicios y al apoyo de los padres de familia que recibieron educación sexual en la escuela.(Monroy de Velasco, 1985).

Actualmente, igual que otros países europeos, Suecia registra un bajo índice de natalidad, según datos obtenidos en la embajada de Suecia; en 1986 el índice de natalidad era de 1.8 niños por cada mujer. Con motivo del nacimiento de un hijo ambos padres tienen derecho legal de un año de ausencia del trabajo.

En Canadá e Inglaterra la educación sexual escolar es una opción de la comunidad, por lo que las autoridades locales, los directores o maestros determinan el momento en que se debe impartir el programa de sexualidad.

En Francia actualmente se brinda información sexual a los adolescentes, aunque su ejecución y decisión de proporcionarla queda a nivel opcional y de acuerdo a las autoridades educativas de cada localidad.

En Holanda la currícula escolar se limita a impartir aspectos de la reproducción en cursos de ciencias naturales, sin embargo, el gobierno brinda la enseñanza sobre anticonceptivos y otros tópicos de sexualidad a través de los medios de comunicación masiva.

Estados Unidos incluye Programas de sexualidad en todos los niveles escolares, siendo uno de los países que realiza investigaciones y encuestas nacionales sobre sexualidad (Monroy, 1985).

En España, se brinda la formación de educadores en sexualidad humana en donde actualmente el "Certificado de Educador en Sexualidad" se desarrolla como formación post-universitaria a nivel privado y también como estudios de post-grado dentro del currículum universitario de los cursos de doctorado. También hay investigaciones y avances recientes en metodología psicoterapéutica para la intervención sobre la inhibición del deseo sexual (Regueiro Joaquín, 1989 IX Congreso Mundial de Sexología, Venezuela).

SITUACION DE LA EDUCACION SEXUAL EN LATINOAMERICA

La enseñanza de la sexualidad en Latinoamerica se ha desarrollado en forma desigual en los diferentes países estudiados. Se han realizado importantes avances en los últimos años, a continuación se hace un breve recorrido por cuanto se ha hecho en los países de latinoamerica, lo que se esta haciendo y lo que se planea realizar en el campo de la enseñanza de la sexualidad.

ARGENTINA:

En 1963 ante la solicitud de los estudiantes, se llevo a cabo un curso de Ginecología en el Hospital "Ramos Mejía" de Buenos Aires con una orientación psicosomática. El evento se llevó a cabo con la técnica de grupos operativos, integrado por 16 alumnos, estudiantes y médicos, durante 9 secciones al término de las cuales se publicaron las memorias. Salerno (1967) ese año y en el ámbito de las primeras jornadas latinoamericanas de sexología en la ciudad de Mendoza, se imparte un curso sobre sexología antropológica con un total de 200 inscritos. En la misma ciudad en 1965, se lleva a cabo un curso sobre "Introducción a la sexología Integral"; en 1966 se vuelve a impartir otro curso sobre sexología antropológica, con 220 participantes. Para 1967 la Facultad de Medicina de Rosario imparte un curso sobre "Educación sexual".

En el año de 1970 se realiza el Primer Congreso Argentino de Sexología y Educación Sexual, y se lleva a cabo importantes actividades docentes: un curso básico sobre sexología en la facultad de medicina y otros más sobre sexualidad humana; se imparte un curso de 5 meses de duración sobre "Introducción a la Sexología para el Maestro" y en el Colegio Ward se brinda un curso con el título de: Actualización en sexología dirigido a médicos y psicólogos.

En 1971 se realizan cursos de sexología a nivel universitario en el Mar de la Plata y la primera reunión de sociedades de sexología en Mendoza.

En esta Última década se han registrado 80 cursos, impartidos en la República de Argentina a nivel universitario, dirigido a médicos --obstetras, enfermeras y asistentes sociales, sin embargo, no existe un curso de sexología en la curricula permanente en ninguna universidad nacional o privada (Atenea, 1981; Granedore y Colb, 1983).

VENEZUELA:

En 1964 se funda en Caracas un Instituto Psico-Social de orientación sexual, que organiza talleres y jornadas de capacitación sexual para docentes, símismo en la facultad de humanidades y educación de la Universidad Central de Venezuela, se brinda un curso de "Educación Sexual", seminarios sobre aspectos socio-culturales de la sexualidad y orientación sexual para estudiantes de Educación y ---psicología (Salcedo, 1979).

En 1975 se funda el Centro de Investigaciones Psiquiátricas y Psicológicas de Venezuela, en el que se brindan cursos de postgrado en sexología, para médicos y psicólogos con formación psicoterapéutica, siendo el primer centro latinoamericano que cumple con esa finalidad (Bianco y Col., 1980).

No obstante, los últimos estudios realizados en Venezuela confirman que el nivel de información sobre sexualidad humana con que cuenta la población, es muy bajo; y que los padres de familia siguen dando evasivas a las preguntas que les hacen sus hijos, ya sea por ignorancia o porque siguen considerando el tema como algo prohibido; --esto se agrava más aún ya que en las escuelas es tratado por personal docente que no cuenta con la suficiente preparación acerca del mismo, para impartirlo adecuadamente (Granadillo. Abstract 0142.IX

World Congress of Segology, 1989)

En el Congreso sobre Sexualidad Humana que se llevó a cabo en este país, quedó de manifiesto que el estudio de la sexualidad humana - no ha sido incluido en el currículum universitario, a pesar de que es necesario para la formación de todo profesionista y más aún de los relacionados con la docencia; asimismo, es necesario incluir - el tema de educación sexual desde la primaria y mejorar la formación de la población en general, a través de conferencias, cursos, talleres, etc. (Silva A. Sexual education- a necessity. Abstrac 0194. IX World Congress of Sexology, 1989).

COLOMBIA:

En 1968 el profesor Heli Alzate imparte el primer curso formal de sexualidad en la facultad de medicina de la Universidad de Caldas, experiencia que se repitió año con año hasta la creación de la -- cátedra en 1974 (Alzate, 1980 - 1981).

En 1970, el psicólogo Octavio Giraldo Neira imparte cursos sobre comportamiento sexual, en la Universidad del Valle, en la carrera de psicología hasta el año de 1979 en el que se extiende a las -- carreras de Educación, Biología, Trabajo Social, medicina, Ciencias de la educación y psiquiatría.

Para 1982 existían 12 profesores de sexología impartiendo clases en la Universidad de Colombia, en las carreras de Psicología, -- Medicinas, derecho y Ciencias Sociales (Giraldo meira, 1981).

Colombia es el país que ha alcanzado la mayor extensión en cuanto a educación sexual formal, y en cuanto a la incorporación de cursos de sexología a nivel universitario de todos los países - latinoamericanos (González, 1979).

Actualmente se estudia la conveniencia de iniciar lo que será el primer Programa Universitario de Post-Grado de Sexología en Latinoamerica.

BRASIL:

No se dispone de información suficiente sobre este país, se sabe de la existencia de cursos de sexualidad a nivel universitario, en universidades como Bahia. En 1977 se llevó a cabo un curso - sobre sexología impartido por el Dr. Isaac Charam, presidente de la sociedad brasileña de sexualidad fundada en 1978, quien más tarde presidiría el primer Congreso Brasileño de Sexualidad, --- efectuado en 1980 con sede en Río de Janeiro.

En febrero de 1982 fué organizado un curso internacional de sexología sobre "Terapia sexual y sexualidad femenina" (Flores Colom bina, 1986).

CHILE:

Este país pionero sobre Planificación Familiar en el Continente, ha realizado numerosos cursos latinoamericanos sobre reproducción humana y educación sexual, con la incorporación de estos temas a las carreras universitarias chilenas. Santiago y Viña del Mar -- fueron sede de la cuarta jornada Latinoamericana de Sexología y Primer Congreso Chileno en noviembre de 1968; ese mismo año se -- creó la Unidad de Sexología en la Facultad de Filosofía de la -- Universidad de Chile y una oficina coordinadora de investigaciones sexológicas.

Se realizaron varios cursos de sexualidad en los año de 1972 y 1973 eliminándose en 1974. En 1977 se imparten nuevamente cursos optativos de sexualidad en la Facultad de educación y Obstetricia (Baron, 1980).

En 1984. El profesor Octavio Giraldo Nefra es invitado por la Universidad de Chile, para impartir un curso a los profesionales de Medicina y Psicología, dicho curso trató sobre terapia sexual y tuvo una duración de 12 horas (Flores C., 1986).

PARAGUAY:

En este país, desde 1959, se imparten clases de Biología sexual en las licenciaturas de Filosofía, Pedagogía y Psicología de la Universidad Nacional, sin embargo, no se puede afirmar que estos cumplan con un criterio sexológico (Sisa, 1980).

En 1973, la Facultad de medicina se Asunción, imparte dos cursos: uno sobre sexología y otro sobre sexopatías en 1976, el actual presidente de la sociedad paraguaya de sexología clínica, incorporada a su cátedra de fisiología temas sobre "Respuesta Sexual Humana", con textos de Master y Johnson. En octubre de ese mismo año , en Asunción, se llevo a cabo el primer Seminario Latinoamericano de educación Sexual, organizado por el ministerio de salud pública, la oficina latinoamericana de educación sexual y el centro paraguayo de estudios de la población.

En 1974, Oscar Sapena Pastor organizó un simposio Internacional sobre sexología clínica. Con docentes Chilenos; en 1980 se efectuó con docentes Uruguayos (Sapena. 1980).

En 1982 este país es sede del primer Congreso Latinoamericano y del primero Congreso Paraguayo de Sexología y Educación sexual. Actualmente la sexología no se encuentra incluida como materia en el currículum universitario en términos formales (Flores C., 1986).

PERÚ:

En este país la facultad de Obstetricia de Lima desde 1982 cuenta con dos cursos sobre sexualidad humana y sexología. EN 1983, la facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, incluye en su cátedra de ginecología un curso sobre sexualidad humana, con 7 unidades temáticas y medio semestre de duración. En 1984 se funda la Sociedad peruana de Sexología (Flores C., 1986).

BOLIVIA:

En este país se sabe que no se cuenta con la instrucción formal - de sexología para médicos, los cursos que tiene implementados se reducen a una formación intensiva de 40 horas sobre sexualidad para enfermeras, comadronas y asistentes sociales (pasini, 1980).

No se han efectuado congresos ni conferencias, tampoco se sabe de la existencia de estudios realizados; los avances sobre el tema que nos ocupa han sido muy pobres.

URUGUAY:

En 1964 Uruguay es sede de las Segundas jornadas latinoamericanas - de sexología y en 1965, se funda la Sociedad Uruguaya de Sexología. En Febrero de 1966, en el Instituto Magisterial Superior se imparte el primer curso sobre educación sexual, más tarde en septiembre de ese mismo año se imparte el primer Curso Universitario de Educación Sexual en la universidad de la República. En 1978, 130 estudiantes y profesionales reciben un curso de tres meses para multiplicadores en Programas de educación sexual.

En 1980 Uruguay vuelve a ser sede de las Sextas jornadas Latinoamericanas y del Primer Congreso uruguayo de Sexualidad, en cuyo transcurso se imparten dos cursos: uno de sexología a nivel superior, impartido por ponentes argentinos, y otros audiovisuales de sexología a cargo de un instructor Chileno. De agosto a diciembre de ese mismo año se imparte el primer curso de postgrado de sexología para psicólogos en el Instituto de Filosofía, Ciencias y Letras.

De 1981 a 1982, la sociedad Uruguaya de Sexología organiza tres cuuros de sexología en montevideo. En diciembre de 1982, la cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de medicina, imparte un curso de sexualidad en la práctica médica con más de 200 alumnos.

Finalmente, en 1983 se crea una cátedra de sexualidad en el departamento de Psicología del Instituto de Filosofía, Ciencias y Educación a cargo del Dr. Andrés Flores Colombino, con duración de 36 horas, dirigido a graduados y estudiantes Universitarios (Flores C., 1983).

ECUADOR:

Actualmente este país cuenta con un programa de orientación para la sexualidad, en donde se capacita al psicólogo educativo para planificar y ejecutar programas de educación sexual, los objetivos son: conocer los fundamentos científicos de la sexualidad a través de sus aspectos bio-psico-socio-culturales; tender hacia un cambio positivo de actitudes y comportamientos sexuales de sí mismo y capacitarles para impartir educación sexual a los adolescentes. El programa contiene seis áreas de información 1.- Área pedagógica, diagnóstico de la educación nacional, currículum y objetivos de la Educación sexual 2.- Área Bibliográfica; determinación y diferencia sexual, sistemas sexuales del varón y la mujer en sus aspectos neuro-endócrinos, respuesta sexual y enfermedades de transmisión sexual. 3.-Área-psicológica; ontogénesis de la afectividad y sexualidad, adolescencia

y sus problemas sexuales 4.- Área sociocultural; ética y moral sexual, métodos de comunicación, variantes sexuales, disfunciones, padecimientos sexuales 5.- Área de investigación científica; planes y proyectos. 6.- Metodología y evaluación (Abstrac 0298, - Leon R. Antonio).

CENTROAMERICA.

COSTA RICA:

Fué el pionero de la región en este campo. Los primeros materiales educativos que no fueron traducidos de otros idiomas se eleboraron en este país. Costa Rica Logró Instituir un programa nacional de Educación sexual, sin embargo, la situación política que prevaleció posteriormente acabó con los avances logrados, ya que los programas se bloquean en su ejecución (Monroy de Velasco, 1985).

Para 1982, Costa Rica estaba intentando con gran dificultad reinstaurar el Programa de Sexualidad, estos esfuerzos fueron en su mayoría de asociaciones privadas (Ruano R., 1982).

HONDURAS Y EL SALVADOR:

No existe un programa Nacional de educación Sexual, las clínicas privadas de Planificación Familiar están impartiendo pláticas al respecto, principalmente a la población adulta (Monroy de Velasco, 1985).

PANAMA, GUATEMALA Y PUERTO RICO:

Desde 1979 tienen programas privados de educación sexual así como clínicas de anticoncepción, para adolescentes en general y madres-solteras en particular. En estos países se han realizado encuestas acerca del uso y conocimiento de métodos anticonceptivos y salud materno infantil, enfocados a la población entre los 15 y los 49.-años (Monroy de Velasco, 1985).

CUBA:

No se posee suficiente información de este país, sobre el tema que nos ocupa, sólo se sabe que desde hace varios años existen programas obligatorios sobre sexualidad en el sistema escolar.

MEXICO:

En México, actualmente existe un Programa Nacional de Educación - Sexual para ser impartido a partir del 5º grado de primaria y en los tres grados de secundaria; dicho programa, en un inicio contemplaba únicamente aspectos biológicos como eran genitalidad, -- funcionamiento del aparato reproductor, menstruación y embarazo, - pero posteriormente incorporó aspectos actitudinales y sociales - de la sexualidad, incluyendo roles sexuales, sin embargo, es un - programa que no se toma en cuenta en la mayoría de las escuelas - del país, bien sea porque las autoridades temen enfrentarse a actitudes reaccionarias por parte de los padres, o porque los maestros no están capacitados para impartir tales temas.

Para conocer de manera más amplia lo anteriormente expuesto, se - presenta una síntesis de los acontecimientos ocurridos en nuestro país, para que se imparta educación sexual.

Entre los antecedentes de la Educación sexual en México podemos - decir que las primeras acciones se dan desde 1916, cuando se lleva a cabo el primer Congreso Feminista de la República Mexicana - en Yucatán y con el trabajo más comentado que fué la "Monografía de la Mujer" de Hermilia Galindo, siendo gobernador el General -- Salvador Alvarado (Martínez, 1982).

Posteriormente, en ese mismo estado es elegido gobernador Carrillo Puerto y es en 1922 cuando Margarita Sanger publicó un folleto -- sobre la regulación de la fecundidad y métodos anticonceptivos con su apoyo.

En mayo de 1923 se llevó a cabo en la Ciudad de México el Congreso Panamericano de Mujeres, en donde se habló de control de la natalidad, el niño, el amor libre y los derechos políticos y sociales de la mujer mexicana (Monroy de Velasco, 1985).

En 1934, siendo titular de la Secretaría de Educación Pública el Lic. Narciso Bassols, se da a conocer el primer proyecto de Educación Sexual Formal a nivel nacional (Guariglia, 1979).

La incorporación de estos contenidos en la enseñanza surge como -- una necesidad frente a los grandes problemas de salud pública que afrontaba el país, y como respuesta al desconocimiento de la mayoría de la población, específicamente de la juventud, sobre aspectos de la sexualidad. El tema de educación sexual sirvió como punto de ataque de los grupos más conservadores para oponerse a la -- política gubernamental. Con la caída de Bassols, la educación -- sexual queda fuera del ámbito escolar; siendo apoyada su enseñanza por algunos maestros concientes.

Más tarde, 1959, se funda la Asociación Mexicana de Sexología que es la más antigua de México y la primera en América Latina. En -- 1969 la Asociación Pro-Salud Maternal, integra a sus cursos de -- Educación Familiar temas de Sexualidad. La Asociación Mexicana de Educación se funda en 1972 y se aboca principalmente a la formación de educadores sexuales (Monroy de Velasco, 1985).

En 1971 se crean las condiciones necesarias para implementar la reforma educativa en México, con la incorporación de los contenidos de educación sexual en las escuelas oficiales. Como se mencionó, en la época de Bassols, grupos conservadores ejercieron presión para que dichos programas no prosperaran, sin embargo, otros grupos se dieron a la tarea de defender el proyecto; y es en 1975 cuando se publican los libros de texto para primarias oficiales, en los que ya se incluyen contenidos de educación sexual. En el mismo año, los esfuerzos de llevar a cabo acciones de educación sexual se ven obstaculizados por diversas causas:

- A) La falta de programas curriculares para las diferentes disciplinas y niveles de acción.
- B) Falta de recursos humanos capacitados en el área.
- C) Carencia de material de apoyo didáctico acorde a nuestra idiom cincracia.
- D) El temor de implementar programas de este tipo a pesar de la aprobación oficial por parte de directivos de diferentes instituciones.
- E) Falta de investigación sobre comportamiento sexual de la población (Monroy de Velasco, 1985).

En 1979 se lleva a cabo el IV Congreso Mundial de Sexología en la Ciudad de México, donde se hizo la declaratoria internacional de los derechos humanos de la niñez y la juventud, mismo que a continuación se señalan:

- Esperar que la totalidad de su cuerpo sea respetado y no fraccionado en segmentos deseables y no deseables.
- Experimentar una educación en la familia y fuera de ella, adaptada a diferentes niveles y anticipándose a cada una de las etapas de su desarrollo, que sea proporcionada por conocedores de los procesos del desarrollo psico-sexual.

- Recibir educación de personal capacitado, conciente de su propia sexualidad y que cuente con los conocimientos básicos de la psicología del niño y el adolescente.
- Esperar que la sexualidad humana sea reconocida como parte integral de los aspectos bio-psico-sociales.
- Esperar que se logre la igualdad entre sexos.
- Esperar que su sexualidad sea apreciada y que contribuya a una vida satisfactoria.

Esta declaración ha sido presentada a varios países como Israel, Estados Unidos e Inglaterra (IV congreso Mundial de Sexología, 1979). En nuestro país ha servido como base para la formación de instituciones de educación sexual como son:

CONAPO, Consejo nacional de población. El cual es un organismo responsable de la población demográfica de nuestro país, elabora las políticas de población dirigidas a la natalidad, mortalidad y migración, a fin de buscar congruencia entre el desarrollo del país y dichas políticas, las cuales tienen como objetivo incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social. CONAPO realiza y promueve programas educativos sobre sexualidad, entre los cuales destaca el Programa Nacional de Educación Sexual, que se inició en el año de 1976. Desde entonces ha impartido 24 cursos y 69 seminarios de capacitación dirigidos a profesionales de diversas instituciones (Informe del Avance del programa de - Planificación Familiar 1981).

AMES, Asociación Mexicana de Educación sexual. Es una organización científica, no lucrativa, de servicio a la comunidad, fundada en 1972; tiene como objetivo principal promover la educación de la sexualidad a todos los niveles. ha formado 600 educadores sexuales en cursos de 170 horas, ha elaborado material didáctico y realizado investigaciones enfocadas a la mujer.

CORA, Centro de orientación para Adolescentes. Se funda en 1978 y tiene como tarea desarrollar acciones sobre sexualidad a diferentes grupos de la población entre 14 y 24 años. Ha organizado 69 - cursos dirigidos a profesionales del área e impartido 81 conferencias dirigidas a la población en general (Monroy de Velasco,1985)

CAPITULO III

ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD.

ACTITUDES.

Si bien la educación sexual es impartida por la familia y es producto de las creencias, valores, conocimientos y actitudes propias de la sociedad en que se vive, es fundamental señalar que las actitudes son un factor que se puede modificar y medir para conocer aspectos de la personalidad del individuo, para esto, es conveniente conocer las definiciones que del concepto de actitud brindan algunos autores conocedores del tema.

Para Thurstone (1928), es la cantidad de afecto a favor o en contra del objeto actitudinal. Y es un compuesto en el cual los elementos son las creencias y el valor afectivo del compuesto, es igual a valor afectivo promedio de los elementos que contienen tal compuesto. Cualquier alteración en la distribución produce cambios en la actitud, se puede realizar a través de la adopción de nuevas creencias, por el rechazo de cogniciones que se sostienen previamente. La información es el determinante básico de la actitud. La carga evaluativa más que su contenido cognitivo, es la que influye en el aspecto actitudinal del individuo. (Greenwald, 1968).

Allport (1935), identifica cuatro condiciones para la formación de actitudes: integración, diferenciación, experiencia traumática e imitación. La función que tienen las actitudes es la de clasificar y resumir la información; las actitudes permiten que las personas tengan creencias y respondan a clases de objetos, en vez de tener que responder en forma diferenciada a cada objetivo individual de su medio ambiente. Debido a que las actitudes tienen la función de economía cognitiva, con frecuencia serán resistentes a la influencia derivada de la experiencia directa con el objeto actitudinal (Greenwald, 1968).

Newcomb (1943), enfatiza la importancia del contexto interpersonal para mantener y cambiar actitudes. Cuando un individuo se hace de nuevos amigos que posean actitudes discrepantes de aquellas que sostiene previamente pero consistentes la nueva información, el individuo rápidamente deja las antiguas creencias y adopta las actitudes que sostienen sus nuevos conocidos. Asimismo, el autor señala que es tan importante la potencia de los grupos de referencia para el cambio de actitud, de todos los demás procesos psicológicos los considera subordinados. (Greenwald, 1968).

Sherif y Cantril (1947), consideraban que la primera y más importante base de adquisición de actitudes era la fase perceptual, dado que todas las actitudes son derivadas de la experiencia, por tanto, una actitud representa un juicio del individuo en una situación social. La exactitud o validez de las actitudes es, generalmente, un juicio inestructurado susceptible de influencia social. El individuo incorpora cualquier anclaje disponible, interno o externo que le proporcione estabilidad y coherencia a la situación de evaluación. Sherif y Cantril contribuye a la comprensión entre personalidad y resistencia a la persuasión. Las actitudes que forman parte del YO, serán muy resistentes al cambio. (Greenwald, 1968).

Smith (1949), al describir las actitudes, señala tres clases de características mensurables: 1) el componente afectivo, que incluye la dirección e intensidad de la actitud, que define en términos de la reacción del individuo hacia el objeto actitudinal como un todo, como en términos de la reacción a cada uno de los atributos específicos que el objeto puede poseer. 2) el componente cognitivo, que esta en el contexto informativo y la perspectiva temporal de la actitud. (Insko, 1967).

El contexto informativo incluye el conjunto de estereotipos, creencias y conocimiento de la persona, que posee en relación al objeto-actitudinal. La perspectiva temporal la identificó como el grado - en el cual la anticipación del futuro desarrollo del objeto actitudinal forma parte de la perspectiva presente que el individuo tiene de ese objeto. 3) la orientación del individuo o aspecto conativo de las actitudes, el cual describe el curso de acción que podría -- tener de acuerdo al objeto actitudinal (habilidad-pasividad).

Dood (1947), refiere que la actitud es una respuesta anticipatoria- o respuesta implícita antecedente, que es mediadora de las respuestas abiertas del individuo. (Insko, 1967).

Katz (1960) afirma que, las actitudes incluyen tanto la afectividad o centro de sentimientos de gusto o disgusto y lo cognitivo o - elementos de creencia que describen al objeto de actitud, sus carac- terísticas y sus relaciones con otros objetivos (Insko,1967).

FUNCION DE LAS ACTITUDES.

Una vez mostrado un panorama general de los conceptos que en torno- de las actitudes hay, es necesario que se hable de las funciones -- que estas tienen.

Las actitudes, en muchas ocasiones, sirven para satisfacer necesida- des importantes para la persona. el mantenimiento y modificación de las actitudes sociales cumplen cuatro funciones: adaptativas, expre- siones de valores, conocimiento y ego-defensa.

Adaptativa.- En el sentido que proporciona gratificaciones y elimina los castigos; en esta, el individuo adopta aquellas actitudes que le proporcionan aprobación y estima, evitando aquellas que le impiden la satisfacción de sus necesidades.

Expresión de valores.- A través de esta función, las actitudes confieren al individuo la satisfacción de valores personales (actitudes religiosas e ideológicas).

Conocimiento.- Esta función se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido y dotar de una estructura adecuada al Universo. De esta manera, las actitudes estructuran y dan significado a las experiencias.

Ego-defensa.- Función en la cual se proporciona protección al individuo, impidiendo el conocimiento de verdades básicas pero desagradables (muerte, guerra, enfermedad,etc..). Así se protege el sujeto contra tensiones y angustias.

El análisis de las funciones que cumplen las actitudes, tienen implicaciones importantes para el desarrollo y el cambio de las mismas. Las actitudes de un individuo son apoyadas, generalmente, por el grupo de pertenencia; en la medida en que el sujeto se encuentre motivado para identificarse con su grupo. se dará la posibilidad o imposibilidad de que sus actitudes cambien. Ya que esta es una de las principales fuentes de resistencia al cambio.

La personas adoptan actitudes variadas para enfrentar diferentes objetos actitudinales, bajo contextos sociales y culturales específicos. Considerando que el tema de la investigación versa sobre las actitudes hacia la sexualidad, se enfatizará sobre la formación de las mismas.

La familia como unidad social, influye en el desarrollo del niño, principalmente en los primeros años de vida, ya que en ellos se transmiten los valores, normas tradicionales y pautas de conductas sexual, que intervendrán en la forma de conseguir y practicar la sexualidad. Tanto en la sexualidad del adulto como en la sexualidad infantil, existen mitos y tabúes sociales que la han devaluado y restringido. Actualmente, el enfoque planteado por la psicología humanista, intenta fomentar el desarrollo integral de todas las áreas del sujeto, en el cual, la sexualidad recobre su valor y su espontaneidad.

Kilander (1973), menciona, "que la actitud hacia la sexualidad se refiere a la predisposición del individuo hacia un objeto sexual - que lo hace reaccionar en sentido positivo o negativo, independientemente de su situación social y cultural". Estas actitudes sexuales forman parte de un conjunto de conductas que incluyen los componentes cognitivo y afectivos. Asimismo, la cultura y el grupo social van a influir en el individuo para que éste actúe de acuerdo a normas y valores establecidos respecto al comportamiento sexual.

Fraizer(1947) menciona que la formación de actitudes sexuales en los individuos, dentro de una sociedad; van a estar influenciadas por:

- 1.- La familia como transmisora del prototipo de cultura,
- 2.- La cultura del grupo,
- 3.- La posición social de la familia,
- 4.- El grado de participación del individuo en el grupo, que determina la influencia que este ejerce sobre sus actitudes.
- 5.- La televisión las películas, revistas y otros medios de comunicación.

Aunado a lo anterior, la formación de la actitud recibe influencia de los conocimientos que sobre sexualidad tenga el individuo. La falta de una adecuada información sexual puede ocasionar que el conocimiento, que se obtiene respecto a temas sexuales, sea en forma errónea y que los individuos presenten actitudes desfavorables hacia la sexualidad.

Siecus (1971) señala que, durante la vida cotidiana en el hogar, la escuela y la comunidad, se imparte en buena dosis de educación sexual y se crean muchas actitudes. En lo que al hogar se refiere, los padres vuelcan a la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de las experiencias de su vida personal, transmiten los valores en términos de estas experiencias y de las situaciones que abordan la familia.

Las reacciones de los padres ante la sexualidad infantil, juegan un papel significativo, y a veces decisivo, para moldear la imagen de sí mismo. Se puede enseñar a los niños que la sexualidad puede expresarse a través de sus tres componentes: psicología, biología y social. La capacidad de los padres para transmitir sentimientos positivos respecto a la sexualidad, depende de las actitudes que estos muestren en relación con sus cuerpos y sus funciones.

ESTUDIOS REALIZADOS ACERCA DE ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD.

La sexualidad es un tema que a lo largo de la historia ha provocado gran controversia e inquietud, y que al mismo tiempo, ha repercutido en la forma de vida de los individuos de todo el mundo y en todas las épocas. A pesar de esto, no se le ha dado la importancia debida y se han pasado por alto muchos aspectos en los textos e investigaciones existentes, como son las actitudes con respecto al tema, en diversos sectores de la población. A continuación se mencionan algunos de los estudios realizados en México y sus hallazgos:

Saucedo Flores (1975) en un estudio realizado sobre actitudes -- del adolescente masculino respecto al sexo, observó que un 55 % de ellos afirmaron que si se casarían con una mujer vírgen. el 61 % consideró que la mujer debe tener la primera relación sexual antes del matrimonio, además, encontró un 42 % practicaban las relaciones preconyugales.

Cervantes nieto (1979), al efectuar un estudio cuyo propósito era conocer el manejo de la educación sexual y su repercusión en el individuo y en la sociedad, observó que existe aparentemente una libertad respecto a la sexualidad. Por otro lado Montoya P. (1980) estudió las actitudes acerca de la masturbación, dicho estudio lo realizó en adolescentes, encontrando que los hombres aceptan más la masturbación que las mujeres; en lo que se refiere al aborto encontró que tanto hombres como mujeres apoyan que es mejor éste que el nacimiento de hijos no deseados, no obstante, se oponen a la legalización del mismo, observándose un porcentaje más alto en las mujeres.

Varela T. (1980), elaboró escalas para la medición de actitudes, entre ellas se encuentran algunas relacionadas con la valoración de las relaciones extramatrimoniales, en sus aplicaciones encontró que el 81 % de las mujeres aceptan las ideas de que estas sean censuradas por igual en ambos miembros de las parejas, mientras que solo el 61 % de los varones las censuran y el 18% opinó en forma indecisa.

Sánchez O. Y Laureana R. (1981), correlacionaron actitudes y conocimientos en sectores universitarios, encontrando una alta correlación entre actitud hacia el sexo y conocimiento sexuales.

Magaña L. (1983), menciona que en una encuesta realizada por Vélez M. con alumnos de ambos sexos que asistían al Centro Médico de la UNAM, - se encontró que el 55% de las mujeres y el 75% de los varones estaban de acuerdo con las experiencias sexuales prematrimoniales, también se destacó que un 40% de las mujeres y un 96% de los varones practicaban la masturbación. Sin embargo, la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media superior, realizada en --- 1988 por CONAPO, reporta que el 52% de los hombres y el 72% de las mujeres, presentan una actitud favorable hacia la conservación de la -- virginidad, rechazando las relaciones prematrimoniales.

Como se puede observar, son pocos los estudios realizados en México, falta mucho por realizar para lograr actitudes positivas y sanas hacia la sexualidad.

Magaña (1983) refiere que precisamente en la educación sexual, donde surge la oportunidad para proporcionar actitudes sexuales más coherentes con la época y normas actuales de nuestra sociedad, ya que el comportamiento sexual es esencialmente el resultado de las actitudes --- hacia el sexo, las cuales a su vez son el resultado de la educación recibida.

A través de todo lo expuesto, es evidente que la educación sexual empieza en el seno familiar, pero a veces los padres transmiten los mismos errores por contar con vagos conocimientos sobre estos aspectos. Es así como se hace necesario reflexionar sobre la importancia de la familia y la escuela, para que el adolescente y el niño adquieran -- una actitud positiva hacia la sexualidad, para lo cual hay que proporcionarles una educación sexual adecuada, ya que a pesar de que -- existe un Programa Nacional de Educación Sexual, no se imparten ni - se cubren los objetivos propuestos.

Desafortunadamente la educación sexual en México y, en general en América Latina, es una necesidad que no ha recibido respuesta adecuada, ya sea por ignorancia, desconocimiento, prejuicio o quizás por una mala interpretación de lo que constituye la sexualidad, y por ende, la educación sexual. Concretamente, en nuestro país, la educación sexual resulta ser mínima y no abarca totalmente las necesidades que se demandan, específicamente por la población infantil, en la cual están depositadas las expectativas del México-futuro que requiere de hombres y mujeres con un adecuado desarrollo psicosexual.

C A P I T U L O IV.

M E T O D O .

METODO.

La investigación es un estudio de campo, dado que se realizó en el medio natural de los sujetos. Se utilizó un diseño cuasi -- experimental de dos muestras relacionadas, ya que los sujetos - que formaron la muestra, presentan relaciones de parentesco, -- por lo cual no fueron seleccionados aleatoriamente. El diseño- que se empleó se utiliza en investigaciones de antes-después, es decir, se hace un estudio de los sujetos antes de someterlos a alguna situación determinada y después de someterlos, para que- posteriormente se comparén los resultados encontrados.

Planteamiento del problema.

El propósito de la investigación consistió en encontrar: ¿ Cuál es el cambio que manifiesta en la actitud y el conocimiento sobre sexualidad en escolares de 5º grado de instrucción primaria y en sus padres, después de haber recibido respectivamente un - curso de educación sexual.

Hipótesis Nula.

Ho 1 No se manifiesta cambio favorable significativo en actitud y en conocimiento sobre sexualidad en escolar de 6º grado de instrucción primaria, después de haber recibido curso de educación -- sexual.

Ho 2 No se manifiesta cambio favorable significativo en acti - tud y en conocimiento sobre sexualidad en padres de familia de escolares de 6º grado de instrucción primaria, después de haber recibido un curso de educación sexual.

