



Información y Prácticas Sexuales:

Investigación con estudiantes
de Bachillerato
de San Salvador



Las Dignas

"INFORMACIÓN Y PRÁCTICAS SEXUALES:
INVESTIGACION CON ESTUDIANTES DE BACHILLERATO
DE SAN SALVADOR"
LAS DIGNAS 2002

Autora: Asociación de Mujeres por la Dignidad y la vida

Investigación: Blanca Aragón, Norma Romero

Programa de Educación para la Equidad de Género

Coordinadora: Patricia Iraheta

Revisión y Aportes:

Patricia Iraheta

Margarita Velado

Morena Herrera

Ana Murcia

Auspiciado por:

- Pan Para el Mundo
- Mugarik Gabe/ Gobierno Vasco
- Unión Europea/ Christian Aid
- Novib
- Chistian World Service

Diseño y Diagramación:

Susan Chacón

Baltazar Méndez

Impreso en El Salvador:

Por Cyber Gráfica

305.4

A837i Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida,
LAS DIGNAS Información y prácticas sexuales:
Investigación con estudiantes de bachillerato de San
Salvador / Asociación de Mujeres por la Dignidad y la
Vida, LAS DIGNAS. --1a. ed. -- San Salvador, El Sal.: LAS
DIGNAS, 2002 83 p. : 29 cm.

ISBN 99923-814-3-4

1. Juventud-El Salvador, aspectos sociales. 2. Embarazo.
3. Sexualidad I. Título.

BINA / jmh

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. POR QUÉ UN ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES

2. OBJETIVOS DE ESTE INVESTIGACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4. DESCRIPCIÓN DEL PAÍS DE INVESTIGACIÓN

5. CARACTERIZACIÓN DE LA ESCUELA DE INVESTIGACIÓN

6. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNITAT INVESTIGADA (COMUNITAT)

7. METODOLOGÍA

8. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

9. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

10. RESULTADOS OBTENIDOS

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Investigación con estudiantes de Bachillerato de San Salvador

1. OBJETIVOS DE ESTE INVESTIGACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3. METODOLOGÍA

4. DESCRIPCIÓN DE LA ESCUELA DE INVESTIGACIÓN

5. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNITAT INVESTIGADA

6. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

7. RESULTADOS OBTENIDOS

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10. ANEXOS

11. GLOSARIO

12. BIBLIOGRAFÍA

13. ÍNDICE

14. ANEXO A: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

15. ANEXO B: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

16. ANEXO C: CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

17. ANEXO D: CUERPO DE INVESTIGACIÓN Y COMUNICACIÓN

18. ANEXO E: ENTREVISTA A MUJERES QUE HUBIERAN SIDO VIOLENCIADAS EN LA ADOLESCENCIA

19. ANEXO F: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Índice

INDICE	1
INTRODUCCIÓN	2
¿POR QUÉ UN ESTUDIO SOBRE INFORMACIÓN Y SEXUALIDAD?	3
ALGUNAS CIFRAS IMPORTANTES	6
SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA.	8
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.	9
CARACTERIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.	10
CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD MASCULINA Y FEMENINA	12
SEXUALIDAD Y RELIGIÓN	15
EDUCACIÓN SEXUAL	16
PRINCIPALES RESULTADOS	17
Algunos datos generales	17
Sentimiento de culpa en la primera relación	18
Se sintió presionada/o para tener la primera relación	18
Se sintió frustrado/a en su primera relación	19
Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación	19
Uso de anticonceptivos en su relación actual	19
Anticonceptivo más utilizado	20
Causas del no uso de anticonceptivos	20
Infecciones de Transmisión Sexual	21
Principales temores	21
Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual	24
Conocimiento sobre anticonceptivos	24
Mitos y prejuicios sobre algunos temas de sexualidad	25
Conocimiento de las consecuencias de un embarazo a temprana edad	26
Origen de la información	30
Opinión sobre los derechos sexuales y reproductivos	32
CONCLUSIONES:	34
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	37
ANEXO 1: SISTEMA DE HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
ANEXO 2: DISEÑO METODOLÓGICO	41
ANEXO 3: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	43
ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA RECOGIDA DE DATOS	50
ANEXO 5: ENTREVISTA A MUJERES QUE TUVIERON SU PRIMER HIJO EN LA ADOLESCENCIA	58
ANEXO 6: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE INDICADORES	60

INTRODUCCIÓN

El estudio "Información y prácticas sexuales en estudiantes de bachillerato de San Salvador" tiene como principal objetivo analizar la información que recibe el estudiantado de San Salvador en el nivel de educación media para establecer relaciones entre dicha información y sus prácticas sexuales.

Como el mismo título indica, el estudio se refiere a adolescentes integrantes del sistema formal de educación y que, además, asisten a centros educativos del departamento de San Salvador.

Somos conscientes de estar analizando una porción mínima del problema, ya que el embarazo en la adolescencia y las prácticas sexuales poco saludables y seguras son un problema de carácter nacional y que afecta en mayor medida a la población no integrada al sistema educativo. Sin embargo, conocer los datos que nos resultan bajo estas condiciones nos da un parámetro de la gravedad del problema bajo otras condiciones.

¿POR QUÉ UN ESTUDIO SOBRE INFORMACIÓN Y SEXUALIDAD?

El embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública en el cual las principales afectadas son las mujeres¹:

- El Salvador se ubica entre los cinco primeros países de América Latina con mayor número de embarazos en adolescentes. Entre el 20 y 25% de los nacimientos en El Salvador ocurren en adolescentes.
- Una madre adolescente tienen 7 veces menos oportunidad de continuar sus estudios.
- Una madre adolescente tiene un 30% menos posibilidades que otras adolescentes de salir de la pobreza.

Tanto es así que hay un gran interés a nivel internacional por disminuir los embarazos en adolescentes en países como El Salvador. Además de:

- La Conferencia sobre los derechos del niño, 1989
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Programa de Acción de la Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, 1993 (Viena)

son varios los convenios internacionales suscritos por el Estado Salvadoreño que promueven con carácter de obligatoriedad la ejecución de políticas públicas que contribuyan a resolver el problema:

- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, reconoce que los servicios de salud reproductiva han pasado por alto las necesidades de la adolescencia en esta esfera. Reconociendo que el embarazo a edad temprana constituye un impedimento para mejorar la condición educativa y social de la mujer en todas las partes del mundo.
- La IV Conferencia para el Desarrollo de la Mujer, Beijing 1995, plantea que se debe prestar atención, de manera particular, a las necesidades de los/as adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con el objeto de que pueda asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

La Conferencia Mundial de Educación para Tod@s(1990-2000) incorpora entre sus metas la atención a las necesidades educativas de la población joven y adulta por medio de programas de preparación para la vida activa. Entendiendo la preparación para la vida como el desarrollo de la responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo.

Y, a nivel nacional, la Política Nacional de la Mujer (publicada en el año 2000) también establece que debe "introducirse la temática de la adolescente embarazada o madre y su acceso y permanencia en el sistema educativo nacional..."

Estos datos nos ayudan a dimensionar el problema de embarazo en adolescentes a nivel nacional, sin embargo, se observa que a nivel de centros educativos, no hay cifras claras de la dimensión de la situación.

Los padres y madres de familia, así como una gran parte del personal docente en diferentes ocasiones, han manifestado que facilitar información a las alumnas, lejos de minimizar el problema, logrará ampliarlo. Este es uno de los mitos mencionados por Barragán²: Cuando se habla de la conveniencia de la información sexual surge el temor de que se despierte súbitamente a la vida sexual, bajo el argumento frecuentemente oído de "si mencionamos determinadas conductas los alumnos y alumnas querrán experimentarlas" este temor es una de las formas de limitar la información a nuestra adolescencia. Diversos estudios han demostrado que no existe una correlación entre ambas variables, muy al contrario, se ha demostrado que las niñas entre 11 y 16 años tienen mayor información que los niños; mientras que éstos últimos tienen mayor experiencia que las niñas. Según esto, tener una vida sexual activa no depende directamente de la información teórica que se tenga si no de la socialización del tema y, sobre todo, del rol genérico otorgado por la sociedad: a las niñas se las enseña para que "se cuiden y conserven hasta el matrimonio" y a los niños se les enseña que experimenten y se sean expertos antes del matrimonio.

¹UNICEF. Embarazo en Adolescentes. Maternidad y paternidad temprana. Líneas de acción para la prevención, apoyo y definición de políticas. Jamaica 1997. Citado por Ana Marina Morales, Sexualidad y Salud reproductiva en adolescentes. Una aproximación desde el ámbito escolar. Julio 1999.

²Barragán, Fernando. La Educación Sexual. Guía teórica y práctica. Paidós, 1997.

Las Dignas realizamos, durante el último trimestre 2001, un estudio en el que pretendíamos analizar la información y conocimiento que el alumnado de bachillerato tiene acerca de sexualidad y salud reproductiva, para compararlo con las prácticas sexuales en la adolescencia. El cual se ubica en San Salvador y es representativo para los centros educativos de nivel de bachillerato, limitado, por lo tanto geográficamente y en cuanto a nivel educativo de los/as participantes.

El presente estudio se enmarca en un contexto de debate y discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos. Pretende demostrar la necesidad de una educación sexual, libre de prejuicios y adaptada al desarrollo evolutivo del/la adolescente como propuesta efectiva ante uno de los más grandes problemas de la vida sexual de los/as adolescentes, el embarazo a temprana edad.

La necesidad de demostrar a la población la efectividad de la información sobre salud sexual y reproductiva para la adolescencia surge en primera instancia, a raíz de la necesidad de prevenir los efectos devastadores que tienen para una adolescente el embarazo y como forma de contrarrestar la actual corriente conservadora y doble-moralista que pretende dar solución a la problemática de los embarazos en la adolescencia mediante medidas poco realistas, las cuales, lejos de plantear soluciones al problema, pueden llegar a agravarlo por estar basadas en mitos como el ya mencionado anteriormente y estos otros:

La sexualidad infantil y juvenil no existe:

Durante el siglo los sectores más conservadores de nuestra sociedad han negado la existencia de la sexualidad infantil y juvenil. Su ausencia era un símbolo de pureza e inocencia. Y ante tal ausencia la ocultación sistemática de toda información ha sido y es común.

De esta forma, las actividades exploratorias del cuerpo, que contribuyen a un conocimiento de sí mismo/as y de los/as demás han sido reprimidas hasta el extremo.

Toda manifestación de la sexualidad y de toda conducta que no se identificara con la reproducción entre las personas adultas dentro

del matrimonio, ha sido negada por la supremacía de un modelo evidentemente Judeocristiano de la sexualidad en que nuestros días cobra una fuerza especial.

Los niños y niñas no piensan sobre el sexo:

Como consecuencia del mito anterior, se considera que si no hay sexualidad antes de la pubertad, tampoco existe ni el pensamiento ni intereses sexuales. Desde la hipócrita lógica social, algunas personas adultas consideran un síntoma de inteligencia temprana el que los/as niños/as expliquen una idea sobre fenómenos matemáticos o relativos a la naturaleza, sin embargo, es incómodo cuando las preguntas infantiles se centran en la sexualidad, en lugar de considerarlo también como un signo de inteligencia, se considera impropio o inoportuno.

Algunos autores, como Berstein, o Piaget, reconocen la escasez de estudios sobre el pensamiento de los/as niños/as acerca del tema de la sexualidad como consecuencia de la influencia de la represión moral.

La información sexual objetiva y científica:

Frente a la información prejuiciada que la población infantil y juvenil reciben de su familia, amistades y medios de comunicación, se plantea la necesidad de una información "objetiva y científica" pero este es otro de los errores en los que se pueden caer al hacer educación sexual; trabajando la información de manera aséptica, sin la implicación social que tiene el tema de la sexualidad, sin tener en cuenta las diferencias en la vivencia de la sexualidad por parte de hombres y mujeres o la perpetuación de la dominación masculina reflejada en el control de la sexualidad de las mujeres.

No se trata solo de dominar correctamente los términos que definen los órganos sexuales, sino enmarcar la vivencia de la sexualidad en los derechos sexuales y reproductivos que transformen concepciones y hagan no solo personas bien informadas sino felices.