Hipótesis Alterna.

H_i 1 Al recibir un curso de educación sexual se manifiesta un cambio favorable significativo en actitud y conocimiento sobre sexualidad en escolares de 6º grado de instrucción primaria.

H_i 2 Al recibir un curso de educación sexual se manifiesta un cambio favorable significativo en actitud y conocimiento sobre sexualidad en padres de familia de escolares de 6º grado de instrucción primaria.

Sujetos.

La población que participó en la presente investigación estuvo integrada por 96 escolares que cursaban 6º grado de instrucción primaria en instituciones públicas, del turno matutino, ubicada en la zona sur de la Ciudad de México (Escuela "Pedro Loreto Ortega"), asimismo se trabajó con sus respectivos padres. Contándose únicamente con la asistencia de 45 de ellos.

Escenario.

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Primaria oficial "Pedro Loreto Ortega", ubicada en la Colonia Pedregal de San Nicolás Totolapan de la Delegación Tlalpan, siendo ésta una colonia semi-urbanizada y popular.

Las sesiones se desarrollaron en el aula de usos múltiples de dicha escuela, la cual cuenta con pupitres, pizarrón e instalaciones eléctricas.

Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes.

El cuestionario de conocimiento que se elaboró consta de 34 reactivos, para su elaboración nos apoyamos con los contenidos didácticos que se incluyen en el Curso de Educación Sexual (anexo 3). para elaborar los items de opción múltiple se consideró que el item de opción múltiple consta de un pie que puede ser una pregunta o un enunciado incompleto y varias opciones que proporcionen posibles soluciones, las que contendrán la respuestas de distracción cuya función es confundir a los participantes que no están seguros de la respuesta.

Existen varios procedimientos para elaborar reactivos de opción múltiple, como son: elaborar una pregunta y dar opciones de respuesta, comenzar con un enunciado incompleto y completarlo, o bien, el de respuesta óptima, en donde todas las opciones son parcialmente correctas pero una es claramente mejor a las demás. La opción de procedimiento que se utilizó fué la de respuesta correcta, considerando que fuera comprensible para los escolares participantes en la investigación.

Los items de opción múltiple contienen 4 opciones, naturalmente - un mayor número de opciones redujo la posibilidad de que el examinado diera con la respuesta correcta al azar. Se tomó como guía para la elaboración de items de opción múltiple las reglas mencionadas en el Libro Elaboración de Tests de Aprovechamiento de Gronlund (1987),

Los 34 reactivos que conformaron el instrumento de conocimiento fueron elegidos a través de análisis factorial, aplicada a un cuestionario piloto.

La escala de actitudes está constituida por 34 reactivos en escala Licker, misma que se obtuvo posteriormente a la aplicación de una prueba piloto, de la cual se seleccionaron los reactivos finales, a través de análisis factorial.

El método de suma de puntaje de Rensis Licker es una de las técnicas más utilizadas para medir actitudes; para la construcción de una escala de este tipo, se construye una serie de afirmaciones relativas a un objeto actitudinal, de tal manera que la mitad de las afirmaciones sean favorables al objetivo psicológico en cuestión y a la otra mitad sean afirmaciones favorables en relación a dicho objeto. El hecho de dividir las afirmaciones en dos mitades, una favorable y otra desfavorable se hacen con el fin de evitar ciertas inclinaciones de los sujetos a contestar con mayor frecuencia a una respuesta sin discriminar las demás opciones. Cada una de las afirmaciones se contesta sobre un continuo de favorabilidad-desfavorabilidad, que tiene 5 alternativas: completamente de acuerdo, acuerdo, indeciso, desacuerdo, completamente en desacuerdo. A cada una de las alternativas se les asigna un valor numérico de 1 a 5, correspondiendo a quien elabora la escala determinar en que sentido (positivo o negativo) serán distribuidos los valores más altos, entonces, se establece que cuanto más altos sean los puntajes obtenidos por el sujeto, más favorable será su actitud hacia el objeto actitudinal en cuestión, y cuanto menor sea el puntaje la actitud será más desfavorable.

MATERIAL.

El material que se utilizó en esta investigación fué el siguiente:

- Proyector de diapositivas
- Diapositivas sobre el tema de: **anatomía y fisiología de aparatos reproductores, menstruación, fecundación, embarazo y parto, métodos anticonceptivos.**
- Rotafolios.
- Hojas de Rotafolios
- Cartoncillos de presentación
- Cursos de sexualidad humana (anexo 3)
- Cuestionario de conocimientos y escalas de actitudes (anexo 6 y 7)
- Tarjetas blancas de 14 x 21 centímetros
- Muestrario de métodos anticonceptivos
- lápices
- diurex
- Cartas descriptivas (anexo 2)

Procedimiento.

El presente estudio incluye seis áreas de información sobre sexualidad: componentes de la sexualidad humana; **anatomía y fisiología de aparatos reproductores; cambios importantes de la pubertad; fecundación embarazo y parto; métodos anticonceptivos; enfermedades de transmisión sexual.**

Al inicio de la investigación se procedió a realizar un piloteo de -- los instrumentos y del curso programado, en una población constituida por 100 escolares de 6º grado de primaria y sus respectivos padres to dos ellos procedentes de dos escuelas primarias oficiales ubicadas -- dentro de la jurisdicción de Tlalpan; para lo cual se realizaron las entrevistas y solicitudes necesarias con los directores de las escuelas, a fin de obtener las autorizaciones correspondientes.

El cuestionario de conocimientos constaba originalmente de 44 reactivos y la escala de actitudes de 84 (ver anexos 4 y 5), mismos -- que se sometieron a un análisis factorial a través del cual se selecciónaron los reactivos con mayor fuerza de asociación, es decir todos aquellos puntajes mayores de .40, por lo que obtuvieron los reactivos más significativos y de los cuales se elaboraron los cuestionarios finales. Quedando el cuestionario de conocimientos con un total de 34 reactivos (anexo 6) y la escala de actitudes con un total de 34 reactivos (anexo 7).

Con lo que respecta al curso programado, no se realizaron modificaciones ni en tiempo, contenido ni técnicas didácticas.

Posteriormente, habiendo realizado los instrumentos validados, se - procedió a la aplicación final de nuestra investigación, entrevistando con el Director de la escuela "Pedro Loredo Ortega", a fin de exponerle el objetivo del estudio, entregandole el programa de educación sexual (anexo 1), solicitandole su colaboración y apoyo. Se convocó a una junta de padres de familia de los alumnos de 6º de -- instrucción primaria, con el propósito de informar el plan de trabajo que incluye la participación activa tanto de los escolares co de ellos mismos. En ésta reunión se les dió a conocer el programa y calendario de actividades, haciendo énfasis en la importancia de su asistencia, a fin de motivar su colaboración en la investigación.

En la primer sesión. antes de iniciar con los temas previstos en las cartas descriptivas (anexo 2), se aplicó a los participantes tanto - un pretest de conocimientos como pretest de actitudes sobre sexualidad. Se trabajó con los escolares de las 11:00 hrs . a las 13:00 hrs. y con los padres de familia de las 08:30 a las 10:30 hrs., durante -- tres sesiones que se efectuaron los días miércoles, jueves y viernes.

Durante la primera sesión se habló sobre los componentes de la sexualidad y de la anatomía y fisiología de los aparatos reproductores. En la segunda sesión, los temas tratados fueron cambios importantes en la adolescencia, fecundación, embarazo y -- parto. En la tercera sesión se abordaron los temas de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Al término de la tercera sesión se aplicó a los participantes un postest de conocimientos y un postest de actitudes sobre sexualidad. Se agradeció la participación de los sujetos y se dió -- por concluido el curso de educación sexual.

Una vez obtenidos los resultados de los instrumentos aplicados, se agruparon de la siguiente manera:

E S C O L A R E S

C O N O C I M I E N T O S

A C T I T U D E S

PRETEST POSTTEST

PRETEST POSTTEST

P A D R E S

C O N O C I M I E N T O S

A C T I T U D E S

PRETEST POSTTEST

PRETEST POSTTEST

Obteniendo un total de 8 aplicaciones del grupo de escolares y padres, en los cuales existía correspondencia en número progresivo del escolar y su parente, cabe mencionar que para la aplicación del pretest, el grupo de escolares y estaba conformado -- por 96 sujetos, reduciéndose en el postest por cuestiones de inasistencia a 77 sujetos; por su parte, el grupo de padres de familia en la aplicación del pretest estaba integrada por 45 -

sujetos, reduciéndose por el mismo motivo en el postest a 28 -- sujetos. los resultados se sometieron a un análisis estadístico y frecuencias que se utilizaron para comparar las medidas de -- tendencia central y de dispersión (media, varianza, desivación- y error Standar), así como las puntuaciones obtenidas por reactivo de cada uno de los sujetos. posteriormente, para el rechazo de la hipótesis nula se aplicó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, para muestras grandes que se --- utilizada en la estadística no paramétrica en el caso de dos -- muestras relacionadas. A través de ésta prueba se puede saber- cual de los dos miembros de un par es "mayor" indicando el sig no de la diferencia en cualquier par y clasifica la diferencia por orden de tamaño absoluto, es decir, puede hacer el juicio - de "mayor que" entre las ejecuciones de cualquier par. (Siegel, 1990).

Con el objeto de contar con un mayor soporte estadístico para el rechazo de la hipótesis nula, también se aplicó la "T" de -- Student, que es la prueba utilizada en la estadística paramétrica.

C A P I T U L O V.

R E S U L T A D O S.

RESULTADOS.

Para obtención de los resultados de esta investigación se aplicó el paquete estadístico "SISTAT", este paquete permitió elaborar un estudio descriptivo de los resultados al proporcionar las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (error standar, desviación standar y varianza) así como frecuencias por reactivos.

El mismo procedimiento se realizó para las aplicaciones del pretest y postest de la escala de actitudes y del cuestionario de conocimientos, tanto de los padres como de los escolares. De esta manera se logró realizar una comparación intragrupos para observar el nivel de conocimientos que presentaban los escolares y los padres de familia sobre sexualidad, así como la actitud que mostraban antes de recibir un curso de educación sexual vs. después de haber recibido la información correspondiente. Del mismo modo se pudo realizar una comparación intergrupos para observar en qué sujetos se daba mayor incremento de conocimientos, así como para observar en qué grupo se manifestaba cambio de actitud.

Una vez realizadas las comparaciones antes mencionadas, se procedió a observar de una forma más particular el impacto que tuvo el curso de educación sexual sobre cada pareja de sujetos, es decir, en cada sujeto escolar con su respectivo parente de familia, lo cual solo se pudo realizar con 28 parejas de sujetos, dado que únicamente se contó con la participación continua de 28 padres de familia, de los cuales también se tomaron para este motivo los resultados de sus correspondientes hijos.

RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del PRETEST DE CONOCIMIENTO (anexo 6) en la cual participaron 96 sujetos escolares y 45 sujetos padres de familia, encontrándose los siguientes porcentajes en cada uno de los reactivos.

REACTIVO 1.

El embarazo comprende desde la fecundación hasta el nacimiento.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	45.8 %	62.2 %
INCORRECTA	54.2 %	37.8 %

REACTIVO 2.

La eyaculación es la salida del semen a través del pene.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	37.5 %	68.9 %
INCORRECTA	62.6 %	31.1 %

REACTIVO 3.

SEXO: son las características anatomofisiológicas que diferencia a un hombre de una mujer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	82.3 %	73.3 %
INCORRECTA	17.7 %	26.7 %

REACTIVO 4.

La primera menstruación se presenta entre los 11 y los 15 años.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	47.9 %	77.8 %
INCORRECTA.	52.1 %	22.2 %

REACTIVO 5.

La bolsa escrotal mantiene a los testículos a temperaturas adecuadas para producir espermatozoides.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	30.2 %	22.2 %
INCORRECTA	69.8 %	77.8 %

REACTIVO 6.

El embarazo se produce por la unión de óvulo y espermatozolde.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	39.6 %	51.1 %
INCORRECTA	60.4 %	48.9 %

REACTIVO 7.

El semen está constituido por los espermatozoides y por líquidos que aportan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	21.9 %	15.6 %
INCORRECTA	78.1 %	84.4 %

REACTIVO 8.

El condón es un método anticonceptivo que puede emplear el hombre.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	47.9 %	73.3 %
INCORRECTA	52.1 %	84.4 %

REACTIVO 9.

El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, que presentan con mayor frecuencia los homosexuales.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	77.1 %	84.4 %
INCORRECTA	22.9 %	15.6 %

REACTIVO. 10.

La menstruación se presenta cada 28 días.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	81.2 %	93.3 %
INCORRECTA	18.8 %	6.7 %

REACTIVO 11.

La masturbación es la manipulación intencional de los genitales.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	38.5 %	64.4 %
INCORRECTA	68.5 %	35.6 %

REACTIVO 12.

Es falso que la masturbación afecta al organismo.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	27.1 %	24.4 %
INCORRECTA	72.9 %	75.6 %

REACTIVO 13.

La salpingooclásia es la cirugía que se realiza en la mujer como método anticonceptivo.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	17.7 %	60.0 %
INCORRECTO	82.3 %	40.0 %

REACTIVO 14.

La menstruación es la salida de la sangre por la vagina.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	70.8 %	66.7 %
INCORRECTA	29.2 %	33.3 %

REACTIVO 15.

La vasectomía es un método anticonceptivo para el hombre.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	4.2 %	66.7 %
INCORRECTA	95.8 %	33.3 %

REACTIVO 16.

La disminución en el nivel hormonal ocasiona cambios emocionales en la mujer después del parto.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	9.4 %	35.6 %
INCORRECTA	90.6 %	64.4 %

REACTIVO 17.

El óvulo es la célula sexual femenina.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	60.4 %	44.4 %
INCORRECTA	39.6 %	55.6 %

REACTIVO 18.

La mujer embarazada sufre cambios en su cuerpo y en sus emociones.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	42.7 %	73.3 %
INCORRECTA	57.3 %	26.7 %

REACTIVO 19.

La sexualidad esta compuesta de aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	25.0 %	26.7 %
INCORRECTA	75.0 %	73.3 %

REACTIVO 20.

Los óvulos se producen en los ovarios.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	65.6 %	77.8 %
INCORRECTA	34.4 %	22.2 %

REACTIVO 21

El coito interrumpido consiste en retirar el pene de la vagina antes de presentarse la eyaculación.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	25.0 %	62.2 %
INCORRECTA	75.0 %	37.8 %

REACTIVO 22.

La identidad sexual es el componente psicológico más importante de la sexualidad.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	47.9 %	28.9 %
INCORRECTA	52.1 %	71.1 %

REACTIVO 23.

El dispositivo intrauterino se coloca en la matriz.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	11.5 %	46.7 %
INCORRECTA	88.5 %	53.3 %

REACTIVO 24.

La escabiosis o pediculosis del pubis es una enfermedad sexual causada por parásitos que invaden la región genital.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	22.9 %	28.9 %
INCORRECTA	77.1 %	71.1 %

REACTIVO 25.

Al momento en que el feto maduro es expulsado al exterior se conoce como parto o nacimiento.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	50.0 %	55.6 %
INCORRECTA	50.0 %	44.4 %

REACTIVO 26.

La sifilis es una enfermedad venérea que produce parásitos general.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	7.3 %	31.1 %
INCORRECTA	92.7 %	68.9 %

REACTIVO 27.

La mujer embarazada sufre cambios en su cuerpo y en sus emociones.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	47.9 %	71.1 %
INCORRECTA	52.1 %	28.9 %

REACTIVO 28

Los hormonales orales son métodos anticonceptivos que se toman diariamente.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	15.6 %	42.2 %
INCORRECTA	84.4 %	57.8 %

REACTIVO 29.

Una mujer embarazada que toma bebidas alcohólicas y fuma, ocasiona en su bebé bajo peso y tamaño.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	27.1 %	26.7 %
INCORRECTA	12.9 %	73.3 %

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

REACTIVO 30.

El ritmo es un método anticonceptivo que se lleve a cabo de acuerdo a los días fértilles de la mujer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	18.8 %	57.8 %
INCORRECTA	81.3 %	42.2 %

REACTIVO 31.

Diarrea, fiebres y sudoración excesiva son síntomas del SIDA.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	19.8 %	60.0 %
INCORRECTA	80.2 %	40.0 %

REACTIVO 32.

La masturbación es la manipulación de los genitales con el fin de obtener placer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	25.0 %	57.8 %
INCORRECTA	75.0 %	42.2 %

REACTIVO 33.

Durante la menstruación se puede realizar las actividades cotidianas.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	46.9 %	73.3 %
INCORRECTA	53.1 %	26.7 %

REACTIVO 34.

Los antojos son síntoma psicológico del embarazo.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTAS	31.2 %	11.1 %
INCORRECTAS	68.8 %	88.9 %

En la aplicación del POSTEST DE CONOCIMIENTO participaron 77 sujetos escolares y 28 sujetos padres de familia, encontrándose en cada reactivo los siguientes porcentajes:

REACTIVO 1.

El embarazo comprende desde la fecundación hasta el nacimiento.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	67.5 %	57.1 %
INCORRECTA	32.5 %	42.9 %

REACTIVO 2.

La eyaculación es la salida del semen a través del pene.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	85.7 %	89.3 %
INCORRECTA	14.3 %	10.7 %

REACTIVO 3.

Sexo: son las características anatomo-fisiológicas que diferencian a un hombre de una mujer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	92.2 %	100 %
INCORRECTA	7.8 %	0.0 %

REACTIVO 4.

La primera menstruación se presenta en los 11 y los 15 años.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA.	74.0 %	67.9 %
INCORRECTOS	26.0 %	32.1 %

REACTIVO 5.

La bolsa escrotal mantiene los testículos a temperatura adecuada para producir espermatozoides.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	35.5 %	82.1 %
INCORRECTA	64.9 %	17.9 %

REACTIVO 6.

El embarazo se produce por la unión de óvulo y espermatozoide.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	41.6 %	53.6 %
INCORRECTA	58.4 %	46.4 %

REACTIVO 7.

El semen esta constituido por los espermatozoides y por líquidos que aportan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	35.1 %	57.1 %
INCORRECTA	64.9 %	42.9 %

REACTIVO 8.

El condón es un método anticonceptivo que puede emplear el hombre.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	93.5 %	100 %
INCORRECTA	6.5 %	0.0 %

REACTIVO 9.

EL SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que presentan con mayor frecuencia los homosexuales.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	92.2 %	89.3 %
INCORRECTAS	7.8 %	10.7 %

REACTIVO 10.

La menstruación se presenta cada 28 días.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	94.8 %	100 %
INCORRECTA	5.2 %	0.0 %

REACTIVO 11.

La masturbación es la manipulación intencional de los genitales.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	84.4 %	85.7 %
INCORRECTA	15.6 %	14.3 %

REACTIVO 12.

Es falso que la masturbación afecta al organismo.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	67.5 %	78.6 %
INCORRECTA	32.5 %	21.4 %

REACTIVO 13.

La salpingooclásia es la cirugía que se realiza a las mujeres como método antoconceptivo.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	44.2 %	92.9 %
INCORRECTA	55.8 %	7.1 %

REACTIVO 14.

La menstruación es la salida de sangre por la vagina.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	92.2 %	96.4 %
INCORRECTAS	7.8 %	3.6 %

REACTIVO 15.

La vasectomía es un método anticonceptivo para el hombre.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	61.0 %	96.4 %
INCORRECTA	39.0 %	3.6 %

REACTIVO 16.

La disminución del nivel hormonal ocasiona cambios emocionales en la mujer después del parto.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	10.4 %	75.0 %
INCORRECTA	89.6 %	25.0 %

REACTIVO 17.

El óvulo es la célula sexual femenina.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	72.7 %	53.6 %
INCORRECTA	27.3 %	46.4 %

REACTIVO 18.

La mujer embarazada sufre cambios en su cuerpo y en sus emociones.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	61.0 %	92.9 %
INCORRECTA	39.0 %	7.1 %

REACTIVO 19.

La sexualidad esta compuesta de aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	83.1 %	71.4 %
INCORRECTAS	16.9 %	28.6 %

REACTIVO 20.

Los óvulos se producen en los ovarios.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	70.1 %	89.3 %
INCORRECTA	29.9 %	10.7 %

REACTIVO 21.

El coito interrumpido consiste en retirar el pene de la vagina antes de presentarse la eyaculación.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	67.5 %	85.7 %
INCORRECTA	32.5 %	14.3 %

REACTIVO 22.

La identidad sexual es el componente psicológico más importante de la sexualidad.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	67.5 %	64.3 %
INCORRECTA	32.5 %	35.7 %

REACTIVO 23.

El dispositivo intrauterino se coloca en la matriz.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	72.7 %	85.7%
INCORRECTA	27.3 %	14.3 %

REACTIVO 24.

La escabiosis o pediculosis del pubis es una enfermedad sexual causada por parásitos que invaden la región genital.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	71.4 %	57.1 %
INCORRECTA	28.6 %	42.9 %

REACTIVO 25.

Al momento en que el feto maduro es expulsado al exterior se le conoce como parto o nacimiento.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	72.7 %	57.1 %
INCORRECTA	27.3 %	42.9 %

REACTIVO 26.

La sifilis es una enfermedad venérea que produce parálisis general.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	51.9 %	60.7 %
INCORRECTA	48.1 %	39.3 %

REACTIVO 27.

La mujer embarazada sufre cambios en su cuerpo y en sus emociones.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	59.7 %	82.1 %
INCORRECTA	40.3 %	17.9 %

REACTIVO 28.

Los hormonales orales son un método anticonceptivo que se toma diariamente.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	90.9 %	82.1 %
INCORRECTA	9.1 %	17.9 %

REACTIVO 29.

Una mujer embarazada que toma bebidas alcohólicas y fuma ocasionalmente su bebé bajo peso y tamaño.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	67.5 %	89.3 %
INCORRECTA	32.5 %	10.7 %

REACTIVO 30.

El ritmo es un método que se lleva a cabo de acuerdo a los días fértilles de la mujer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	76.6 %	96.4 %
INCORRECTA	23.4 %	3.6 %

REACTIVO 31.

Diarreas, fiebres y sudoraciones excesivas son síntomas del SIDA.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	97.4 %	96.4 %
INCORRECTA	2.6 %	3.6 %

REACTIVO 32.

La masturbación es la manipulación de los genitales con el fin de obtener placer.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	77.9 %	82.1 %
INCORRECTA	22.1 %	17.9 %

REACTIVO 33.

Durante la menstruación se pueden realizar las actividades cotidianas.

	ESCOLARES	PADRES
CORRECTA	80.5 %	100 %
INCORRECTA	19.5 %	0.0 %

REACTIVO 34.

Los antojos son un síntoma psicológico del embarazo.

	ESCOLARES	PADRES.
CORRECTA	37.7. %	28.6 %
INCORRECTA	62.2 %	71.4 %

En la aplicación del PRETEST DE ACTITUDES (vease anexo 7) participaron 96 sujetos escolares y 45 sujetos padres de familia, encontrándose en cada reactivo las siguientes medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

REACTIVO 1.

Solo los homosexuales padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.689	2.781
Varianza	2.268	1.794
D.Standar	1.621	1.339
E.Standar	0.242	0.037

REACTIVO 2.

El masturbarse no causa daño al organismo.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.867	3.104
Varianza	3.118	2.052
D.Standar	1.766	1.433
E.Standar	0.263	0.146

REACTIVO 3.

El embarazo es una función normal del organismo de la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.422	4.313
Varianza	1.295	1.459
D.Standar	1.138	1.208
E.Standar	0.170	0.123

REACTIVO 4.

En la escuela se debe dar información completa sobre métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.089	3.833
Varianza	2.037	1.530
D.Standar	1.427	1.237
E.Standar	0.213	0.126

REACTIVO 5.

Nunca comentaría que he tenido una enfermedad venérea.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.867	3.115
Varianza	2.936	1.913
D.Standar	1.714	1.383
E.Standar	0.255	0.141

REACTIVO 6.

El embarazo es la etapa más importante en la vida de una mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	1.600	1.927
Varianza	0.882	1.247
D.Standar	0.939	1.117
E.Standar	0.140	0.114

REACTIVO 7.

Se debe prohibir la información de métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.867	3.625
Varianza	2.664	1.563
D.Standar	1.632	1.250
E.Standar	0.243	0.128

REACTIVO 8.

La mejor manera para prevenir el embarazo es usar métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.822	3.740
Varianza	2.786	1.921
D.Standar	1.669	1.386
E.Standar	0.249	0.141

REACTIVO 9.

Se debe rechazar a las personas con SIDA.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.844	2.521
Varianza	2.634	2.189
D.Standar	1.623	1.480
E.Standar	0.242	0.151

REACTIVO 10.

Los padres deben tener información sobre métodos anticonceptivos para transmitirla a sus hijos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.200	3.917
Varianza	1.527	1.404
D.Standar	1.236	1.185
E.Standar	0.184	0.121

REACTIVO 11.

Los casados son los únicos que deben tener relaciones sexuales.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.711	1.875
Varianza	2.210	1.963
D.Standar	1.487	1.401
E.Standar	1.222	0.143

REACTIVO 12.

El embarazo es una enfermedad.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.111	4.458
Varianza	1.692	0.946
D.Standar	1.301	0.972
E.Standar	0.194	0.099

REACTIVO 13.

Se debe rechazar a los que padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS.
Media	2.622	2.948
Varianza	2.513	2.260
D.standar	1.585	1.503
E.Standar	0.236	0.153

REACTIVO 14.

Es preferible tener muchos hijos a usar métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.800	3.656
Varianza	2.982	1.786
D.standar	1.727	1.336
E.Standar	0.257	0.136

REACTIVO 15.

Los padres deben aceptar que sus hijos se masturben.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.333	2.073
Varianza	1.955	1.816
D.Standar	1.398	1.347
E.Standar	0.208	0.138

REACTIVO 16.

El niño aprende a comportarse como hombre a través de la familia.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.867	3.917
Varianza	2.209	1.446
D.Standar	1.486	1.202
E.Standar	0.222	0.123

REACTIVO 17.

Las relaciones sexuales son prohibidas antes del matrimonio.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.889	2.781
Varianza	2.419	2.383
D.Standar	1.555	1.544
E.standar	0.232	0.158

REACTIVO 18

Nunca utilizaré métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.244	3.052
Varianza	3.371	1.145
D.Standar	1.836	1.070
E.standar	0.274	0.109

REACTIVO 19.

Los métodos anticonceptivos son inseguros.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.911	2.927
Varianza	2.401	1.226
D.Standar	1.550	1.107
E.Standar	0.231	0.113

REACTIVO 20.

Acepto la masturbación como algo normal.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.800	3.271
Varianza	2.845	2.221
D. Standar	1.687	1.490
E. Standar	0.251	0.152

REACTIVO 21.

La menstruación es un proceso desagradable.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.844	3.552
Varianza	3.089	1.618
D. Standar	1.758	1.272
E. Standar	0.262	0.130

REACTIVO 22.

Solo las prostitutas padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.533	2.844
Varianza	2.513	1.986
D. Standar	1.604	1.409
E. Standar	0.239	0.144

REACTIVO 23.

Los niños pueden hablar de aspectos sexuales con sus padres.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.289	4.094
Varianza	1.259	1.328
D. Standar	1.121	1.152
E. Standar	0.167	0.118

REACTIVO 24.

Las mujeres también pueden masturarse.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.969	2.978
Varianza	2.136	2.886
D. Standar	1.461	1.699
E. Standar	0.149	0.253

REACTIVO 25.

Las niñas aprenden a comportarse como mujer a través de la familia.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.958	3.911
Varianza	1.451	1.901
D.Standar	1.205	1.379
E.Standar	0.123	0.206

REACTIVO 26.

Si el niño realiza quehaceres domésticos se puede convertir en homosexual.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.289	4.021
Varianza	1.392	1.557
D.Standar	1.180	1.248
E.Standar	0.176	0.127

REACTIVO 27.

La masturbación es algo prohibido.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.600	3.271
Varianza	3.518	2.221
D.Standar	1.876	1.490
E.Standar	0.280	0.152

REACTIVO 28.

Es conveniente tener información sobre enfermedades de transmisión sexual para saber como prevenirlas.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.467	4.458
Varianza	1.255	0.777
D.Standar	1.120	0.882
E.Standar	0.167	0.090

REACTIVO 29.

La masturbación es normal a cualquier edad.

	PADRES	NIÑOS.
Media	2.822	2.875
Varianza	3.013	1.500
D.Standar	1.736	1.225
E.Standar	0.259	0.125

REACTIVO 30.

Solo las mujeres casadas pueden tener hijos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.511	2.990
Varianza	1.983	2.137
D. Standar	1.408	1.462
E. Standar	0.210	0.149

REACTIVO 31.

El embarazo es la realización de la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	1.956	2.195
Varianza	1.725	1.466
D. Standar	1.313	1.211
E. Standar	0.196	0.124

REACTIVO 32.

La menstruación es una función normal en la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.267	4.510
Varianza	2.018	0.695
D. Standar	1.421	0.833
E. Standar	0.212	0.085

REACTIVO 33.

Es aconsejable que los hijos pidan información sobre métodos anti-conceptivos a sus padres.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.178	4.042
Varianza	1.195	1.156
D. Standar	1.093	1.075
E. Standar	0.163	0.110

REACTIVO 34.

La menstruación impide que se realicen actividades deportivas.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.844	3.365
Varianza	2.043	1.455
D. Standar	1.429	1.206
E. Standar	0.213	0.123

En la aplicación del POSTEST DE ACTITUDES participaron 28 sujetos padres de familia y 77 sujetos escolares, encontrándose en cada - reactivos las siguientes medidas de tendencia central y medida de dispersión:

REACTIVO 1.

Sólo los homosexuales padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.107	3.299
Varianza	1.657	1.896
D.Standar	1.286	1.377
E.Standar	0.243	0.157

REACTIVO 2.

El masturbarse no causa daño al organismo.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.821	3.844
Varianza	2.745	1.607
D.Standar	1.657	1.268
E.Standar	0.313	0.144

REACTIVO 3.

El embarazo es una función normal en el organismo de la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Medio	4.679	4.338
Varianza	0.448	0.806
D.Standar	0.670	0.898
E.standar	0.127	0.102

REACTIVO 4.

En la escuela se debe dar información completa sobre métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.536	4.195
Varianza	0.322	0.843
D.Standar	0.576	0.918
E.Standar	0.109	0.105

REACTIVO 5.

Nunca comentaría que he tenido una enfermedad venérea.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.536	3.727
Varianza	2.184	1.069
D.Standar	1.478	1.034
E.Standar	0.279	0.118

REACTIVO 6.

El embarazo es la etapa más importante en la vida de una mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	1.786	1.896
Varianza	0.841	1.121
D.Standar	0.917	1.059
E.Standar	0.173	0.121

REACTIVO 7.

Se debe prohibir la información de métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.036	4.247
Varianza	2.110	1.057
D.Standar	1.453	1.028
E.Standar		

REACTIVO 8.

La mejor manera para prevenir un embarazo es usar métodos anti-conceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.500	4.091
Varianza	0.704	1.531
D.Standar	0.839	1.237
E.Standar	0.159	0.141

REACTIVO 9.

Se debe rechazar a las personas con SIDA.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.071	2.740
Varianza	2.513	1.800
D.Standar	1.585	1.342
E.Standar	0.300	0.153

REACTIVO 10.

Los padres deben tener información sobre métodos anticonceptivos para transmitirla a sus hijos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.642	4.338
Varianza	0.238	0.753
D. Standar	0.488	0.868
E. Standar	0.092	0.099

REACTIVO 11.

Los casados son los únicos que pueden tener relaciones sexuales.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.321	2.169
Varianza	2.152	1.826
D. Standar	1.467	1.352
E. Standar	0.277	0.154

REACTIVO 12.

El embarazo es una enfermedad.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.464	4.403
Varianza	0.702	0.875
D. Standar	0.868	0.936
E. Standar	0.158	0.107

REACTIVO 13.

Se debe rechazar a los que padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.464	3.182
Varianza	2.036	1.440
D. Standar	1.427	1.200
E. Standar	0.270	0.137

REACTIVO 14.

Es preferible tener muchos hijos a usar métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS.
Media	3.786	3.701
Varianza	2.397	1.689
D. Standar	1.548	1.298
E. Standar	0.293	0.148

REACTIVO 15.

Los padres debe aceptar que sus hijos se masturben.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.071	3.130
Varianza	2.439	1.562
D.Standar	1.562	1.250
E.Standar	0.295	0.142

REACTIVO 16.

El niño aprende a comportarse como hombre a través de la familia.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.286	3.987
Varianza	0.656	1.381
D.Standar	0.810	1.175
E.Standar	0.153	0.134

REACTIVO 17.

Las relaciones sexuales son prohibidas antes del matrimonio.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.250	2.636
Varianza	3.157	1.971
D.Standar	1.777	1.404
E.Standar	0.336	0.160

REACTIVO 18.

Nunca utilizaré métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.679	3.494
Varianza	2.671	1.516
D.Standar	1.634	1.231
E.Standar	0.309	0.140

REACTIVO 19.

Los métodos anticonceptivos son inseguros.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.036	3.455
Varianza	2.110	1.488
D.standar	1.453	1.220
E.standar	0.274	0.139

REACTIVO 20.

Acepto la masturbación como algo normal.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.679	4.026
Varianza	2.078	1.236
D.Standar	1.442	1.112
E.Standar	0.272	0.127

REACTIVO 21

La menstruación es un proceso desagradable.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.679	3.455
Varianza	2.152	1.646
D.Standar	1.467	1.283
E.Standar	0.225	0.153

REACTIVO 22.

Sólo las prostitutas padecen enfermedades venéreas.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.179	3.403
Varianza	1.411	1.796
D.Standar	1.188	1.340
E.Standar	0.225	0.153

REACTIVO 23.

Los niños pueden hablar de aspectos sexuales con sus padres.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.429	4.195
Varianza	0.995	0.869
D.Standar	0.997	0.932
E.Standar	0.188	0.106

REACTIVO 24.

Las mujeres también pueden masturarse.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.107	3.844
Varianza	2.025	1.344
D.Standar	1.423	1.159
E.Standar	0.269	0.132

REACTIVO 25.

La niña aprende a comportarse como mujer a través de la familia.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.250	4.091
Varianza	0.935	1.347
D.Standar	0.967	1.161
E.Standar	0.183	0.132

REACTIVO 26.

Si el niño realiza quehaceres domésticos se puede convertir en homosexual.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.536	3.844
Varianza	0.999	1.949
D.Standar	0.999	1.396
E.Standar	0.189	0.159

REACTIVO 27.

La masturbación es algo prohibido.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.000	3.792
Varianza	1.704	1.430
D.Standar	1.305	1.196
E.Standar	0.247	0.136

REACTIVO 28.

Es conveniente tener información sobre enfermedades de transmisión sexual para saber como prevenirlas.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.036	4.364
Varianza	2.480	1.077
D.Standar	1.575	1.038
E.Standar	0.298	0.118

REACTIVO 29.

La masturbación es normal a cualquier edad.

	PADRES	NIÑOS
Média	3.071	3.506
Varianza	2.143	2.043
D.Standar	1.464	1.429
E.standar	0.277	0.163

REACTIVO 30.

Solo las mujeres casadas pueden tener hijos.

	PADRES	NIÑOS
Media	3.643	2.857
Varianza	2.312	1.940
D.Standar	1.521	1.393
E.Standar	0.287	0.159

REACTIVO 31.

El embarazo es la realización de la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	2.214	2.299
Varianza	1.804	1.528
D.Standar	1.343	1.236
E.Standar	0.254	0.141

REACTIVO 32.

La menstruación es una función normal en la mujer.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.500	4.506
Varianza	1.000	0.727
D.Standar	1.000	0.853
E.Standar	0.189	0.835

REACTIVO 33.

Es aconsejable que los hijos pidan información sobre métodos anticonceptivos.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.464	4.169
Varianza	0.999	0.695
D.Standar	0.999	0.834
E.Standar	0.189	0.095

REACTIVO 34.

La menstruación impide que se realicen actividades deportivas.

	PADRES	NIÑOS
Media	4.071	4.026
Varianza	2.143	1.578
D.Standar	1.464	1.256
E.Standar	0.277	0.143

TABLA 1

En la aplicación del PRETEST Y POSTEST DE CONOCIMIENTOS se encontraron las siguientes FRECUENCIAS:

Número reactivo	tipo de respuesta	NIÑOS		PADRES	
		PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
1	correcta	45.8 %	67.5 %	62.2 %	57.1 %
	incorrecta	54.2 %	32.5 %	37.8 %	42.9 %
2	correcta	37.5 %	85.7 %	68.9 %	89.3 %
	incorrecta	62.5 %	14.3 %	31.1 %	10.7 %
3	correcta	82.3 %	92.2 %	73.3 %	100.0 %
	incorrecta	17.7 %	7.8 %	26.7 %	0.0 %
4	correcta	47.9 %	74.0 %	77.8 %	67.9 %
	incorrecta	52.1 %	26.0 %	22.2 %	32.1 %
5	correcta	30.2 %	35.1 %	22.2 %	82.1 %
	incorrecta	69.8 %	64.9 %	77.8 %	17.9 %
6	correcta	39.6 %	41.6 %	51.1 %	53.6 %
	incorrecta	60.4 %	58.4 %	48.9 %	46.4 %
7	correcta	21.9 %	35.1 %	15.6 %	57.1 %
	incorrecta	78.1 %	64.9 %	84.4 %	42.9 %
8	correcta	47.9 %	93.5 %	73.3 %	100.0 %
	incorrecta	52.1 %	6.5 %	26.7 %	0.0 %
9	correcta	77.1 %	92.1 %	84.4 %	89.3 %
	incorrecto	22.9 %	7.8 %	15.6 %	10.7 %
10	correcta	81.2 %	94.8 %	93.3 %	100.0 %
	incorrecta	19.8 %	5.2 %	6.7 %	0.0 %
11	correcta	38.5 %	84.4 %	64.4 %	85.7 %
	incorrecta	61.5 %	15.6 %	35.6 %	14.3 %
12	correcta	27.1 %	67.5 %	24.4 %	78.6 %
	incorrecta	72.9 %	32.5 %	75.6 %	21.4 %
13	correcta	17.7 %	44.2 %	60.0 %	92.9 %
	incorrecta	82.3 %	55.8 %	40.0 %	7.1 %
14	correcta	70.8 %	92.2 %	66.7 %	96.4 %
	incorrecta	29.2 %	7.8 %	33.3 %	3.6 %

		NIÑOS		PADRES	
Número	Tipo de respuesta	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
	correcta	4.2 %	61.0 %	66.7 %	96.4 %
15	incorrecta	95.8 %	39.0 %	33.3 %	3.6 %
	correcta	9.4 %	10.4 %	35.6 %	75.0 %
16	incorrecta	90.6 %	89.6 %	64.4 %	25.0 %
	Correcta	60.4 %	72.7 %	44.4 %	53.6 %
17	incorrecta	39.6 %	27.3 %	55.6 %	46.4 %
	correcta	42.7 %	61.0 %	73.3 %	92.9 %
18	incorrecta	57.3 %	39.0 %	26.7 %	7.1 %
	correcta	25.0 %	83.1 %	26.7 %	71.4 %
19	incorrecta	75.0 %	16.9 %	73.3 %	28.6 %
	correcta	65.5 %	70.1 %	77.8 %	89.3 %
20	incorrecta	34.4 %	29.9 %	22.2 %	10.7 %
	correcta	25.0 %	67.5 %	62.2 %	85.7 %
21	incorrecta	75.0 %	32.5 %	37.8 %	14.3 %
	correcta	47.9 %	67.5 %	28.9 %	64.3 %
22	incorrecta	52.1 %	32.5 %	71.1 %	35.7 %
	correcta	11.5 %	72.7 %	46.7 %	85.7 %
23	incorrecta	88.5 %	27.3 %	53.3 %	14.3 %
	correcta	22.9 %	71.4 %	28.9 %	57.1 %
24	incorrecta	77.1 %	28.6 %	71.1 %	42.9 %
	correcta	50.0 %	72.7 %	55.6 %	57.1 %
25	incorrecta	50.0 %	27.3 %	44.4 %	42.9 %
	correcta	7.3 %	51.9 %	31.1 %	60.7 %
26	incorrecta	97.7 %	48.1 %	68.9 %	39.3 %
	correcta	47.9 %	59.7 %	71.1 %	82.1 %
27	incorrecta	52.1 %	40.3 %	28.9 %	17.9 %
	correcta	15.6 %	90.9 %	42.2 %	82.1 %
28	incorrecta	84.4 %	9.1 %	57.8 %	17.9 %
	correcta	27.1 %	67.5 %	26.7 %	89.3 %
29	incorrecta	72.9 %	32.5 %	73.3 %	10.7 %

Número	Tipo de reactivos	NIÑOS		PADRES	
		PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
30	correcta	18.8 %	76.6 %	57.8 %	96.4 %
30	incorrecta	81.3 %	23.4 %	42.2 %	3.6 %
31	correcta	19.8 %	97.4 %	60.0 %	96.4 %
31	incorrecta	80.2 %	2.6 %	40.0 %	3.6 %
32	correcta	25.0 %	77.9 %	57.8 %	82.1 %
32	incorrecta	75.0 %	22.1 %	42.2 %	17.9 %
33	correcta	46.9 %	80.5 %	73.3 %	100.0 %
33	incorrecta	53.1 %	19.5 %	26.7 %	0.0 %
34	correcta	31.2 %	37.7 %	11.1 %	28.6 %
34	incorrecta	68.8 %	62.3 %	88.9 %	71.4 %

TABLA 2

En la aplicación del PRETEST Y POSTEST DE ACTITUDES EN PADRES Y NIÑOS se encontraron las siguientes frecuencias:

REACTIVO	ACTITUD	NIÑOS		PADRES	
		PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
1	No contestó	6.3 %	1.3 %	6.7 %	0.0 %
	a favor	28.1 %	29.9 %	15.6 %	14.3 %
	indeciso	39.6 %	23.4 %	8.9 %	0.0 %
	en contra	26.1 %	45.5 %	68.8 %	85.7 %
2	no contestó	4.2 %	0.0 %	15.6 %	0.0 %
	a favor	36.4 %	67.6 %	40.0 %	42.9 %
	indeciso	26.0 %	14.3 %	24.4 %	3.6 %
	en contra	33.4 %	18.2 %	20.0 %	56.3 %
3	no contestó	3.1 %	0.0 %	2.2 %	0.0 %
	a favor	87.5 %	85.7 %	91.0 %	96.4 %
	indeciso	2.1 %	9.1 %	2.2 %	0.0 %
	en contra	7.3 %	5.2 %	4.4 %	3.6 %
4	no contestó	0.0 %	0.0 %	4.4 %	0.0 %
	a favor	66.6 %	80.0 %	82.3 %	96.4 %
	indeciso	13.5 %	14.3 %	4.4 %	2.6 %
	en contra	19.8 %	5.5 %	8.9 %	0.0 %
5	no contestó	6.3 %	1.3 %	13.3 %	3.6 %
	a favor	17.7 %	3.9 %	22.3 %	21.4 %
	indeciso	37.5 %	33.8 %	17.8 %	7.1 %
	en contra	38.5 %	61.1 %	48.7 %	67.9 %
6	no contestó	2.1 %	1.3 %	4.4 %	0.0 %
	a favor	7.3 %	72.8 %	82.2 %	89.3 %
	indeciso	15.6 %	18.2 %	6.7 %	0.0 %
	en contra	9.4 %	7.8 %	6.7 %	10.7 %
7	no contestó	1.0 %	0.0 %	8.9 %	3.6 %
	a favor	18.8 %	7.8 %	11.1 %	14.2 %
	indeciso	17.7 %	7.8 %	2.2 %	0.0 %
	en contra	62.5 %	84.4 %	77.8 %	82.2 %
8	no contestó	2.1 %	0.0 %	11.1 %	0.0 %
	a favor	66.7 %	72.6 %	73.3 %	96.4 %
	indeciso	12.5 %	9.1 %	8.9 %	0.0 %
	en contra	18.8 %	14.3 %	6.6 %	3.6 %
9	no contestó	2.1 %	1.3 %	6.7 %	0.0 %
	a favor	48.9 %	45.5 %	31.1 %	39.3 %
	indeciso	17.7 %	23.4 %	20.0 %	7.1 %
	en contra	31.3 %	29.9 %	42.2 %	53.5 %

REACTIVO	ACTITUD	NIÑOS		PADRES	
		PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
10	no contestó	2.1 %	0.0 %	2.2 %	0.0 %
	a favor	72.9 %	87.0 %	84.5 %	100.0 %
	indeciso	15.6 %	10.4 %	4.4 %	0.0 %
	en contra	9.4 %	2.1 %	8.8 %	0.0 %
11	no contestó	4.2 %	1.3 %	2.2 %	0.0 %
	a favor	68.8 %	67.6 %	44.5 %	32.2 %
	indeciso	9.4 %	9.1 %	20.0 %	10.7 %
	en contra	17.7 %	22.1 %	33.4 %	53.1 %
12	no contestó	1.0 %	0.0 %	4.4 %	0.0 %
	a favor	4.1 %	3.9 %	6.6 %	7.1 %
	indeciso	2.1 %	7.8 %	0.0 %	0.0 %
	en contra	92.7 %	88.3 %	88.9 %	92.8 %
13	no contestó	7.3 %	1.3 %	11.1 %	3.6 %
	a favor	25.0 %	20.8 %	33.4 %	21.4 %
	indeciso	28.1 %	42.9 %	22.2 %	7.1 %
	en contra	39.6 %	35.1 %	33.3 %	67.8 %
14	no contestó	2.1 %	1.3 %	13.3 %	0.0 %
	a favor	17.8 %	14.3 %	4.4 %	25.0 %
	indeciso	18.8 %	19.5 %	4.4 %	0.0 %
	en contra	61.5 %	65.0 %	77.8 %	75.0 %
15	No contestó	10.4 %	1.3 %	11.1 %	3.6 %
	a favor	12.5 %	37.7 %	22.2 %	60.7 %
	indeciso	27.1 %	36.3 %	20.0 %	0.0 %
	en contra	50.0 %	24.7 %	46.7 %	35.7 %
16	no contestó	2.1 %	1.3 %	8.9 %	0.0 %
	a favor	69.8 %	79.3 %	77.8 %	92.9 %
	indeciso	17.7 %	5.1 %	6.7 %	0.0 %
	en contra	10.4 %	14.3 %	6.7 %	7.1 %
17	no contestó	1.0 %	1.3 %	6.7 %	7.1 %
	a favor	44.8 %	46.8 %	33.4 %	28.6 %
	indeciso	17.7 %	23.4 %	15.6 %	7.1 %
	en contra	36.5 %	28.6 %	44.4 %	57.1 %
18	no contestó	0.0 %	1.3 %	15.6 %	10.7 %
	a favor	21.9 %	13.0 %	17.8 %	7.1 %
	indeciso	55.2 %	37.7 %	2.2 %	0.0 %
	en contra	22.9 %	48.1 %	64.4 %	82.1 %
19	no contestó	3.1 %	1.3 %	6.7 %	1.7 %
	a favor	26.0 %	19.5 %	37.7 %	28.5 %
	indeciso	46.9 %	32.5 %	11.1 %	17.9 %
	en contra	24.0 %	46.8 %	24.5 %	46.4 %

REACTIVO	ACTITUD	NIÑOS		PADRES	
		PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
20	no contestó	5.2 %	0.0 %	13.3 %	3.6 %
	a favor	46.9 %	72.8 %	42.2 %	71.4 %
	indeciso	24.0 %	16.9 %	17.8 %	10.7 %
	en contra	23.9 %	10.4 %	26.6 %	14.3 %
21	no contestó	1.0 %	2.6 %	15.6 %	3.6 %
	a favor	15.7 %	15.6 %	28.9 %	17.8 %
	indeciso	27.1 %	23.4 %	6.7 %	3.6 %
	en contra	56.3 %	58.5 %	48.9 %	75.0 %
22	no contestó	3.1 %	1.3 %	8.9 %	3.6 %
	a favor	32.3 %	19.5 %	13.4 %	3.6 %
	indeciso	29.2 %	29.8 %	11.1 %	3.6 %
	en contra	35.4 %	49.4 %	66.6 %	89.3 %
23	no contestó	0.0 %	0.0 %	24.4 %	3.6 %
	a favor	74.0 %	83.2 %	88.9 %	96.4 %
	indeciso	17.7 %	11.7 %	6.7 %	0.0 %
	en contra	8.4 %	5.2 %	0.0 %	0.0 %
24	no contestó	10.4 %	1.3 %	17.8 %	7.2 %
	a favor	35.4 %	71.5 %	44.4 %	82.1 %
	indeciso	37.5 %	15.6 %	26.7 %	7.2 %
	en contra	16.7 %	11.7 %	11.1 %	7.2 %
25	no contestó	1.0 %	1.3 %	6.7 %	3.6 %
	a favor	74.0 %	79.3 %	80.0 %	96.4 %
	indeciso	10.4 %	10.4 %	4.4 %	0.0 %
	en contra	14.6 %	9.1 %	8.9 %	0.0 %
26	no contestó	3.0 %	1.3 %	4.4 %	3.6 %
	a favor	7.3 %	14.3 %	2.2 %	0.0 %
	indeciso	16.7 %	18.2 %	0.0 %	0.0 %
	en contra	72.9 %	66.3 %	93.3 %	96.4 %
27	no contestó	6.3 %	1.3 %	20.0 %	3.6 %
	a favor	14.6 %	9.1 %	24.5 %	10.7 %
	indeciso	32.3 %	23.4 %	13.3 %	3.6 %
	en contra	46.9 %	66.3 %	42.2 %	82.2 %
28	no contestó	0.0 %	0.0 %	2.2 %	7.1 %
	a favor	83.4 %	85.7 %	93.3 %	82.1 %
	indeciso	13.5 %	6.5 %	0.0 %	3.6 %
	en contra	3.1 %	7.8 %	4.4 %	7.1 %
29	no contestó	24.2 %	1.3 %	17.8 %	3.6 %
	a favor	29.2 %	57.2 %	40.0 %	42.8 %
	indeciso	36.5 %	19.5 %	24.4 %	17.9 %
	en contra	30.2 %	22.1 %	17.8 %	35.7 %

REACTIVO	NIÑOS			PADRES	
	ACTITUD	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
30	no contestó	0.2 %	0.0 %	13.3 %	3.6 %
	a favor	46.9 %	72.8 %	42.2 %	71.4 %
	indeciso	24.0 %	16.9 %	17.8 %	10.7 %
	en contra	23.9 %	10.4 %	26.6 %	14.3 %
31	no contestó	3.1 %	1.3 %	11.1 %	3.6 %
	a favor	63.6 %	61.1 %	57.8 %	71.5 %
	indeciso	20.8 %	19.5 %	17.8 %	0.0 %
	en contra	12.6 %	18.2 %	13.3 %	25.0 %
32	no contestó	0.0 %	0.0 %	8.9 %	3.6 %
	a favor	92.7 %	88.3 %	91.1 %	96.4 %
	indeciso	3.1 %	7.8 %	0.0 %	0.0 %
	en contra	4.2 %	3.9 %	0.0 %	0.0 %
33	no contestó	2.1 %	0.0 %	2.2 %	3.6 %
	a favor	73.0 %	81.9 %	84.5 %	96.4 %
	indeciso	21.9 %	15.6 %	8.9 %	0.0 %
	en contra	3.1 %	2.6 %	4.4 %	0.0 %
34	no contestó	1.0 %	0.0 %	2.2 %	3.6 %
	a favor	49.0 %	75.4 %	6.3 %	85.7 %
	indeciso	32.3 %	10.4 %	6.7 %	0.0 %
	en contra	17.7 %	14.3 %	17.8 %	10.7 %

PUNTAJE GLOBAL POR CADA SUJETO Y SU CORRESPONDIENTE PADRE.

A C T I T U D E S

N I Ñ O S		P A D R E S	
PRETEST	POSTEST	PAREJA	PRETEST
126	147	01	122
110	110	02	109
125	144	03	128
133	124	04	123
109	142	05	106
118	125	06	119
111	134	07	134
119	126	08	145
133	118	09	106
133	140	10	113
112	124	11	128
108	127	12	114
120	121	13	131
119	140	14	100
108	113	15	116
121	127	16	104
88	124	17	122
115	119	18	121
103	106	19	128
99	101	20	119
135	134	21	124
119	118	22	106
104	115	23	146
116	132	24	104
105	133	25	116
93	112	26	129
94	150	27	108
130	120	28	104

El puntaje máximo posible es la escala de actitudes es de 170 puntos.

PUNTAJE GLOBAL OBTENIDO POR CADA SUJETO Y SU CORRESPONDIENTE PADRE

CONOCIMIENTOS

N I Ñ O S		P A D R E S	
PRETEST	POSTEST	PAREJA	PRETEST
15	28	01	22
18	28	02	24
13	28	03	17
19	28	04	23
14	24	05	22
16	27	06	11
17	26	07	27
09	19	08	25
20	26	09	03
17	29	10	22
11	30	11	25
03	22	12	24
06	23	13	26
19	28	14	02
08	29	15	21
10	23	16	17
09	28	17	19
15	25	18	19
15	21	19	16
09	19	20	12
15	28	21	23
09	19	22	19
12	29	23	15
13	26	24	07
11	28	25	11
06	18	26	20
12	30	27	21
08	21	28	17
			26

El puntaje máximo en el cuestionario de conocimientos es de 34 puntos.

PRUEBA DE HIPOTESIS.

La prueba de hipótesis utilizada en la presente investigación fué la Prueba de Rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, para muestras grandes.

Hipótesis de nullidad.- H_0 1: No se manifiestan cambios favorables significativos en actitud y conocimientos sobre sexualidad en escolares de 6º grado de instrucción primaria después de haber recibido - un curso de educación sexual.

H_1 1.- Al recibir un curso de educación sexual se manifiestan un - cambio favorable significativo en actitud y conocimiento sobre sexualidad en escolares de 6º grado de instrucción primaria.

Se rechaza H_0 1, al nivel de significancia de $\alpha = 0.01$, al encontrar se una $Z=5.733$, $P=0.000$ en actitud y una $Z=7.605$, $P=0.00$ en conocimientos.

H_0 2: No se manifiesta cambio favorable significativo en actitud y - conocimiento sobre sexualidad en padres de escolares de 6º grado de - instrucción primaria, después de haber recibido un curso de educación sexual.

H_1 2.- Al recibir un curso de educación sexual se manifiesta un cambio favorable significativo en actitud y conocimiento sobre sexualidad en padres de familia de escolares de 6º grado de instrucción primaria.

Se rechaza la H_0 2, al nivel de significancia de $\alpha = 0.01$ al encontrarse una $Z= 3.701$, $P=0.000$ en actitudes y una $Z= 4.548$, $P= 0.000$ en conocimientos.

De esta forma se aceptan las hipótesis alternas, concluyendo que una vez recibido un curso sobre educación sexual, se manifiestan cambios favorables significativos en actitudes y conocimientos sobre sexualidad en escolares de 6º grado de instrucción primaria y en sus padres.

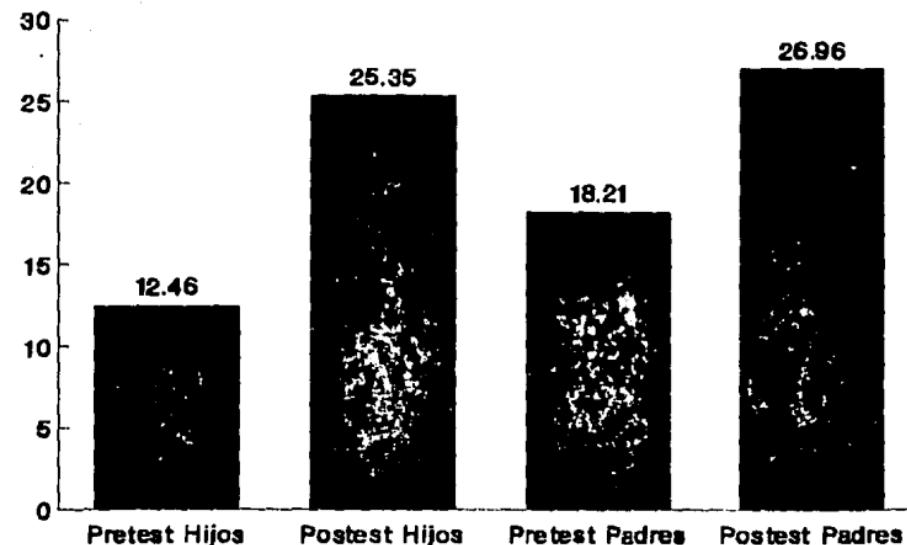
Como se mencionó con anterioridad, con el objeto de darle mayor soporte estadístico al rechazo de hipótesis nula, también se aplicó la prueba "T" de Student obteniéndose los siguientes resultados:

Se rechaza la H_0 1 al nivel de significancia de $=0.01$, al encontrarse una $T = -19.460$ $P = 0.000$ en conocimientos.
 $T = -6.889$, $P = 0.000$ en actitudes ($N=76$).

Se rechaza H_0 2 al nivel de significancia $= .001$, al encontrar se una $T = -11.130$, $P = 0.000$ en conocimientos,
 $T = -3.310$ $P = 0.003$ en actitudes ($N=27$).

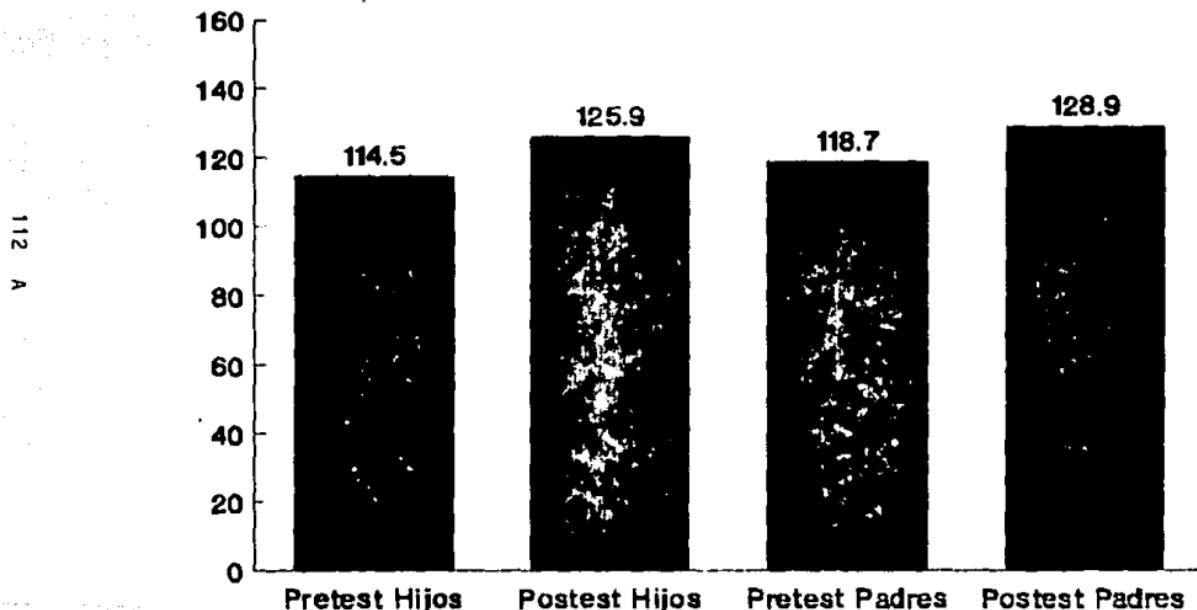
De igual forma se aceptan las hipótesis alternas, concluyendo que tanto los escolares de 6º grado de instrucción primaria como sus padres manifiestan cambio favorable significativo en actitudes y conocimientos sobre sexualidad, después de que se les imparte un curso de educación sexual.

Medias Obtenidas por las 28 Parejas Cuestionario Conocimientos



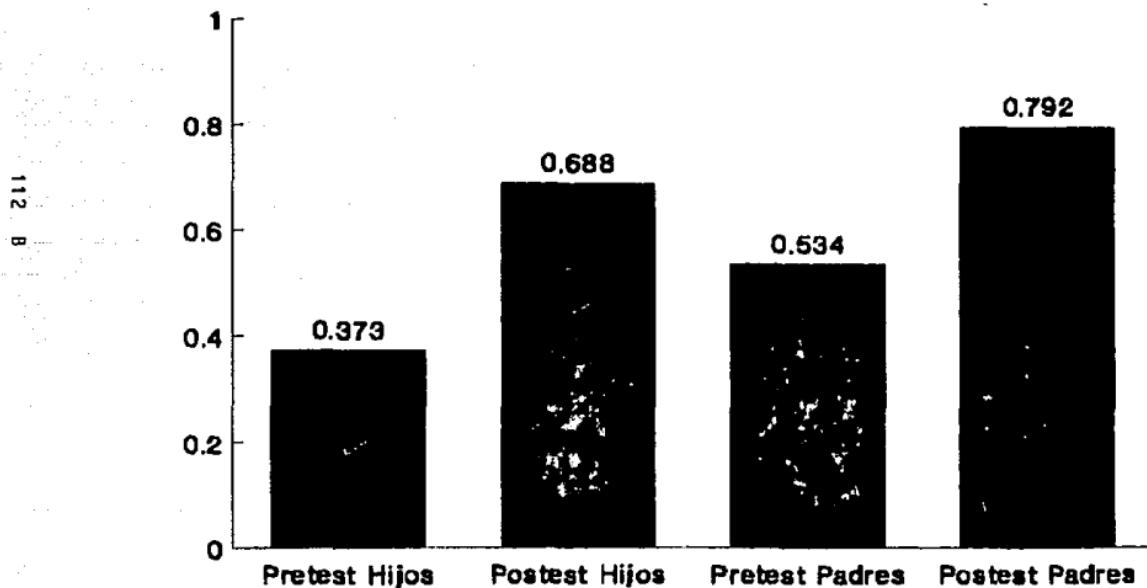
Grafica 1

Medias Obtenidas por las 28 Parejas Escala de Actitudes



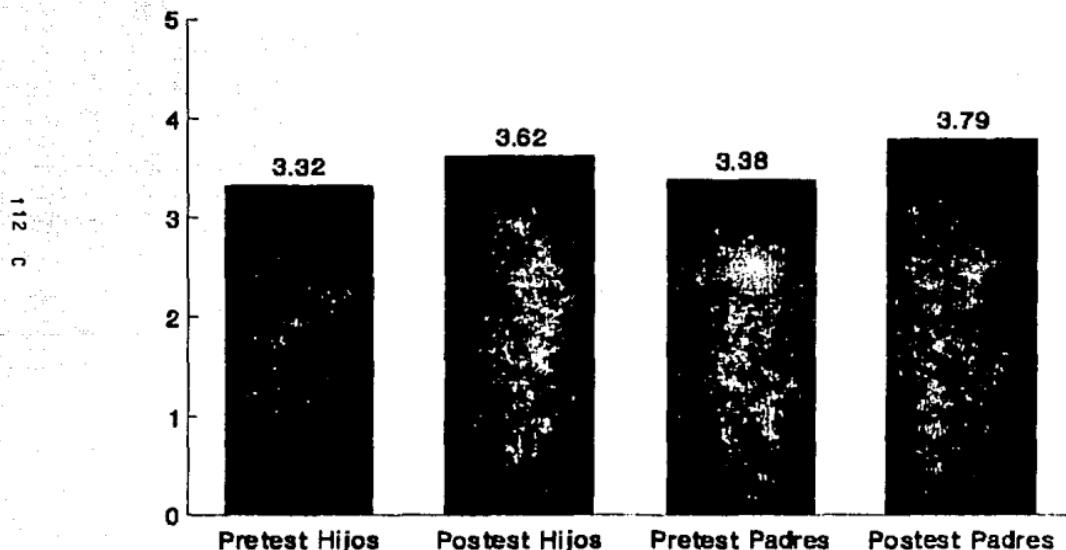
Grafica 2

Medias Obtenidas en el Cuestionario de Conocimientos



Grafica 3

Medias Obtenidas en la Escala de Actitudes



Grafica 4

CAPITULO VI.

ANALISIS DE RESULTADOS.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Para la realización del análisis de resultados del cuestionario de conocimientos se procedió a analizar que porcentaje de padres y de escolares que contestaron correcta e incorrectamente cada uno de los reactivos del instrumento, tanto en la aplicación del pretest como en la aplicación del postest. Posteriormente se compararon con base a lo anterior, los porcentajes obtenidos en el pretest vs. postest para determinar en que reactivos se presentaba un incremento de porcentaje y así poder determinar si se manifestó incremento de conocimiento.

El curso impartido incluyó seis áreas de información sobre sexualidad:

- Componentes de sexualidad con 2 reactivos
- Anatomía y Fisiología con 6 reactivos
- Menstruación y Masturbación con 7 reactivos
- Fecundación Embarazo y nacimiento con 8 reactivos
- Métodos Anticonceptivos con 7 reactivos
- Enfermedades de Transmisión sexual con 4 reactivos.

De esta forma, en el pretest los reactivos que fueron contestados correctamente por más del 75 % de los escolares fueron 3, 10 y 9 (ver tabla 1) en tanto que los reactivos que fueron contestados correctamente por menos del 25 % fueron 19, 21, 32, 7, 31, 30, 13, 28, 23, 16, 26, 15.

Por lo que corresponde al pretest, se encontró que los reactivos que fueron contestados correctamente por más del 75 % de los escolares fueron: 31, 10, 8, 3, 9, 14, 28, 2, 11, 19, 33, 32, 30; mientras que únicamente se encontró que el reactivos 16 fué contestado correctamente por menos de 25 %.

De los reactivos que en el pretest obtuvieron un porcentaje superior a 75 % se encontró que: una pertenecía al área de Anatomía, representando el 17 % de la misma; uno al área de Menstruación y de Mas-

turbación, y uno de enfermedades de transmisión sexual.

Esto refleja que los escolares manejaban una información previa sobre los aspectos más comunes de la sexualidad, como es el - conocer que órganos sexuales diferencian a un hombre de una mujer, la periodicidad de la menstruación, así como la población de alto riesgo en la transmisión del SIDA.

En los reactivos en los que se encontró un porcentaje inferior al 25 % ; 6 pertenecían al área de enfermedades de transmisión sexual, representando un 75 %; uno al área; uno a anatomía y fisiología, -- manifestando el 17 % del área ; uno a información sobre menstruación, alcanzando el 14. 28 % del área; finalmente, uno al área de desarrollo prenatal el 12.5 % del total del área.

Así se observa que en estas áreas de información existía desconocimiento casi total en lo que se refiere a métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, así como una ligera noción sobre componentes de la sexualidad.

En los reactivos del posttest que obtuvieron un porcentaje superior a 75 %, se encontraron cinco pertenecientes al área de masturbación y menstruación, que representaban el 71.4 % de la misma; dos de enfermedades de transmisión sexual y uno de componentes de la sexualidad que representan el 50 % de sus respectivas áreas; tres de métodos anticonceptivos, alcanzando el 43 % y dos de anatomía y fisiología, que significan el 33.3 % de su área.

De esta manera es evidente el incremento de conocimiento en las áreas de masturbación y menstruación, así como en el área de enfermedades - de transmisión sexual y componentes de la sexualidad.

En lo que se refiere a los reactivos del postest que obtuvieron un porcentaje inferior al 25 % se encuentra el reactivos 16 que se refiere a los cambios emocionales que presentan las mujeres después del parto. Por lo que se concluye que el curso imparti do logró el efecto deseado al incrementar notablemente los niveles de conocimiento en los escolares.

Para la realización del análisis de resultados obtenidos del grupo de padres, se siguió el mismo procedimiento que con el grupo de niños. Se observó que el porcentaje más alto alcanzado en el pretest de conocimientos en este grupo fué de 93.3 %, en tanto que el porcentaje más bajo fué el de 11.1 %, correspondiendo a los reactivos 10 y 34 respectivamente.