El conocimiento sexual como conocimiento biológico:

Puesto que la sexualidad implica comunicación, afectividad, placer y en ocasiones reproducción, el conocimiento sobre este tema no debe ser meramente biológico sino abarcar

todos estos aspectos e incluir las dimensiones diversas: cultural, social, biológica, psicológica, moral y afectiva.

Es importante destacar la frecuente vinculación de sexualidad con reproducción, este es otro de los mitos que se rompe desde el derecho a vivir la sexualidad independientemente de la reproducción recogido en los derechos sexuales y reproductivos.

Ante el planteamiento de estos mitos, se propone un estudio que recoja al menos algunos aspectos como para hacer una propuesta fundamentada de la necesidad de la educación sexual en relación a prevención de embarazos a

la vivencia de la sexualidad libre de prejuicios y mitos en la adolescencia.

Es por ello que planteamos como principal objetivo del estudio:

Identificar si existe relación entre el tipo de información y la vida sexual de los/as adolescentes.

Para lo cual deberemos conocer el origen de la información sobre sexualidad y enfoques de la misma que llega a los/as adolescentes y sus prácticas sexuales, las cuales, por diferentes limitantes se centrarán en las relaciones sexuales coitales.



ALGUNAS CIFRAS IMPORTANTES

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud reproductiva que tiene implicaciones tanto biológicas como sociales y psicológicas para la madre y el hijo/a (FNUAP 1997). En América Latina y el Caribe, casi la mitad de la población se sitúa por debajo de los 20 años, y la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz, un indicador alarmante de la realidad que viven la juventud en esta región. Las adolescentes, en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las normas socio-culturales y tabúes existentes sobre la sexualidad y a las funciones estereotipadas de género³.

Según Stern (1997), las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían "el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres..., los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo". Precisamente, Stern distingue cuatro argumentos que se esgrimen con mayor frecuencia para definir el embarazo adolescente como problema:

El supuesto aumento del embarazo entre adolescentes en varios países de América Latina;
Los efectos adversos de un embarazo a edad temprana para la salud de madre e hijo/a;
Las consecuencias de este fenómeno para el crecimiento de la población;
La contribución del fenómeno a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

La maternidad temprana de alguna forma choca con las expectativas de la sociedad moderna, la cual reserva a la adolescencia una función de preparación para la vida adulta, no compatible con el ejercicio precoz de papeles típicamente adultos como la responsabilidad por la crianza de un hijo. Una interpretación posible y ampliamente aceptada es que, dentro

del contexto de la sociedad moderna, el embarazo en la adolescencia constituye un síntoma del fracaso de este proceso de preparación, que ocasiona la transición prematura a la vida adulta.

De acuerdo al Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001, los factores como el fracaso escolar o el deseo de abandonar el hogar paterno, pueden tener una mayor incidencia causal en la configuración del complejo de problemas que determinan una adolescencia prematuramente terminada. Así mismo otros estudios atribuyen la alta tasa de embarazos en adolescentes, a la interacción de múltiples factores entre los cuales se mencionan:

- "Búsqueda de algo" que llene las carencias afectivas en la adolescencia, lo cual muchas veces no se logra llenar en el seno familiar
- Tienen dificultades para hacer planes a futuro y bajas expectativas al respecto.
- Bajo nivel educativo
- Han recibido mensajes contradictorios acerca de la sexualidad.
- Poco o nula educación sexual y ausencia en el uso de métodos anticonceptivos en las parejas sexualmente activas.
- Proceden de una familia conflictiva, en la que hay poca comunicación.
- Búsqueda de su identidad sexual.
- Modelos de comportamiento:
 - Virilidad
 - Femenidad
- Baja autoestima y poca confianza en ellas/os mismas/os.

Los factores culturales también ejercen gran influencia en este fenómeno. En esto entra el concepto que se tenga de mujer, de su papel social y del peso que se atribuye a la maternidad. Otro factor que influye es la posibilidad de que la adolescente vea en el embarazo una manera de alcanzar un nuevo status o de adquirir valor como mujer en el medio en que se desenvuelve; en algunos medios prevalece la idea de que "una mujer empieza a ser mujer cuando es madre". Además, no hay que olvidar que en la adolescencia se está reestructurando y consolidando la identidad, masculina y femenina, y si la única opción de ser mujer que se reconoce son la

³ Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), COMPROMISOS LEGISLATIVOS SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: Una revisión de los cinco años de las Conferencias de El Cairo y Beijing en América Latina y el Caribe, pág. 14

maternidad y el matrimonio, las probabilidades de que se busque un embarazo prematuro son mayores. No obstante en la mayoría de los casos, los embarazos a esta edad no son deseados ni planeados.

En El Salvador, los partos en la adolescencia representan un alto porcentaje del total que ocurren en el país. Para 1996, el total de partos que ocurrieron en las maternidades del Ministerio de Salud (26 para ese año), fue de un 30% correspondiente a 24,834 partos en adolescentes; para 1997 un 25% en 27 maternidades, fue de 18,273 partos y para el primer semestre de 1998, un igual porcentaje al de 1997, con 9,161 partos en adolescentes, ocurridos en 28 maternidades.

El embarazo precoz por lo general no es planeado, y en el país se ve más desprotegido en los estratos socioeconómicos bajos. Este factor y la falta de incentivos familiares, y oportunidades reales de progreso, generan en las adolescentes considerable angustia, sentimientos de ambivalencia respecto de su embarazo y pérdida de la autoestima, producto de los valores establecidos en una sociedad que asigna al matrimonio como el único medio legal y moral para tener hijos/as⁴.

Algunas instituciones han realizado estudios sobre el tema de los embarazos en la adolescencia. Varias de ellas aportan encuestas de opinión que nos dan una idea de tratamiento y opinión de la población ante esta problemática, otras aportan datos cuantitativos en relación a mujeres embarazadas en la adolescencia, uso de anticonceptivos riesgo de los embarazos precoces, etc. y además, otros estudios nos aportan una visión más cualitativa del problema viendo factores socioculturales que inciden, causas, consecuencias y vivencias, etc.

El ejercicio de la sexualidad no tiene una edad de inicio: según datos de la FESAL -98, el 30.9% de las mujeres comprendidas entre los 15 y 19 años ya han tenido relaciones sexuales. De este grupo adolescente, solo un 8.1% manifestaron haber utilizado algún tipo de anticonceptivo en su primera relación. Con estos datos no es de extrañar que El Salvador sea uno de los primeros países en cantidad de adolescentes embarazadas. Según la FESAL -98, el 42.4% de las mujeres entre 15 y 24 años de edad han tenido, al menos, un embarazo. La proporción de mujeres varía desde 24.6% entre adolescentes (de 15 a 19 años), al 63% entre los jóvenes (20-24 años). Otro dato a destacar es

que el porcentaje con experiencia de embarazo presenta una relación inversa con el nivel educativo: oscila del 71.3% entre las mujeres sin ninguna educación formal al 24.7% entre las que tienen 10 o más años de escolaridad.

Además las encuestas de la FESAL -98 mencionan indicadores del cambio en la vida profesional de las jóvenes embarazadas: "Como consecuencia del primer embarazo, un 73% que estudiaban cuando supo que estaba embarazada no volvió a estudiar y un 47% que trabajaban no volvió a trabajar después de que terminó el embarazo"

En 1998 la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) realizó la séptima de una serie de encuestas que está llevando a cabo desde 1973, para estudiar las diferenciales y las tendencias de la fecundidad y la prevalencia del uso de anticonceptivos en El Salvador, incorporando, a partir de 1985 importantes temas relacionados con la salud materna infantil. Esta encuesta denominada Encuesta Nacional de Salud Familiar⁵ dedica uno de los capítulos a analizar la salud sexual y reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad. En este apartado se encuentran datos como³:

- Sólo una de cada 10 mujeres de este rango de edad usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- La mayoría de las mujeres han tenido experiencia sexual en esta edad, han tenido al menos un embarazo. Tres de cada 10 mujeres no planearon su primer embarazo.
- Uno de cada cuatro embarazos se dieron cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada.
- Las cuatro razones más frecuentes para pensar de esta manera fueron: "Era la primera vez", "No teníamos relaciones frecuentes", "Creía que no tenía la edad" y "Creía que no era fértil"

Dicho estudio destaca la importancia de la educación sexual cuando manifiestan: "Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el sistema educativo, pero sólo un 58% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber recibido información sobre el embarazo en los centros educativos. Una proporción aún menor (52%) reportó haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos".

⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Manual Técnico de Salud Reproductiva**, 1999, pág. 258

⁵ ADS, **Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe final, FESAL-98**, Abril 2000.

³ Ibid, pág. 5 y 6

SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA.

Consideramos la sexualidad como la vivencia subjetiva, dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. Se articula a través del potencial reproductivo de los seres humanos, de las relaciones afectivas y la capacidad erótica, enmarcada siempre dentro de las relaciones de género⁶.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, se distinguen cuatro componentes que integran la sexualidad, estos son la reproductividad, el género, el erotismo y el vínculo afectivo.

Tomando en cuenta una visión integral de salud sexual, se considera que la salud sexual se adquiere cuando los cuatro componentes de la sexualidad: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva se expresan libremente. El bienestar sexual expresado como salud sexual es deseable para poder contar con bienestar general. La libertad de expresión sexual no debería ser confundida con una satisfacción inmediata de todos los deseos, sino como la actividad resultante de poder buscar la satisfacción de los mismos, contando con un "espacio propio", al tiempo que se reconocen las limitaciones que el mundo nos presenta. Para que la salud sexual se desarrolle plenamente se requieren otras condiciones entre éstas tenemos la congruencia, la armonía.

Desde los planteamientos de Freud sobre sexualidad infantil hasta la actualidad, muchos profesionales han investigado y reflexionado en torno a estas cuestiones, delineando una perspectiva que considera que la sexualidad es un aspecto más de la vida de las personas, que abarca desde el nacimiento hasta la muerte y que incluye una etapa específica de potencialidad productiva.⁷

Al mismo tiempo de tener una concepción objetiva y desprejuiciada sobre sexualidad, debe mantenerse una práctica segura de la misma, la cual implica "La salud reproductiva que entraña el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia."⁸

La salud sexual y reproductiva está relacionada con uno de los ámbitos esenciales de la reproducción de la sociedad: la procreación. En torno a este ámbito se construyen las relaciones entre hombres y mujeres que afectan a todos los ámbitos de la vida social. Estas relaciones son desiguales y jerárquicas y están determinadas por concepciones, valores y tradiciones culturales que otorgan superioridad a los hombres en casi todo lo que hacen y dicen y como consecuencia, adjudican a las mujeres una visión de inferioridad para todo lo que ellas dicen y hacen. De ahí que para acercarse al ámbito de la salud sexual y reproductiva haya que hacerlo desde una perspectiva de género que visibilice y erradique la desigualdad social entre hombres y mujeres.

"Es precisamente la salud reproductiva y el terreno de los derechos sexuales y reproductivos uno de los ámbitos donde la desigualdad social de las mujeres en su relación con los hombres se expresa de formas más diversas. Los ejercicios del poder patriarcal cobran en este terreno desde las más sutiles hasta las más crueles de las dimensiones. Donde se manifiesta la opresión y la dominación, pero también las resistencias y la búsqueda de cambios hacia relaciones más justas e igualitarias."⁹

En la Conferencia Internacional de El Cairo y en la de Beijing se estableció que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son parte fundamental de los derechos humanos y el desarrollo, por lo que deberían ser incorporados en la formación de políticas y programas de desarrollo.¹⁰

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Asociación Mexicana de Salud Sexual. *¡Hablemos de salud sexual!*, pag. 11

⁷ Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud. *Embarazo en Adolescentes, 1994*, pág. 44

⁸ Plan de acción de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo, 1994. Citado por *Ibid*, pág. 57

⁹ Castillo, M. Angels, Herrera, Morena, Tryner, M. Pau. *Género y salud reproductiva. Una reflexión para la cooperación*, APFCB.