Por otro lado, en el postest de conocimientos el porcentaje más alto fué de 100 %, mientras que porcentajes inferiores a 25 % no existieron en este grupo. Cabe resaltar que la puntuación de 100% fué alcanzada por los reactivos 3, 8, 10, y 33.

En el PRETEST los reactivos que fueron contestados correctamente por más del 75 % de los padres fueron los siguientes: 10, 9, 4, 20 (ver tabla 1), y los reactivos contestados correctamente por menos del 25 % fueron: 12, 5, 7, 34.

En el POSTEST se observó que los reactivos que fueron contestados correctamente por más del 75 % de los padres fueron los siguientes: 3, 8, 10, 33, 15, 30, 31, 14, 13, 18, 2, 9, 20, 29, 11, 21, 23, 25, 27, 28, 32, 12, 16. No apareciendo porcentajes inferiores al 25 %.

En el pretest los puntajes superiores a 75 % pertenecían a las siguientes áreas: dos reactivos de masturbación que representan el 28.57 % de su área; uno de enfermedades de transmisión sexual, que representa el 25 %; y uno de anatomía y fisiología con un 17 % de su respectiva área.

Dichos resultados indican que los padres contaban con conocimientos básicos de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, siendo importante señalar qué un alto porcentaje de los padres que participaron en la investigación correspondía al sexo femenino. -- Así mismo, los padres contaban con información sobre la población en riesgo para la transmisión del SIDA, lo cual es el resultado de la información recibida a través de los diversos medios de comunicación.

Los reactivos en los que se encontró un porcentaje inferior al 25%, dos pertenecían al área de anatomía y fisiología, representando el 33.3 % uno a masturbación con un 14.28 %; y uno en embarazo, alcanzando el 12.5 %.

Así se observa que en los padres existía un desconocimiento sobre aspectos referente a la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino, esto debido a que la población participante estaba integrada, en su mayoría, por mujeres. De igual manera existía desconocimiento sobre la masturbación y los aspectos psicológicos del embarazo.

En los reactivos del postest que obtuvieron un porcentaje superior al 75 % se encontraban: siete pertenecientes a métodos anticonceptivos que alcanzan el 100 % de los reactivos del área; seis pertenecientes a masturbación y menstruación que representan el 67 %; - cuatro corresponden al área de anatomía y fisiología que representan el 67 %; dos de enfermedades de transmisión sexual y cuatro de

desarrollo prenatal que alcanzan el 50 % de su área respectiva.

En el postest no existieron puntuaciones menores al 25 %, lo que confirma el efecto originado por el curso impartido.

En las puntuaciones superiores al 75 % obtenidas por el grupo de niños y padres de familia, en el pretest, se observa coincidencias en las áreas de conocimientos tales como: anatomía y fisiología -- con un 17 % de conocimientos previos al curso; enfermedades de transmisión sexual con un 25 % en ambos grupos; menstruación con 14.28 % en el grupo de niños y 28.57 % en el grupo de padres; en contrándose diferencias importantes en las áreas de métodos anticonceptivos, componentes de la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, en las que se encontraron puntajes inferiores al 25% en el grupo de niños. Por lo que se deduce que los padres contaban con un nivel de conocimientos superior al de sus hijos.

Los resultados obtenidos en el postest, indican que en el grupo de padres se obtuvo un nivel alto de conocimientos en las áreas de métodos anticonceptivos, así como en masturbación y menstruación; mientras que en los escolares el nivel superior alcanzado se encontró en el área de menstruación y masturbación, dichos datos sugieren que los escolares, por encontrarse en la etapa de la adolescencia, presentaron mayor interés y por tanto mayor aprendizaje en dichas áreas. De igual forma, el interés manifestado en el grupo de padres influyó en el aprendizaje de las áreas de métodos anticonceptivos, así como en la masturbación y menstruación, considerando que su interés por esta última área se debe a que comparten la vivencia de tener hijos adolescentes, y con ello la necesidad de encontrar información adecuada para disipar las dudas y orientar las inquietudes, que sobre cambios sexuales secundarios tienen sus hijos, esto se vió manifestado en las preguntas realizadas al impartir el tema.

Como se mencionó anteriormente, el curso impartido incluyó seis áreas de información sobre sexualidad, sin embargo, para la elaboración de los reactivos del instrumento de actitudes solo se tomaron en cuenta cinco, dejando fuera el área de información - sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, debido a la problemática que presentó el elaborar -- reactivos que mostraran cambio de actitud en esa área.

Para observar si posterior a la impartición del curso se manifestó un cambio de actitud sobre sexualidad en los sujetos, se procedió analizar que porcentajes de padres y escolares se encontraban a favor, indecisos o en contra, en cada uno de los -- reactivos de las 5 áreas de información del instrumento, tanto en la aplicación del pretest como en la aplicación del postest. Posteriormente se compararon, con base en lo anterior, los porcentajes obtenidos en el pretest vs. postest, para determinar en que reactivos se presentaba un incremento de porcentaje, y así poder precisar en que áreas se manifestó cambio de actitud de "en contra" a "a favor" y de "indeciso" a "a favor".

El área de métodos anticonceptivos quedó integrado por los reactivos 4, 7, 8, 10, 14, 18, 19, 33 (ver anexo 7), de los cuales solo los reactivos 8 y 14 no presentaron cambios importantes de porcentaje en los sujetos escolares, en tanto que en los padres-de familia fueron el reactivos 7 y el 14 (ver tabla 2). En el resto de los reactivos se encontró lo siguiente: en el reactivos 4, en el pretest se observó que el 66.6 % de los escolares, están de acuerdo en que se debe brindar información completa sobre métodos anticonceptivos, en la institución educativa; en tanto, en el postest, los niños que se manifestaron a favor fueron el 80%, por su parte el 82.3 % de los padres se manifestaron a favor en el pretest, para que posteriormente el 96.4 % se mantuviera de acuerdo.

En el reactivo 7, el 62 % de los escolares en la primera aplicación se manifestaron en contra de que se debe prohibir la información de métodos anticonceptivos, en la segunda aplicación fué el 84.4 %: el 77.8 % de los padres del inicio mostraron actitud en contra, incrementándose después la 82.2 % de ellos.

En el reactivo 10, en el pretest se observó que el 72.9 % de los escolares se manifestaron a favor de que los padres deben de tener información sobre métodos anticonceptivos para transmitirla a su hijos; en el postest el porcentaje de escolares que se manifestaron a favor se incrementó al 87 %. Por su parte, el 84 % de los padres estuvieron de acuerdo en el pretest, observándose en el postest que el 100 % coincidió en la importancia de mantenerse informado sobre métodos anticonceptivos para orientar adecuadamente a sus hijos.

En el reactivo 18, se observó que en un 21.9 % de los escolares se manifestaron, en el pretest, a favor de la no utilización de los métodos anticonceptivos, porcentaje que disminuyó a un 13 % en el postest. Por su parte, el 17.8 % en el pretest estuvieron a favor y en el postest solo el 7.1 % de los padres se mantuvo con la misma actitud.

En el reactivo 19, acerca de que los métodos anticonceptivos son inseguros, en la primera aplicación el 24 % de los escolares estuvieron en contra, para posteriormente, en la segunda aplicación se incrementará al 46.8 % los que no están de acuerdo. En los padres se observaron porcentajes muy semejantes siendo estos del 24 % en contra, en la primera aplicación, para incrementarse a un 46.4 % en la segunda aplicación.

En el reactivo 33, el 73 % de los escolares estuvo a favor en el pretest de que es aconsejable que los hijos puedan pedir - información sobre métodos anticonceptivos a sus padres, posteriormente, se observó que el porcentaje de los que estuvieron a favor fué del 81.9 %, en tanto que el 84.5 % de los padres en un inicio se mostró a favor para después ser el 96.4% los que estuvieron de acuerdo.

Como se puede observar, es evidente que se manifiesta un cambio de actitud, favorable hacia los métodos anticonceptivos, después de la impartición del curso, en ambos grupos. Se observa que -- los padres están concientes de la importancia que tiene el empleo de métodos anticonceptivos, así como la importancia de mantenerse informados para poder transmitir adecuadamente esos conocimientos a su hijos. En los escolares, por su parte, se manifiesta también la concientización de la importancia que tiene el que se les brinde información sobre métodos anticonceptivos, a través de la institución educativa y por los medios masivos de comunicación,-- así como de que ellos la puedan comentar con sus padres a manera de información y retroalimentación.

El área de enfermedades de transmisión sexual quedó integrada por los reactivos 1, 5, 9, 13, 22, 28; de los cuales en el 9, 13, 28, en los escolares no se encontró incremento de porcentaje importan_te en tanto en que los padres no se incrementó el reactivo 28; en los demás se observó lo siguiente.

En el reactivo 1, el 26.1% de los escolares en la información obtenida en el pretest, se mostró en contra de que solo los homosexuales padecen enfermedades venéreas, para más tarde, en el pretest, se incrementara un desacuerdo el 45.5 %. El 68.8 % de los padres en el pretest se encontró un desacuerdo, para después, en el pre - test, el 85.7 % estuviera en contra.

En el reactivo 5, se encontró que el 38.5 % de los escolares estaban en contra de que nunca comentarían el haber padecido alguna enfermedad venérea, el porcentaje se modificó en el postest alcanzando el 61.1 %. De los padres de familia el 68.8 %, al inicio se encontraban en desacuerdo, posteriormente el 85.7 % se mantuvieron en contra.

En el reactivo 9, acerca de que se debe de rechazar a las personas con SIDA, en los resultados de los escolares no se encontró cambio importante de actitud, ya que los que estaban a favor en el pretest fueron el 48.9 % y en el postest disminuyó a 45 %. En los padres de familia se encontró que en el pretest el 42.2 % se manifestó en contra del rechazo a las personas con SIDA y, posteriormente, fueron el 53 % los que se encontraron en contra.

En el reactivo 13, el 33.3 % de los padres, en la primera aplicación se manifestó en contra del rechazo hacia las personas que padecen enfermedades venéreas, en tanto, en la segunda aplicación fueron el 67.8 % los que se encontraron en desacuerdo.

En el reactivo 22, acerca de que solo las prostitutas padecen enfermedades venéreas, en el pretest el 32.3 % de los niños se mostraron de acuerdo, para que en el postest el porcentaje disminuyera a 19.5 % por su parte, el 13.4 % de los padres, se manifestaron a favor en el pretest, para que en el postest únicamente el 3.6 % se mantuviera en la misma posición.

En el área de enfermedades de transmisión sexual, se observa que tanto padres de familia como escolares modifican su actitud con respecto a que no tan solo los homosexuales y las prostitutas sean susceptibles de padecer enfermedades venéreas. Asimismo, con respecto a la aceptación de las personas con SIDA, se encontró que --

los padres manifiestan cambio de actitud al incrementarse el -- número de personas que están en contra del rechazo a las mismas, sin embargo, algo relevante de mencionar es que en los niños no se presentó un cambio significativo de actitud, lo cual confirma la necesidad de brindar mayor información sobre las vías de transmisión de esta enfermedad, ya que a pesar de la gran difusión -- que se le ha dado a la problemática, resulta no acorde a la población infantil.

El área de masturbación y menstruación quedó integrada por los - reactivos 2, 15, 20, 21, 24, 27, 29, 32, 34, de los cuales en los resultados de los sujetos escolares, el 21,32 y 34 no presentan - cambios importantes de porcentaje del pretest al postest, en tanto, en los resultados de los padres, los reactivos 2, 29, 32 y 34, fueron los que no presentaron cambios importantes de porcentajes, de la primera aplicación a la segunda. De los demás reactivos se encontró lo siguiente:

El 36.4 % de los niños, en el reactivo 2, se mostró a favor de que el masturbarse no causa daño al organismo, posteriormente, en el - postest se encontró que en el porcentaje se incrementó al 67.4 % - de los que se manifestaron de acuerdo.

En el reactivo 15, en el pretest el 12.6 % de los niños se manifestaron a favor de que los padres deben aceptar que sus hijos se masturben, en tanto, en el postest fueron el 37.7 % de lo que se encontraron a favor. Por su parte, en el pretest, los padres que estuvieron a favor fueron el 22.3 %, para posteriormente encontrarse el 60.7 % en acuerdo de la aceptación de la masturbación de los - hijos.

En el reactivo 20, se encontró que el 46.9 % de los escolares aceptan la masturbación como algo normal, para posteriormente manifestarse a favor el 72.8 % de los mismos. Los padres de familia en el pretest el 42.2 % estuvo de acuerdo, incrementándose en el posttest al 71.4 % a favor.

En el reactivo 21, el 48.9 % de los padres, en el pretest se manifestaron en contra de que la masturbación es un proceso desagradable, encontrándose el 75 % en contra en el posttest.

En el reactivo 24, el 35.4 % de los escolares se manifestó a favor de que la mujer también puede masturbarse, para posteriormente llegar a mostrarse en acuerdo el 71.5 % de los mismos; en cuanto a los padres de familia, el 44.4 % se manifestó a favor, para posteriormente modificar su actitud el 82.1 % del grupo.

En el reactivo 27, se observó que en la primera aplicación el 46.9 % de los niños se manifestaron en contra de que la masturbación sea algo malo o prohibido, en la segunda aplicación el porcentaje de niños se incrementó al 66.3 %. El 42.2 % de los padres se manifestaron en contra, para posteriormente estar en desacuerdo el 82.2 %.

En el reactivo 29, el 29.2 % de los escolares se encontraron de acuerdo en que la masturbación es normal a cualquier edad, porcentaje que se incrementó, después de la impartición del curso, a un 57.2%. En los padres de familia el resultado fué inverso, ya que en la primera aplicación el 17.8 % se manifestó en contra para posteriormente mostrarse en contra el 35.7 %.

Con base en lo mencionado se observa como se manifiesta un cambio de actitud sobre masturbación, en los padres y en los escolares, después de haber recibido un curso de educación sexual. En los niños -

se manifiesta el acuerdo de que la masturbación es una actividad normal a cualquier edad y que esta no causa daño al organismo, - asimismo, ambos grupos experimentales están de acuerdo en que los padres deben de entender el que los hijos se masturban y, por lo- consiguiente, que esta actividad no se perciba como prohibida o - como algo propio del sexo masculino. Un aspecto importante que se encontró después del curso fué el incremento del porcentaje, de - los padres que se manifestaron a favor de que la masturbación es normal en la etapa por lo que están atravesando sus hijos, pero - no en etapas adultas..

En lo que concierne a masturbación, no se manifiestan cambios im- portantes de actitud en los escolares, ya que de inicio en la apli- cación del pretest se observaron puntajes altos, manteniéndose muy- semejantes en el postest; lo mismo ocurrió con los padres , ex - cepto el cambio de actitud que estos manifestaron al no encontrar la menstruación como un proceso desagradable.

En el aspecto referente a componentes de educación sexual tenemos que se integró por los reactivos 11, 16, 17, 23, 25, 26, 27 y 30, de los cuales en los reactivos 17, 26 y 30, no se presenta ningún - cambio importante, dichos reactivos se refieren a la decisión de - tener hijos, y por tanto, a tener relaciones sexuales dentro del - matrimonio, actitud que nos establece el arraigo cultural e ideocin cracia de nuestra población ante aspectos de libertad sexual. Los - reactivos restantes son relevantes por los resultados que arrojan y de los cuales se obtiene lo siguiente:

En los reactivos 16 y 25, referentes a la influencia de los roles - familiares, establecidos por la sociedad y la familia, pueden modi- ficar el comportamiento sexual y social en los niños; los niños en- el pretest manifiestan actitud favorable en un 69.8 %, mismo que se

incrementa en el postest a 79.3 %. En los padres tenemos que el 77% y el 80 % esta de acuerdo en que el hombre y la mujer, respectivamente, aprenden a comportarse como tales a través de la familia, - estas actitudes se modificaron en el postest de 77 a 92.9 % de 80 a 96 %. Estos resultados indican que el desarrollo humano ya esta siendo visto como un aspecto integral de la sexualidad considerando el aspecto biológico, psicológico y social, como un elemento in disoluble para la formación de la personalidad de todo ser humano.

En el reactivo 23, referente a que los niños puedan hablar de aspectos sexuales con sus padres, se obtuvo el 74% de los niños se manifiestan a favor de esta afirmación, modificando esta actitud un 9 % de ellos, llegando a 83.2 % de niños que desean que esta comunicación se pueda establecer en la familia como algo cotidiano y natural, mientras que en los padres un 88.9 % están a favor de hablar sobre aspectos sexuales con sus hijos, incrementando esta puntuación a 96.4 %, confirmando la disposición de los mismos a tratar este tema dentro de la familia.

En el área de desarrollo prenatal y embarazo se integraron los reactivos 3, 6, 12, y 31, de los cuales los reactivos 3 y 12 se mantienen con una actitud favorable hacia el embarazo, considerandolo como una función normal del organismo femenino y, por tanto, desvirtuando que sea una enfermedad, conclusión generalizada tanto a padres- como a hijos.

En el reactivo 6 que dice " El embarazo es la etapa más importante en la vida de una mujer ", reporta en los niños un 7.3 % de actitud a favor en el pretest contra un 72.8 % en el postest, siendo este - el reactivo en que más alto incremento en puntuación. Los padres - manifestaron también un incremento aunque mínimo para la interpretación.

En el pretest presentan actitud a favor 82.2 % y en el postest 89.3% es indispensable interpretar el incremento en porcentaje a favor en los niños, ya que fué del 65.5 %; se puede considerar que el curso-influyó en la motivación y actitud de los niños, por ser el embarazo uno de los aspectos de la sexualidad que se maneja con libertad, o al menos es parte de las vivencias que todo niño conoce, sin importar nivel cultural de procedencia, así como confirmar que la educación no escolarizada, es decir, la cultura de nuestro medio, continúa siendo sexista y con una marcada influencia cultural sobre la preparación de las mujeres a despertar en instinto maternal, así - también comprobamos como se puede influir en el cambio de actitudes cuando el tema a tratar es de interés al participante. El cambio--en los adultos sustenta que los aspectos psicológicos generados en el embarazo, toma una fuerza importante para considerarla como decisiva en la vida de toda mujer, hay que recordar que la población participante en el estudio fué mayoritariamente femenina.

En el reactivo 31, que se refiere a la premisa de que el embarazo es la realización de la mujer, el resultado es el siguiente: en los niños un 63.6 % está a favor y en el postest el porcentaje es el 61, - dichas puntuaciones se mantienen sin cambio importante en este grupo, no así en los padres, ya que el 57.8 % está a favor de que el embarazo es la realización de la mujer, y se incrementa a 71.5 %, así podemos afirmar que para las personas participantes esta ha sido una de sus aspiraciones realizadas, considerando que la mayoría son amas de casa, mientras que en los escolares ya existen metas profesionales o de otro aspecto para considerar a una mujer realizada.

C A P I T U L O VII.

C O N C L U S I O N E S Y S U G E R E N C I A S.

CONCLUSIONES.

El concepto de niñez, como se entiende actualmente, considera que todos los niños nacen con la capacidad potencial de responder a los estímulos sexuales, sin existir el deseo. El interés sexual del niño es inespecífico; sus actos sexuales son básicamente lúdicos, - investigativos e imitativos, y carecen de erotismo adulto, porque el mundo sexual infantil es un mundo de vivencias infantiles, - no adultas.

La psicología humanista sostiene que la meta de la educación es - la autorrealización de la persona, así como procurar que las necesidades básicas del niño se satisfagan. Partiendo de este enfoque, la educación sexual entendida como la preparación formativa e informativa para el ejercicio de la sexualidad, es un componente inseparable del adecuado desarrollo humano. A través de ella se debe proporcionar al niño toda la información que solicite, en forma verídica y al alcance de su comprensión, es decir, ella debe ser adecuada a sus necesidades y suministrada con naturalidad por los adultos más próximos (padres y maestros), quienes obviamente deben poseer un conocimiento básico de la sexualidad y la capacidad de transmitirla. La ocultación y tergiversación de los hechos sexuales interfieren en el desarrollo armónico del niño, causa la desconfianza hacia los adultos y le crean malicia. A medida que la maduración se impone, debe aprender a conocer y controlar gradualmente sus emociones y saber que los comparte con el resto de la especie humana. Únicamente así la sexualidad infantil irá - construyéndose y madurando en una transformación de la cual la pubertad es tan solo la etapa final. De esta manera, el advernimiento de las relaciones socio-psico-sexuales se producirá de manera - espontánea y equilibrada.

La educación sexual de los niños es, pues, un derecho de éstos y una obligación de los padres y de la sociedad. Así es conveniente que se establezcan programas secuenciales de educación sexual, para padres e hijos, con el fin de que la población mexicana se acerque poco a poco a lo que plantea la Psicología Humanista: "La Autorrealización".

Heli Alzate (1983), a través de sus investigaciones, concluye que: "los niños aprenden los conceptos sexuales paulatinamente, aún en el caso de que capten tempranamente ciertos tipos de actitudes y conductas sexuales adultas, sólo al llegar a la pubertad pueden comprender sus significados e implicaciones". Por esta razón, los padres deben convencerse de que las manifestaciones de la sexualidad infantil son perfectamente normales y necesarias dentro del proceso de desarrollo y crecimiento del niño. La prevención primaria de muchas disfunciones sexuales del adulto, dependen presisamente de las actitudes positivas de los padres frente a la sexualidad de los hijos, y de su capacidad para guiarla, moldearla y validarla de forma saludable, como sucede en los demás comportamientos infantiles.

A partir de que se acepta la existencia en los niños de una sexualidad infantil, y de que se reconoce la importancia de las experiencias que ellos reciben de sus padres en los primeros años de vida, se hace necesario conocer que actitudes y conocimientos sobre sexualidad presenta tanto padres como hijos, antes y después de haber recibido un curso de educación sexual. Así se seleccionó a los sujetos experimentales padres, dado el alto nivel de interacción que establecen con sus hijos, en el cual ejercen cierta influencia transmisora de pautas de conducta en lo que respecta a sexualidad. En función de lo anterior se desarrolló la presente investigación,

Con una población experimental de 45 padres de familia y 96 escolares, la cual disminuyó a 28 y 77 respectivamente, al finalizar el curso.

A ambos grupos se les brindó un curso de educación sexual durante 3 sesiones, con duración de 2 horas cada una, se les aplicaron los mismos instrumentos de pretest y postest, tanto de conocimientos como de actitudes. A través de los resultados arrojados por ambas aplicaciones y del análisis efectuado, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Los escolares de 6º grado de instrucción primaria, cuenta con información elemental previa sobre sexualidad, basada en aspectos de anatomía del aparato reproductor femenino y masculino, así como de la población en riesgo para la transmisión del SIDA.
- En los escolares existe un desconocimiento total sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, dichos conocimientos obtienen un incremento positivo una vez recibido el curso.
- En los padres se manifiesta mayor conocimiento sobre la anatomía de su propio sexo, existiendo desconocimiento sobre los aspectos psicológicos del embarazo.
- En el área de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, los padres presentan un nivel de conocimientos superior al de sus hijos.
- La etapa de desarrollo humano influye en el interés y aprendizaje de los sujetos, ya que en los escolares existió mayor aprovechamiento en aspecto de masturbación, en tanto que en los alumnos, los temas de interés fueron métodos anticonceptivos y enfermedades.

de transmisión sexual.

- El aprendizaje se ve influido por el rol social desempeñado dentro de la familia, así los padres comparten el interés sobre temas como son masturbación y menstruación, por tener la necesidad de adquirir conocimientos que les ayuden a entender la sexualidad de sus hijos.

Las conclusiones obtenidas, en lo que respecta a conocimientos sobre sexualidad, son el reflejo de los contenidos de educación sexual incorporados a los programas de instrucción primaria, que se llevan a cabo desde el año de 1975. Es importante señalar que dichos programas hacen énfasis en informar sobre aspectos de anatomía y fisiología humana, dejando a un lado los aspectos psicológicos y sociales necesarios para el desarrollo integral de los individuos, que determinarán las actitudes que manifiesten hacia su propia sexualidad y la manera de vivirla.

Con lo que respecta a las actitudes sobre sexualidad se encontró que:

- Los padres se encuentran conscientes de la importancia que tiene el empleo de los métodos anticonceptivos, así como de la necesidad de mantener informados para poder transmitir adecuadamente esos conocimientos a sus hijos.

- EN los escolares se manifiesta también la concientización de la importancia de que se les brinde información sobre métodos anticonceptivos, a través de la institución educativa y por los medios masivos de comunicación, lo cual les permite comentar con sus padres sobre el tema.

- En el área de enfermedades de transmisión sexual se observa que tanto padres de familia como escolares modifican su actitud con respecto a que no tan sólo homosexuales y prostitutas son susceptibles de padecer enfermedades venéreas.
- Los padres de familia se manifiestan en contra del rechazo de las personas que padecen SIDA.
- Una vez concluido el curso sobre sexualidad humana; tanto los padres de familia como sus hijos aceptan la masturbación como una actividad normal a cualquier edad y la cual no causa daño al organismo.
- Ambos grupos experimentales se manifiestan en contra de la decisión de tener hijos fuera del matrimonio, así como de tener relaciones sexuales prematrimoniales. Actitud que nos señala el arraigo cultural e ideocincracia de nuestra población ante aspectos de libertad sexual.
- Muestran una actitud favorable hacia el embarazo, considerandolo como una función normal del organismo femenino.
- En el grupo de padres de familia, se considera que el embaraza es la realización de la mujer, esto probablemente se debió a que la población participante estuvo integrada en su mayoría por amas de casa.

Así se observa que, en la población estudiada, existe consenso sobre la necesidad de adquirir información sobre sexualidad, para incrementar la comunicación entre padres e hijos, propiciar la confianza y al mismo tiempo, desmitificar las ideas que sobre sexualidad se presenten.

Por lo tanto, se puede concluir que los resultados de esta investigación se contrapone a las consideraciones generales sobre la ideología sexofóbica occidental, planteada por Giraldo Neira O. (1986), en la que se considera la sexosofía como la ideología que sobre sexualidad comparte una sociedad determinada; y la cual en la cultura occidental implica el tabú de que lo sexual es peligro para los niños, así como de que debe evitarse la comunicación sexual entre edades dispares, según esta regla no debe hablarse entre padres e hijos sobre sexo y, por lo tanto, los hijos no se atreven a preguntar ni comunicar vivencias acerca de lo sexual a sus padres. El secreto es la ley cultural.

Sin embargo, Maslow (1988) postula que en el ser humano existe la necesidad de conocimiento, en donde la curiosidad es la característica fundamental de la salud mental y la que lleva al sujeto a construir un sistema de valores; así mismo, la psicología humanista dice que en el ser humano existe la capacidad de libertad y elección, pero que esa libertad no es absoluta ya que depende de los conocimientos que se tienen en relación a una situación, es decir, si se posee una amplia cultura, educación y una extensa experiencia, se gozará de más grados de libertad y la acción posible será más libre. El nivel y los grados de libertad aumentan a medida que la persona se abre y acepta sus vivencias, que dà entrada y hace accesible a su conciencia todos los datos disponibles y relacionados con la situación.

Con base en estos postulados se confirma la utilidad de impartir cursos de sexualidad humana, dirigidos a menores por la etapa de desarrollo en que se encuentran, y a sus padres, por ser estas las personas de quien pueden recibir la orientación oportuna y adecuada.

SUGERENCIAS.

Con base en las experiencias obtenidas en este estudio, podemos sugerir para la realización de futuras investigaciones:

- Estudiar poblaciones con diferentes características socio-demográficas, a fin de poder generalizar los resultados.
- Establecer un alto nivel de motivación en los maestros y padres de familia, con el propósito de no ver decrementada la muestra en estudio.
- Incluir en futuras investigaciones a escolares de diversos grados de instrucción primaria, para así poder tener una visión ---- objetiva de las necesidades e inquietudes que presentan los menores a través de su desarrollo.
- Continuar aplicando los instrumentos validados en esta investigación, con el objeto de "nmarlos, perfeccionarlos y/o estandarizarlos a otras poblaciones.
- Impartir el curso a profesores de instrucción primaria, ya que - ellos son transmisores de pautas de comportamiento y actitudes -- sexuales.

A N E X O S .

ANEXO 1

PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL

INSTRUCTORES:

**MARIA ROSALIA BELMONT GARCIA
GUILLERMO REYES LOPEZ
PATRICIA ARACELI VILLARREAL RODRIGUEZ.**

PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL.

JUSTIFICACION:

La sexualidad se ha convertido en la actualidad en uno de los temas--- más enigmáticos y de mayor interés para la población en general, quizá por la aparición de enfermedades nuevas como el SIDA, y por que no mencionar la presencia cada día más frecuente de embarazos en adolescentes, fuera del matrimonio.

Es fundamental considerar que la educación sexual debe llegar a los niños a tiempo, es decir, no esperar a que sean adolescentes confundidos e inseguros y sin armas para enfrentarse a los cambios que esta -- etapa conlleva; considerando que la sexualidad existe en el individuo desde el momento en que es concebido hasta su muerte, y no hasta que - inicia una vida sexual en pareja.

Por medio de la Educación Sexual se propicia que el niño y el adolescente expresen las cosas por su nombre, que acepten su papel sexual -co- rrespondiente y procuren una iniciación de conocimientos sobre sexualidad a temprana edad y a la vez se refieran a ella con naturalidad y respeto.

La educación Sexual no implica solo la transmisión de conocimientos -- anatómicos y fisiológicos, sino también una extensa gama de componentes psicológicos en su desarrollo.

Si bien, el hombre y la mujer son el resultado de la integración de -- aspectos bio-psico-sociales que actúan en interrelación pre - - - - - sentan al igual que toda la naturaleza humana el componente tridimensional por lo cual surge la necesidad de realizar y encaminar actividades preventivas sobre Educación sexual dirigidas a los pre-adolescentes y a los padres de los mismos, a través de cursos integrales de Educación Sexual, que incluyan tanto aspectos biológicos, fisiológicos y emocio-

cionales del individuo, sin olvidar temas relevantes como métodos anti-conceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVO GENERAL.

Los participantes conoceran los aspectos básicos que conforman la --- sexualidad humana, así como la repercusión que tienen en la vida individual y social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Los participantes conoceran los órganos y funciones de los aparatos-reproductores femenino y masculino.

Los participantes identificaran los componentes biológicos, psicológicos y sociales que conforman la sexualidad humana.

Se comprendera el proceso psico-social que se presenta en la pubertad.

Los participantes comprenderan el proceso del embarazo desde la fecundación hasta el nacimiento, así como el cambios emocionales que la mujer presenta en esta etapa.

Se conocerán los métodos anticonceptivos que existen, su eficacia y contraindicaciones.

Los participantes conocerán las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos psicológicos que provocan y la prevención de las mismas.

ESTRATEGIAS.

Curso de Educación Sexual, con una visión integral de los aspectos--biológicos, psicológicos y sociales, haciendo énfasis en la importancia de los aspectos psicológicos relacionados a la sexualidad.

METAS.

Se impartirá un curso de educación Sexual a escolares de sexto grado de instrucción primaria.

Se impartirá un curso de educación Sexual a padres de familia.

LIMITES.

ESPACIO.- El curso se llevará a cabo en una escuela primaria ubicada dentro de la jurisdicción de Tlalpan.

TIEMPO.- El curso de educación sexual se impartirá en tres sesiones - con duración aproximada de dos horas cada una.

UNIVERSO DE TRABAJO.- El curso será dirigido a escolares de sexto grado de instrucción primaria y a sus padres.

ACTIVIDADES.

Las actividades que se desarrollarán durante el curso de educación -- sexual serán las siguientes:

En la primera sesión se hablará sobre los componentes de la sexualidad, de anatomía y fisiología de los órganos sexuales.

En la segunda sesión los temas a tratar serán los cambios sociales y - psicológicos del adolescente, desarrollo prenatal y nacimiento.

En la tercera sesión se abordarán los temas de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

SUPERVISION.

La supervisión del programa estará a cargo de el Maestro de Psicología José Luis Reyes, académico de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

EVALUACION.

La evaluación se realizará mediante la aplicación de un pretest y un postest de conocimientos y actitudes.

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL CURSO DE EDUCACION SEXUAL
PARA ESCOLARES DE 6º GRADO Y PADRES DE FAMILIA

1990

TOMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APOYOS MATERIALES	EVALUACION
I- Presentación de los instructores	Los instructores se presentarán los participantes para que estos participen para que estos identifiquen con quienes estaran trabajando durante tres sesiones.	expositiva participativa.	3'	Los instructores comentaran brevemente sus datos generales a los participantes.	glos y pizarrón	No requiere
1.1 Presentación de los participantes	Los participantes se presentaran con los instructores mediante una dinámica de grupo, para crear un ambiente cordial y de confianza.	Fiesta de presentación.	15'	Se pedirá a los participantes que digan su nombre y el nombre de un animal que inicie con la misma letra, al compañero de la derecha repetirá los nombre de los anteriores diciendo su nombre al final.	Cartoncillos de 20 x 10 cms. en blanco, marcadores de colores.	No requiere
Aplicación de pretest de conocimientos y actitudes	Se aplicara a los participantes un pretest antes de iniciar el curso a fin de comparar los resultados con la aplicación de un posttest.	Cuestionario.	20'	Anotaran el mismo en el cartoncillo de presentación. Proporción de cuestionarios.	Cuestionario de conocimientos. Cuestionario de Actitudes.	Escrita Pretest.