¹⁰ Kasische, Kartrin (GTZ) y Morales Carbonell, Marina (UNICEF), *ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Basado en el Informe de la investigación de Judith Guadrón y Alfredo Rojas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999, p. 11.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Desde la perspectiva feminista¹¹ se propone que los fundamentos de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres consisten en cuatro principios éticos:

- La integridad corporal o el derecho a la seguridad en, y al control sobre el propio cuerpo forma parte central de la libertad reproductiva y sexual. Incluye tanto el derecho de la mujer a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva así como su derecho a la integridad de su persona física e implica también derechos afirmativos a disfrutar del pleno potencial del propio cuerpo: derecho a la salud integral, derecho a procrear (derivado no de la correlación entre crecimiento poblacional, degradación del medio ambiente y fecundidad de las mujeres, sino de la preocupación acerca de la forma en la que el sistema patriarcal ha venido subordinando a las mujeres por ser los únicos seres cuyos cuerpos pueden ser fecundados.) y derecho al placer sexual, a expresarlo de formas diversas y no estigmatizadas.
- El ejercer como persona, es decir su derecho a la autodeterminación, a ser tratadas como actoras principales y tomadoras de decisiones en materia de reproducción y sexualidad. Lo cual implica no sólo respeto hacia cómo las mujeres toman las decisiones, valores que aplican y consultas que realizan, sino también requiere de tomar en serio la experiencia de las mujeres y facilitar la información adecuada y necesaria para la toma de decisiones. Es el derecho a estar representadas y ser escuchadas en estos temas.
- El principio de la igualdad se aplica tanto a las relaciones entre hombres y mujeres (división de género) como a las relaciones entre mujeres (en las condiciones como edad, nacionalidad, etnicidad que dividen a las mujeres como grupo). Este principio requiere la mitigación de las inequidades entre las mujeres en cuanto al acceso a los servicios o su tratamiento por parte de proveedores de salud y definidores de políticas.
- El principio de la diversidad requiere respeto por la diferencia entre las mujeres. A la vez que se defiende la aplicabilidad universal de los derechos sexuales y reproductivos, también se debe reconocer que tales derechos también tienen diferentes significados, o diferentes puntos de prioridad, en contextos sociales y culturales distintos.

Los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes deberían de ser promovidos y conocidos por diferentes sectores, así como vividos por la población adolescente, no sólo porque constituyen uno de los primeros logros en cuanto a la vivencia real de los derechos humanos de los y las adolescentes, sino por la preocupación existente por la alta tasa de embarazos en adolescentes en el país.

Por lo tanto, es crucial que se atiendan las necesidades de los adolescentes, especialmente de las adolescentes. Los niños y las niñas necesitan socializar sobre una base de principios de respeto mutuo, comunicación e igualdad. Si las niñas no son capaces de desarrollar su

autoestima y los/las adolescentes no reciben la información y los servicios necesarios para que conozcan su sexualidad y reproducción, se les pone en gran riesgo de embarazos precoces y no deseados, aborto de riesgo, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y abuso sexual, así como una vivencia de la sexualidad con sentimientos de culpa, frustraciones, etc. La legislación debe proteger y promover sus derechos a recibir información, educación y servicios, y proteger su derecho a la privacidad y confidencialidad.

Creemos necesario citar los compromisos legislativos de El Cairo y Beijing

¹¹ Correa, Sonia; Petchesky, Rosalind. Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista. Mujeres al timón, cuadernos para la incidencia política y feminista. N° 3.

- Proteger los derechos del adolescente a la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado.
- Apoyar la introducción de programas educativos formales y no formales sobre temas de población, desarrollo sostenible y salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género.
- Eliminar las barreras legales, regulatorias y sociales para la educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

De la misma manera, los compromisos acordados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer declaran

que "toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental", definiendo la salud reproductiva como "la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".

El desconocimiento de la fisiología de la reproducción, de los métodos anticonceptivos y de todo lo relacionado con la prevención de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA, y de la violencia sexual y doméstica, representa un indudable factor de riesgo para los/las adolescentes tanto respecto de la posibilidad de un embarazo no deseado, como de una vida sexual no sana y segura.

CARACTERIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esta comprendida entre los 10 a 19 años. Se definen múltiples categorías en los distintos países.

Adolescencia temprana: de 10 a 14 años.

Media: de 15 a 17 años.

Tardía: de 18 a 20 años (que se superpone con el término "juventud"; de 15 a 25 años).

Los cambios biológicos en la adolescencia.

Desde un enfoque biológico, la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos, especialmente hormonales, que inician la madurez sexual, la cual se denomina como pubertad, que se caracteriza por el crecimiento acelerado, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios como los senos en las niñas y el aumento de vello púbico en niñas y niños y la iniciación de la capacidad reproductora.

La pubertad se extiende durante tres o cuatro años en las mujeres y por más tiempo en los varones. La adolescencia es aún más prolongada. Como en general la pubertad

empieza uno o dos años más tarde en los hombres, las muchachas púberes aventajan a los muchachos en cuanto al desarrollo reproductor. Sin embargo, la capacidad reproductora no es igual que la capacidad de respuesta sexual. Mientras la respuesta sexual humana es una experiencia multidimensional que se alimenta de sensaciones e imágenes, del lenguaje, del saber y de los valores personales y culturales, que se combinan con los reflejos biológicos durante la excitación, dando un ciclo de cuatro fases durante el desempeño sexual; la capacidad reproductiva es la potencialidad o preparación del cuerpo humano para crear otra persona.

La pubertad empieza en diferentes momentos para diferentes miembros de uno y otro sexo. Existe también cierta variación respecto a cuáles de los muchos cambios aparecen primero. El convenio tácito y la conveniencia dictan la adopción de la "menarquía" en la mujer y la primera eyaculación en el varón como los puntos primarios de referencia, pero no son por completo satisfactorios a causa de varios cambios, como el crecimiento del vello pubiano que en general los precede.¹²

¹² Katchadourian H. A. y Lunde D.T. , *Las bases de la SEXUALIDAD HUMANA*, 1997, pág. 262

Cambios psico-sociales en la adolescencia.

La adolescencia, además de ser un período de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución, hacia una mayor independencia psicológica, es la etapa donde la persona desarrolla su creatividad, su individualidad, sus habilidades, se plantea metas y proyectos de vida, y donde la sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones.¹³

Existe un consenso bastante generalizado en los diversos enfoques sobre adolescencia, acerca de las áreas básicas a considerar. Son las siguientes:

- Fisiológica: El cuerpo, la maduración sexual y la adquisición de la capacidad reproductiva.
- Psicoafectiva: El paso hacia una sexualidad más localizada (genitalizada). Exploraciones autoconcentradas y compartidas.
- Psicosocial: Estructuración de una identidad autónoma, asunción de nuevos roles, progresiva independización del ámbito familiar, búsqueda de un nuevo núcleo afectivo entre iguales.¹⁴

El rasgo básico de la adolescencia ya no es más la madurez sexual sino determinados rasgos psicológicos, que constituyen un estado transicional entre la infancia y la adultez.

Las personas adolescentes se deslindan de los grupos de socialización primaria, intra y extra familiar, para encontrar su propia identidad. En este proceso el/la adolescente comienza a

conocer nuevos valores, en ocasiones contradictorios; una parte central de la conformación de su identidad es una cierta independencia psíquica de los padres/madres, cuyo apoyo y respeto puede facilitar este proceso. Un rol importante juegan los grupos de amigos/amigas, como fuente de contactos sociales y apoyo emocional, en donde el/la adolescente puede cultivar habilidades y comprobar roles y comportamientos sociales.

En el proceso de conformación de la nueva identidad la/el adolescente debe incluir varios aspectos como: estimación de sus propias habilidades e intereses, conocimiento de alternativas realistas y la habilidad de tomar la mejor decisión para su vida futura. Esto incluye también evitar comportamientos problemáticos como el abuso de drogas y el alcohol, cuyo manejo para el/la adolescente de hoy es parte de su realidad.¹⁵

Desde una versión simplificada del psicoanálisis la adolescencia constituye el período caracterizado por el interés por el sexo opuesto, la masturbación, las experiencias sexuales y la tentativa a desempeñar papeles de personas adultas.¹⁶ En este momento, se da inicio a la relación amorosa, al deseo y la búsqueda del otro a través del juego, de mensajes verbales y no verbales para acercarse mutuamente. El encuentro entre dos personas jóvenes ocurre rodeado de aciertos y fallas, presentándose momentos de claridad y otros de confusión, así como sentimientos débiles o intensos.



¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual Técnico de Salud Reproductiva, 1999, pág. 243

¹⁴ Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud. Embarazo en Adolescentes, 1994, pág.

¹⁵ Kasische, Kartrin (GTZ) y Morales Carbonell, Marina (UNICEF), ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Basado en el Informe de la investigación de Judith Guadrón y Alfredo Rojas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999, p. 12

¹⁶ Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud. Embarazo en Adolescentes, 1994, pág.

CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD MASCULINA Y FEMENINA

Las personas somos parte de un proceso de socialización diferente en función a nuestro sexo y nuestras potencialidades reproductivas; proceso a través del cual desarrollamos habilidades, características de personalidad, conductas e intereses, tan diferentes que llegan a constituir dos modos específicos y antagónicos de comportamiento humano: el "femenino" y el "masculino".

Es importante comprender que el sexo se refiere a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres y, más específicamente, a las diferencias de sus órganos sexuales. En cambio como género entendemos las diferentes características y cualidades que la sociedad "asigna" a hombres y mujeres desde su nacimiento.¹⁷

Esto determina en gran medida las habilidades, los intereses, las actividades y las expectativas diferentes que en muchas sociedades se tienen acerca de las personas según su sexo. A partir del trato y las expectativas distintas para cada sexo, de lo que culturalmente y mediante la socialización se aprende, se crean estereotipos acerca de las características que se presuponen propias de uno u otro sexo y se crean los roles de género, es decir las conductas y actitudes que socialmente se espera que tengan una mujer y un hombre.

En este sentido las relaciones de género están construidas según el sexo de las personas y determinadas por un sistema patriarcal, donde la ubicación jerárquica de los individuos sostiene y afianza la subordinación femenina por medio de diferentes "pactos patriarcales". En torno a esta cultura se han creado una serie de mitos sobre la mujer y el hombre en relación con su personalidad. A la mujer se le identifica como suave, dulce sentimental, superficial, frágil, dependiente, maternal, coqueta, voluble, sacrificada y envidiosa; y al hombre como dominante, autoritario, valiente, agresivo, audaz, sobrio, conquistador, seguro, activo, intelectual y fuerte.¹⁸

Es decir, sobre una diferencia natural (el sexo) se han construido grandes diferencias, las que se convierten en desigualdades que afectan principalmente a las mujeres, controlando y

estableciendo normas y prohibiciones para ellas.

Estas desigualdades traspasan la esfera de la sexualidad, retomando ideas estereotipadas tradicionalistas como que "la sexualidad femenina y la masculina son muy diferentes. Se dice que las mujeres carecen de interés en el sexo y tardan más en excitarse. En cambio se supone que los hombres están permanentemente excitados".¹⁹

El proceso de socialización en la adolescencia es determinante para la reafirmación de su identidad, y es en esta etapa en la que mayormente se asumen las desigualdades de género, las que se ven agudizadas en este período de la vida.

Pero ¿Cómo se construye la identidad masculina y femenina? Como ya hemos mencionado, los seres humanos no nacen con una identidad definida, por el contrario, ésta se va configurando por la interacción de elementos individuales y de sentimientos de pertenencia a las diferentes formas de inserción social. El sexo es un elemento importante en la configuración de la subjetividad e identidad de los seres humanos, sin embargo, la interiorización que se hace del género depende de factores relacionados con la historia individual y colectiva de las personas.

Algunos aportes de la psiquiatría y la psicología sobre la identidad masculina merecen ser mencionados. En el siglo pasado, Freud señalaba la importancia del concepto de identidad para la identificación de las personas, pero tomó el proceso de la identidad masculina como eje en torno al cual definió la construcción de la femenina. Conceptos centrales de la teoría psicoanalítica como el complejo de Edipo, la envidia del pene o la angustia de castración, evidencian la importancia de la figura masculina para entender el proceso de la identificación genérica que desarrollan tanto niños como niñas.²⁰

En cierta forma, lo que hace Freud es dar una explicación "científica" a las relaciones desiguales existentes entre hombres y mujeres, justificándolas y legitimándolas a través de la atribución de centralidad del falo (que aparece como un dato "natural" de la realidad y no

¹⁷ Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas), *¿Yo Sexista? Material de apoyo para una educación no sexista*, 1999, págs. 15 y 18

¹⁸ Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas), *¿Yo Sexista? Material de apoyo para una educación no sexista*, 1999, págs. 15 y 18

¹⁹ Hyde, Janet Sh., *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*, 1995, pág. 291

²⁰ Las Dignas, *¿Quién es mi papi?*, San salvador, 1997, pag. 21

²¹ Op.cit Pág. 30

como una construcción sociohistórica).²¹ En este sentido el pene se ha transformado en falo -símbolo de poder y fuerza-, y ha adquirido un valor mucho más allá de su simple función biológica. Por eso, como dice Marqués(1980), no es el hecho de tener un pene lo que da status a la persona, sino la valoración social que en él se ha depositado. Es este fenómeno el que hace sentir a la mujer "castrada" o "frustrada", no la falta del pene en sí misma. Se trata de un fenómeno cultural, no de una determinación biológica.²²

Este sesgo androcéntrico ha provocado las críticas feministas quienes en el análisis de la construcción de la identidad plantean el proceso de desidentificación profundo que un niño debe hacer para afirmar su masculinidad "Nacido de una mujer, mecido en un vientre femenino, el niño macho, al contrario de lo que sucede a la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida. Sólo puede existir oponiéndose a su madre, a su feminidad, a su condición de bebé pasivo: un hombre para hacer valer su identidad masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es un homosexual." (Badinter, 1993)²³

Una de las formas que la sociedad promueve entre los jóvenes para convencer a los/as demás de la identidad masculina se relaciona con el ejercicio de la sexualidad. La masculinidad se gana al final de un combate que implica muy a menudo dolor físico y psíquico. Mientras que el dolor es identificado como femenino, la resistencia al mismo demuestra virilidad es por esto que en muchas culturas los ritos utilizados para lograr que los niños-preadolescentes se conviertan en hombres son situaciones de extrema crueldad.

La gran mayoría de profesionales de sociología, psicología, antropología, así como investigadoras e investigadores están de acuerdo al determinar a la familia como el primer lugar donde se socializa y estructura a la niña y el niño, donde se aprenden los modelos y donde se mantienen y reproducen las relaciones desiguales de poder,²⁴ sin embargo, los padres tienen un papel nulo o relegado en el inicio de la sexualidad de los hijos, quienes asignan a muchachos mayores o a otros

hombres adultos la masculinización de los jóvenes.²⁴

La sexualidad y las actitudes hacia ella también son algo que se moldea en la socialización, y la pubertad y la adolescencia son momentos decisivos para ello.

Las actitudes hacia la sexualidad son particularmente vulnerables a los mensajes que se envían en los medios masivos de comunicación, y tienden a cumplir con estereotipos que, a juicio de los adolescentes les darán mayor status dentro del grupo de amigos y en el mundo adulto.

Las/los adolescentes suelen atribuir mucho valor a la atracción sexual, que les funciona como un buen medio para ganar el reconocimiento de los demás y sentirse así más seguros. Según los mensajes que reciben, el hombre alcanza el éxito y la aceptación por su capacidad de seducción: cuanto mayor sea el número de mujeres que logre conquistar, mayor será su valor como hombre entre sus semejantes. Esta idea puede convertirse en un valor social, y de hecho existe como valor arraigado en algunos adultos.

Por otro lado, siguiendo la misma pauta, la mujer cree que adquiere más valor sexualmente si es atractiva y si sus compañeras -a veces también su propia madre- la admiran por su capacidad de seducción. Al mismo tiempo se espera que sepa detener la conquista en el momento oportuno y que no tenga conductas que puedan dañar su reputación, haciéndola quedar como una chica "fácil".

Desde la infancia se aprende que la apariencia física es un medio eficaz para que las mujeres sean reconocidas, mientras que los hombres destacan más por las actividades que realizan y por sus habilidades corporales. Esta idea se acentúa en la adolescencia, y a veces perdura toda la vida. La adopción de estas ideas está estrechamente relacionada con la socialización de la sexualidad y con los resultados que se obtienen al presentar ciertas conductas.²⁶

En la adolescencia, comienza a imponerse a la niña determinada regla cultural: el éxito y la feminidad son incompatibles, es decir, tener

²² Hiriart Riedemann, Vivianne, Educación Sexual en la Escuela, 1999, pág. 100

²³ citada por Las Dignas, ¿Quién es mi papi?, San Salvador, 1997, pag. 22

²⁴ Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas), ¿Yo Sexista? Material de apoyo para una educación no sexista, 1999, pág. 44

²⁵ Las Dignas, ¿quién es mi papi? San Salvador, 1997, pag. 27

²⁶ Hiriart Riedemann, Vivianne, Educación Sexual en la Escuela, 1999, pág. 100-101

éxito es inadecuado para su género. La niña se encuentra atrapada en una situación en la que se contradicen dos sistemas de valores de igual importancia. Uno es el deseo de conseguir una valoración positiva de sí, la sensación ser una persona valiosa y productiva. El sistema que entra en juego consiste en el deseo de ser una buena mujer, adaptarse a las expectativas relacionadas con el papel asignado al género y ser femenina, con las recompensas que ello aporte.

El sistema de recompensas puede cambiar en la adolescencia por una de estas dos razones o por ambas: por una parte, se incrementa la importancia de las relaciones heterosexuales, la popularidad y las citas; en consecuencia, el grupo de iguales puede comenzar a obligar el cumplimiento de las reglas de incompatibilidad entre feminidad y éxito. Asimismo, los padres pueden modificar sus enseñanzas cuando empiecen a considerar importantes para su hija la popularidad y su posibilidad de contraer matrimonio. Sin duda, el momento del cambio del punto de interés de los padres varía mucho de una familia a otra.²⁷

Los comportamientos asignados a las adolescentes y los adolescentes, están permeados por los rasgos de un sistema patriarcal; en cuanto a lo moral sexual, tenemos que a la mujer se le califica como monógama,

virgen y fiel; en tanto que al hombre se le concibe como polígamo, experto e infiel. Citando ejemplos de la vida diaria respecto a estas desigualdades en el tema de sexualidad en la adolescencia, tenemos que a la mujer se le vincula sólo con la reproducción, el ser madre, ante la sociedad no está bien visto que una joven sienta placer; en cambio para los hombres la sexualidad significa genitalidad/placer, a los jóvenes se les incita para que gocen de su sexualidad. Por lo tanto, no es extraño que tanto los padres de familia, como otras personas adultas (tíos, hermanos amigos) recomienden e induzcan a los adolescentes a tener su primera experiencia sexual, o bien que ellos busquen tenerla a temprana edad.²⁸

Esto en cambio se diferencia para las adolescentes, pues las orientaciones que reciben sobre sexualidad están referidas al futuro rol de ser madre.²⁹

Por tanto no es extraño que en el seno de las familias suele ser más tolerada la sexualidad de adolescentes varones ejercida dentro de los límites del hogar familiar (muchachos que pueden traer a sus novias o amigas a sus casas y exhibir cierta cuota de vida sexual con ellas) que la sexualidad de las adolescentes mujeres dentro del espacio doméstico.³⁰



²⁷ Hyde, Janet, *Psicología de la Mujer la otra mitad de la experiencia humana*, 1995, pag. 162

²⁸ Kasische, Kartrin (GTZ) y Morales Carbonell, Marina (UNICEF), **ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, Basado en el Informe de la investigación de Judith Guadrón y Alfredo Rojas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999, p. 31

²⁹ Ibid. Pág. 32

³⁰ Burin, Mabel y Meler, Irene, **GÉNERO Y FAMILIA**, 1998, pag. 91

SEXUALIDAD Y RELIGIÓN

Las instituciones religiosas son también agentes importantes en la socialización de la adolescencia, especialmente en el aspecto de la sexualidad, donde toman roles más relacionados con la restricción de la vivencia sexual que con la promoción de una verdadera salud sexual y reproductiva.

La documentación oficial de la iglesia católica vincula directamente la sexualidad con el matrimonio, considerando su realización como "actos propios y exclusivos de los esposos"³¹, sólo posible en el pacto de amor conyugal. Es a esta unión matrimonial a la que le corresponden exigencias de una fecundidad responsable orientada a engendrar una persona humana. Así mismo, al declarar que no pueden separarse el sentido de unidad del matrimonio del significado de procreación, se considera deshonesto todo aquello que haga el acto conyugal infecundo. Este principio religioso niega el derecho a vivir la sexualidad independientemente de la reproducción, al mismo tiempo que rechaza toda práctica de anticoncepción: "Hay que excluir igualmente la esterilización directa, perpetua o temporal, tanto del hombre como de la mujer; queda además excluida toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización o en el desarrollo se proponga como fin o como medio hacer imposible la procreación."³²

En oposición al matrimonio, la religión católica plantea la virginidad "La Revelación cristiana conoce dos modos específicos de realizar integralmente la vocación de la persona humana al amor: el Matrimonio y la Virginidad."³³ Sin embargo, las exigencias del cumplimiento de esta normativa nos son iguales para hombres y mujeres. La sociedad exige virginidad a las mujeres hasta el matrimonio y no así a los hombres.

La postura de la Iglesia Católica en materia de sexualidad se inspira no sólo en el Antiguo y Nuevo Testamento sino también en las enseñanzas de los papas. La Declaración sobre determinados aspectos relativos a la ética sexual³⁴, documento hecho público por la Sagrada Congregación de la Fe en 1976 muestran prohibiciones que llegan a los siguientes extremos:

- 1) No es lícito considerar los escritos bíblicos que aluden al sexo "como manifestaciones singulares de una cultura dada en un determinado momento histórico", descontextualizando así la escritura de dichos textos y aplicando normas sociales de una sociedad antigua a una sociedad actual.
- 2) "Todo acto genital debe tener lugar en el ámbito del matrimonio"
- 3) La masturbación, aún cuando no se condene de manera específica en la Biblia, es "una grave conculcación moral".
- 4) La castidad (bien por la virginidad o el celibato) es un estado de virtud no sólo porque evita el pecado, sino porque alcanza dones espirituales más altos.

A pesar de que en el seno de la iglesia actual son numerosos los sacerdotes católicos que consideran desfasados estos preceptos y que han manifestado serios temores y dudas sobre la posición de las instancias supremas, a partir de 1983 el Vaticano difundió una serie de directrices sobre la educación sexual que en su conjunto reiteran las prohibiciones contenidas en la declaración de 1976, y que si bien especifican que la familia tiene la principal responsabilidad en cuanto a la educación sexual de los hijos, se faculta a las escuelas para contribuir y completar esta educación bajo las directrices mencionadas.

³¹ Catecismo de la Iglesia Católica, n° 2332,2333, Ed. Lumen, 1992, pg. 518. Citado por Mazzotti, Mariella y otras, Una realidad Silenciada. Sexualidad y maternidad en mujeres católicas. Católicas por el derecho a decidir, Uruguay, 1994, pag. 28

³² *Ibid* n° 2270, 2271, 2272, pg 506

³³ *Ibid*.1.pg.19 citado por *ibid* pg. 27

³⁴ Masters, William H y otros. La sexualidad Humana, Grijalbo, Barcelona 1995

EDUCACIÓN SEXUAL

La adolescencia es un momento muy intenso para la formación e integración de la identidad del individuo como ser sexuado y social. Las situaciones nuevas que se experimentan son muy diversas, los impulsos sexuales están presentes y no siempre se sabe como manejarlos. La incertidumbre y el cambio provocan ansiedad y angustia y los/as púberes y adolescentes constantemente se encuentran expuestos/as a estas emociones.

Tener información y saber qué es lo que está sucediendo disminuye la incertidumbre y ayuda a tener un mayor control, "pues la ignorancia sexual genera ansiedad sexual".