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APOYOS MATERIALES	EVALUACION
I.2 Presentación del objetivo general del curso, y temario.	Al final de la presentación el participante conocerá el objetivo y el temario del curso, a fin de que comprenda la dirección del mismo.	Expositiva. Participativa. Interrogativa.	2'	Mostrar el objetivo del curso (lámina 1) mostrar el temario (lámina 2) preguntar dudas sobre temario y objetivo.	Rotafolio estructurado.	No requiere
II. Introducción. Sexualidad Humana.	El participante distinguirá al término de la introducción los tres componentes de la sexualidad humana.	Expositiva. Interrogativa.	30'	De manera expositiva y con la ayuda del rotafolio, a manera de introducción se comentará sobre los componentes de la sexualidad (láminas 3 y 4).	Rotafolio estructurado.	Interrogativa
III. Anatomía y Fisiología de Órganos Sexuales.	El participante distinguirá a través de la exposición las principales características de los órganos sexuales masculinos.	Expositiva. Ilustrativa.	40'	A través de filmins, se explicará detalladamente la estructura y el funcionamiento de los órganos sexuales.	Proyector de transparencias. Transparencias	No requiere

TEMÁ	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APORTOS MATERIALES	EVALUACIÓN
	rios.			sexuales secundarios del hombre y la mujer.		
	SEGUNDA	SESION				
IV Cambios psicológicos y sociales en el adolescente; a) Masturación b) Menstruación	a) Al final del tema el participante comprenderá la masturbación como un aspecto normal entre niños y niñas, preadolescentes y adolescentes. b) A lo largo de la exposición el participante del grupo femenino admitirá la masturbación como una función normal de su cuerpo y compartirá esta actitud con los participantes varones.	Expositiva Interrogativa. Expositiva Ilustrativa Interrogativa.	20' 20'	Se reafirmara el tema de los cambios psicológicos y sociales que sufren los preadolescentes, para hacer incipie en el aspecto de la masturbación. (limina 5,6) Con ayuda de transparencias se explicara el proceso y funcionamiento de la menstruación.	Rotafolio estructurado. Proyector de transparencias. Transparencias	Interrogativa

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APOYOS MATERIALES	EVALUACION
V Desarrollo prenatal y nacimiento.	El participante distingua las principales características del desarrollo prenatal desde la fecundación hasta el nacimiento del bebé.	Expositiva Ilustrativa Trabajo en grupo	50'	Con ayuda de transparencias se explicarán detalladamente las características y avances del desarrollo prenatal desde la fecundación hasta el nacimiento. Se formarán equipos de cuatro integrantes a la mitad de los equipos de los pedirán que plasmen en hojas de rotafolio sus ideas sobre mesturación y menstruación. La otra mitad trabajará con el tema de desarrollo prenatal. Exposición de equipos	Proyector de transparencias. Transparencias. Hojas blancas de rotafolio. Marcadores.	Trabajo en equipo.

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APOYOS MATERIALES	EVALUACION
TERCERA SESIÓN						
VI Planificación Familiar	A lo largo de la exposición los participantes - Identificarán y manipularán, cada uno de ellos - los métodos anticonceptivos.	Expositiva Práctica - ilustrativa.	30'	Se comentarán y explicarán las características y funcionamiento de los métodos anticonceptivos. Láminas 7,8 Simultáneamente a la explicación de los métodos, estos se les proporcionarán para que los manipulen. Y los identifiquen.	Rotafolio estructurado Proyector diapositivas Hojas blancas de rotafolio Marcadores Métodos anticonceptivos	Trabajo en equipo
VII Enfermedades de transmisión sexual	Al final de la sesión - el participante reconocerá todas y cada una de las enfermedades por transmisión sexual	Expositiva Participativa ilustrativa	40'	Se preguntará a los participantes si conocen algunas enfermedades de transmisión sexual.	Rotafolio estructurado	

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APOYOS MATERIALES	EVALUACION
140				<p>Se explicará cada una de las enfermedades sexualmente transmisibles. Láminas 9 a 15</p> <p>Se responderá a inquietudes.</p> <p>Se repartirán tarjetas con el nombre de enfermedades de transmisión sexual y otras con nombres de métodos anticonceptivos, incluyendo algunos con nombres que no corresponden al tema.</p> <p>Posteriormente pasarán el pizarrón a colocar la tarjeta en el lugar correspondiente.</p>		

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	TIEMPO	ACTIVIDADES	APORTOS MATERIALES	EVALUACION
VIII Cierre del curso	Al finalizar los temas los instructores darán por concluido el curso. Se agradecerá la participación al mismo.	Expositiva	3'	Se revisará nuevamente el objetivo del curso y se comentará el logro del mismo.	Portafolio estructurado	
IX Evaluación	Se realizará una evaluación a los participantes al término del curso, a través de un cuestionario de conocimientos obtenido de la información aportada durante las sesiones.	Cuestionario	12'	Se les planteará el cuestionario de conocimientos y se evaluará su actitud.	Cuestionario de conocimientos Cuestionario de actitudes	Escrito Por texto.

SEXUALIDAD HUMANA
(Curso impartido)

SEXUALIDAD HUMANA.

La sexualidad constituye una dimensión fundamental de todo ser humano, influyendo directamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante en la estructura de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre los individuos.

Para comprender al individuo en todas sus manifestaciones debemos partir del principio general que establece que la naturaleza humana es el resultado de la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad se manifiesta en la manera de pensar, sentir y actuar.

Partiendo de este enfoque integral del ser humano, podemos conceptualizar a la sexualidad como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada.

Especificamente para fines didácticos y una mejor comprensión del tema, separamos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD.

La sexualidad comprende una base biológica universal, que es el sexo, entendiendo por sexo el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que, al complementarse tienen la potencialidad de la reproducción.

Sin embargo, los múltiples usos de la palabra sexo y sus derivados incluyen tantos significados que han determinado por hacerla imprecisa. En el uso cotidiano y los diferentes significados que se atribuyen al término pueden agruparse en dos categorías; el sexo como comportamiento erótico y el sexo como componente biológico.

En esta última categoría, el sexo es un hecho biológico que tiene dos brotes de actividad fundamentales, uno en la vida prenatal, en el momento de la fecundación y otro en la pubertad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

En el ser humano la diferencia sexual es un complejo proceso que ocurre en distintos tiempos de la vida prenatal, y se inicia o tiene su base en el patrón cromosómico que se establece en el momento de la concepción.

Originalmente las células sexuales o gonocitos son indiferenciados y será hasta la cuarta o quinta semana cuando se inicie la diferenciación por acción del sexo genético.

Si el proceso de diferenciación sexual no sufre ninguna alteración, el niño al momento del nacimiento presentará genitales externos que permitan a simple vista asignarles socialmente un sexo: femenino o masculino.

Transcurridos alrededor de diez años para las niñas y trece para los varones a partir del nacimiento, el componente biológico de la sexualidad tendrá un segundo brote importante de activación, por acción de las hormonas sexuales se establecerán definitivamente en la pubertad las diferencias corporales, que incluyen las características sexuales secundarias y el establecimiento de un patrón cíclico que resulta en ciertos fenómenos periódicos de la mujer, de los cuales el más evidente es la menstruación.

El hecho de pertenecer biológicamente a un sexo determinado, no significa que el modo de comportamiento sexual a lo largo de la vida esté marcado únicamente por este aspecto. Cuando evocamos a un hombre o una mujer, no pensamos en una estructura biológica determinada (aunque la damos por supuesta), evocamos una forma de vestirse, de peinarse, de arreglarse, de gesticular, de actuar y de relacionarse; o pensamos en actividades específicas que nos indican si un individuo es hombre o es mujer.

A las diferentes formas de comportarnos sexualmente, incluyendo la erótica, se les ha observado en distintas sociedades, más los variados significados que se atribuyen a dichos comportamientos parecen indicar de manera palpable que tales diferencias son el resultado del aprendizaje social, en distintos contextos culturales y no de una estructura biológica determinada.

Las diferencias superficiales de tamaño, forma o color entre los individuos son intrascendentes frente a una estructura anatómica y fisiológica tan idéntica, que permite su clasificación dentro del género humano. No obstante las semejanzas estructurales, existe una enorme variedad en la conducta sexual y en los sentimientos asociados a ésta.

De tal manera que incluir lo sexual en la vida humana y las diferencias psicológicas y sociales entre ambos sexos solo de manera indirecta pueden atribuirse a situaciones biológicas. Esta idea se ha visto reforzada por estudios realizados por CONAPO, en individuos en los cuales la asignación social de sexo resultó no ser la correspondiente al sexo biológico, pero cuyas maneras de actuar y de sentir fueron acordes con el sexo que originalmente se les había asignado. Manual de Sexualidad, S.S.A. (1988).

A partir del nacimiento, el niño emerge a un mundo social donde paulatinamente va desarrollando y perfilando su propia personalidad. Quizá el primer hecho psicológico en su desarrollo sexual sea la indentidad de sexo, es decir, que un niño con genitales masculinos se clasifica así mismo como niño o niña en el caso de tener genitales femeninos.

ASPECTOS SOCIALES DE LA SEXUALIDAD.

Corresponde ahora desarrollar aspectos significativos de la conducta humana como resultado de esta organización sociocultural en la que nos desarrollamos.

La naturaleza social de la sexualidad radica en el hecho de ser ésta una necesidad básicamente interpersonal, es decir, que ordinariamente requiere de la interacción de dos individuos, generalmente de sexo complementario (puede darse también entre individuos del mismo sexo).

La sexualidad es educada orientada y dirigida tanto en su forma como en su contenido, de acuerdo a las necesidades de una sociedad no a las necesidades particulares de cada individuo; en este sentido su valor es también impuesto por el medio social.

La historia sexual del hombre es altamente compleja, por ser esta una experiencia social, considerada así por Isabel Morgan, Manual de la Sexualidad, S.S.A 1938. El ejercicio de la sexualidad es una necesidad básica con grandes repercusiones en la satisfacción personal y en las relaciones interpersonales afectivas y recreativas.

Nuestra sociedad "ha convertido a la sexualidad en un campo de batalla, en una lucha de fuerzas contrarias; la prohibición, la incertidumbre y el sentimiento de culpa por una parte y por la otra el deseo, la capacidad innata de excitación y la exigencia corporal, social y psíquica de satisfacción" Manual de sexualidad, S.S.A. 1988.

Así, el goce de la sexualidad se encuentra limitado por la cultura de cada país.

Uno de los obstáculos presente a lo largo del proceso de socialización, es la falsa creencia de que la conducta sexual no se aprende, ya que el instinto natural con que se nace se encarga de todo; la conducta instintiva es innata y no se aprende ni se modifica con la experiencia.

Este planteamiento biologista, sostenido hasta principios del siglo XX y que dividió a etólogos y psicólogos conductistas, partía de una definición de instinto "como una fuerza o tendencia innata, presente en todos los individuos de la especie. Contiene los mecanismos propios de satisfacción y de predisposición a sentir los estímulos los que -

sucitan la conducta". Manual de Sexualidad, S.S.A. 1983.

Con el avance del conocimiento en sexualidad, estos argumentos han perdido fuerza y actualidad. Harlow 1966 con monos rhesus, Thorpe 1969, Bitteman 1973 con ratas y otros, señalan que gran parte de la conducta sexual es aprendida. En la medida que ascendemos en la escala filogenética encontramos, por un lado, un desarrollo progresivo del sistema nervioso y por el cual un desarrollo relativo de la corteza cerebral, que facilita el aprendizaje de los animales.

por el grado de seriedad que han alcanzado las investigaciones acerca de la sexualidad, no se puede mantener una postura determinista sino al contrario, una integradora.

Por todo lo anterior podemos decir que el comportamiento erótico del rol sexual se establecen en el período prenatal, en cambio al contenido mental de ese rol sexual es resultado del aprendizaje durante la socialización postnatal.

GUIÓN SEXUAL.

El guión sexual se asimila de modo gradual e imperceptible. Gradual porque forma parte de un proceso: el de socialización, imperceptible porque el individuo no es consciente del momento de la introyección de los valores y normas, dado que la interacción con los padres, los amigos, la escuela, forman parte de la naturaleza humana. El guión sexual se introyecta en la infancia, éste se va estructurando sutilmente con los valores, las normas y costumbres familiares, en una palabra con todo el bagaje de la ideología social.

Toda cultura tiene sus guiones específicos y en concordancia con la dinámica social, el guión sexual cambia a la medida en que se agregan nuevos elementos, los antiguos generalmente son adoptados. Crear guiones nuevos, innovadores, no es tarea fácil porque para integrarlos en el código social, se requiere una capacidad crítica y esfuerzo que muchos individuos prefieren evadir. En este sentido modificar los guiones sexuales es una tarea riesgosa, por las sanciones que emplea la ideología social, a través de su control social.

Desde el punto de vista de la sexualidad, podemos comprender como es el guión sexual, es la expectativa que tiene la sociedad de que sus individuos se comporten de una manera específica.

El guión sexual "consiste en normas generales sobre cómo debe comportarse uno, qué se espera y qué es correcto, masculino o femenino bueno o malo y apropiado o no en la conducta sexual de uno". G. Neira, Explorando las sexualidades humanas, 1988.

El contenido del guión sexual está referido a los sujetos involucrados en la actividad sexual, a su conducta, al tiempo y al espacio o sea, con quien puede uno tener actividades sexuales, que se puede hacer, cuándo y dónde. Si pensamos en el hecho de que el guión sexual es resultado de aprendizaje y la internalización, es explicable la resistencia a la incorporación de nuevas ideas que inmediatamente entrarán en polémica con el modelo de sexualidad aprendido.

PAPEL SEXUAL.

En uno de los aspectos más importantes del proceso de socialización sexual y, por tanto, de la educación, es el aprendizaje de los papeles masculino y femenino.

Linton y Znaleki (1978) refieren que "el papel o rol va unido, - no solamente a la posición del individuo en el grupo y la sociedad, sino también a los modelos culturales y sociales (sistema de valores)". Papel sexual: "es el comportamiento, palabras y acciones que manifiestan el grado de conformidad de la persona - en su expresión social, con lo que la cultura considera adecuado al sexo de asignación; según el grado de conformidad con las pautas culturales respectivas será considerado masculino, femenino o ambivalente".

Los papeles sexual se ejercen con cierto grado de exigencia, según la etapa del ciclo vital familiar que se está viviendo. Es oportuno mencionar que ciertos roles están cambiando debido fundamentalmente a cuatro hechos de trascendencia histórica:

- la incorporación de la mujer al proceso productivo
- la invención de los métodos anticonceptivos
- la concepción de una nueva ética sexual y
- el reconocimiento de igualdad de sexos, por parte de la ley.

El efecto de la información, según los niveles de instrucción de la familia, es otro elemento a considerar en el momento de hablar de su actitud de cambio. Es por eso que el sector estudiantil es el que tiene más acceso a la instrucción y la cultura. El ser -- hombre o mujer, papel trascendental en la conducta sexual, está - determinado por el patrón cultural vigente y aprendido en la --- sociedad.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA SEXUALIDAD.

El aspecto psicológico de la sexualidad se puede resumir en la identidad sexual del individuo. Los roles sexuales que nos marca la sociedad, están delimitados por la identidad sexual.

La identidad sexual comprende tres aspectos básicos: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

IDENTIDAD SEXUAL.

La identidad sexual es un aspecto central de la personalidad. Nuestro yo sexual se alimenta del sentido de identidad sexual y de la consolidación social de nuestro papel y capacidad sexual. La confianza en uno mismo como ser sexual es importante para el ejercicio de la sexualidad y para la estima de sí mismo.

Harémos un poco de historia, quien introdujo el término identidad en la literatura psicoanalítica, 11 años después de muerto Freud fué Victor Tansk en 1944; posteriormente varios autores especialmente Erik H. Erikson, abordaron el tema desde diferentes perspectivas psicoanalíticas y psicosociales.

Identidad, según E. Erikson (1968), "es el paso crítico de este período, la necesidad de adquirir un claro sentido de sí mismo, separado de la familia y de los patrones familiares". Dennis Hassol, 1986.

Para Kramer (1982), "el sentido de la identidad es el conocimiento de la persona, de ser una entidad y distinta de las otras".

De esta noción sobresalen dos aspectos:

- 1) lo que el individuo siente que es, y
- 2) lo que el individuo piensa que es.

Estos elementos son determinados por la forma de organización socio cultural de un grupo, y se considera a la familia como determinante para la estructura de su identidad.

Para John H. Gagnon (1977), la identidad sexual se refiere "al estado psicológico en el que una persona llega a pensar "soy mujer" o "soy hombre". Esta es la primera etapa en el desarrollo del sexo y parece estar perfectamente establecida a la edad de trece años".

La identidad sexual es la intima conciencia, convicción y sentimiento unitario y permanente de ser y actuar como hombre, mujer o ambivalente.

Al abordar el estudio de la sociedad y la cultura, marcos donde se desarrolla el carácter y la personalidad del individuo, se establece que la conducta sexual no sólo tiene que ver con lo biológico sino que es el resultado de un proceso psico-social, que constituyen la base para adquirir la identidad sexual.

ROL DE GENERO.

Se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y a sí mismo, el sexo al que pertenece. Generalmente este comportamiento responde a la identidad de género y a los usos y costumbres del lugar y la época. Ubicar el rol de género en su contexto social es de primordial importancia, porque si queremos valorar la masculinidad o feminidad de una persona, fuera de su contexto cultural, y en una época que corresponde, el resultado de esta confrontación se presentaría un tanto incoherente.

En la actualidad vivimos una época de confrontación de valores, cuyas causas podrían encontrarse en los cambios ocurridos en la vida social que permitieron la incorporación de la mujer al trabajo asalariado.

Esta nueva situación en la vida de la mujer ha provocado cambios en la estructura familiar, cuestionando los valores tradicionales y dando pie a la creación de roles sexuales más flexibles.

Las modificaciones sufridas con los roles ha orientado al individuo a asumir funciones tradicionalmente atribuidas al sexo complementario, para enfrentarse a las nuevas exigencias.

Esta superposición de funciones, este cambio en el rol de género, no afecta ni altera la identidad del sujeto. El varón no deja de serlo si manifiesta afecto a sus hijos, ayuda en las labores del hogar, etc., ni la mujer deja de sentirse como tal por ser proveedora económica de su hogar.

ORIENTACION SEXUAL.

Entendemos por orientación sexual " El grado de preferencia que una persona tiene por actividades sexogenitales y/o afectivas con personas del mismo sexo, de sexo diferente o de ambos" Mario Gantier, 1982.

Ahora bien, el estudio antropológico de las diferentes culturas ha demostrado precisamente que, la cultura como elemento ideacional de la sociedad, a nivel macrosocial y la familia a través del entrenamiento propio del sexo de asignación y crianza, a nivel microsocial se encargan de dirigir, encauzar al individuo hacia una orientación sexual determinada. En este sentido la sociedad y la familia esperan que los niños lleguen a ser heterosexuales y solo heterosexuales.

El énfasis que la sociedad hace en relación a la heterosexualidad ha traído como consecuencia una discriminación y marginación de los individuos que se separan de las normas.

El erotismo se encuentra siempre ligado a la orientación sexual, siendo éste el que dirige su acción hacia el placer sexual. Desde el momento del nacimiento, todo ser humano posee en su organismo las estructuras necesarias que le otorgan la posibilidad de obtener placer sexual; sin embargo, este no posee un contenido erótico.

Este se obtiene a través de incorporar elementos socioculturales que le permitan elaborar un conjunto de estímulos sexuales efectivos para obtener placer sexual.

"La educación sexual tiende a reconocer la importancia de la socialización desde la infancia, destacando la necesidad de formar al niño no en la represión, el miedo, la ignorancia, la deficiencia y superioridad de un sexo sobre otro, sino destacar aquellos elementos básicos para su autorrealización y la canalización de su impulso para el goce sexual". Esta nueva posición la resume en cuatro aspectos:

NATURAL. Lo sexual es un atributo al ser humano

INTEGRAL. Partiendo del enunciado anterior, el proceso de socialización integra aspectos biopsicosociales.

POSITIVA. La vida sexual cumple una función importante, generar vida, pero este proceso deberá ser resultado de la autodeterminación responsable, la comunicación y el mutuo afecto.

REALISTA. Evitar el miedo a hablar sobre el componente biológico (sexo) de la sexualidad; expresar en forma clara, procurando un ambiente de confianza que permita espontaneidad". Sociedad y sexualidad, CONAPO, 1982.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El aparato reproductor femenino está compuesto tanto por órganos - externos como por órganos internos; el conjunto de órganos externos se denomina vulva, ésta está constituida por dos grandes labios, -- gruesos y mullidos que reciben el nombre de labios mayores, si estos se entreabren se pueden observar dos finas estructuras, de bordes irregulares, conocidas como labios menores. Entre los labios - se encuentra el clítoris y el meato urinario, orificio por donde sale la orina. El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico del que - por lo general sólo se ve la cabeza y es extremadamente sensible.

Los labios menores constituyen la entrada de un conducto cilíndrico llamado vagina, cuyas paredes están recubiertas por una mucosa; la vagina es parte de los órganos sexuales internos, en la parte más - profunda de ésta se encuentra el cuello de la matriz o útero. Este es un órgano en forma de pera invertida, por lo general su tamaño - es de 7 u 8 centímetros, tiene una gruesa capa muscular y su cavidad, bastante fina, tiene forma de t, cuyos brazos desembocan a unos conductos llamados trompas de Falopio. El útero se encuentra dentro de la cavidad pélvica ligeramente inclinada hacia adelante. Las trompas de Falopio terminan en un ensanchamiento que asemeja a los pétalos de una flor, a esta parte se le conoce como fimbrias; - a pocos centímetros de ellas se encuentran los ovarios que es en- donde se producen los óvulos.

Ahora se verá la fisiología de cada una de las estructuras. Los ovarios, que son los productores de los óvulos, son homólogos a -- los testículos del hombre. Las hormonas óvaricas contribuyen al - deseo sexual de la mujer, pero primordialmente preparan y mantienen al útero para la implantación del óvulo fecundado. Los ovarios

son cuerpos de color rosa-grisáceo de tamaño aproximado de una almenra con cáscara, se localizan a ambos lados del útero.

Dentro de cada ovario hay numerosas vesículas redondas llamadas Folículos, cada uno alberga un oocito, que es un óvulo en etapa temprana de desarrollo. Al nacer la mujer cuenta con 400,000 - folículos en cada ovario aproximadamente, con el crecimiento del cuerpo aparece el desarrollo y las secreciones subsiguientes, al algunos oocitos empiezan a madurar transformándose en óvulos maduros, marcando el principio de la pubertad, para esta época los - oocitos han disminuido a 200,000 y se seguirán disminuyendo durante los años reproductivos de la mujer.

Cada mes, aproximadamente a la mitad del ciclo menstrual de la -- mujer madura, se rompe un folículo liberando un óvulo. Despues - que el óvulo es expulsado del ovario, la membrana del folículo va ciclo se invagina y el lugar vacante se llena con el cuerpo amarillo; este nuevo crecimiento celular produce Progesterona, hormona que -- inhibe la ovulación durante el embarazo.

Las trompas de falopio constituyen el lugar donde ocurre la fertilización del óvulo, cada una de las trompas mide alrededor de 10 cm. de longitud y se halla suspendida por un ligamento el cual -- permite a cada trompa que se extienda en la porción superior externa inclinándose hacia el ovario, la parte fimbriada de la trompa se une al ovario y se acopla ligeramente sobre él.

Las trompas poseen una excelente circulación sanguínea proveniente de las arterias ováricas y uterinas y tienen muchas vellosidades - llamadas cilios que actúan en forma ondulante llevando al óvulo -- fertilizado hacia el interior del útero.

El Útero o matriz es un órgano hueco de paredes musculares gruesas con formas parecida a una pera, tiene una longitud aproximada de 8 cm., está situada en la cavidad pélvica entre la vejiga urinaria y el recto. Las paredes uterinas están constituidas por 3 capas:

el perimetrio (capa externa) que consiste en tejido fibroso elástico, el miometrio (capa intermedia) que forma la mayor parte de la pared uterina y que consiste en capas de fibras musculares lisas muy fuertes y el endometrio (capa interna o mucosa) que consiste en tejido que se engruesa a medida que el Útero se prepara para la implantación del óvulo fertilizado, pero se descama durante el tiempo de la menstruación si no ocurre la fertilización.

La paredes uterinas contienen fibras musculares longitudinales y circulares que están distribuidas en espiral y corren a través de las paredes en sentido del giro de las manecillas del reloj y en dirección opuesta, el entrecruzamiento en forma de cesto permite al Útero dilatarse y estirarse hasta alcanzar proporciones gigantescas durante el embarazo y ejercer una presión tremenda al contraerse hacia abajo durante el parto.

La vagina es un tubo muscular que se extiende desde el vestíbulo de la vulva hasta el cuello de la matriz, es el órgano que recibe al pene durante el acto sexual; las paredes de la vagina están en contacto una con otra y están formadas por tres capas: la capa fibrosa la capa muscular y la mucosa, los grande pliegues de mucosa proporcionan a la vagina un aspecto arrugado.

El sistema genital externo de la mujer, conocido como vulva, consiste de las siguientes partes visibles: monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris y vestíbulo.

El monte de venus esta compuesto por tejidos gruesos que se encuentra debajo de la piel sobre el púbis, esta zona está cubierta por vello ensortijado y aspero. Los labios mayores son dos pliegues que rodean a la hendidura vulvar, los bordes de estos labios contienen folículos sebáceos y glándulas sudoríparas. Los labios menores también son dos pliegues longitudinales, localizados dentro de los labios mayores, están muy vascularizados, muy enervados y con abundantes glándulas sebáceas, los bordes se fusionan en la clima para formar el prepucio y rodear al clítoris.

El clítoris es una estructura cilíndrica eréctil pequeña, situada encima del vestíbulo, habitualmente mide menos de 2.5 cm. de longitud, pero al ser estimulado sexualmente puede agrandarse considerablemente hasta doblar su tamaño; el glande del clítoris que al igual que el glande del pene, contiene abundantes terminaciones nerviosas y constituye la zona de la mujer con mayor excitabilidad sexual.

El vestíbulo es la región como hendidura rodeada por los labios menores, alberga la abertura de la vagina y la uretra; esta zona es rica también en terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos; y responde muy intensamente a una estimulación adecuada. Las glándulas vestibulares mayores, las glándulas Bartholin, se hallan situadas a cada lado del orificio vaginal, cada una de ellas secreta un líquido lubricante durante la excitación sexual.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

El aparato reproductor masculino está constituido, en su forma externa, por el pene y el escroto con los testículos. La forma del pene es alargada y cilíndrica y en su extremo anterior termina en un engrosamiento denominado glande por un repliegue cutáneo que se llama prepucio, el cual debe poder retraeer fácilmente descubriendo el glande. La circuncisión es el corte quirúrgico del prepucio, esto debe realizarse en cualquier hombre que no pueda retraeer el prepucio con facilidad; por otro lado; la operación no afecta nada la función sexual del hombre y en cambio permite una mayor higiene genital.

El escroto está constituido por unas bolsas formadas por varias capas de diversos tejidos y recubiertas por la piel, su principal función es contener a los testículos y mantenerlos en una temperatura adecuada para producir espermatozoides. Los testículos tienen forma ovoide y están compuestos por una gran cantidad de tubillos en los que se producen los espermatozoides. Estos tubos son llamados tubos seminíferos y desembocan a unos más gruesos, la estructura que forman se conoce como epidídimo, donde se colectan los espermatozoides y de donde son transportados por un largo tubo llamado conducto deferente, el cual corre por el conducto inguinal y entra en la cavidad pélvica, llevando a los espermatozoides a que se acumulen en unas pequeñas bolsas colocadas detrás de la vejiga-urinaria, conocidas como vesículas seminales.

Las vesículas seminales desembocan en unos tubos que se introducen en la glándula prostática y terminan en un tubo único conocido como uretra prostática; también por este conducto sale la orina.

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez, que se localiza debajo de la vejiga urinaria, por detrás está en contacto directo con el recto.

La uretra prostática se continúa hasta el pene y su nombre cambia entonces a uretra peneana.

El semen está constituido por los espermatozoides que se producen en los testículos y por diversos líquidos que aportan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata, principalmente. De lo anterior puede pensarse que si la uretra prostática recibe a los conductos eyaculadores de las vesículas seminales y al mismo tiempo es vía de salida de la orina, sería factible que el hombre pudiera eyacular y orinar a la vez. La realidad es que en el cuello de la vejiga existe un músculo circular llamado enferter vesical, que automáticamente se cierra durante la eyaculación, impidiendo la salida de orina.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

La respuesta sexual humana son los cambios que se producen en el hombre y en la mujer, tanto a nivel de los genitales como de todo el cuerpo, cuando se da una estimulación sexual.

Un estímulo sexual puede originarse fuera del propio cuerpo o bien en el interior del mismo. Los provenientes del exterior son percibidos por uno o varios de los órganos de los sentidos: la vista, el tacto, el gusto, el oido y el olfato; en cambio los originados en el interior son principalmente las fantasías y los recuerdos.

Es importante destacar que los estímulos efectivos varían de persona a persona e incluso cambian de una misma persona en diferentes épocas de su vida.

Durante la respuesta sexual humana se producen cambios en el organismo; el principal fenómeno que se dá ante la excitación es la vasocongestión, es decir, la acumulación de sangre en la zona pélvica, esta congestión sanguínea provoca los dos principales fenómenos preparatorios de la relación sexual: la mujer la lubricación vaginal y en el hombre la erección del pene. A nivel psicológico, podemos decir que lo que sucede fundamentalmente es un aumento de tensión tendiente a buscar mayor estimulación y aumentar el acercamiento con la otra persona. Cuando esta excitación llega a su nivel más alto, puede permanecer así cierto tiempo hasta que se desencadena el segundo fenómeno físico de la respuesta sexual: la fase mioclónica o fase orgásmica, esta consiste en una serie de contracciones musculares, sobre todo a nivel genital, que liberan la vasocongestión y, a nivel psicológico provocan una sensación de gran placer, muchas veces difíciles de describir.

Basándose en sus investigaciones sobre la fisiología de la respuesta sexual humana, William Masters Y Virginia Johnson (1966), diseñaron una curva como modelo de los cambios que presenta el organismo, la cual consta de cuatro fases de respuesta: excitación, meseta, - orgasmo y resolución. Posteriormente, Helen S. Kaplan en su Manual Ilustrado de Terapia Sexual (1975), introduce el modelo en el que sólo considera tres fases: deseo, vasocongestión y mioclónica (orgasmo).

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.

Durante la excitación, el principal cambio que se dà es la lubrificación vaginal; durante ésta se produce un líquido que humedece la vagina, especialmente en el tercio externo, los labios mayores se llenan de sangre, aumentan de tamaño y se entreabren; los labios menores también aumentan de tamaño y se expanden ligeramente.

El clítoris se congestiona de sangre y aumenta de tamaño, a diferencia del pene este incremento es mayor en cuanto al diámetro que en longitud, esta circunstancia hace que el clítoris sea extremadamente sensible, aunque esto varía de mujer a mujer.

Ahora bien, los cambios que se dan en los genitales internos consiste en las modificaciones que se dan en los tercios internos vaginales y en el útero; el útero se yergue y pierde parcialmente la anteroversion que tenía en estado de reposo, ello provoca en el fondo de la vagina una expansión, formándose una especie de bolsa invertida.

Asimismo, otras partes del cuerpo sufren cambios durante la fase de excitación; por ejemplo, los pechos de la mujer pueden aumentar ligeramente de tamaño pero sobre todo se presenta erección de los pezones, y en el resto del cuerpo se pueden dar fenómenos de tensión muscular, en ocasiones con algunos movimientos involuntarios.

Durante la fase que Master y Johnson (1966) denominan mesetas hay ciertos cambios importantes, que de no conocerse pueden dar la impresión de que se ha perdido la excitación. Tal es el caso cuando el clítoris se retrae y deja de ser visible. Las zonas oscuras que rodean los pezones se congestionan y al observarlas parecería que los pezones hubieran perdido su erección.

La tensión muscular es mayor en los músculos de la cara, lo que da lugar a una expresión facial tensa muy indicativa de un estado avanzado de excitación.

Después de la meseta sobreviene la fase de orgasmo que Kaplan --- (1975) llama mioclónica o de contracciones musculares; estas se producen sobre todo en la musculatura genital externa e interna, son involuntarias y tienen un efecto fundamental liberador de tensión y de la vascongestión. Es obvio que el factor más importante del orgasmo es la intensa sensación de placer, cuya situación varía de persona a persona. Algunas personas son capaces de una multiorgasmia, es decir, pueden tener más de un orgasmo sin la necesidad de que se inicie un nuevo ciclo de respuesta, en algunas se dan con cierta continuidad y en otras sobreviene después de que la tensión disminuye un poco. Esta situación es común, pero tampoco quiere decir que sea un fenómeno universal.

Por último, cuando después de uno o varios orgasmos cesa la tensión aparece la fase que Masters Y johnson (1966) llamaron resolución, es decir, todos los cambios del organismo empiezan a desaparecer y vuelven a las condiciones iniciales lo que por lo general provoca gran relajación y bienestar.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA.

Ante el estímulo sexual efectivo, se produce la vascongestión, que en el hombre se representa por la erección del pene. Esta respuesta eréctil se da porque el pene está constituido en su interior -- por lo llamados cuerpos esponjosos, que son estructuras semejantes a esponjas que al saturarse de sangre y por medio de un sistema de válvulas muy finas, impide que la sangre salga, manteniéndose así

la erección. otro de los cambios de la fase de excitación es que la piel del escroto se pone tensa y se engruesa y los testículos- se elevan.

Ahora bien, el resto del cuerpo, se ha visto que en un porcentaje menor de hombres aparece erección también de las tetillas y aumenta también la tensión muscular, apareciendo movimientos involuntarios.

En la fase de meseta, los cambios se acentúan y se mantienen, llegando al punto extremo que desencadenará el orgasmo. Durante esta fase, en algunos hombres se produce la salida de líquido mucoso -- por el meato urinario, esta secreción proviene de unas pequeñas -- glándulas llamadas bulbouretrales, esta secreción por escasa que-- sea puede contener espermatozoides.

Generalmente la erección establece la preparación de la eyaculación la estimulación del glande del pene, la presencia de hormonas sexuales en la sangre, los impulsos de las vesículas seminales repletas y de los conductos eyaculadores, la respuesta de los nervios a los olores eróticos, pensamientos sexuales, todos estos estimulan, por medio de mensajes, al encéfalo para que logre y mantenga la -- erección y origine los impulsos en el centro eyaculador de la parte inferior de la médula espinal. Estos impulsos viajan a la secreción de la médula inferior donde junto con el estímulo de las otras zonas mencionadas, alcanzan un umbral en el que se origina un desencadenamiento subito del proceso denominado eyaculación.