Así, la educación sexual ayuda a que los individuos se sientan mejor respecto de su propio cuerpo y del de los demás, aumenta su seguridad, confianza y comodidad en las relaciones interpersonales. De igual manera, poder hablar abiertamente sobre sexualidad contribuye a disminuir la vergüenza. Se facilita entonces un proceso de comunicación más abierto, en el cual la relación entre padres e hijos, o entre alumnos y docentes, se beneficia.

Un concepto de educación sexual integral se entiende no sólo como el dar información sobre la salud reproductiva –incluida la anticoncepción – sino también educar en los temas de autoestima y asertividad, en la formación de actitudes y de valores como la responsabilidad, la construcción de la identidad de género con un análisis crítico de los estereotipos sexuales vigentes. Una educación sexual así concebida permite ampliar el discurso sobre la prevención del embarazo adolescente, de ETS y SIDA y de otros riesgos, orientándolo hacia una perspectiva de género y de derechos para la protección de la integridad de las y los adolescentes y que debe ser complementaria a la educación no formal y comunitaria.

Diversos trabajos acerca de las fuentes de educación sexual de los jóvenes destacan que el hogar y las instituciones educativas y de salud informan parcialmente acerca de algunos aspectos biológicos, como el ciclo menstrual y el embarazo, la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos.³⁵

El aprendizaje de la sexualidad se desarrolla de dos formas, una es la que se aprende en la

vida cotidiana, a veces sin percatarse de la importancia de tal educación; y la otra más estructurada, sistematizada y con objetivos específicos. Se trata, respectivamente, de la educación no formal y formal.

Se tiene claro que la educación sexual no se reduce al sistema educativo, pero la escuela es la institución con mayor audiencia cautiva cuyas funciones de socialización, transmisión de la cultura y desarrollo de la personalidad, son universalmente reconocidas.

En el sistema educativo de El Salvador, la educación sexual se concentra sobre todo en el primero y segundo año de bachillerato, en la materia de Psicología de la Adolescencia. El programa de dicha materia dedica cada año una unidad al tema de la sexualidad, en la que se trabajan contenidos como:

- El aspecto biológico de la maduración sexual
- El desarrollo psicosexual
- Identidad sexual y roles sexuales
- Problemas relacionados con algunas prácticas sexuales: masturbación, prostitución, presión grupal, experiencias prematrimoniales, abstinencia sexual, abuso sexual etc.
- Sexualidad y cultura: mitos y prejuicios
- Consecuencias de las actividades sexuales
- Responsabilidad personal y social de la sexualidad
- Estilos de vida: soltería, celibato, uniones no matrimoniales, matrimonio, homosexualidad.

Si bien, el currículo explícito se podría considerar una oportunidad para la educación sexual, cambiando los mitos y prejuicios, aceptando y respetando las diferencias, etc, la falta de materiales adecuados, la prohibición del uso de algunos materiales por parte del Ministerio de Educación, además de la escasa formación y la limitada y perjudiciada visión del mismo personal docente, hacen que la educación sexual no se trabaje en el marco de los derechos sexuales y reproductivos sino más bien en un ámbito de prohibiciones y pecados.

Una educación sexual debería permitir a la adolescencia contar con capacidades para decidir informada y responsablemente sobre cuándo iniciar las relaciones sexuales, cómo

³⁵ Kasische, Kartrín (GTZ) y Morales Carbonell, Marina (UNICEF), **ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, Basado en el Informe de la investigación de Judith Guadrón y Alfredo Rojas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999, p. 27

negociar el tener o no tenerlas, cómo reaccionar a la presión social, cómo establecer relaciones equitativas de género, cómo y cuándo hacer uso de los métodos anticonceptivos, cuándo tener hijos, cómo protegerse de los riesgos de ITS y el SIDA. Ahora bien, las decisiones efectuadas en esos aspectos de la vida

se fundamentan en actitudes y valores que se comienzan a formar muy tempranamente. La afirmación de la autoestima y de la asertividad, la construcción de la identidad de género y el pensamiento hacia la elaboración de un proyecto de vida, deben acometerse lo antes posible, tanto en la familia como en la escuela.³⁶

PRINCIPALES RESULTADOS

Para la recogida de datos se realizaron 538 encuestas (ver anexo 4) a estudiantes de bachillerato (en una proporción de 50% de cada sexo) de 144 centros educativos de San Salvador y 27 entrevistas (ver anexo 5) a adolescentes madres o embarazadas, ya sea que están estudiando o que han dejado sus estudios, entre las cuales encontramos: 20 adolescentes madres, 6 adolescentes embarazadas y un caso de aborto. Las características de la población encuestada y entrevistada se presentan en anexo 3.

Sobre las prácticas sexuales...

Algunos datos generales:

- Se visitaron 144 instituciones, de las cuales solamente 73 reconocen tener el problema de embarazos en estudiantes y lo han cuantificado. Saben cuántas adolescentes embarazadas y/o madres hay en el centro educativo. El resto, no reconocen el problema o no lo tienen cuantificado.
- En estas 73 instituciones hay un total de 593 adolescentes madres o embarazadas (promedio de 8 por institución), que estudian en la actualidad. No se pudo contabilizar la cantidad de adolescentes que abandonaron sus estudios por este problema.

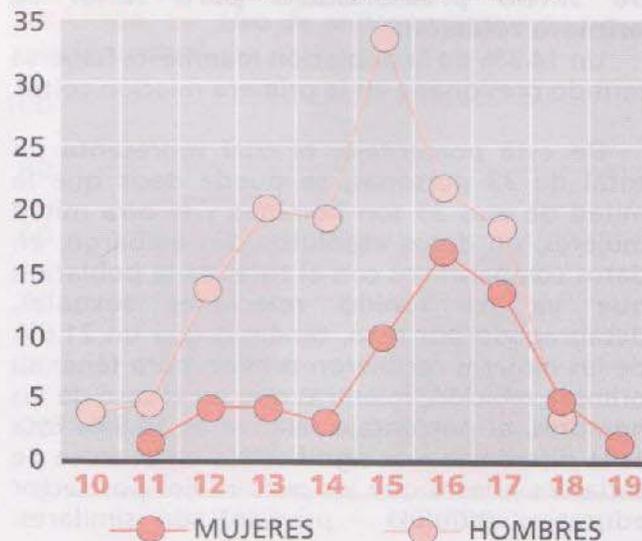
El 42.8% de la población encuestada contestó afirmativamente a la pregunta de "¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?". El 57.8% de los alumnos y el 27.7% de las alumnas mencionaron que sí. Como se observa hay una diferencia bastante significativa entre hombres y mujeres.

Acerca de la edad en la que tuvieron su primera relación, el grupo mayoritario se ubica en los 15 años para el caso de los hombres y en los 16 para el caso de las mujeres. No obstante los porcentajes de esta pregunta están bastante repartidos, situándose sobre todo entre los 10 y los 18 años, como se observa en la gráfica:

GRÁFICA 8: Proporción de hombres y mujeres que ya han tenido su primera relación.



GRÁFICA 9: edad de la primera relación



³⁶ Guzmán, José Miguel; Hakkert, Ralph; Contreras, Juan Manuel y Falconier, Martha, Fondo de Población de las Naciones Unidas, **Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de ADOLESCENTES en América Latina y el Caribe**, 2001, pág. 105

Este dato contradice la creencia de que "nuestro alumnado no tiene experiencias sexuales" como en algunas instituciones educativas se nos comunicó al negarnos la posibilidad de aplicar las encuestas. Este es uno de los principales mitos que anota Fernando Barragán³⁷ y que impiden buscar solución al problema, reconocer que buena parte de la población adolescente y joven sí tiene relaciones sexuales.

Según los datos obtenidos no hay diferencias significativas entre las respuestas por sector público o privado. Sí las hay por edad y sexo,

Sentimiento de culpa en la primera relación:

De las personas que en la pregunta anterior contestaron afirmativamente, un 27.8% manifiestan que se sintieron culpables después de su primera relación coital.

Este porcentaje es significativamente diferente según el tipo de institución, destacando que en el sector público hay más sentimiento de culpa que en el sector privado: 32.1% en el público, frente al 21.9% del privado.

Pero la diferencia se aumenta si tenemos en cuenta el sexo de la persona encuestada a la hora de analizar estos resultados, siendo las mujeres las que cargan en mayor medida el sentimiento de culpa: 55.4% de las mujeres y un 14.7% de los hombres.

Se sintió presionada/o para tener la primera relación:

Un 14.3% de la población manifiesta haberse sentido presionada en la primera relación coital.

De este porcentaje, el cual representa un total de 33 personas, se puede decir que la mitad de esas 33 son hombres y la otra mitad mujeres, en datos absolutos. Sin embargo, en datos comparativos con el total de la población que ya ha tenido relaciones sexuales, desagregado por sexo, tenemos que un 21.6% de las mujeres recibieron presión para tener su primera relación, mientras que en el caso de los hombres, el porcentaje relativo es 10.9%. Esta es la diferencia más significativa en el cruce de variables puesto que los porcentajes por sector educativo (público - privado) son similares.

como ya se ha mencionado anteriormente y, además, se encuentran diferencias significativas por opción de bachillerato, sin embargo, éstas están muy condicionadas por el sexo, ya que la mayor parte de las opciones están segregadas por esta variable. Por ejemplo, se encuentra que la mayoría de los/as estudiantes de Mecánica automotriz declaran haber tenido relaciones (76.9%), mientras que en el caso de secretariado sólo el 31.9%.

GRÁFICA 10: Sentimiento de culpa por sexo



GRÁFICA 11: Presión por sexo

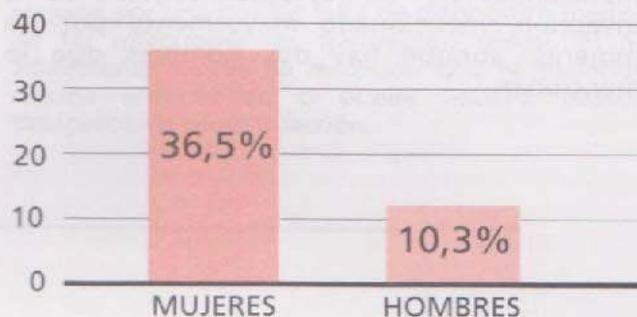


³⁷ Fernando Barragán, La educación sexual. Guía teórica y práctica. Paidós, Barcelona, 1997

Se sintió frustrado/a en su primera relación:

El 36.5% de la población femenina encuestada contesta afirmativamente esta pregunta, mientras que en el caso de la población masculina el porcentaje es de 10.3%. Nuevamente se observan porcentajes superiores en la población femenina, en este caso en cuanto al sentimiento de frustración en su primera relación.

GRÁFICA 12: sentimiento de frustración por sexo



Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación:

De la población que manifiesta haber tenido relaciones sexuales, sólo una tercera parte (32.6%) afirma haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación. En el caso de los centros público o privados las diferencias no son significativas, pero si lo son en el caso de la variable sexo, en la que encontramos que el 27% de las mujeres utilizaron algún método, frente al 35.3% de los hombres.

Este porcentaje es alto en relación al aportado por FESAL - 98: "del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, solamente un 9.5% reportó que había utilizado anticonceptivos durante al primera relación sexual."

Estas cifras nos pueden dar una idea acerca de la incidencia del nivel educativo en el uso de

anticonceptivos, ya que el estudio actual se restringe sólo al alumnado de bachillerato, mientras que la FESAL - 98 incluye a la población en general. La cifra aumenta, en dicho estudio si se observa sólo a la población con 10 o más años de escolaridad: 24.1%.

GRÁFICA 13: uso de anticonceptivo en la primera relación coital



Uso de anticonceptivos en su relación actual:

Siendo más los hombres quienes reconocen tener relaciones sexuales con su pareja, sorprenden los resultados de esta pregunta, en la que son más las mujeres quienes utilizan algún método anticonceptivo: el 72.1% de las alumnas contestan afirmativamente, frente al 55.7% de los alumnos. Esto puede tener relación con la idea de la responsabilidad de las mujeres en cuanto a la prevención de embarazos o con la concepción masculina de que evitar el embarazo es cosa de las mujeres.

Sin ser estadísticamente significativos, de los datos también se puede deducir que es en los centros públicos donde hay un mayor uso de anticonceptivos (65.6%), que en los centros privados (57.7%).

GRÁFICA 14: Uso de anticonceptivos en su relación actual



Anticonceptivo más utilizado:

El método más utilizado es el condón, mencionado por ambos sexos, seguido de la inyección, mencionado mayormente por las mujeres, aunque hay dos hombres que lo mencionan.

GRÁFICA 15: Anticonceptivo que usa en sus relaciones acurales.

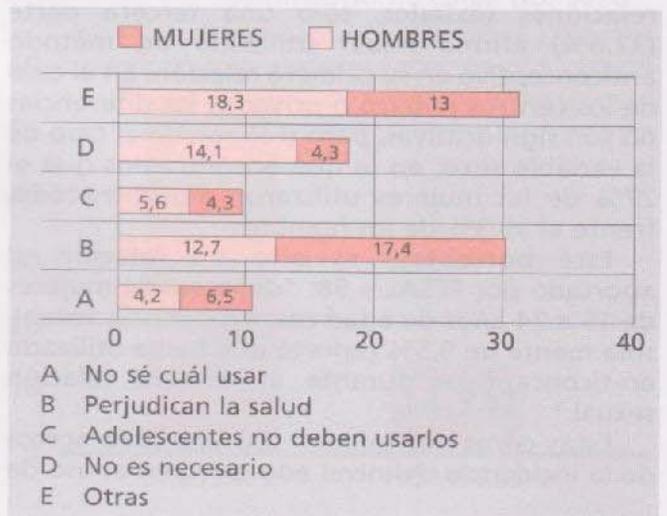


Causas del no uso de anticonceptivos:

En el caso de las mujeres alegan razones de salud, "los métodos anticonceptivos son perjudiciales para la salud". Esta fue la respuesta que recibió mayor puntaje.

Mientras que en el caso de los hombres, la respuesta más marcada fue "otras", entre las que encontramos: "no me gusta", "no se siente lo mismo" o "cuando se ha dado la oportunidad no he tenido".

GRÁFICA 16: Causas del no uso de anticonceptivos



La frecuencia obtenida en la respuesta "no sé cuál debo utilizar" es la menor de todas: 4.2% en el caso de los alumnos y 6.5% en el de las alumnas. Lo que nos indica que el alumnado considera que tiene suficiente información acerca de los diferentes métodos.

En el caso de las alumnas, el temor de quedarse estériles o tener graves consecuencias para la salud es la razón que más resalta, mostrando una visión de los anticonceptivos más negativa que positiva, en la que destacan más los perjuicios que los beneficios. Merece la pena recordar que la mayoría de los métodos, a excepción del condón masculino y la vasectomía, están diseñados para ser usados por las mujeres y que varios estudios han ahondado en las consecuencias que para la salud de las mujeres tiene el uso de algunos de ellos, posiblemente, la falta de información hace que se generen mitos alrededor de estas consecuencias. Así mismo, la falta de recursos económicos ha podido generar la búsqueda de métodos más baratos con consecuencias menos controladas, dando origen también a estas opiniones generadas en las alumnas.

En el caso de los alumnos, se puede decir que incide la falta de conciencia sobre las consecuencias, falta de responsabilidad en sus decisiones.

Un factor que pudiera tener relación con el no uso de anticonceptivos se identificó en las entrevistas a madres o adolescentes embarazadas:

La condena social que perciben, sobre todo las jóvenes, a la hora de solicitar información o comprar anticonceptivos en un establecimiento público:

"Acá, existe la Planificación Familiar en la Unidad de Salud solamente cuando una pareja ya están juntos."

Infecciones de Transmisión Sexual:

Solamente 9 personas (6 hombres y 3 mujeres), 1.7% del total del grupo encuestado, contestaron afirmativamente esta pregunta, de los cuales, sólo dos hombres mencionan cuál enfermedad: "gonorrea" y dos mujeres mencionan el "flujo vaginal" como enfermedad, haciendo, posiblemente, referencia a algún tipo de infección vaginal que hayan sufrido. El resto no contesta qué tipo de enfermedad.

Estas respuestas nos dan una imagen de la adolescencia libre de enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, dicha imagen puede estar sesgada por una posible falta de diagnóstico médico de las infecciones de transmisión sexual. El /la adolescente, puede no reconocer que ha padecido alguna enfermedad o puede haberla pasado desapercibida como infección.

Principales temores:

El temor al embarazo y a las infecciones de transmisión sexual, son sin duda los mayores según la vivencia de los/as estudiantes.

GRÁFICA 17: Temor al embarazo

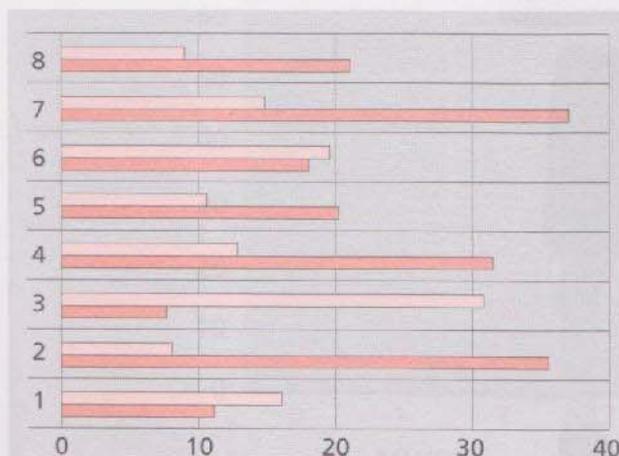


GRÁFICA 18: Temor a las ITS



Haciendo el análisis estadístico se observa que las diferencias más significativas entre los sexos se dan en las respuestas:

GRÁFICA 19: Principales temores



1. Miedo a defraudar a mi pareja
2. Miedo a perder la virginidad
3. Miedo a hacer daño a mi pareja
4. Miedo a que me hagan daño
5. Miedo a ser rechazada/o
6. Miedo a enfermarme por exceso de actividad sexual
7. Miedo a que mi familia se entere
8. Miedo a que en la institución se enteren.

■ MUJERES ■ HOMBRES

Como se observa, las dos primeras respuestas pueden tener cierta relación, el perder la virginidad y el temor a que la familia se entere, obedecen al control social de la sexualidad de las mujeres. La concepción de conservar la virginidad hasta el matrimonio está profundamente arraigada en la población femenina, mientras que en el caso de la población masculina no aparece este temor.

En el caso de las dos últimas respuestas, parecen ser complementarias, las adolescentes temen que les hagan daño y los adolescentes temen hacer daño.

En resumen, el principal problema está en la primera relación sexual que vive la adolescencia, de la cual podemos decir:

Sólo un 5.4% de las alumnas de bachillerato tienen una primera relación sexual segura y saludable

Sólo un 17.9% de los alumnos de bachillerato tienen una primera relación sexual segura y saludable

Ambas afirmaciones nos resultan de cruzar las variables antes mencionadas, en una concepción amplia de la salud, más allá de la ausencia de enfermedad, sino tener un bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Si calificáramos (ver anexo nº 6) en una escala de 0 a 10 las relaciones sexuales (coitales) en la adolescencia, en función de lo saludables y seguras que son, los promedios serían:

Hombres: 5.97
Mujeres: 5.18

Estos promedios nos indican que la adolescencia está expuesta a un alto riesgo de relaciones sexuales inseguras y poco saludables. Siendo la diferencia entre estos datos estadísticamente significativa, nos indica que los hombres tienen unas prácticas sexuales más seguras y saludables que las mujeres, es decir, el hecho de ser hombre o ser mujer (haber sido socializado como hombre o como mujer) determina cualitativamente para que las prácticas sexuales sean más o menos saludables, tomando ventaja los hombres, tal como muestran los datos.



Sobre el conocimiento que el alumnado tiene acerca de sexualidad y salud reproductiva ...

Conocimientos sobre anatomía y fisiología de la sexualidad:

Incluimos en este indicador las preguntas referidas a las partes del cuerpo que intervienen en las relaciones sexuales, el concepto de fecundación, conocimiento sobre la forma de lavarse los genitales y las condiciones que debe tener una relación sexual para que una mujer quede embarazada.

Habiendo calificado las preguntas de la encuesta correspondientes a este indicador, en una escala de 0 a 10 (ver anexo nº 6), los resultados son que un 66.3% de los alumnos y un 62.9% de las alumnas están por encima de una calificación de 5 puntos.

Aunque la mayoría de las puntuaciones obtenidas están por encima del cinco, sin embargo, por medio de la pregunta "Mencione las partes del cuerpo de las mujeres que intervienen en las relaciones sexuales" y su equivalente para el caso de los hombres, se observa que tienen una concepción de la sexualidad muy limitada a la genitalidad, ya que en la mayoría de encuestas

se identifican las partes genitales, órganos reproductores de la mujer y del hombre, y son pocas en las que han mencionado otras partes erógenas del cuerpo.

De ésta misma pregunta, un dato interesante en las respuestas fue obtener de algunos/as adolescentes la mención del clítoris como parte importante del cuerpo de una mujer que interviene en las relaciones sexuales, aunque éste porcentaje sea reducido, pues se tiene que sólo un 17.5% de la población lo menciona, siendo la mayoría adolescentes hombres un 21.1%, frente a un 13.9% de las adolescentes encuestadas, éste dato refleja que las mujeres tienen mayor vergüenza o menor conocimiento de su cuerpo, en tanto los jóvenes mantienen ventajas en el área de la sexualidad pues al tener mayor conocimiento pueden ejercer más control en éstas. Sin embargo aunque el porcentaje sea bajo, se debe tomar en cuenta la opinión de la población adolescente, quiénes reflejan una posición e información que rompe con esquemas y visiones conservadoras.

GRÁFICA 20: Calificaciones sobre anatomía y fisiología

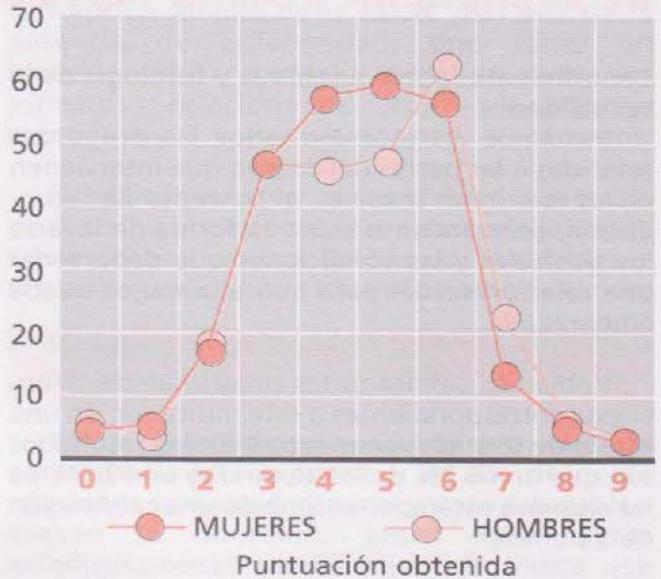


Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual:

Para elaborar este indicador se tomaron en cuenta las preguntas sobre el conocimiento que tienen acerca de las infecciones de transmisión sexual, definición de VIH, del SIDA, conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH – SIDA (ver anexo n° 6). Se procedió de la misma forma que en el indicador anterior, pero los resultados fueron más bajos. Un 55.3% de ellos y un 51.6% de ellas recibieron puntuaciones por encima de 5.

En general, el conocimiento acerca de las Infecciones de transmisión sexual es muy limitado, sobre todo cuando nos referimos a las formas de transmisión y de prevención del SIDA, donde encontramos diferencias significativas por sexo. Uno de cada tres alumnos identifica el uso del condón como medida útil para prevenir el SIDA, mientras que en el caso de las alumnas es una de cada cinco.