En la fase de resolución, todos los cambios de la excitación retoran a la situación inicial, en forma directamente proporcional al tiempo que dure la fase vascongestiva preorgásica, es decir, ---- mientras mayor sea el tiempo que un hombre permanezca excitado y con erección, más tardará en perder la erección.

CAMBIOS CULMINANTES DE LA PUBERTAD: MASTURBACION Y MENSTRUACION.

Los cambios de la pubertad y de la adolescencia significan para los jóvenes una serie de experiencias, para las cuales frecuentemente no están preparados. En nuestra cultura la niña llega a la primera menstruación sin tener idea de la existencia de este fenómeno; el joven llega a las primeras erecciones o eyaculaciones nocturnas sin tener idea de lo que sucede o si se está -- enterado tiene una actitud no natural sino maliciosa, por lo fragmentado de sus conocimientos.

El despertar sexual de la adolescencia hace que el deseo sexual sea vigoroso y más intenso, que crea nuevas necesidades e inquietudes con deseos de satisfacción.

El joven puede tener erecciones por diversas razones, pero este hecho puramente fisiológico se acompaña de aspectos psicológicos de intranquilidad e incertidumbre, debido a las actitudes y creencias socioculturales en que se desarrolla. Sin embargo, para el joven bien preparado la menstruación y la eyaculación proporcionan un refuerzo a su masculinidad y feminidad.

Poco después de su nacimiento, los seres humanos empiezan a conseguir placer de sus propios cuerpos. En cierta forma la masturbación empieza apenas el bebé advierte las sensaciones placenteras que se originan en la zona genital, al experimentar los roces suaves, al -- ser bañado, al tocarse los órganos genitales al iniciarse las primeras exploraciones del propio cuerpo. De esta manera, a partir de la estimulación genital accidental, los niños pasan a la estimulación deliberada de sus genitales que continúa generalmente a través de toda su vida.

Después de una fase más intensa de masturbación en la primera -- infancia, los niños parecen prestar menos atención al respecto y puede haber un intervalo de varios años en el que no se muestre- interés aparente por el sexo en general ni en la masturbación en particular. Al iniciarse la pubertad, a partir de los 11 años, - se reanuda el interés en la masturbación especialmente, en los - varones, al surgir las primeras necesidades serias de índole sexual, hay incluso, chicos que se masturban en grupos y las niñas algunas- veces lo hacen explorando sus genitales con algunas amigas.

La masturbación es una especie de preparación para la sexualidad adulta. Los adolescentes aprenden el tacto, el olor y las sensaciones físicas de sus órganos sexuales y advierten sus cambios y su conocimiento a medida que su aspecto consigue madurez. La exploración de los genitales y la familiarización con sus sensaciones constituye parte de una educación sexual informal. Con - el tiempo los adolescentes se convierten en adultos, con vidas - anorosas al momento de alternar sexualmente con su pareja.

La masturbación, afirma Giraldo Neira (1998), "es la actitud más- frecuente en la adolescencia, su presencia no es fenómeno aberrante- o anormal, como se creía hasta hace unas décadas. Actualmente se ve como un fenómeno muy explicable dadas las circunstancias tanto fisiológicas como psicológicas de la adolescencia, y en nuestra cu- tura es parte del desarrollo psicosexual normal de la mayoría de - los individuos. Según los datos estadísticos, comúnmente se mas- turban entre el 90 y el 95 % de los adolescentes y por lo menos -- del 50 al 65 % de las mujeres adolescentes. Esto no quiere decir que la masturbación sea un proceso absolutamente necesario en el- desarrollo sexual, ni que sea anormal el no hacerlo pero tampoco - es signo de problemas psíquicos que el adolescente se masturbe con relativa frecuencia".

La manera y frecuencia para masturarse vería enormemente de un individuo a otro. Lo ordinario es que cada persona considere --- "exceso" lo que va más alla de su necesidad y costumbre, prácticamente no se puede hablar de exceso de masturbación, ya que al menos teóricamente el cuerpo dejaría de responder fisiológicamente antes de que ocurrieran algún daño físico.

El adolescente aprende por su propia cuenta o con su compañeros las posibilidades y maneras de masturarse. El hecho de que la información llegue al adolescente en secreto, trae como consecuencia que se le transmitan los mitos existentes al respecto, así como fuertes sentimientos de culpa.

Cuando el adolescente adquiere cambios físicos, nuestra cultura pardojicamente retira los contactos físicos y familiares, ya no lo besan ni lo acarician; los órganos genitales se convierten en algo exclusivamente sexual, de esta forma socializamos al adolescente dentro de valores anticorporales, antisexuales y propensos a la confusión y culpabilidad a medida que tienen vivencias corporales y genitales G. Neira (1988).

Este trato social refuerza el guión cultural sexual que se presenta con frecuencia en los adolescentes educados con un sistema tradicional de silencio familiar acerca del sexo.

Aprendizaje y técnica en el varón: como se indicó la masturbación parece empezar para la mayor parte de los varones alrededor de la pubertad, éste no es un instante en el tiempo sino más bien un periodo de cambios en diferentes partes del cuerpo. Para los varones los acontecimientos sexuales de esta época son la capacidad de eyacular, los cambios de la anatomía genital y el crecimiento del vello púbico. El chico se da cuenta de tales cambios y los vincula con la actividad potencial sexual que se realiza en la mayoría de los casos.

La técnica más común de masturbación en el varón es manual, --- acariciando con una o ambas manos y aumentando la rapidez del movimiento a medida que se aproxima el orgasmo. Otra práctica común es acostarse boca abajo frotando el pene contra las sábanas en una simulación de coito. Hay una infinidad de técnicas masculinas, sin embargo, parece ser que sólo una minoría utilizan diversas formas, la mayoría continua usando la técnica de masturbación que aprendieron en la adolescencia.

Aprendizaje y técnica en la mujer: las técnicas masturbatorias de las mujeres tienden a ser más variables que las de los varones, - ya que pueden utilizar diferentes partes del cuerpo como punto de estimulación manual: los senos, el torso, las piernas y los labios así como los genitales : también puede utilizar la tensión corporal y particularmente, la tensión y presión los músculos para producir excitación y orgasmo. Una práctica común es la de introducir los dedos en la parte inferior de la vagina, estimulando manualmente el clítoris los labios externos; puede ocurrir, aunque rara vez la inserción de otros objetos en forma de pene a la vagina, encontrándolo placentero. En los últimos años el vibrador eléctrico se ha convertido en una ayuda popular para la masturbación femenina.

MENSTRUACION.

En toda mujer, desde la pubertad hasta los 50 años aproximadamente, existe un continuo desarrollo y desprendimiento de la capa de células que tapiza el útero, cada vez que estas células se desprenden (cada 28 días aproximadamente.) se sangra por la vagina. Cuando las niñas no tienen información pueden tener miedo y pensar que algo malo les sucede;

Generalmente cuando los periodos comienzan a aparecer no son regulares, sin embargo, cada mujer tiene su experiencia particular relacionada con sus periodos; por lo general aparecen - cada 28 días, pero también es normal cada 30 o 32 días, esto - es debido al esquema propio de funcionamiento, que depende del aparato hormonal. El sangrado dura habitualmente 4 días, pero esto también es variable de mujer a mujer. La primera menstruación se presenta entre los 11 y los 14 años aproximadamente.

En algunas mujeres adultas existen otros factores que pueden - alterar su ciclo menstrual en cantidad y duración, generalmente esto es producto de emociones fuertes o alteraciones emocionales.

Cuando la menstruación deja de aparecer entre la edad de 45 y 50 años, la mujer deja de estar capacitada para concebir a un - nuevo ser, conociéndose esta etapa como menopausia.

FECUNDACION, EMBARAZO Y PARTO.

La especie humana en su procreación requiere de un acontecimiento: la reproducción. Este se inicia con la formación, ma duración y encuentro de las células sexuales masculina y feme
nina, que al unirse originan el huevo o cigoto.

Este proceso constituye el inicio de un nuevo ser. La penetración del espermatozoide al óvulo, así como el encuentro y fusión de sus núcleos constituyen el proceso de fecundación.

Este acontecimiento que requiere de un insignificante lapso, en la vida humana resulta ser un fenómeno decisivo para la sucesión de la vida y de la especie humana.

FECUNDACION.

Se refiere al momento en que óvulo y espermatozoide se unen. Despues del coito, algunos espermatozoides pasan a través del útero- del conducto cervical y emigran en dirección ascendente por la cavidad uterina hasta penetrar en los orificios de las trompas de Falopio, llegando a la cercanía del ovario en aproximadamente 5 mi
nutos. Se calcula que en una eyaculación se depositan aproximadamente 400 millones de espermatozoides. El espermatozoide esta constituido de las siguientes partes: cabeza, segmento intermedio y flagelo (cola), partes que estan de acuerdo con las cuatro misio
nes que han de desempeñar.

La primera misión del espermatozoide es llegar hasta el óvulo y -- para ello, utiliza la movilidad que le proporciona el flagelo y la energía generada en el segmento intermedio. La segunda es penetrar

la superficie del óvulo. La tercera, ya en su interior es a activar el proceso de desarrollo embrionario y, la cuarta consiste en aportar el componente genético paterno.

Por su parte, el óvulo que es una célula de gran volumen e inmovilidad, tiene las siguientes funciones: Primero, recibir el espermatozoide que lo ha de fecundar. Segundo continuar con el desarrollo embrionario mediante la aportación de substancias alimenticias acumuladas que servirán como proveedoras de energía, y, la transmisión del componente genético materno.

El encuentro de las células sexuales humanas se producen en el tercio externo de la trompa uterina, el tiempo en promedio que necesita el espermatozoide para atravesar el conducto cervical, la cavidad uterina y alcanzar la trompa es de una hora.

Existe la posibilidad de que ocurra la fecundación aún en el óvulo sin embargo, es seguro que la fecundación no se puede producir en los segmentos proximales de las trompas, pues a medida que el óvulo en su recorrido se aproxima a la cavidad uterina va degenerando y ya en estos es disuelto.

Una vez introducido el espermatozoide en el óvulo, este pierde la cola y la cabeza aumenta de tamaño para formar el pronúcleo masculino, conteniendo 23 cromosomas, o sea la mitad del material genético de cualquier otra célula no germinal, para que al unirse al pronúcleo femenino que cuenta también con 23 cromosomas, den lugar a una nueva célula ya con 46 cromosomas, que es la característica de los seres humanos.

El espermatozoide lleva 22 autosomas y un cromosoma sexual, -- que puede ser X o Y, de tal manera que si el espermatozoide -- fecundante es de 22 X dará lugar a un embrión femenino al unir se con el óvulo. Por el contrario, si el óvulo se fecunda por un espermatozoide 22 Y, el producto será masculino; así que la determinación del sexo está dada siempre por la carga genética del espermatozoide, es decir, el sexo lo determina el hombre, - ya que este es el que posee la alternativa X o Y, mientras que el óvulo será portador únicamente de X.

El transporte del huevo fecundado a través de las trompas depende de una concentración adecuada de progesterona, de la cual en ese momento hay gran cantidad, ya que está siendo producida por el cuerpo amarillo.

El huevo se divide varias veces antes de llegar al Útero, durante este tiempo se nutre de la secreción de las glándulas tubarias,-- dependientes de la acción combinada y cantidad adecuada de estrógenos y progesterona.

Cuando el huevo llega a la cavidad uterina queda ahí prácticamente flotando, sin implementarse por un lapso de 4 o 5 días, generalmente se implanta alrededor del séptimo día u octavo posterior a la fecundación. Las divisiones continúan y en ese momento el huevo o cigoto se encuentra en etapa de blastocito; en la superficie de este se empieza a desarrollar un grupo de células denominadas trofoblásticas, las cuales producen enzimas proteolíticas que dirigen parte del endometrio materno, los elementos que se liberan son absorbidos por el blastocito y le sirven de nutrientes; al mismo tiempo otras células forman cordones y emigran hacia el endometrio, penetrando y adheriéndose a él, este proceso se conoce como implantación. Posteriormente, las células trofoblásticas

cas proliferan y dan origen a la placenta.

A partir de la implantación realmente empieza a contar el embarazo propiamente dicho. Una de las funciones principales de la placenta es difundir elementos nutritivos de la sangre materna a la del feto y eliminar en sentido opuesto los productos de desecho del feto.

EMBARAZO.

El embarazo humano tiene una duración aproximada de 280 días que son el equivalente a nueve meses aproximadamente, en el período comprendido desde la fecundación hasta el momento del parto.

Posteriormente a la implantación del huevo, la pequeña placenta secreta gonadotropina coriônica, la cual entre sus acciones está el evitar que el cuerpo amarillo involucione como ocurre en cada ciclo menstrual; al no involucionar, el cuerpo amarillo sigue -- produciendo grandes cantidades de estrógeno y progesterona, ambas hormonas indispensables para todo embarazo, siendo vital la presencia de progesterona hasta la decimoprimerasemana de embarazo, ya que a partir de ésta, la placenta misma es capaz de producir progesterona y también los estrógenos necesarios para el resto de los nueve meses.

Durante la gestación, los estrógenos tienen la función de: 1) estimular el crecimiento del útero, 2) provocar el crecimiento de mamas y tejido glandular, 3) Aumentar el tamaño de los genitales -- externos, 4) relajar los ligamentos pélvicos con el objeto de que las articulaciones sacro-iliacas se vuelvan flexibles y se abra -- sínfisis del púbis, facilitando el peso del feto por el canal de parto.

La progesterona aumenta hasta 10 veces su secreción al final del embarazo, llegando hasta la cantidad de un gramo diario. Entre los efectos durante el embarazo se puede mencionar: 1) Estimula a algunas células del endometrio para que desempeñen un papel importante en la nutrición del embrión, 2) disminuye la actividad del útero, impide contracciones que pudieran provocar un aborto, 3) participa en el transporte del huevo a nivel de trompa de Falopio, 4) En la preparación de las mamas para lactancia.

Para realizar el diagnóstico del embarazo existen un conjunto de signos y síntomas que pueden ser presuncionales o de certeza, que van presentándose paulatinamente. Estos signos y síntomas son los siguientes:

P R E S U N C I O N A L E S		C E R T E Z A	
S I G N O S	S I N T O M A S	S I G N O S	S I N T O M A S
AMENORREA	NAUSEAS	DETERMINACION DE	MOV.
CONGESTION MAMARIA	VOMITO	HORMONA GONADO -	FETALES
AUMENTO EN COLORACION	CEFALEAS	TROPINA CORIONICA EN LA ORINA.	
DE LOS PEZONES Y DE LA LINEA MEDIA.	SOMNOLENCIA	FRECUENCIA CARDIACA FETAL.	
SECRECION LACTEA	AUMENTO DE LA FRECUENCIA	PALPITACIONES DE PARTES FETALES.	
COLORACION VIOLEACEA	URINARIA. CRE	PELOTEO DEL PRODUCTO.	
DE LA MUCOSA VAGINAL.	CIMIENTO UTERINO.		
REBLANDECIMIENTO DEL CERVIX.			

FISIOLOGIA DEL EMBARAZO.

Las alteraciones orgánicas que se van sucediendo en la madre durante el embarazo, van paulatinamente involucrando en su totalidad el funcionamiento del organismo; alteraciones que van desde modificaciones del aparato genital, cardio-vascular, respiratorio renal, digestivo, hasta aspectos que afectan la esfera emocional. A continuación se mencionarán los más importantes.

APARATO GENITAL.

Las alteraciones a este nivel expresan la adaptación a la necesidad de espacio y a la exigencia funcional del embrión en desarrollo, sin embargo, debe entenderse que surge como preparación del parto, para que el Útero se contraiga, el cervix se dilate y borre, y que el momento del parto se dilate a tal grado para permitir la salida del bebé. Estos cambios son controlados por la acción hormonal.

Alteraciones uterinas: el Útero se modifica al crecimiento del embrión hasta el fin del embarazo. El embrión crece de 12 a 20 veces y el Útero aumenta en volumen interno de 600 a 800 veces en relación a su estado no grávido.

Vagina: en las primeras semanas del embarazo empieza a crecer aumentando en anchura y longitud, lo que permite que el feto al pasar no produzca desgarre de tejidos, además permite la recuperación de su antiguo volumen después del parto.

Trompas: de las trompas sólo se presentan modificaciones en la dirección y situación causada por el crecimiento uterino.

Ovario: a principio del embarazo el ovario presenta un aumento de volumen, por el desarrollo e involución posterior del cuerpo amarillo, así como por la retención de agua e incremento de la vascularización.

APARATO CARDIOVASCULAR.

Corazón: el crecimiento y elevación del útero desplaza el corazón de su posición normal hacia arriba, hacia adelante y a la izquierda, con lo que se asume una posición oblicua, un aumento proporcional al aumento del tamaño de todo el cuerpo, con un incremento en su peso de unos 25 grs. (presencia de volumen cardiaco).

Trabajo cardiaco: existe un aumento del trabajo cardiaco, la frecuencia de pulso aumenta con el progreso del embarazo en unos 10 latidos por minuto, a fines del embarazo desciende hasta cifras normales.

Alteraciones vasculares: la aparición de hemorroides y várices de la vulva y de las piernas son frecuentes, estas alteraciones son condicionadas por los estados congestivos de las piernas y pelvis causadas por el crecimiento uterino que obstaculiza el retorno venoso.

Calambres de miembros inferiores: aparecen con mayor frecuencia en la segunda mitad del embarazo; se presentan súbitamente sorprendiendo a la mujer; las causas no están bien determinadas, se cree que se relacione con los bajos niveles de calcio.

Edema de miembros inferiores: Se conoce como hinchazón de piernas y se refiere a la retención de líquido en las mismas. Cuando se presenta por las tardes sin hinchazón en las manos, no en los par-

pados o su magnitud es leve se puede considerar como normal. Si se presenta asociada y la hinchazón no cede hay que acudir al médico.

APARATO RESPIRATORIO.

Los cambios más notables a este nivel consisten en un aumento mínimo de la frecuencia de la frecuencia respiratoria a medida que va progresando el embarazo, esto se debe a la elevación del diafragma.

APARATO RENAL.

Se presenta una relajación de los músculos y una dilatación de los órganos de este aparato, al parecer causadas por la acción hormonal. Estos cambios favorecen el aumento del filtro renal con un incremento en la cantidad del glucosa (azúcar) en la orina en la orina, y hacen a la mujer susceptible a infecciones urinarias a diferentes niveles. Se genera mayor cantidad y frecuencia al orinar.

APARATO DIGESTIVO.

Las alteraciones son mínimas, generalmente ligeras y de poca duración. Las más frecuentes son las agruras.

Alteraciones en las encías: las más frecuentes son la inflamaciones (gingivitis).

Saliva: el embarazo normal se acompaña de mayor salivación, cuyo contenido enzimático está disminuido al igual que el contenido celular.

Estómago: el crecimiento uterino produce relajación de la musculatura lisa y se origina un vaciamiento gástrico más lento.

Constipación: el embarazo causa en la mujeres disminución del peristaltismo del intestino grueso (estreñimiento).

PIEL.

Aumenta la pigmentación de los pezones, de la areola del pezón, de la vulva, de la línea media abdominal y de la piel de la cara (cloasma), debido al aumento de la hormona estimulante de los melanocitos (células que determinan la colaboración de la piel), - además de los estrógenos y la progesterona, que son los estimulantes de los melanocitos.

Las estrías de la piel aparecen en el 70% de las embarazadas y - se localizan en manos, abdomen, caderas y nalgas, son de color - rojo azulado y tienen consistencia blanda; después del puerperio adquieren un color grisáceo -con brillo perlado como cicatrices- y son irreversibles.

Todos estos factores de adecuación son respuestas normales del organismo de la madre a la sobre carga que implica el embarazo. También existen respuestas anormales o exageradas al mismo, entre las cuales tenemos: el exceso de náuseas -vómito que en ocasiones requieren de hospitalización y, la toxemia del embarazo o eclampsia, en donde ocurre elevación rápida de presión arterial seguida de edema pudiendo causar la muerte de la madre.

PARTO.

El mecanismo, por medio del cual el producto y sus membranas -- salen al exterior se denomina parto. Al final de los nueve meses, el útero grávido se torna sumamente excitable en forma progresiva hasta que logra el objetivo de iniciar contracciones -- ritmicas y eficaces que hacen que el producto sea expulsado.

Existen diversas teorías que tratan de explicar las causas que desencadenan el parto. Una de ellas se fundamenta en la contracción ritmica, coordinada y con la suficiente fuerza de la --- musculatura uterina para desencadenar el parto. La segunda teoría se basa en la disminución de la progesterona y el aumento de la hormona oxitocina (hormona que estimula las contracciones -- uterinas). La tercera, pretende explicar que toda víscera hueca al llegar a su estado normal (Ley de Starling). Y la última, tiende a explicar la función y el control endocrino-fetal en el cual la glándula hipófisis del feto determina la duración del embarazo y el momento de suspenderlo.

El trabajo de parto se divide en tres períodos :

El primero es un período de dilatación cervical, comienza con el primer dolor verdadero del parto y termina con la dilatación completa del cuello uterino.

El segundo es el de expulsión, comienza con la dilatación completa de cuello y termina con el nacimiento del feto.

El tercer período del parto se conoce tambien como período de alumbramiento, se inicia con el nacimiento del feto y termina con la expulsión de la placenta y sus membranas.

PERÍODO DE DILATACIÓN.

Se caracteriza por un borramiento y dilatación del cuello como resultado de las contracciones uterinas y de la presión hidrostática de la bolsa amniótica. En esta etapa se elimina el moco que está tapando el cuello, lo que se conoce como tampón mucoso. Al inicio, las contracciones uterinas ocurren a intervalos variables según va progresando el parto se va regularizando y aumentan su duración e intensidad, hasta alcanzar intervalos de 45 a 60 segundos de duración y se presentan cada 10 o 15 minutos. La dilatación del cuello es el agrandamiento del orificio cervical externo que se abre hasta alcanzar un diámetro de 10 centímetros que es la dilatación completa. Al ir progresando la dilatación, el producto empieza a descender presionando la bolsa amniótica contra las estructuras óseas de la madre, ocasionando la ruptura de las membranas, la cual se conoce como ruptura de la fuente. La duración de este período es de 12 a 15 horas en promedio en nulíparas y de 6 a 8 horas en multíparas.

PERÍODO DE EXPULSIÓN.

Se inicia con un deseo evidente de "pujar" con cada contracción, la intensidad de las contracciones es mucho mayor y aumentan en frecuencia, los intervalos son más breves, se presentan de 2 a 3 contracciones por diez minutos. A medida que el producto va descendiendo por el canal vaginal efectúa movimientos de rotación, flexión y extensión, a fin de que la cabeza pueda pasar con mayor facilidad por los diámetros de la pelvis materna. En el momento que la cabeza del producto sobresale del periné se practica la episiotomía (incisión quirúrgica en el periné) cuyo fin es ampliar la abertura vaginal y evitar desgarramientos; posteriormente salen-

los hombros y el resto del cuerpo. La duración de este período es aproximadamente de 50 minutos en nulíparas y de 20 minutos - en multíparas.

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO.

Este período supone dos fases fundamentales, el desprendimiento - de la placenta y su expulsión, que dura normalmente de 5 a 30 minutos; la fase de desprendimiento se lleva a cabo por el inicio - de la regresión del útero a su tamaño anterior al embarazo; y la - fase de expulsión se lleva a cabo por la presión de las paredes - uterinas.

Al período que comprende desde la terminación del parto hasta la - completa normalización del organismo, se le llama puerperio y tie- - ne una duración aproximada de 6 a 8 semanas; por lo que se puede - decir que así como la gestación se caracteriza por una serie de -- procesos progresivos, el puerperio es un proceso regresivo.

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL EMBARAZO.

El embarazo debería presentarse cuando ambos padres están de acuer- do y no sólo cuando uno de ellos lo desea, o cuando no fue planea- do, no deseado, ya que la repercusiones caen sobre el bebé y se con- vierten en huellas inborrables en la vida del producto.

Durante este período la pareja se encuentra de alguna manera afec- tada. La mujer por su parte experimenta fundamentales cambios en - su cuerpo y en su vida psíquica, pero también el hombre juega un - papel importante frente a la situación, ya que implica una nueva - etapa.

Una vez más la interrelación entre cultura e individuo está en juego, por todos los preconceptos frente a las funciones pro-creativas de la mujer. Sobre ella todavía pesan los valores atribuidos al hecho de ser madre, considerandolo casi como su único valor; implica un compromiso y una realidad de cumplimiento de su rol materno.

La mujer muchas veces vive su embarazo sin el apoyo emocional del varón, por ello desde este período puede sentir al hijo como un sacrificio para ella y no como algo bello y enriquecedor.

Para el varón en cambio, el concepto de paternidad es tardío, ya que es hasta el nacimiento, e incluso después, cuando llega a sentir esa función. Es fundamental que el varón apoye y conviva con su esposa en todo momento, pero principalmente en el embarazo. Actualmente con la práctica del parto psicoprofiláctico se pretende lograr comprensión del proceso por parte de la pareja y permite que el padre viva y comparta el embarazo y, consecuentemente asuma su rol paterno antes del nacimiento.

En los servicios de salud se están iniciando actividades específicas para embarazadas, con la finalidad de que conozcan el proceso del embarazo, sus cambios tanto físicos como psicológicos, además de aclarar las dudas que inquietan a la futura madre (mitos, antojos, etc.).

Durante el embarazo es preciso disipar miedos, ansiedades específicas, ya que es natural que la mujer tenga consciente o inconscientemente su sentimiento de ambivalencia y duda ante la nueva y próxima situación de madre; también lo es el sentir miedo, sobre todo en los últimos meses por una posible malformación del bebé, la reorganización de los límites entre la pareja, el hijo y la familia de origen.

En caso de que ya existen varios hijos, el cambio es menor pero - no por ello menos importante, pues cada hijo trae consigo una modificación en la relación familiar. La llegada de un hijo obliga a adaptar un nuevo rol, el de padre y el de madre.

Existen muchos cambios en la vida de pareja durante el embarazo. La mujer sufre cambios hormonales que pueden estar ligados a su estado de ánimo, en ocasiones se encuentra triste e irritable, lo cual puede afectar la relación de pareja.

Al finalizar el parto, la placenta se desprende y sale al exterior durante el alumbramiento, provocando una disminución brutal en la cantidad o nivel de hormonas circulantes en la madre, todo esto - ocurre de un momento a otro y se considera como probable factor, - aunque no el único, que explica la etiología de los trastornos -- emocionales que se presentan en el post- parto, que básicamente - pueden considerarse de tipo depresivo; este aspecto es importante de tomarse en cuenta, ya que las hormonas juegan un papel importante en las emociones y en la conducta y, debe considerarse a la depresión post-parto como un desajuste emocional debido al cambio brusco en los niveles hormonales y de ninguna manera un trastorno de personalidad o psicológico de la mujer.

Los cambios psicológicos los sufren ambos, no sólo la mujer, podemos mencionar que el hombre puede presentar sentimientos ambivalentes, por un lado la emoción de ser padre y por el otro el sentirse desplazado o celoso del bebé, ya que toda la atención de la esposa ahora será compartida con otro, así también el nuevo bebé necesita de un espacio físico, generalmente comparte con los padres, por lo que es relevante que la pareja tenga mayor comunicación.

Es importante señalar que otros de los cambios se presenta en la alimentación: es un hecho que durante el embarazo en muchas mujeres se observa la repugnancia por determinados alimentos y preferencia en otros (antojos), con una tendencia de aumento de peso excesivo como consecuencia de una alimentación rica en hidratos de carbón y grasas. El aumento de peso que se considera como normal al finalizar el embarazo fluctúa entre 9 y 11 kilogramos.

La práctica de las relaciones sexuales durante el embarazo ha sido tema de controversia; sin embargo, en las relaciones sexuales no debe haber alteraciones, ni en su frecuencia a menos que existan indicaciones médicas, como en el caso de amenaza de aborto o parto prematuro. Es importante tomar en cuenta el estado emocional y sentimental de la pareja y la etapa del embarazo, pues a medida que va progresando algunas veces se hace necesario un cambio en la técnica.

El consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar están -- contraindicados en el embarazo, porque producen alteraciones en la talla y peso de los niños, siendo estos bajos.

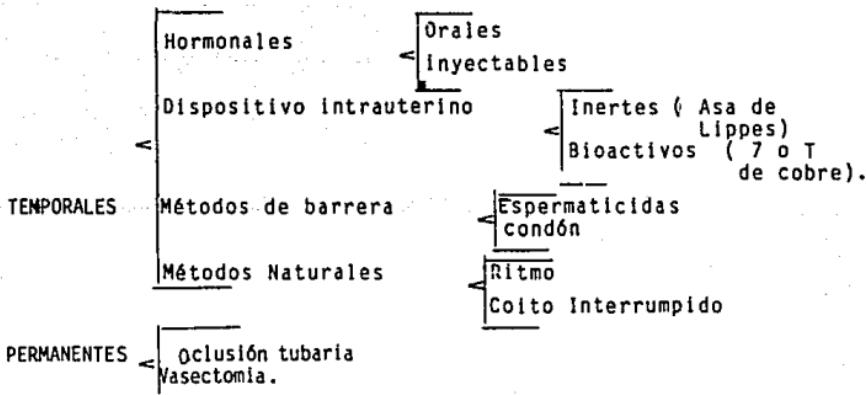
La lactancia maternal en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento resulta en ocasiones incómoda, pero se supera con paciencia en un corto tiempo, además la experiencia de amamantar -- puede ser emocionante satisfactoria y placentera para la mujer. - La lactancia materna favorece el acercamiento madre-hijo a través del contacto corporal.

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Cuando una pareja, después de considerar su situación, sus necesidades e intereses, decide controlar la fecundidad puede escoger entre los varios métodos que la ciencia actual a diseñado para ese fin. Todos ellos tienen ventajas y desventajas, por esto la pareja debe analizarlos con la ayuda profesional y competente para elegir lo que conviene a su situación particular.

Especialmente los métodos anticonceptivos consisten en prevenir la fecundación del óvulo por el espermatozoide, en las Trompas de Falopio. En cada eyaculación masculina se lanzan bruscamente entre 30 y 300 millones de espermatozoides en la vagina, de los cuales unos cuantos millones consiguen entrar en el Útero y varios miles en las trompas de falopio. La contracción puede dirigirse hacia el establecimiento de una barrera para el esperma, hacia la destrucción, - evitando la ovulación o mediante la combinación de estos métodos.

Los métodos anticonceptivos se clasifican de la siguiente manera:



Para la mujer existen los siguientes métodos:

Dispositivo intrauterino

Hormónales: inyectables y orales

Ovulos (espermáticas)

Ritmo

Oclusión tubaria.

Para el hombre existen los siguientes métodos:

Condón o preservativo

Coito interrumpido

Vasectomia.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

DIU son las siglas para designar a este método anticonceptivo. Los dispositivos pueden ser de forma, tamaño y material diferente --- pero adecuados para ser colocados en la cavidad uterina, con el fin de evitar embarazo. Básicamente existen dos tipos diferentes, los que únicamente están constituidos a base de plástico y se les denomina inerte o no medicados; aquellos a los que se les agregan otras sustancias como son el cobre o la progesterona, denominados dispositivos bioactivos o medicados.

Mecanismo de acción: A pesar de que el DIU ha sido utilizado durante más de 20 años, aún se desconocen los mecanismos exactos por los cuales evitan el embarazo, sin embargo, existen varias teorías; su principal acción se sitúa en el endometrio, donde provocan una respuesta inflamatoria contra un cuerpo extraño, después de la inserción del DIU aparecen leucocitos (glóbulos blancos) y otras células, las cuales puede ser que destruyan el espermatozoide o al óvulo fecundado.

Otra teoría sostiene que debido a esta misma reacción inflamatoria se retardan los cambios cíclicos normales del endometrio, volviendo se inadecuado para la implantación del huevo.

Se ha observado que el cobre que posee el DIU medicado puede aumentar la reacción inflamatoria y acentuar las contracciones de la capa muscular del útero, los iones de cobre liberados producen paralisis enzimáticas de los espermatozoides. El DIU provoca aumento en la motilidad uterina, lo que dificulta la implantación del óvulo - fecundado.

Modo de empleo la inserción adecuada del DIU es uno de los factores principales que determinan el éxito posterior del método, por lo tanto debe ser realizado por una persona debidamente entrenada para ello. Para su inserción se cuenta con un tubo aplicador especial y debe ser colocado lo más alto posible dentro de la cavidad uterina, para lograr una mayor protección contra el embarazo. La inserción del DIU se deberá efectuar cuando la mujer se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

- durante la menstruación
- después de un parto eutóxico
- después de un aborto no complicado
- durante la operación cesárea
- después de la operación cesárea.

INDICACIONES:

- en el útero anatómica normal
- en la mujer que desea espaciar sus embarazos
- en las mujeres que tienen contraindicaciones para emplear otro método anticonceptivo.
- Durante el periodo de lactancia
- intolerancia a los anticonceptivos hormonales.

CONTRAINDICACIONES:

- presencia o sospecha de embarazo
- hemorragia genital no diagnosticada
- malformaciones congénitas de vagina o útero
- dismenorrea severa
- antecedentes de embarazo ectópico
- sospecha o cancer cérvico uterino comprobado
- parto o cesárea con ruptura de membrana de seis o más horas de evolución
- procesos malignos ginecológicos.

VENTAJAS:

- no afecta la fertilidad posterior a su extracción
- no afecta la lactancia
- no interfiere durante la relación sexual
- su efecto anticonceptivo es de largo plazo
- es de fácil colocación por personal previamente adiestrado.

DESVENTAJAS:

- la necesidad de personal capacitado y condiciones adecuadas para su aplicación
- la necesidad de control médico periodico posterior a su aplicación

Efectos colaterales: algunos efectos que se presentan posterior a su aplicación son, algunas molestias principalmente durante los primeros tres meses; en ocasiones su severidad puede hacer necesario el retiro del dispositivo. Las más comunes son:

- alteraciones menstruales con aumento de la cantidad y tiempo de sangrado
- sangrado intermenstrual
- dolor pélvico
- dispareunia.

EFFECTIVIDAD.