GRÁFICA 21: Calificaciones sobre conocimiento acerca de ITS

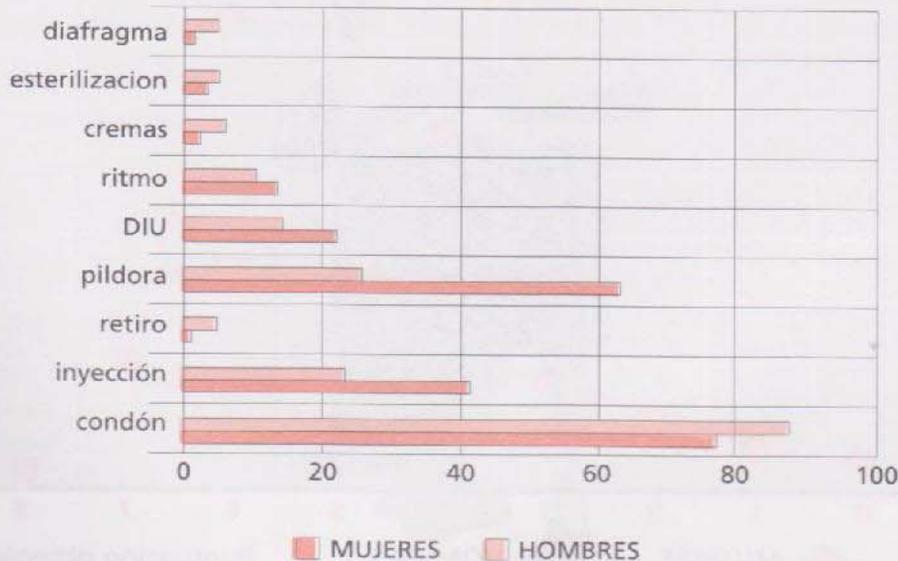


Conocimiento sobre anticonceptivos:

El anticonceptivo más mencionado por los/as adolescentes fue el condón, ya que un 83.6% de la población total lo mencionan, tanto estudiantes de instituciones públicas como privadas. Existe una diferencia entre las mujeres y los hombres, ya que los adolescentes se

refirieron más a este anticonceptivo, un 88.9% de su población, en relación a un 78.3% de las jóvenes, en esto puede estar incidiendo diferentes factores, desde el mayor acceso que tienen los jóvenes a la información y al uso del mismo, pero aún así la diferencia no es significativa.

GRÁFICA 19: Anticonceptivos más conocidos



En segundo lugar aparece la píldora como anticonceptivo más conocido, un 68% de la población total dice conocerlo. A diferencia del condón la píldora es mencionada sobre todo por las adolescentes con un 73% de la muestra en relación a un 63% de la población masculina, al respecto se puede inferir que ellas tienen mayor interés en éste método porque les permite ejercer de alguna forma el control para evitar un embarazo, pero también pesa el sesgo de que es "un método para mujeres", por lo tanto ellas lo conocen.

Cómo tercer método se presenta la inyección, pero dicen conocerlo sólo un 31.8% de la población total, la mayoría que dice conocerlo son mujeres, que representa un 41.2% de su población, frente a un 22.6% de los hombres que lo mencionó.

GRÁFICA 23: Mitos acerca de los anticonceptivos



1. La píldora causa cáncer y puede dejar estéril a una mujer
2. Durante la menstruación es imposible quedar embarazada.
3. El DIU es peligroso para las mujeres
4. El método del ritmo es el más eficaz para no quedar embarazada
5. El condón da mal de orín
6. Si la mujer orina y se lava después de tener relaciones sexuales no queda embarazada

Sin embargo, es diferente el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos que la valoración o el valor que cada adolescente da a esta información.

La mayoría tienen una opinión favorable acerca de los anticonceptivos, aunque con algunos prejuicios. Un 47.64% considera que los métodos anticonceptivos sirven para prevenir los embarazos y las enfermedades y 8.66% manifiestan que son eficaces o buenos sabiéndolos utilizar.

Sin embargo, hay otro sector que tiene una opinión desfavorable, resaltando más la poca eficacia y los efectos secundarios que sus beneficios: 17.61% manifiestan que no todos son eficaces y no son muy seguros y 9.12% dicen

que afectan a la salud y/o causan enfermedades, 4.10% menciona que es incorrecto utilizarlos por razones morales, "detienen la vida".

De esta forma, tenemos un 56.3% de opiniones favorables y un 30.83% de opiniones desfavorables. La diferencia restante se reparte entre "no contesta" y "otras respuestas"

A pesar de una mayoría de opinión favorable, la tendencia a exagerar los efectos secundarios de los anticonceptivos es una constante en los/as adolescentes, parecen conocer más el lado negativo que el positivo. En una de las preguntas de la encuesta se planteaba que marcaran como verdadero o falso algunas afirmaciones. Una de ellas fue: "Las píldoras anticonceptivas causan cáncer y suelen

dejar estéril a una mujer”, un 71.7% de los hombres y un 68.3% de las mujeres marcaron esta expresión como verdadera. Solamente un 20.8% de los hombres y un 18.9% de las mujeres la rechazaron por falsa. La diferencia en el porcentaje la hacen quienes que no tienen claridad y dejaron sin marcar esta frase.

En el estudio mencionado anteriormente, de la UNESCO, aparecen algunos elementos que pueden estar incidiendo en esta visión subjetiva de los anticonceptivos, por ejemplo, en el apartado referido a las actitudes del personal de salud se transcriben algunas expresiones como:

“Los anticonceptivos sólo sirven para una mujer casada y que no tiene ningún riesgo de esterilidad. A las adolescentes no se recomienda, porque si no han tenido hijos pueden quedar infértiles...”

En las entrevistas de nuestro estudio también aparece esta concepción:

“para inyectarse, a veces, puede salir perdiendo uno porque dicen los doctores que cuando uno se inyecta es malo porque después aunque quiera tener un hijo no puede”

Esta concepción se contradice con una de las ventajas de este método mencionadas en El Manual técnico de salud reproductiva de Ministerio de salud, donde plantea el “rápido retorno a la fertilidad” como uno de los efectos beneficiosos de las inyecciones.

Otras respuestas destacadas acerca del conocimiento y opinión sobre los anticonceptivos son:

Un 36% del total (1 de cada 3 adolescentes) piensa que el método del calendario o ritmo es el más eficaz para no quedar embarazada. Este porcentaje es significativamente mayor entre los hombres, 43.5% que entre las mujeres: 29.1%. Desde nuestra experiencia, podemos decir que este es un indicador de cómo, en la mayor parte de los casos, la responsabilidad de la protección para evitar embarazos recae en las mujeres. Los adolescentes tienen, por diversos motivos, dificultades para la adquisición de anticonceptivos como el condón, por lo que, despreocupados no indagan a fondo la efectividad de un método que recae en la mujer.

Conocimiento de las consecuencias de un embarazo a temprana edad:

El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias graves en disminuir la posibilidad de las adolescentes de alcanzar sus metas en su desarrollo profesional. A pesar de los testimonios mencionados anteriormente, según las entrevistas realizadas, podemos decir que el hecho de estar todavía en el proceso de gestación, da algunas posibilidades a la adolescente de continuar sus estudios, pues todavía no están en juego las implicaciones prácticas del papel materno, alimentación, educación, cuidado en general del/a hijo/a, sumando a esto, que muchas de las adolescentes se acompañan y asumen al mismo tiempo el papel de madre y esposa, cuidadora del hogar, etc. en cambio, a menudo, es después del embarazo cuando se produce un mayor abandono de los estudios.

Que un embarazo trunca las expectativas profesionales está interiorizado por un 18.05% de las mujeres y un 15.40% de los hombres.

Cuando se solicitó en la encuesta mencionar por qué no es adecuado que una adolescente quede embarazada, en general, las respuestas a esta pregunta fueron poco concretas, muchos/as adolescentes y en mayor medida, los hombres que las mujeres respondieron cosas como: “no está preparada”, “no tiene la edad”, “es muy joven” etc. Se puede afirmar que un 23.40% de las mujeres y un 26.76% de los hombres no muestran claridad a la hora de expresar las razones por las que un embarazo no es conveniente en la adolescencia.

Además se observa que algunas respuestas ambiguas se complementan con argumentos más concretas, según los datos que se muestran:

Las respuestas más destacadas fueron, en este orden, las referidas a:

- La falta de preparación física del cuerpo de las adolescentes. 19.45%
- Las limitantes que supone un/a hijo/a para el desarrollo profesional 16.23%
- La falta de preparación psicológica. 15.63%

Las respuestas con menor frecuencia hacen referencia a:

- Las dificultades económicas para mantener una familia: 9.90%
- El desconocimiento sobre los cuidados de las hijas e hijos: 7.88%
- El rechazo familiar o social: 7.28%

1. Discriminación familiar y social.

Sólo el 8.06% de los estudiantes y el 6.89% de las alumnas identifican la discriminación familiar y social como consecuencia. Se nota poca conciencia de ésta consecuencia por parte de la población adolescente y es interesante destacar que son las alumnas quienes menos lo mencionaron, aunque son ellas las que más lo experimentan.

Respecto a las entrevistas casi la mitad de las adolescentes madres manifestaron que su familia mostró enojo ante la situación, aunque después les brindaron apoyo; así están los casos de adolescentes que dicen que la familia negó todo apoyo.

En cambio las reacciones de las familias de adolescentes (de 17 a 19 años), que ya estaban casadas antes del embarazo, fue de apoyo.

De esto se puede deducir que a muchas familias les preocupa más el desprestigio que la presión social ejerce, que el problema de salud y las otras consecuencias en la vida de las adolescentes.

2. Deserción educativa y medidas discriminatorias que atentan contra el derecho a la educación.

La incidencia de un embarazo en la vida profesional de la adolescente es identificada solamente por un 18.05% de las mujeres y el 15.40% de los hombres.

Una de cada cinco de las adolescentes dicen haber tenido apoyo y orientación desde el personal directivo y orientador.

La mayoría de casos se concentran en:
No se admiten alumnas embarazadas
Cambio de turno y de uniforme.
Dejan de asistir a la institución sin decir su problema

3. Consecuencias de un embarazo precoz en la salud:

Las consecuencias de un embarazo adolescente recaen primordialmente sobre la joven madre, quien en primer lugar, afronta diversos riesgos para su salud debido a las condiciones físicas que las jóvenes muchas veces presentan (anemia, bajo peso y talla), lo que

influye en que tengan que ser sometidas a cesáreas o sufran infecciones y diversas complicaciones postparto que colocan en riesgos sus vidas.

A la tercera parte de las adolescentes entrevistadas el embarazo les ocasionó implicaciones negativas en su salud (dolores de cabeza o de espalda constantes, bajo peso, afectó los nervios y preclancia).

"Me puse bien mal, casi me muero con mi embarazo, estuve bien grave, me llevaron de emergencias, me deshidraté, estuve bien mal" (Estudiante de 2º año de bachillerato, 17 años).

Es interesante notar que aunque la mayoría de adolescentes no percibió cambios drásticos en su salud, la mitad de las adolescentes que ya tenían a su hijo(a), presentaron complicaciones en el momento del parto, por lo que a más de la mitad de ellas, tuvieron que realizarles cesáreas.

Una cuarta parte de las adolescentes manifiestan haber iniciado su control prenatal cuando el embarazo ya estaba avanzado y en uno de estos casos se presentó prematuridad.

Otra adolescente madre menciona:

"me entere que estaba embarazada a los seis meses, tuve un embarazo ciego.....estuve tomando pastillas y me llevaron a la clínica y nadie me decía lo que tenía"

Esta situación representa un problema de riesgo para las madres adolescentes como para sus hijos/as, ya que al riesgo de la edad de las adolescentes se suma el de la ausencia de control prenatal, que es una de las causas de muerte entre los/as niños(as) salvadoreños(as).

Así mismo es necesario destacar la falta de seguimiento a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes madres, quienes dejan de asistir a sus controles postparto por diferentes razones, siendo una de ellas la falta de conciencia sobre la importancia y la necesidad de mantener un control de su salud sexual y reproductiva.

En las entrevistas de nuestro estudio también aparecen muestras de la dificultad que enfrentan los/as adolescentes cuando buscan información en las unidades de salud:

"Acá, existe la Planificación Familiar en la Unidad de Salud solamente cuando una pareja ya están juntos."

Para hacer referencia a la conciencia de la población adolescente de las consecuencias del embarazo en la salud, se preguntó a la población estudiantil, por qué no es adecuado que una muchacha adolescente quede embarazada. Y se obtuvo que sólo el 18.36% identifica la falta de preparación física.

El 20.43% de las mujeres y el 16.35% de los hombres.
Y el 15.88% hizo referencia a la falta de preparación psicológica.
El 16.39% de las mujeres y el 15.40% de los hombres.

Con respecto a la falta de preparación un 7.82% de la población estudiantil mencionó el desconocimiento para cuidar niños(as), el 9.26% de las mujeres y el 6.40% de los hombres.

Es interesante notar que son más las adolescentes que identifican éstas dificultades; dejando claro que son ellas las que reflexionan más en las consecuencias de un embarazo. Estos datos muestran la necesidad de hacer conciencia tanto a la población femenina como masculina sobre las consecuencias de un embarazo en la salud de las adolescentes.

En relación a las entrevistas más de la mitad de las adolescentes mencionan que no sabían las consecuencias del embarazo en la salud, y la otra mitad dice que sí las conocían, aunque no las concretan, entre las consecuencias expresadas, tenemos: "la madre se puede morir o la criatura", "consecuencias emocionales", "que

son de alto riesgo, que a temprana edad no se pueden tener hijos" y "que produce cáncer en la matriz".

El tener conocimiento o no, no tiene que ver con la edad, sino con el nivel educativo de las adolescentes, ya que las que dicen conocer las consecuencias tienen un nivel educativo entre 9° grado y bachillerato, en cambio de las adolescentes que dicen no conocer, más de la mitad tienen un nivel educativo entre 6° y 9° grado.

Los datos pueden dar un indicio claro de que la información sobre salud sexual y reproductiva sobre todo está llegando a la población que presenta más de 9 años de escolaridad, lo que representa un riesgo para la población adolescente, ya que muchos están iniciando su vida sexual en edades tempranas y por lo tanto con un nivel de escolaridad bajo. Y, aunque no es objeto de este estudio, también representa un riesgo para la población infantil por la incidencia de la violencia sexual, ya que el incesto es una práctica extendida en la infancia.

4. Las dificultades económicas que implica el embarazo y la crianza de un(a) hij@, es identificado por:

11.85% de los hombres
7.84% de las mujeres

Mitos y prejuicios sobre algunos temas de sexualidad:

A pesar de la información o conocimiento que el alumnado tiene acerca de sexualidad, no se puede decir que todo ese conocimiento sea científico y objetivo. Todavía permanecen algunos mitos que parecen estar interiorizados por la mayoría de la población.

Además de los mitos sobre los anticonceptivos, mencionados anteriormente, destacan otros que se pueden agrupar en torno a tres temas:

1) Sobre la menstruación:

Las encuestas reflejan una concepción de la menstruación como impedimento de las mujeres para realizar varias cosas, parecen identificar este fenómeno con un momento de debilidad y de especial cuidado de las mujeres, así, un alto porcentaje de la población (50.2% de hombres y 32.8% de mujeres) considera que las mujeres no deben hacer esfuerzos físicos durante su menstruación, también existe la creencia de que durante la menstruación hay determinados alimentos que las mujeres no deben comer. Y, por último, otro de los mitos más generalizados es que tener relaciones coitales durante la menstruación puede traer enfermedades infecciosas. De estos tres mitos, el primero ha sido el más identificado en los hombres, mientras que los otros dos son las mujeres las que mayormente lo asumen.

2) Sobre la violencia sexual:

La tendencia de los/as estudiantes en cuanto a la justificación de la violencia sexual se refleja en los mitos que consideran ciertos. El de la violencia parece ser un tema poco trabajado en los institutos, o al menos desde una perspectiva de género, ya que se mantienen concepciones como:

- 1 Las mujeres provocan el abuso sexual con su forma de vestirse:
 - 61.7% de hombres
 - 51.3% de mujeres
- 2 El abuso sexual es causado por un impulso que los hombres no pueden controlar:
 - 56.5% de hombres
 - 53.6% de mujeres

GRÁFICA 24: Mitos acerca de la menstruación



Durante la menstruación, la mujer no debe realizar esfuerzos físicos

Hay alimentos que las mujeres no deben comer durante la menstruación

Tener relaciones durante la menstruación puede traernos enfermedades infecciosas

GRÁFICA 25: Mitos acerca de la violencia sexual



Los hombres que abusan de las mujeres son enfermos mentales:

- 81.8% de hombres
- 78.9% de mujeres

En los tres casos, más de la mitad de la población da por ciertas estas afirmaciones, que tienden a justificar la violencia sexual de un modo u otro, limitando las posibles iniciativas para denunciarlas.

3) Sobre la virginidad:

En el caso de la virginidad, son los adolescentes quienes más parecen mantener el tradicional mito acerca del sangramiento de las mujeres en su primera penetración, mientras que son menos las mujeres que todavía lo sostienen. Este es uno de los mitos más relacionados con la falta de conocimiento y pretensiones del control del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres.

- 1 Todas las mujeres deben sangrar en su primera relación
- 2 A las mujeres se les nota que no son vírgenes en su forma de caminar

Origen de la información:

La información y orientación que los/as adolescentes reciben les llega sobre todo por medio del centro educativo, ya sea por charlas de docentes o alumnado, e incluso por parte del personal de salud (canalizadas por el centro educativo), o por medio de los libros, sobre todo de la asignatura de Psicología de la Adolescencia, e incluso, por orientaciones informales del personal docente.

La mayoría de estudiantes reconocen que, en algún momento del año, algún docente ha tomado la iniciativa de dialogar sobre el tema de sexualidad. El 56.4% respondió afirmativamente a esta pregunta.

Cabe mencionar que hay un porcentaje mayor de alumnas que de alumnos en esta respuesta, aunque las diferencias no son muy grandes, 53.9% en el caso de los alumnos y 59.2% en el de las alumnas, se puede afirmar que el personal docente trata más este tema con las estudiantes. También se observan diferencias al cruzar la variable de la edad, parece que desde los 16 a los 21 años el porcentaje de estudiantes que da una respuesta afirmativa a esta pregunta disminuye progresivamente.

También existen diferencias en la búsqueda de información en los libros:

GRÁFICA 25: Mitos acerca de la violencia sexual



Son las alumnas las que en mayor medida buscan información en libros. Esta diferencia en relación a los alumnos es estadísticamente significativa, el nivel de significancia de la correlación de Pearson es de 0.006. Posiblemente los alumnos tienen otras fuentes de información, como las revistas, a las que las alumnas no acceden con la misma facilidad.

En esta misma pregunta se trató de identificar los lugares donde el alumnado acceden a la información publicada en libros: las respuestas han sido muy variadas; la más frecuente ha sido "en la biblioteca", en la cual aparecen diferencias entre el porcentaje de hombres (43.1%) y el de mujeres (28.1%). Una posible interpretación de estas respuestas es que, si bien las alumnas se interesan en el tema y son las que buscan mayor información entre los libros, no tienen un acceso libre de prejuicios. El hecho de que sean más ellos que ellas los que buscan información en la biblioteca puede ser un indicador de la carga social que representa para las alumnas buscar abiertamente información sobre sexualidad mientras que no representa mayor problema para los alumnos.

Además de la información que ofrecen los libros, es un buen síntoma que las tres cuartas partes del alumnado manifiesta haber recibido alguna charla sobre sexualidad durante el año 2001.

La familia y la iglesia también orienta de una forma u otra al adolescente, conjuntamente con el interés propio de buscar información en libros y/o revistas (estas últimas sobre todo alumnos) conforman un panorama de fuentes de información bastante complejo, e incluso, en ocasiones contradictorio.

Sin embargo, de las fuentes de información personales, se destaca la diferente orientación que se da a las adolescentes frente a los adolescentes.

La familia orienta a los alumnos sobre

Debo tener cuidado para no embarazarme a mi pareja	71.0%
Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual.	63.1%

La familia orienta a las alumnas sobre:

Soy muy joven para tener relaciones sexuales.	85.4%
Las mujeres deben conservarse puras hasta que se casen.	68.5%

El personal docente orienta a los alumnos sobre:

Cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual	72.1%
Qué anticonceptivos utilizar	66.5%

El personal docente orienta a las alumnas sobre:

Soy muy joven para tener relaciones sexuales.	78.8%
Debo tener cuidado para no embarazarme	69.6%

Tanto el personal docente, como la familia orientan a los hombres sobre cómo evitar embarazos y enfermedades, dando por hecho sus prácticas sexuales; mientras que a las alumnas, las recomendaciones van dirigidas hacia la abstinencia sexual con orientaciones como "Soy muy joven para tener relaciones" o "las mujeres deben conservarse puras hasta el matrimonio".

Opinión sobre los derechos sexuales y reproductivos:

En general el alumnado encuestado tiene una opinión bastante favorable de los derechos sexuales y reproductivos sobre los que se preguntó en el estudio, aunque no se puede afirmar que estén apropiados de ellos.

Los derechos sobre los que se cuestionó se refieren a:

1. Derecho a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción.
2. Derecho a la libre opción de la maternidad
3. Derecho a que la crianza de hijos e hijas sea responsabilidad compartida.
4. Derecho a la educación sexual y reproductiva.

En cada uno de ellos la respuesta ha sido casi unánime hacia la defensa de dichos derechos, sin embargo, en el derecho a la libre opción de

la maternidad, los/as adolescentes mantienen algunas creencias sociales que contradicen el cumplimiento de dicho derecho. Así, cuando se preguntó acerca de la opinión que les amerita una mujer que no desea tener hijos, el porcentaje de personas que hacen referencia a la libre opción de la mujer se reduce significativamente a un 40%, frente al 92.5% que manifestó que tener hijos es obligación de las mujeres.

Esto puede ser un indicador de la limitada comprensión de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia, quienes muestran tener información, pero la presión social les genera una opinión muy influenciada por los roles tradicionales de hombres y mujeres.

Para el caso de los derechos sexuales y reproductivos se evidencia la contradicción entre el reconocimiento "formal" de estos derechos y los escasos esfuerzos por respetarlos, ya que en la práctica se ignora la opinión de la adolescencia manteniendo la desinformación.

GRÁFICA 27: Derecho a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción



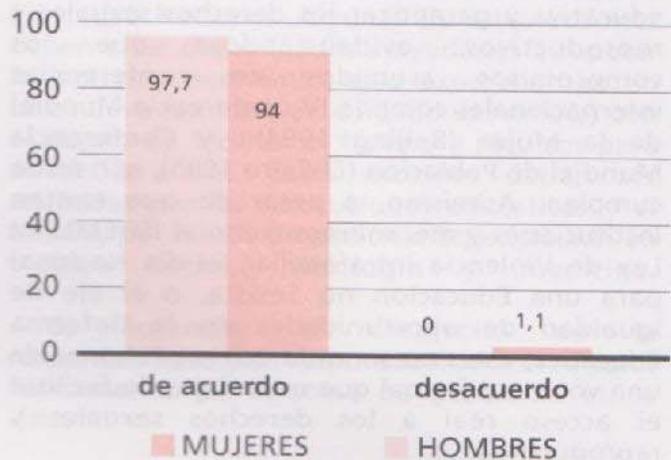
GRÁFICA 28: Derecho a libre opción de la maternidad



GRÁFICA 29: Derecho a que la crianza de hijos e hijas sea responsabilidad compartida



GRÁFICA 30: Derecho a la educación sexual y reproductiva



En resumen:

Si calificáramos en una escala de 0 a 10 el conocimiento que el alumnado tiene sobre sexualidad y salud reproductiva (ver anexo 6), el promedio sería 4.61, sin haber diferencias significativas por sexo.

Sacando el promedio de calificaciones entre el alumnado que ya ha tenido relaciones sexuales y el alumnado que manifiesta no haberlas tenido, obtenemos los siguientes resultados:

Promedio entre alumnado que ya ha tenido relaciones: 4.56

Promedio entre alumnado que No ha tenido relaciones: 4.74

Estas diferencias