Este método presenta un 96 a 98 % de efectividad.

HORMONALES.

Los métodos hormonales son preparaciones elaboradas a base de hormonas sintéticas derivadas de los estrógenos y la progesterona que administradas regularmente, son capaces de evitar el embarazo. Su mecanismo de acción consiste principalmente en actuar sobre el sistema endocrino de la mujer, para inhibir la ovulación; también modifica la consistencia del moco cervical, volviéndolo espeso y escaso, de modo que actúa como una barrera para impedir el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina; también inhibe la motilidad de las trompas uterinas impidiendo igualmente el paso de los espermatozoides; además producen atrofia del endometrio evitando la anidación del huevo.

Hormonales orales:

Los hormonales orales son métodos temporales con altas tasas de efectividad, de uso simple, fácil de continuar en su uso, cuyos efectos colaterales desaparecen rápidamente al suspender su utilización.

Modo de empleo: la mujer debe empezar a tomar las pastillas en el quinto día de su ciclo menstrual, contando a partir del primer día de sangrado, en el caso de paquetes de 21 pastillas se tomará una diariamente, al término se descansará 7 días, en los cuales generalmente ocurrirá la menstruación, e iniciará un nuevo paquete al octavo día.

Los paquetes de 28 pastillas contienen 7 de diferente color que contienen hierro o lactosa; debe tomarse una pastilla diariamente

sin interrupción y se iniciará un nuevo paquete al finalizar el anterior.

En el caso de olvido se recomienda tomarselas en la siguiente mañana o tan pronto como lo recuerde, sin suspender la correspondiente de ese día; si el olvido es de dos pastillas se recomienda tomar dos pastillas diarias durante los dos días siguientes al olvido. Si se han dejado de tomar tres pastillas seguidas se recomienda suspenderlas y usar algún método local hasta que ocurra la menstruación e iniciar un nuevo paquete al quinto día del ciclo.

INDICACIONES:

- mujeres de edad fértil, menores de 35 años, con vida sexual activa, que deseen espaciar sus embarazos y que no presentan ninguna contraindicación para el uso de hormonales.

CONTRAINDICACIONES:

- embarazo o sospecha de embarazo
- alteraciones tromboembólicas o tromboflebiticas
- antecedentes o presencia de enfermedades cardiovasculares
- antecedentes o presencia de enfermedades hepáticas
- antecedentes o presencia de cáncer uterino o mamario
- lactancia
- enfermedades renales
- diabetes
- hemorragia vaginal no diagnosticada
- hiperlipoproteinemias

CONTRAINDICACIONES : RELATIVA:

- más de 35 años de edad
- tabaquismo
- insuficiencia venosa

- hipertensión arterial
- depresión
- epilepsia
- obesidad
- intervención quirúrgica reciente

VENTAJAS:

- bajo costo
- fácil uso
- no interfiere en la relación sexual
- regulariza el ciclo menstrual

DEVENTAJAS:

- puede provocar efectos secundarios temporales al inicio de su uso
- requiere control médico
- los errores en su empleo disminuyen su efectividad

Efectos colaterales:

- sangrado intermenstrual
- Vómito y náuseas
- hipertensión arterial
- dolor o nódulos en glándulas mamarias
- cefaleas
- cloasma

Hormonales inyectables:

se presentan en ampollitas con soluciones inyectables cuya efectividad dura uno, dos o tres meses.

Modo de empleo: la inyección se aplica intramuscularmente dentro de los primeros ocho días de iniciada la menstruación, las dosis subsecuentes se aplicarán cada 60 días. Para alcanzar una máxima protección, durante las dos siguientes semanas después de aplicarse la primera dosis, se recomienda utilizar algún método local.

INDICACIONES:

- mujeres que no desean más hijos pero tampoco desean la oclusión tubaria.
- mujeres que desean un método seguro por un periodo de uno o dos años.
- mujeres de 30 años con paridad satisfecha
- mujeres en quienes están contraindicados los estrógenos

CONTRAINDICACIONES:

- sospecha o embarazo comprobado
- mujeres con antecedentes de cáncer mamario o uterino
- nulíparas
- mujeres con antecedentes de diabetes mellitus
- tromboembolismo
- sangrado genital no diagnosticado.

VENTAJAS:

- no interfiere en la relación sexual.
- es un método alternativo para las mujeres en estado de salud que no permiten el uso de estrógenos.
- es de fácil aplicación

DESVENTAJAS:

- su uso requiere receta y control médico
- provoca efectos colaterales diversos

EFFECTOS COLATERALES:

- menstruaciones irregulares
- manchas o sangrados intermestrauales
- ausencia de menstruación
- retraso en la fecundidad después de suspender el método.

EFFECTIVIDAD:

Los métodos hormonales (inyectables y orales) presentan un 99,7% de efectividad, siempre y cuando se utilicen adecuadamente.

ESPERMATICIDAS:

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito y actúan de dos maneras; primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides a la matriz; segundo, cuando los espermatozoides entran en contacto con las sustancias químicas se neutralizan y mueren.

Los espermaticidas de presentan en forma de espuma y óvulos vaginales, también los hay en formas de jalea, sin embargo, las dos primeras -- presentaciones son las más comunes.

Espumas.

Es un producto químico envasado bajo presión en una lata o botella -- con gas inerte, que al ser liberado produce una espuma que se coloca en un aplicador tipo jeringa.

Modo de empleo: el aplicador con la espuma se coloca en la vagina profundamente, cinco minutos antes de la relación sexual. Una vez colocada, la mujer debe acostarse para evitar que la espuma se escorra. No debe realizarse lavados vaginales hasta que pasen 6 u 8 horas después de la relación sexual, por que el mismo lavado puede

arrastrar la espuma dejando paso a los espermatozoides. Si después de una hora se vuelven a tener relaciones sexuales - se deberá aplicar el producto nuevamente.

INDICACIONES:

- en parejas con relaciones sexuales poco frecuente
- en parejas que deseen un anticonceptivo temporal
- en mujeres que tienen contraindicados los anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos.

VENTAJAS:

- de fácil aplicación
- de bajo costo
- sin efectos tóxicos
- no requiere receta médica.

DESVENTAJAS:

- En raros casos produce irritación local de genitales, por hiper-sensibilidad al compuesto químico.

EFECTIVIDAD:

El método presenta una tasa de efectividad en un 70% a 90% cuando se utiliza adecuadamente.

Ovulos vaginales:

Son productos químicos de sólida consistencia que se derriten rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducidos en la vagina.

Modo de empleo: debe introducirse profundamente en la vagina, 10 minutos antes de la relación sexual para que se disuelva. Su eficiencia es de una hora aproximadamente. Si la pareja tiene una relación sexual después de ese tiempo se deberá aplicar un nuevo óvulo se recomienda que para mayor efectividad se utilice un óvulo por cada coito.

Debido a su gran facilidad para derretirse, es recomendable que se mantengan en un lugar frío antes de su empleo, las indicaciones,-- Ventajas y desventajas son las mismas que las expuestas para las espumas.

RITMO.

El ritmo al igual que el coito interrumpido forma parte de los métodos naturales, en los cuales no se requiere de ningún agente extraño o sustancia que impida la concepción. Consiste en evitar -- las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer, - para identificar este periodo de fertilidad existen varios procedimientos: el calendario, la medición de la temperatura basal y - la observación del moco cervical.

Calendario:

La forma de calcular el periodo de fertilidad a través del calendario consiste en llevar un registro de la duración de los últimos 8 ciclos para determinar los días posibles de ovulación. Se marca con un calendario los diez primeros días del ciclo el inicio del sagrado. Durante estos días puede haber relaciones sexuales - sin posibilidad de embarazo. Los siguientes 10 días son considerados fértiles o de mayor riesgo, porque ocurre la ovulación en los - días intermedios de ese periodo, tomando en cuenta lo anterior,

se debe evitar las relaciones sexuales para prevenir un embarazo. Los últimos 8 días nuevamente se podrá tener relaciones sexuales sin mayor riesgo. Es necesario aclarar que para mayor efectividad éste método debe ser conocido y manejado a la perfección por la pareja. No es conveniente que aquellas mujeres cuyo ciclo es irregular.

Temperatura corporal.

Consiste en descubrir el momento de la ovulación por el aumento de la temperatura basal, que se presenta inmediatamente después de la ovulación. Para conocer el periodo de ovulación a través de este medio, la mujer debe tomarse la temperatura diariamente durante 8 meses en el momento de despertarse, antes de iniciar cualquier actividad o movimiento. El termómetro debe colocarse siempre en la misma parte del cuerpo, ya sea en la axila, en la boca o en el recto. Debe anotarse en un papel la fecha, la hora y la temperatura que marca el termómetro. El día probable de la ovulación será el día que se inicie el aumento de la temperatura.

De la misma manera que el método del calendario, una vez conocido el día probable de ovulación hay que tomar precauciones en un mínimo de cinco días antes y cinco días después.

Observación del moco cervical o método de Billings.

Consiste en observar las características del moco cervical y detectar las diferencias que presenta, dependiendo de la fase del ciclo en que se encuentre. Para observar sus características es necesario que se extraiga con los dedos índice y medio una muestra del moco, de lo más profundo de la vagina.

Durante la primera mitad del ciclo, por efecto de los estrógenos el moco cervical es líquido, blanquecino en regular cantidad; en

la ovulación la secreción se vuelve abundante, viscosa y elástica, llegando a alcanzar alrededor de 10 cm. de elasticidad; después de la ovulación, por efecto de la progesterona, vuelve a tomar sus características iniciales. En los primeros días de mayor elasticidad del moco, se evitará tener relaciones sexuales .

INDICACIONES.

- parejas con relaciones sexuales poco frecuentes.
- mujeres en quienes están contraindicados otro método anticonceptivos.
- parejas que por sus creencias rechacen algún otro método anticonceptivo.

VENTAJAS.

- no requiere de algún equipo especial
- no origina gastos
- no ocasiona efectos colaterales en el organismo
- puede tener participación la pareja.

DESVENTAJAS.

- presenta dificultad en la identificación de los períodos fértilles en la lactancia, infecciones vaginales, proximidad de la menopausia, infecciones subclínicas que alteran la temperatura corporal basal, factores emocionales que alteran el ciclo.
- Abstinencia sexual durante varios días consecutivos
- su práctica requiere de autodominio y un alto nivel de motivación
- no se recomienda a mujeres con ciclos menstruales irregulares
- es menos eficaz que otros métodos
- se requiere de un adiestramiento específico
- se requiere de un control diario de los cambios del ciclo.

OCLUSION TUBARIA

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar y ligar las trompas uterinas, para impedir el paso de los espermatozoides al tercio interno de las trompas uterinas; al quedar obstruido el paso, óvulo y espermatozoide no se pueden poner en contacto y no hay posibilidad de fecundación.

La oclusión tubaria puede realizarse por vía abdominal o vaginal, prefiriéndose utilizar la primera por ser más simple y dar resultados más satisfactorios.

La minilaparotomía y laparoscopía realizadas en vías abdominales, son las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la actualidad para la oclusión tubaria. Los procedimientos cada vez más sencillos y efectivos para realizar la oclusión tubaria, hace que ésta sea uno de los métodos anticonceptivos de mayor aceptación en todo el mundo.

INDICACIONES:

Debido a que la oclusión tubaria es irreversible, debe ser utilizada cuando la pareja ha completado el número de hijos que desea tener. Se recomienda también cuando un nuevo embarazo pone en peligro la vida de la madre y cuando la mujer ha rebasado los 35 años de edad, debido a una mayor posibilidad de embarazo de alto riesgo y de malformaciones congénitas al niño, cuando los antecedentes familiares señalan la presencia de anormalidades congénitas que pudieran ser transmisibles o poner en peligro la vida y la salud del producto, cuando no existe la capacidad mental para la procreación e integración familiar, y cuando hayan ocurrido dos o más cesáreas anteriores con productos sanos.

CONTRAINDICACIONES:

- recien nacido prematuro o deprimido
- sospecha o embarazo comprobado
- infección pélvica
- parto o cesárea con ruptura de membranas 6 horas de evolución
- sepsis puerperal
- preclampsia
- hemorragias pre y post o postabortion
- traumatismo obstétrico
- aborto provocado
- en caso de que el procedimiento se quiera realizar mediante laparoscopia, está contraindicado cuando hay hernia abdominal previa - tumoración pélvica y procesos adherenciales.

VENTAJAS:

- mayor tranquilidad para realizar el acto sexual
- evita, con mayor seguridad, tener hijos no deseados.
- no interfiere con el ciclo menstrual
- el procedimiento es simple y fácil de realizarse
- puede realizarse en cualquier momento de la vida reproductiva, ante la decisión consciente e informada de la paciente.

DESVENTAJAS:

- pueden presentarse molestias posteriores a la cirugía que retrasen la incorporación inmediata de las actividades cotidianas.

COMPLICACIONES:

- las complicaciones que se pueden presentar durante la primera semana pueden ser:
- hematomas
 - abscesos
 - hemorragias.

- perforación uterina
- depresión respiratoria
- infecciones de la herida

Una de las complicaciones a largo plazo seria:

- la posibilidad muy remota de un embarazo ectópico (fuera de la cavidad uterina).

RECOMENDACIONES POST-QUIRURGICAS:

- guardar reposo durante 48 horas, para reanudar posteriormente sus actividades cotidianas.
- puede reanudar su actividad sexual después de una semana
- acudir a consulta médica antes de su cita pos-quirúrgica en caso de que se presente alguna de las complicaciones.

CONDON O PRESERVATIVO

Es una especie de funda elaborada de látex, colágena o membranas naturales, que se aplica recubriendo el pene en erección. Existen de diferente formas, lubricados o no y también hay de diferentes colores.

Modo de empleo: se coloca en el pene erecto antes del coito para evitar que el semen eyaculado se vierta en la vagina. Al retirar lo se debe sujetar con los dedos como una medida de precaución. Se debe utilizar uno por cada cópula.

INDICACIONES:

- intolerancia a otros métodos anticonceptivos
- relaciones sexuales esporádicas
- apoyo a otro método anticonceptivo.

VENTAJAS:

- no requiere receta médica
- es de bajo costo
- promueve la participación masculina en la planificación familiar
- su uso evita el contagio de enfermedades de transmisión sexual

DESVENTAJAS:

Algunos hombres refieren que disminuye la sensibilidad en el pene durante el contacto sexual.

EFFECTIVIDAD:

La tasa de fallas del método es de 10 embarazos por cada 100; cuando se usa conjuntamente con un espermaticida vaginal su efectividad se eleva considerablemente a un 99.7 %.

COITO INTERRUMPIDO.

El coito interrumpido consiste en retirar el pene de la vagina en el momento previo a la eyaculación; esto tiene como finalidad evitar la entrada de espermatozoides al conducto vaginal e impedir el encuentro con el óvulo.

VENTAJAS:

- no requiere de equipo especial
- no presenta efectos colaterales
- no implica gastos
- es un método de participación masculina

DESVENTAJAS:

- puede tener consecuencias psicológicas para la pareja
- bajo índice de efectividad.

- la secreción lubricante que se expulsa antes de la eyaculación, puede arrestar espermatozoides que hayan quedado, pudiendo occasionar un embarazo.

VASECTOMIA:

Es un procedimiento quirúrgico sencillo en el que se seccionan los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides, de esta manera el líquido eyaculador no es capaz de fecundar. Su efectividad y sencillez hacen que este fenómeno cada vez sea más aceptado por el sexo masculino, sin embargo, en los países Latinoamericanos y en África su uso ha sido más limitado debido a --- factores socioculturales.

Existen varias técnicas para realizar la vasectomía, la más sencilla y utilizada es por la vía escrotal con pinzamientos, corte de un segmento y ligadura de los conductos deferentes.

INDICACIONES:

- fecundidad satisfactoria
- transmisión de padecimientos genéticos
- deficiencia mental.

CONTRAINDICACIONES:

- infección genitourinaria
- hernia escrotal
- tumores testiculares
- varicocele
- hidrocele
- dermatitis del escroto

VENTAJAS:

- mayor tranquilidad para realizar el acto sexual
- el procedimiento es simple y fácil de realizarse
- es un método efectivo que da la oportunidad al hombre de participar activamente en la planificación familiar.
- no interfiere en el deseo o apetito sexual del hombre para llevar a cabo sus relaciones sexuales.

DESVENTAJAS:

Pueden presentarse molestias posteriores a la cirugía que retrasen la incorporación inmediata a las actividades cotidianas.

COMPLICACIONES:

- hematomas
- hemorragias
- orquiepididimitis
- fistula
- infección de la herida quirúrgica
- hidrocele
- granuloma espermática.

Efectividad: Es muy seguro y con efectividad casi del 100%.

Recomendaciones post-quirúrgicas: El paciente debe guardar reposo aproximadamente unas 48 horas, pudiendo reanudar posteriormente sus actividades y tratando de evitar esfuerzos físicos durante una semana. Usar un suspensorio escrotal por siete días.

El paciente debe utilizar un método de barrera hasta que se hayan producido un mínimo de 20 eyaculaciones o después de transcurridos 8 semanas de la intervención. Se deberá acudir a cita 5 días después de practicada la intervención quirúrgica.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Unos de los principales factores que ha contribuido a la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual es, sin lugar a dudas, la actividad sexual indiscriminada que además se realizan sin las medidas básicas de higiene y protección; la promiscuidad está estrechamente vinculada a éstas, ya que dichas personas generalmente no pueden mantener relaciones afectivas estables, en donde existe confianza y comprensión, pretendiendo buscar alivio a sus frustraciones por medio de relaciones sexuales irresponsables. Si por alguna razón personal las personas no quieren buscar ayuda profesional para modificar sus conductas sexuales, al menos habrá que concientizarlas acerca de los beneficios que conllevan el observar ciertas medidas higiénicas y profilácticas para la preservación de su propia salud.

A continuación se exponen las enfermedades de transmisión sexual - que más comúnmente son contraídas, así como sus principales síntomas:

GONORREA:

Es una enfermedad que siempre se adquiere durante el coito con una persona infectada, el organismo que la causa se conoce con el nombre de gonococo, que habitualmente restringe su zona de ataque a la zona genitourinaria, aunque puede infectarse el recto por extensión de los genitales o por coito anal. Se sabe que el gonococo - puede llegar a infectar la piel, las articulaciones y, en ocasiones, el encéfalo y la sangre.

La gonorrea en el hombre habitualmente se manifiesta por una uretritis aguda, empleza con secreción acuosa al principio drenando

del pene, de 2 a 7 días después de la fecha de contagio, volviéndose más espesa y de un color amarillo verdoso en uno o dos días más. La persona siente en forma típica urgencia y frecuencia -- para orinar el acto de micción va acompañada de una sensación de ardor en la punta del pene, el cual puede estar inflamado.

La gonorrea por lo general no presenta síntomas en la mujer, --- siendo el cuello uterino el sitio más común de la infección. - Al no presentar síntomas observables, las mujeres no buscan tratamiento, convirtiéndose así en portadores asintomáticas. Cuando por excepción la mujer presenta síntomas, éstos son muy parecidos a los del hombre. La primera evidencia aparece de 2 a 7 -- días después del contagio, la vulva se torna enrojecida, áspera e irritada, hay necesidad urgente y frecuente de orinar, y la micción se acompaña de dolor, cólico abdominal, irregulares menstruaciones, invalidéz crónica y esterilidad.

SIFILIS.

La sífilis es causada por una espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, que es un organismo con cuerpo cilíndrico. Esta enfermedad - se subdivide en 4 etapas. la etapa primera de la sífilis se identifica fácilmente mediante la lesión o chancre que habitualmente aparece en la zona anogenital, 10 a 40 días después del coito con una persona infectada. El chancre comienza como una pequeña pápula roja - que se ulcerá y humedece, en esta etapa el único signo de infección lo constituye un ganglio indoloro, tumefacto en el sitio del desague linfático regional. Sin tratamiento, el chancre primario cicatriza en 4 a 10 semanas. entonces queda eliminada la señal de alarma, permaneciendo el peligro de daño interno.

La etapa secundaria se caracterizan por una erupción no puriginosa, es decir, sin comezón, esta erupción comienza después de 6 semanas y habitualmente dentro de un lapso de 3 meses, es --- a veces tan leve que puede pasar inadvertida. Otros síntomas que se presentan en esta etapa son crecimiento ganglionar, cefaleas, malestar y fiebres puede haber pérdida de pestañas, cejas y alopecia del cuero cabelludo. Las lesiones sanas aparentemente, sin tratamiento y sin dejar cicatriz, en unos cuantos meses.

La forma más común de transmisión de la sífilis es por medio del coito, sin embargo, el progreso de la infección en su etapa secundaria puede inducir erupciones en la mucosa de la boca, causando-- que la saliva pulule en espiroquetas, por lo que el contagio puede ser por el beso si hay fisura en la piel o boca.

La tercera etapa, llamada tambien periodo latente, comienza 2 años después de la infección inicial, este periodo es muy engañoso ya - que todos los síntomas desaparecen y la latencia puede durar años.

La cuarta etapa o sífilis tardía puede manifestarse en cualquier órgano o tejido, en el sistema nervioso central, en el sistema cañ diovascular y particularmente en la piel. Estos síntomas pueden- aparecer hasta 30 años después de la infección inicial. Las lesio - nes tardías son las responsables de los efectos invalidantes, des- figurantes y mutilantes de la sífilis.

La sífilis no tratada puede producir ciertos trastornos grave -- mente invalidantes, los dos más comunes son la neurosífilis y la parálisis general progresiva. Los signos clínicos de la neurosí- filis son: dolor de cabeza, mareos náusea, entumecimiento, ataques de inconsciencia o convulsiones epileptiformes. En cuanto a los

trastornos de la personalidad, se pueden mencionar inquietud, - retardo mental, irritabilidad, apatía, ansiedad, depresión, memoria defectuosa, delirio leve o intenso, demencia, etc.

La parálisis general progresiva es un padecimiento sifilitico -- crónico progresivo, con el cual están asociados ciertos síntomas físicos, al igual que las manifestaciones psicológicas de psicosis y deterioro mental progresivo. La enfermedad habitualmente hace su aparición 20 años después de la lesión sifilitica primaria. Este padecimiento puede afectar cualquiera o todas las zonas del sistema nervioso central y frecuentemente se confunde con padecimientos psicóticos funcionales. Los síntomas típicos de proporción psicótica pueden fluctuar desde reacciones súbitas maniacas o depresivas, hasta síndromes tales como la ansiedad, insomnio, hipochondria, fatiga, irritabilidad, pérdida del poder de concentración. Todo esto dificulta el diagnóstico diferencial.

HERPES GENITAL.

El herpes es una enfermedad aguda de la piel, ocasionada por el -- virus herpético simple, el herpes genital suele encontrarse debajo de la línea de la cintura y los sitios que son afectados con -- más frecuencia en los hombres son el pene y la uretra y en la mujer, la cérvix, la vagina y la vulva.

Dos problemas graves se asocian al herpes genital; primero, durante el embarazo puede haber consecuencia graves para el feto, las cuales oscilan desde el aborto espontáneo hasta el parto prematuro en ocasiones, el producto puede contraer la infección y presentar una forma de meningitis a menudo incapacitante o mortal; segundo, hay evidencias de que el herpes genital está relacionado con el -- cáncer de la cérvix.

Las llagas del herpes genital, que tienen aspecto de vesículas, - pueden romperse y formar úlceras abiertas que suelen ser bastante-dolorosas. Otros síntomas posibles incluyen fiebre, ganglios linfáticos crecidos y síntomas generalizados de infección. La enfermedad puede desminarse a través del cuerpo mediante autoinfección y puede afectar todos los genitales externos. El dolor durante la micción es el síntoma más molesto, también existe la sensación de quemadura.

TRICOMONIASIS.

La tricomoniasis es la más común en las enfermedades ginecológicas menores, sus síntomas clásicos son prurito y sensación urente; --- esta enfermedad es provocada por un protozoario llamado trichomonas vaginalis, las tricomonas normalmente limitan su ataque a la vagina y tal vez a la cérvix, viviendo en la superficie de las membranas - pero sin invadirlas.

La primera indicación de infección la constituye un flujo vaginal-blancuzo o amarillo-verdoso muy irritante y fetido, el flujo aumenta en cantidad a lo mismo que la irritación después de la mens-truación. Ordinariamente, un hombre infectado no tiene síntomas,- exceptuando una escasísima secreción de color blanquecino (gota - matinal), a veces la micción provoca ardor y sensación urente en el conducto uretral. Las tricomonas se alojan debajo del prepucio del hombre no circuncidado. El periodo de incubación es de alrededor de 4 a 28 días.

CANDIDIASIS.

Esta es una infección causada por hongos de la región genital, que primordialmente afecta a las mujeres, provocando malestar, prurito

y ardor este hongo tiene la propiedad de permanecer en estado-latente durante largos periodos de tiempo, en la vagina o debajo del prepucio del pene, hasta que circunstancias favorables estimulen su desarrollo. Cuando la infección está presente se pueden observar manchas parecidas al requisón sobre la vulva, dentro de la vagina o en la cérvix, también pueden estar presentes diminutas ulceraciones en los labios menores, acompañadas en algunos casos de un flujo acuoso o espeso. Todos estos síntomas pueden conducir a la formación de una superficie-sangrante puntiforme.

La mayoría de los organismos que provocan infecciones vaginales, se nutren de sangre menstrual, por lo que las mayores molestias se presentan antes y después de la menstruación.

Esta infección afecta con mucha frecuencia a las personas diabéticas o a las que han sido tratadas con antibióticos vaginales, ya que estos alteran el equilibrio de los bacilos protectores de Doderlein del conducto vaginal. También es factible que afecte a las mujeres que sufren desnutrición, desequilibrio endócrino u obesidad; las mujeres embarazadas y las que toman anticonceptivos también están predispuestas a esta enfermedad.

CONDILOMATOSIS.

Se conoce también como condilomas acuminados o verrugas venéreas son excrecencias semejantes a las verrugas, filiformes --puntiagudas y rosadas, a veces agrupadas en forma de coliflor, se localizan en la envoltura cutánea que reviste la parte terminal del pene, en la vulva o en el ano. Esta enfermedad está provocada por un virus, es muy contagioso y se propaga mediante el contacto sexual, el periodo de incubación fluctúa de 3 - semanas a 8 meses. El tratamiento es la cauterización o estiración quirúrgica.

ES CABIASIS Y PEDICULOSIS DEL PUBIS.

Son dos formas de dermatosis causadas por parásitos que pueden invadir la región genital. La escabiasis es un trastorno cutáneo altamente contagioso, en el cual el ácaro hembra (*sarcopites acabiei*) socava las capas de la piel y deposita sus huevecillos. Aparecen pequeñas vesículas que alojan el ácaro y - a sus huevos sobre la superficie y pronto se desarrollan pápulas, pústulas y una erupción que da un prurito, especialmente en las noches.

En la pediculosis del pubis, el pelo pubiano está infestado -- con huevecillos de ladillas (*phthirus pubis*), las mordidas - provocan una irritación pruriginosa. La ladilla habitualmente entierra la cabeza en los folículos del pelo pubiano y ancla - su cuerpo al mismo pelo. Estos parásitos pasan frecuentemente de una persona a otra mediante el coito, aunque pueden ser recogidos en baños y camas infestadas.

SIDA.

SIDA.- son las siglas con que se identifica al síndrome de inmuno deficiencia adquirida. Es una enfermedad transmisible - originada por el retrovirus HTLV III/LAV, el cual destruye -- los linfocitos T ayudadores, originando deficiencia de la inmunidad celular, manifestada por la presencia de infecciones - oportunistas y tumores como el sarcoma de Kaposi y algunos linfomas.

La transmisión se realiza a través del acto sexual, la administración de sangre contaminada y sus derivados, mediante la transmisión trasplacentaria, la lactancia materna y el uso de jeringas contaminadas; aunque el agente se ha aislado en lágrimas, moco nasal y saliva no hay evidencia de que estas secreciones -- sean el medio de transmisión.

El periodo de incubación se señala entre 2 y 3 meses hasta 4 y 5 años. Todas las personas son susceptibles de adquirir la enfermedad, pero se considera como grupos de alto riesgo a: - homosexuales, adictos a drogas intravenosas, bisexuales, niños de éstas últimas, prostitutas, heterosexuales promiscuistas internacionales promiscuos. Se suman a estos grupos de personas las que por diversos motivos reciban sangre proveniente de donadores infectados.

Para establecer el diagnóstico del SIDA, la Organización Mundial de la Salud ha establecido los siguientes criterios:

ADULTUS.

El SIDA en un adulto se define por la existencia de cuando - menos dos signos mayores asociados a un signo menor, en ausencia de causas conocidas de inmunosupresión, tales como el - cáncer, la malnutrición severa y otras etiologías reconocidas.

Signos mayores: a) pérdida del 10% o más del peso corporal
b) diarrea crónica mayor de un mes de duración
c) herpes zoster recidivante
d) candidiasis oro-faringea
e) infección por herpes simple crónica, progresiva
y diseminada.
f) linfadenopatía generalizada.

La presencia de sarcoma de Kaposi generalizado o meningitis - cryptocócica, son suficientes por sí misma para el diagnóstico del SIDA.

NIÑOS.

La sospecha de SIDA pediátrico se establece en un niño que presenta cuando menos dos de los siguientes signos mayores -- asociados con dos de los signos menores, en ausencia de causas conocidas de inmunosupresión, tales como cáncer, la malnutrición severa u otras etiologías reconocidas.

Signos mayores: a) pérdida de peso o crecimiento lento anormal
b) diarrea crónica de duración mayor de un mes
c) fiebre prolongada de duración mayor de un mes

Signos menores: a) Linfadenopatía generalizada
b) candidiasis oro-faríngea
c) infecciones comunes repetidas (otitis, faringitis etc.).
d) tos persistente
e) dermatitis generalizada
f) infección maternal LAV/HTLV-III confirmada

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

En la mayoría, de los casos se inician con un cuadro de signos y síntomas entre los que se encuentran: fiebre, sudoración profusa, calosfrios, diarrea intermitente, baja de peso de más de 10 kilos en el curso de 2 a 4 meses, fatiga, depresión y linfadenopatías. Esta etapa puede persistir durante tres años o más, posteriormente, se desarrollan infecciones oportunistas entre las que se cuentan: Neumonía por Pneumocystis, encefalopatías por cryptococcus o toxoplasmas, infección diseminada por citomegalovirus, candidiasis cutáneas o del tubo digestivo, amibiasis invasora, infecciones por microbacterias, etc., que pueden o no acompañarse de sarcoma de kaposi y de otros tumores malignos, como son el linfoma del sistema nervioso central y linfoma del tubo digestivo.

Hasta la fecha no hay ningún tratamiento específico contra la enfermedad; las infecciones oportunistas deberán tratarse con los antimicrobianos más específicos.

MEDIDA DE CONTROL DEL SIDA.

- Dar pláticas de orientación a los jóvenes sobre higiene y relaciones sexuales, así como acerca de los peligros de la promiscuidad sexual.
- Orientar a los grupos de alto riesgo, haciendo énfasis en los mecanismos de transmisión, la sintomatología y las medidas preventivas del SIDA.
- Señalar a los adictos a drogas intravenosas el peligro de usar jeringas y agujas no esterilizadas.
- Dar a conocer a los grupos de alto riesgo, la importancia que tiene el limitar el número de compañeros sexuales, hacer uso de preservativos y evitar las duchas vaginales o rectales con objetos de otras personas, así como pomadas y aplicadores.
- Excluir como donadores de sangre a las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

- 1) El método anticonceptivo en el cual se realiza una pequeña cirugía a los hombres se llama:
 - a) salpingoclasia
 - b) cirugía de próstata
 - c) cirugía de pene
 - d) vasectomía
- 2) Dentro de la práctica común de masturbación de los hombres se encuentra el manipular el pene con:
 - a) agua
 - b) manos
 - c) objetos
 - d) ropa
- 3) Con que frecuencia se debe realizar la masturbación:
 - a) por lo menos una vez al año
 - b) una vez al mes
 - c) diario
 - d) no hay regla establecida
- 4) Todos son síntomas de embarazo, menos:
 - a) antojos
 - b) náuseas
 - c) vómito
 - d) mareos
- 5.- La masturbación afecta al organismo
 - a) Algunas veces
 - b) generalmente
 - c) falso
 - d) correcto

- 6) En que periodo se presenta la primera mestruación:
- a) a los 18 años
 - b) entre los 9 y los 11 años
 - c) entre los 11 y los 15
 - d) cuando se está embarazada
- 7) La célula femenina es:
- a) ovario
 - b) óvulo
 - c) matriz
 - d) espermatozoide
- 8) causan bebés de bajo peso y tamaño :
- a) ninguna
 - b) que la madre haga ejercicio
 - c) que no tome vitaminas
 - d) que la madre tome bebidas alcohólicas y fume
- 9) se conoce como menstruación:
- a) hemorragia
 - b) la salida de sangre por la vagina
 - c) el periodo en que la mujer se puede embarazar
 - d) la debilidad del organismo
- 10) El método anticonceptivo para hombres aparte de la vasectomía es:
- a) condón
 - b) píldoras
 - c) espuma
 - d) jalea
- 11) Es el método anticonceptivo que consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se presente la eyaculación:
- a) coito interrumpido
 - b) espuma
 - c) condón
 - d) óvulos

- 12) se define como: "el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencia a un hombre de una mujer;"
- a) sexo
 - b) genitales
 - c) sexualidad
 - d) erotismo
- 13) El componente psicológico más importante de la sexualidad es:
- a) las emociones
 - b) la identidad sexual
 - c) la orientación sexual
 - d) todas las anteriores
- 14) A la situación en la cual se pasa de un manipuleo accidental de los genitales a una manipulación intencional se llama:
- a) juego
 - b) caricia
 - c) masturbación
 - d) eyaculación
- 15) El método anticonceptivo en el cual se realiza una pequeña cirugía a las mujeres se les llama:
- a) óvulos
 - b) vasectomía
 - c) coito interrumpido
 - d) salpingooclásia
- 16) Cada cuando se presenta la menstruación:
- a) una vez a la semana
 - b) cada seis meses
 - c) cada 28 días
 - d) después de cada embarazo
- 17) Cuando la excitación llega a su nivel más alto se desencadena un fenómeno físico que se conoce con el nombre de:
- a) orgasmo
 - b) cansancio
 - c) masturbación
 - d) excitación
- 18) El acto de manipular los genitales con objeto de lograr el orgasmo se llama:
- a) coito interrumpido
 - b) masturbación
 - c) orgasmo provocado
 - d) orgasmo retardado.

- 19) Durante la excitación de la mujer se da la :
- a) menstruación
 - b) orgasmo
 - c) lubricación vaginal
 - d) dolor
- 20) El semen esta constituido por los espermatozoides y por los líquidos que aportan:
- a) el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata
 - b) el conducto deferente
 - c) la próstata
 - d) las vesículas seminales
- 21) Es el lugar donde se producen los óvulos:
- a) testículos
 - b) hipófisis
 - c) ninguna
 - d) ovarios
- 22) En una enfermedad causada por parásitos que invaden la región genital:
- a) parasitosis
 - b) escabiosis o pediculosis del pubis
 - c) amibirosis
 - d) cisticercosis
- 23) Es el órgano interno del aparato reproductor femenino y tiene forma de pera invertida:
- a) vejiga
 - b) trompas de falopio
 - c) útero
 - d) ovarios
- 24) Es una enfermedad venérea que puede producir parálisis general:
- a) parálisis muscular
 - b) poliomielitis
 - c) sífilis
 - d) sida
- 25) La salida del semen a través del pene se conoce como:
- a) eyaculación
 - b) orina
 - c) hemorragia
 - d) flujo

- 26) Es el método anticonceptivo que se lleva a cabo de acuerdo al calendario y a los días fériles de la mujer:
- a) ritmo
 - b) DIU
 - c) salpingooclásia
 - d) óvulos.
- 27) La mujer embarazada sufre cambios:
- a) en sus emociones
 - b) en su cuerpo
 - c) en su cuerpo y en sus emociones
 - d) ninguna de las anteriores
- 28) Enfermedad de transmisión sexual que se presenta con mayor frecuencia en homosexuales:
- a) sífilis
 - b) SIDA
 - c) herpes
 - d) lesbianismo
- 29) El método anticonceptivo que tiene forma de 7,T o S y que se coloca dentro de la vagina de la mujer se llama:
- a) ritmo
 - b) espuma
 - c) vasectomía
 - d) DIU
- 30) Los cambios emocionales que presenta la mujer después del parto se deben a la:
- a) nacimiento del bebé
 - b) disminución del nivel hormonal
 - c) cansancio
 - d) ninguna
- 31) El dispositivo intrauterino DIU tiene 3 formas que son:
- a) 2,L,B
 - b) 5,M,z
 - c) 3,O,K
 - d) 7,T,S
- 32) A que edad de la vida surge la sexualidad
- a) cuando se llega a la vida adulta
 - b) en la adolescencia
 - c) cuando te casas
 - d) nacemos con ella.

33) Al mecanismo por medio del cual el feto maduro es-- expulsado al exterior se conoce como;

- a) contracciones
- b) aborto
- c) embarazo
- d) parto o nacimiento

34) El aparato reproductor masculino está constituido-- en su forma externa por;

- a) testículos y piernas
- b) pene y testículos
- c) vejiga y pene
- d) todas las anteriores

35) Cuando una mujer está menstruando;

- a) debe realizar sus actividades cotidianas
- b) debe mantenerse en descanso
- c) debe tener una dieta especial
- d) debe realizar ejercicio excesivo

36) Son síntomas del SIDA:

- a) diarrea, fiebre y sudoración excesiva
- b) irritabilidad y falta de concentración
- c) pérdida de la memoria y tartamudeo
- d) todas las anteriores

37) El método anticonceptivo para el hombre que es como un tubo de hule;

- a) vasectomía
- b) salpingoclásia
- c) óvulos
- d) condón

38) Se conoce así al momento en que el óvulo y el espermatozoide se unen;

- a) embarazo
- b) fecundación
- c) parto
- d) ninguna de las anteriores

- 39) La sexualidad esta compuesta de aspectos:
- a) emocionales
 - b) biológicos y eróticos
 - c) biológicos, psicológicos y sociales
 - d) erótico y psicológicos
- 40) El método anticonceptivo que tiene que ser tomado diariamente es:
- a) pastilla
 - b) óvulo
 - c) inyección
 - d) salpingoclásia
- 41) Durante la respuesta sexual humana, el principal fenómeno que se da ante la excitación en el hombre es:
- a) la erección del Pene
 - b) eyaculación
 - c) sueño
 - d) todas las anteriores
- 42) Cuál es la función de la bolsa escrotal:
- a) proteger los testículos de los golpes
 - b) evitar las hernias
 - c) ninguna función
 - d) mantener los testículos a una temperatura adecuada para producir espermatozoides.
- 43) Tiene una duración aproximada de 280 días y comprende desde la fecundación hasta el nacimiento.
- a) parto
 - b) desarrollo prenatal
 - c) embarazo
 - d) nueve meses
- 44) La menstruación es:
- a) una enfermedad
 - b) una función propia del organismo femenino
 - c) una alteración de la sangre
 - d) la consecuencia de una caída.

ESCALA DE ACTITUD SOBRE SEXUALIDAD.

1.- SI PRACTICA LA MASTURBACION LA GENTE SE PUEDE REIR DE MI

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

2.- UNA MUJER DECENTE DEBE MOSTRARSE PASIVA EN LA RELACION SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

3.- LOS HIJOS SIRVEN PARA QUE LOS PADRES PERMANEZCAN JUNTOS

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

4.- LA MASTURBACION DEBE PRACTICARSE EN EL LUGAR MAS ALEJADO Y ESCONDIDO

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

5.- EL CUERPO DE HOMBRE ES FEO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

6.- LA MENSTRUACION ES UN CASTIGO PARA LA MUJER.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 7.- LOS PADRES DEBEN DE ENTENDER QUE LOS HIJOS SE MASTURBEN
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 8.- UNA MUJER SOLTERA NUNCA DEBE EMBARAZARSE.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 9.- ES VERGONZOSO MOSTRARSE DESNUDO ANTE OTRA PERSONA.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 10.- LAS MUJERES NACIERON PARA SER MADRES.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 11.- LOS PADRES DEBEN MOLESTARSE CUANDO LOS HIJOS PREGUNTAN SOBRE
METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 12.- SOLO LOS HOMOSEXUALES PADECEN ENFERMEDADES VENEREAS
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 13.- LOS HOMBRES TIENEN MAS APETITO SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

14.- ME AVERGONZARIA DE CONFESAR QUE HE TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD VENEREA
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

15.- LOS HIJOS DEBE PREGUNTAR A LOS PADRES SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

16.- LAS NIÑAS DEBEN ESCONDER EL CRECIMIENTO DE SUS SENOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

17.- EL MASTURBARSE SE PUEDE NOTAR EN LAS MANOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

18.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PUEDEN AFECTAR LOS ORGANOS GENITALES.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

19.- LAS INFECCIONES VAGINALES SOLO LAS TIENEN LAS MUJERES SUCIAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 20.- ES PREFERIBLE TENER MUCHOS HIJOS QUE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 21.- ES CONVENIENTE TENER INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES VENEREAS PARA SABER
COMO PREVENIRLAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 22.- LA MEJOR IDEA PARA PREVENIR UN EMBARAZO ES USAR METODOS ANTI
CONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 23.- UN PADRE NO DEBE ACARICIAR A SUS HIJOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 24.- EL ABORTO ES UN CRIMEN
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 25.- UNA MUJER EMBARAZADA SE VE FEA.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 26.- HAY QUE RECHAZAR A LOS HOMOSEXUALES.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

27.- EL SEXO ES ALGO PROHIBIDO.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

28.- LA MASTURBACION SOLO PUEDEN REALIZARLA LOS HOMBRES.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

29.- EL ORGANISMO CONTINUA IGUAL SI PRACTICAS LA MASTURBACION.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

30.- LOS NIÑOS NO TIENE SEXUALIDAD.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

31.- SOLO LAS MUJERES CASADAS DEBEN DE TENER HIJOS.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

32.- ES RECOMENDABLE ENSEÑAR A LOS NIÑOS HABITOS DE HIGIENE SEXUAL.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

33.- EN LA ESCUELA SE DEBE DAR INFORMACION COMPLETA SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
--------------------------	---------	----------	------------	-----------------------------

34.- LA MASTURBACION ES NORMAL EN NIÑOS Y NIÑAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

35.- LAS PERSONAS QUE RECIBEN INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL
SERAN MEJORES PADRES.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

36.- NUNCA UTILIZARE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

37.- LA VASECTOMIA DEBILITA SEXUALMENTE AL HOMBRE.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

38.- MIS AMIGOS PUEDEN QUEDAR MAL SI SE MASTURBAN.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

39.- EL HOMBRE TAMBIEN PUEDE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

40.- HASTA QUE TE CASAS TIENES SEXUALIDAD.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 41.- LOS NIÑOS DEBEN HABLAR DE SEXUALIDAD CON LOS PADRES.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 42.- CONSIDERO QUE EN MEXICO SE DEBE DE CONCIENTIZAR A LA GENTE
SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 43.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON INSEGUROS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 44.- LA SEXUALIDAD SE ADQUIERE EN LA ADOLESCENCIA.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 45.- LOS NIÑOS SIN PADRE SON MAL INFLUENCIA PARA LOS DEMAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 46.- LOS NIÑOS NO DESEADOS POR SUS PADRES SON NIÑOS CON PROBLEMAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 47.- LOS NIÑOS DEBEN CONOCER SU CUERPO PARA CUIDARLO ADECUADAMENTE.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO.

48.- LA MASTURBACION ES ALGO PECAMINOSO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

49.- ES ACONSEJABLE QUE LOS NIÑOS RECIBAN INFORMACION SOBRE
METODOS ANTICONCETIVOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

50.- A LOS NIÑOS QUE SE LES INFORMA SOBRE LAS PARTES DE SU APARATO
REPRODUCTOR SE LES DESPIERTA EL INTERES SOBRE EL SEXO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

51.- PUEDO ENTENDER LA MASTURBACION COMO ALGO NORMAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

52.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DEBERIAN ESTAR ACEPTADOS POR LA
IGLESIA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

53.- ES VERGONZOSO USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

54.- LAS RELACIONES ANTES DEL MATRIMONIO SON MALAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

55.- PUEDO MASTURBARME EN CUALQUIER MOMENTO SIN QUE SUCEDA NADA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

56.- LA SEXUALIDAD SOLO LA EXPERIMENTAN LOS ADULTOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

57.- LAS MADRES SOLTERAS SON MAL EJEMPLO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

58.- EL HOMBRE DEBE MANDAR EN LA FAMILIA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

59.- ES NECESARIO LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PAREJA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

60.- LOS PADRES DEBE DE REGAÑAR A SUS HIJOS SI SE MASTURBAN.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

61.- EXISTE POCAS EDUCACION SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

62.- SE DEBEN ESCONDER LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS NIÑOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

63.- LA EDUCACION SEXUAL SOLO DEBE SER ENSEÑADA POR LOS EXPERTOS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

64.- LAS PERSONAS QUE SE INFORMAN SOBRE ENFERMEDADES VENEREAS SABEN
COMO PREVENIRLAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

65.- LOS HOMBRES DEBEN DE AYUDAR AL QUEHACER DE LA CASA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

66.- SOLO LAS PROSTITUTAS TIENEN ENFERMEDADES VENEREAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

67.- LA HIGIENE DE LOS ORGANOS SEXUALES ES UNA PARTE ESENCIAL EN
LA EDUCACION SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

68.- LOS PADRES PROFESIONISTAS TIENEN HIJOS CON MAYOR ORIENTACION SOBRE SEXUALIDAD.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

69.- LA FAMILIA DEBE BRINDAR EDUCACION SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

70.- EL HOMBRE ES EL UNICO QUE DISFRUTA DE LA RELACION SEXUAL.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

71.- LA ESCUELA ORIENTA SOBRE LOS CAMBIO LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTAN DURANTE LA ADOLESCENCIA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

72.- SE DEBEN DE SENTIR SUCIOS LOS QUE SE MASTURBAN.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

73.- UN EMBARAZO ES SOLO DECISION DE LA MUJER.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO EN DESACUERDO

74.- ES MEJOR ABORTAR QUE TENER UN HIJO NO DESEADO
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

75.- ESTOY A FAVOR DE LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DEL MATRIMONIO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

76.- UN PADRE RESPONSABLE ES EL QUE ACOMPAÑA A SU ESPOSA DURANTE
EL PARTO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

77.- LOS PADRES DEBEN TENER INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

78.- SE DEBE PROHIBIR LA DIFUSION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

79.- UN AMIGO DE ACLARA TUS DUDAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

80.- ESTOY A FAVOR DE QUE LEGANICEN EL ABORTO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 81.- LA MASTURBACION DEBILITA EL ORGANISMO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 82.- EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL NO EXISTE EMBARAZO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 83.- SE DEBEN CASTIGAR A LOS NIÑOS QUE HABLAN DE SEXO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 84.- NUNCA INTENTARE MASTURBARME.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE.
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD.

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DEL HIJO _____

1.- PROCESO NORMAL EN LA MUJER QUE COMPRENDE DESDE LA FECUNDACION HASTA EL NACIMIENTO:

- A) PARTO
- B) DESARROLLO PRENATAL
- C) EMBARAZO
- D) NUEVE MESES

2.- LA SALIDA DEL SEMEN A TRAVES DEL PENE SE CONOCE COMO:

- A) EYACULACION
- B) ORINA
- C) HEMORRAGIA
- D) FLUJO

3.- CONJUNTO DE CARACTERISTICAS ANATOMICAS Y FISIOLOGICAS QUE QUE DIFERENCIAN A UN HOMBRE DE UNA MUJER.

- A) SEXO
- B) FEMENINO
- C) MASCULINO
- D) EROTISMO

4.- A QUE EDAD SE PRESENTA LA PRIMERA MENSTRUACION.

- A) A LOS 18 AÑOS
- B) ENTRE LOS 9 Y LOS 11 AÑOS
- C) ENTRE LOS 11 y LOS 15 AÑOS
- D) CUANDO SE ESTA EMBARAZADA.

5.- LA FUNCION DE LA BOLSA ESCROTAL ES:

- A) PROTEGER A LOS TESTICULOS DE LOS GOLPES
- B) EVITAR LAS HERNIAS
- C) NINGUNA FUNCION
- D) MANTENER LOS TESTICULOS A UNA TEMPERATURA ADECUADA PARA PARA PRODUCIR ESPERMATOZOIDES.

- 6.- CUANDO SE UNE EL OVULO Y EL ESPERMATOZOIDE SE PRODUCE.
- A) EMBARAZO
 - B) FECUNDACION
 - C) PARTO
 - D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES.
- 7.- EL SEMEN ESTA CONSTITUIDO POR LOS ESPERMATOZOIDES Y POR LOS LIQUIDOS QUE APORTAN:
- A) EL CONDUCTO DEFERENTE, LAS VESICULAS SEMINALES Y LA PROSTATA
 - B) EL CONDUCTO DEFERENTE
 - C) LAS VESICULAS SEMINALES
 - D) LA PROSTATA.
- 8.- METODO ANTICONCEPTIVO QUE SOLO PUEDE EMPLEAR EL HOMBRE:
- A) CONDON
 - B) PILDORAS
 - C) JALEA
 - D) ESPUMA
- 9.- ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL QUE SE PUEDE PRESENTAR CON MAYOR FRECUENCIA EN HOMOSEXUALES:
- A) SIFILIS
 - B) SIDA.
 - C) HERPES
 - D) LESBIANISMO
- 10.- CADA CUANDO SE PRESENTA LA MENSTRUACION
- A) UNA VEZ A LA SEMANA
 - B) CADA 6 MESES
 - C) CADA 28 DIAS
 - D) DESPUES DE CADA EMBARAZO.
- 11.- A LA MANIPULACION INTENCIONAL DE LOS GENITALES DE UNO MISMO SE CONOCE COMO:
- A) JUEGO
 - B) CARICIA
 - C) MASTURBACION
 - D) EYACULACION.

12.- LA MENSTRUACION AFECTA A EL ORGANISMO:

- A) ALGUNAS VECES
- B) GENERALMENTE
- C) FALSO
- D) SIEMPRE

13.- CIRUGIA QUE SE REALIZA A LA MUJER EN LAS TROMPAS DE FALOPIO Y QUE FUNCIONA COMO METODO ANTICONCEPTIVO:

- A) OVULOS
- B) VASECTOMIA
- C) COITO INTERRUMPIDO
- D) SALPINGOCLASIA

14.- LA MENSTRUACION ES:

- A) UNA ENFERMEDAD
- B) SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA
- C) EL PERIODO EN QUE UNA MUJER SE PUEDE EMBARAZAR
- D) DEBILIDAD DEL ORGANISMO.

15.- METODO ANTICONCEPTIVO PARA EL HOMBRE:

- A) SALPINGOCLASIA
- B) CIRUGIA DE PROSTATA
- C) CIRUGIA DEL PENE
- D) VASECTOMIA

16.- LOS CAMBIOS EMOCIONALES QUE SE PRESENTAN DESPUES DEL PARTO EN LA MUJER SE DEBEN A:

- A) NACIMIENTO DEL BEBE
- B) DISMINUCION DEL NIVEL HORMONAL
- C) CANSANCIO
- D) NUNGUNA

17.- LA CELULA SEXUAL FEMENINA ES:

- A) OVARIO
- B) OVULO
- C) MATRIZ
- D) ESPERMATOZOIDE

18.- LA MUJER EMBARAZADA SUFRE CAMBIOS:

- A) EN SUS EMOCIONES
- B) EN SU CUERPO
- C) EN SU CUERPO Y SUS EMOCIONES
- D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

19.- LA SEXUALIDAD ESTA COMPUESTA DE ASPECTOS:

- A) EMOCIONALES
- B) BIOLOGICOS Y EROTICOS
- C) BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES
- D) EROTICOS Y PSICOLOGICOS

20.- EN QUE ESTRUCTURA DEL APARATO FEMENINO SE PRODUCEN LOS OVULOS :

- A) TESTICULOS
- B) HIPOFISIS
- C) NINGUNA
- D) OVARIOS

21.- ES EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE CONSISTE EN RETIRAR EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE QUE SE PRESENTE LA EYACULACION:

- A) COITO INTERRUMPIDO
- B) ESPUMA
- C) CONDON
- D) OVULOS

22.- EL COMPONENTE PSICOLOGICO MAS IMPORTANTE DE LA SEXUALIDAD ES:

- A) LAS EMOCIONES
- B) LA IDENTIDAD SEXUAL
- C) EL TEMPERAMENTO
- D) EL CARACTER

23.- METODO ANTICONCEPTIVO QUE SE COLOCA DENTRO DE LA MATRIZ:

- A) RITMO
- B) ESPUMA
- C) VASECTOMIA
- D) DIU.

- 24.- ENFERMEDADES QUE SE TRANSMITEN POR VIA SEXUAL Y PUEDE PRODUCIR PARALISIS GENERAL:
- A) PARASITOSIS
 - B) POLIOMIELITIS
 - C) SIFILIS
 - D) SIDA
- 25.- AL MOMENTO EN QUE EL FETO MADURA ES EXPULSADO AL EXTERIOR SE CONOCE COMO:
- A) CONTRACCIONES
 - B) ABORTO
 - C) EMBARAZO
 - D) PARTO O NACIMIENTO.
- 26.- ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE CAUSADA POR PARASITOS QUE INVADE LA REGION GENITAL:
- A) PARALISIS MUSCULAS
 - B) ESCABIASIS O PEDICULOSIS DE PUBIS
 - C) AMIBIASIS
 - D) CISTICERCOSIS
- 27.- LA MUJER EMBARAZADA SUFRE CAMBIOS:
- A) EN SUS EMOCIONES
 - B) EN SU CUERPO
 - C) EN SU CUERPO Y EN SUS EMOCIONES
 - D) EN NINGUNA DE LAS ANTERIORES
- 28.- METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SE TOMAN DIARIAMENTE:
- A) HORMONALES
 - B) OVULOS
 - C) INYECCION
 - D) SALPINGOCLASIA.
- 29.- UNA MUJER EMBARAZADA QUE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS Y FUMA, OCASIONA QUE SU BEBE NAZCA CON:
- A) CON PROBLEMAS PULMONARES
 - B) GUSTO POR EL ALCOHOL
 - C) COLOR AMARILLO
 - D) BAJO PESO Y TAMAÑO.

30.- ES EL METODO QUE SE LLEVA A CABO DE ACUERDO AL CALENDARIO Y
Y A LOS DIAS FERTILES DE LA MUJER:

- A) RITMO
- B) DIU
- C) SALPINGOCLASIA
- D) OVULOS

31.- EL SIDA CAUSA LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

- A) DIARREAS, FIEBRES Y SUDORACIONES EXCESIVAS
- B) IRRITABILIDAD Y FALTA DE CONCENTRACION
- C) PERDIDA DE LA MEMORIA Y TARTAMUDEO
- D) ESCURRIMIENTO DE PUS POR EL PENE.

32.- LA MANIPULACION DE LOS GENITALES CON EL FIN DE OBTENER PLACER
ES:

- A) COITO INTERRUMPIDO
- B) MASTURBACION
- C) ORGASMO PROVOCADO
- D) ORGASMO RETARDADO

33.- CUANDO UNA MUJER ESTA MENSTRUANDO:

- A) DEBE REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS
- B) DEBE MANTENERSE EN DESCANSO
- C) DEBE TENER UNA DIETA ESPECIAL
- D) DEBE REALIZAR EJERCICIO EXCESIVO

34.- SINTOMA PSICOLOGICO DEL EMBARAZO:

- A) ANTOJOS
- B) NAUSEAS
- C) VOMITO
- D) MAREOS.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD.

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DEL HIJO. _____

SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____

OCCUPACION _____ LUGAR DE PROCEDENCIA _____

1.- SOLO LOS HOMBRES HOMOSEXUALES PADECEN ENFERMEDADES VENEREAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

2.- EL MASTURBARSE NO CAUSA DAÑO AL ORGANISMO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

3.- EL EMBARAZO ES UNA FUNCION NORMAL DEL ORGANISMO DE LA MUJER.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO4.- EN LA ESCUELA SE DEBE DAR INFORMACION COMPLETA SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS:TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

5.- NUNCA COMENTARIA QUE HE TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD VENEREA

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

6.- EL EMBARAZO ES LA ETAPA MAS IMPORTANTE EN LA VIDA DE UNA MUJER.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

7.- SE DEBE PROHIBIR LA INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

8.- LA MEJOR MANERA PARA PREVENIR UN EMBARAZO ES USAR METODOS
ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

9.- SE DEBE RECHAZAR A LAS PERSONAS CON SIDA.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

10.- LOS PADRES DEBEN DE TENER INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
PARA TRANSMITIRLA A SUS HIJOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

11.- LOS CASADOS SON LOS UNICOS QUE DEBE DE TENER RELACIONES SEXUALES
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

12.- EL EMBARAZO ES UNA ENFERMEDAD.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 13.- SE DEBE RECHAZAR A LOS QUE PADECEN ENFERMEDADES VENEREAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 14.- ES PREFERIBLE TENER MUCHOS HIJOS A USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 15.- LOS PADRES DEBE DE ACEPTAR QUE SUS HIJOS SE MASTURBEN.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 16.- EL NIÑO APRENDE A COMPORTARSE COMO HOMBRE A TRAVES DE LA FAMILIA.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 17.- LAS RELACIONES SEXUALES SON PROHIBIDAS ANTES DEL MATRIMONIO.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 18.- NUNCA UTILIZARE METODOS ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 19.- LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON INSEGUROS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
- 20.- ACEPTO LA MASTURBACION COMO ALGO NORMAL.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

21.- LA MENSTRUACION ES UN PROCESO DESAGRADABLE.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

22.- SOLO LAS PROSTITUTAS PADECEN ENFERMEDADES VENEREAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

23.- LOS NIÑOS PUEDEN HABLAR DE ASPECTOS SEXUALES CON SUS PADRES.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

24.- LAS MUJERES TAMBIEN PUEDE MASTURBARSE.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

25.- LA NIÑA APRENDE A COMPORTARSE COMO MUJER A TRAVES DE LA FAMILIA.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

26.- SI EL NIÑO REALIZA QUEHACERES DOMESTICOS SE PUEDE CONVERTIR
EN HOMOSEXUAL

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

27.- LA MASTURBACION ES ALGO PROHIBIDO.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

28.- ES CONVENIENTE TENER INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRANS-
MISION SEXUAL PARA SABER COMO PREVENIRLAS.

TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO

- 29.- LA MASTURBACION ES NORMAL A CUALQUIER EDAD.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 30.- SOLO LAS MUJERES CASADAS PUEDEN TENER HIJOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 31.- EL EMBARAZO ES LA REALIZACION DE LA MUJERES.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 32.- LA MENSTRUACION ES UNA FUNCION NORMAL EN LA MUJER.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 33.- ES ACONSEJABLE QUE LOS HIJOS PIDAN INFORMACION SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-
- 34.- LA MENSTRUACION IMPIDE QUE SE REALICEN ACTIVIDADES DEPORTIVAS.
TOTALMENTE ACUERDO INDECISO DESACUERDO TOTALMENTE
DE ACUERDO EN DESACUERDO
-

B I B L I O G R A F I A.

- Alvares, G (1983). Elementos de Sexología. ed. Interamericana, México.
- Alzate, Heili (1983) La sexualidad infantil. Revista de la Universidad de Caldas, Bogotá. vol. 4 Nº 1.
- Arias Mtz. y Melesio R. (1988) Actitud de padres y madres hacia una educación sexual en niños pre-escolares. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM.
- Atenea G. (1891) citado en la Revista Latinoamericana de Sexología, vol.1 Nº 1
- Baron (1980) Antecedentes y estado actual de la Educación sexual a nivel universitario en Chile, EN Instituto Latinoamericano del niño-OEA. Temas oficiales 6tas. - Jornadas Latinoamericanas 1er. Congreso Uruguayo - de Sexología, Montevideo.
- Bianco y Col. (1980) Antecedentes y estado actual de la educación sexual a nivel universitario en Venezuela, en Instituto Latinoamericano del niño- OEA Temas oficiales 6tas Jornadas Latinoamericanas 1er. Congreso uruguayo de sexología, Montevideo.
- Bonet G. y Monique (1979) Paternidad Moderna. ed. Gedisa, Barcelona.
- Buber M (1974) ¿ Que es el hombre?. Brevarios F.C.E., México.
- Brito y col. (1980) Canal de socialización en sexualidad. CONAPO, México.
- Careaga G. (1983) Mitos y fantasías de la clase media en México.
- Carrizo H y López A. (1984) Sociedad, cultura y Sexualidad, incluido en vol. 1 CONAPO, México

- Cervantes Nieto (1979) Los conocimientos del adolescente respecto al sexo. Su importancia individual y Social.
Tesis de maestría en psicología UNAM.
- Coffer y appley (1982) Psicología de la motivación. Ed. Trillas, México.
- Conapo (1986) Familia y sexualidad. Volumen I, México.
- Conapo (1986) La educación sexual humana. Volúmen II, México.
- Conapo (1986) Individuo y sexualidad. Volúmen III, México.
- Conapo (1986) Educación y sexualidad. Volúmen IV, México.
- Dennis Hassol (1986) Psicología evolutiva. ed. Interamericana, México.
- Dirección general de servicios de Salud Pública en el D.F. (1988) Guía para la vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA
México.
- Dirección general de epidemiología, Secretaría de salud (1990) SIDA: Manual de Trabajo para Capacitadores,
México.
- Ellis albert (1974) Sexo, infancia y neurosis. ed. Grijalbo, México.
- Escarpio F. (1970) Sexología de la familia.
Buenos Aires.
- Flores colombino (1983) 1er. curso curricular de sexología. 2do Congreso Uruguayo de sexología, Montevideo.
- Flores Colombino (1986) La enseñanza de la sexología en latinoamérica.
Revista latinoamericana de sexología vol. 1
Nº. 1
- Gantier M. (1982) Sociedad, cultura y sexualidad. CONAPO vol. 1
México.
- Gardiman O. (1973) Técnica sexual.
Buenos Aires.
- Gagnon J. (1977) Sexualidad y cultura. ed. Pax-México, México.

- Giraldo Neira, O. (1988) Explorando las Sexualidades humanas. ed. Trillas, México.
- Giraldo Neira, O. (1986) Revista latinoamericana de sexología. vol. 1 Nº. 1 colombia.
- Goble F. (1988) La tercera fuerza. ed. trillas México.
- Greenwald A. (1986) Psychological Fundations of Attitudes. Academic Press, New York.
- Granadore (1983) citado en la revista Latinoamericana de sexología 1986. vol.1 Nº.1 Colombia.
- Granadillo A. (1989) IX Congreso Mundial de Sexología. Abstract Venezuela.
- Gronlund N. (1987) Elaboración de test de aprovechamiento. ed. Trillas, México.
- González (1979) Entrenamiento en sexología a nivel universitario en Colombia. ed. Pluma, Bogotá
- Guariglia citado en monroy de Velasco 1985.
- Insko A. (1967) Theories of Attitudes Change. Prentice Hall, New Jersey.
- Kaplan H.S. (1978) Sexual patterns at different ages. Human sexuality, New York.
- Kaplan H.S. (1975) Manual ilustrado de terapia sexual. New York.
- Katchadourian A. (1983) Las bases de la sexualidad humana. ed. Continental, México.
- Kilander H. (1973) La educación sexual en la escuela primaria y la secundaria. Los contenidos. ed. Paidós, Buenos Aires.
- Kramer (1982) citado por Mario Gantier en sociedad, Cultura y sexualidad. Conapo 1982, México.
- Lejeune C. (1980) Redagogía de la educación sexual. ediciones Aguilar, barcelona.

- León R. A. (1989) IX Congreso Mundial de sexología. Abstract.
Venezuela.
- Linton y Znaniek (1978) Cultura y personalidad. F.C.C. México.
- López Ibor (1984) El libro de la vida sexual. ed. Danae, España.
- Mac Cary James L. (1982) Sexualidad Humana. ed. El Manual Moderno México.
- Martínez (1982) citado en Monroy de Velasco 1985.
- Martínez G.H. (1987) La familia como educadora sexual, Curso Básico sobre orientación sexual y planificación familiar. México.
- Martínez, M. (1988) La psicología humanista. Fundamentación epistemológicas, estructura y método. ed. Trillas, México.
- Maslow H.A. (1954) Motivación y personalidad, ed. Harper & Bros. New York.
- Maslow H.A. (1959) New Knowledge in human values. ed. Harper & Row New York.
- Maslow H.A. (1988) La amplitud potencial de la Naturaleza Humana. ed. Trillas, México.
- Masters & Jonhson (1966) Respuesta sexual Humana. ed. Intermédica, Buenos Aires.
- Magaña L. (1983) Cambios de actitud sexual en la mujer del medio rural. Tesis de licenciatura en - Psicología, UNAM.
- Malinoski B. (1961) Sexo y reproducción en la sociedad primitiva. Buenos Aires.
- Medina A.F. (1983) Educación sexual infantil. Investigación diagnóstica de conocimientos y actitudes sobre--- sexualidad humana de grupos de asistentes educativos de centros de desarrollo infantil ubicados en el D.F. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM.

- Meneses H. (1984) Educar comprendiendo al niño.
México.
- Memorias del Primer Simposio de Historia de las Mentalidades. (1982)
Familia, matrimonio y sexualidad en Nueva
España. F.C.E., México
- Monroy de Velasco (1985) La educación de la sexualidad en México.
Un programa operativo 1975-1985. Tesis
de doctorado en Psicología, Universidad
Intercontinental.
- Montoya P. (1980) Actitudes y conducta sexual en una muestra de
preparatoria oficial. Tesis de licenciatura-
en Psicología, UNAM.
- Morgan I. (1987) Apuntes sobre sexualidad en la historia de México.
Curso básico sobre orientación sexual y planifica-
ción familiar. Secretaría de Salud, México.
- Nell A.S. (1963) Sumerhill ed. F.C.E., México.
- Pasini W. (1980) Necesidad de una enseñanza. Situación en el
 mundo. ed. Grijalbo, Barcelona.
- Pomeroy B. (1963) Amor y sexo en tí. ed. Pax-México, México.
- Quiroz F. (1977) Tratado de anatomía humana. ed. porrua, México.
- Regueiro J. (1989) IX Congreso Mundial de Sexología. Abstract,
Venezuela.
- Ruano R. (1982) citado en Monroy de Velasco, 1985.
- Ruiz Santana (1976) Estudio Exploratorio de la actitud de la mujer
a la sexualidad. Tesis de licenciatura en Psi-
cología, UNAM.
- Rusell y Kinsey (1968) La familia y la revolución sexual.
Buenos Aires.
- Salcedo D. (1979) Visión y perspectivas de la educación sexual en
América Latina. Resultado de una investigación.
ed. IPPF/RHO, Nueva York..

- Salerno E. (1967) Fundamentos de la sexología. Guía para Médicos y educadores. ed. Paidós, Argentina.
- Sapena P. (1980) Antecedentes y estado actual de la educación sexual a nivel universitario en Paraguay.
- Schiller y Williams Programas de objetivos en la educación sexual. ed. Diana, México.
- Siegel S. (1990) Estadística no paramétrica. ed. Trillas, México.
- Sleucus (1971) La nueva sexualidad. ed. Garnica, Argentina.
- Silva A. (1989) IX Congreso mundial de sexología. Abstract. Venezuela.
- Sisa. (1980) Antecedentes y estado actual de la Educación -- Sexual a nivel universitario en Paraguay. Instituto Interamericano del niño - OEA. Temas oficiales 6tas. Jornadas Latinoamericanas. 1er. Congreso Uruguayo de sexología, Montevideo.
- Tapia H. (1986) Medición de la actitud de un grupo de madres ante la sexualidad de los hijos. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM.
- Varela T (1980) Actitudes de los estudiantes universitarios hacia algunos problemas de actualidad. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM.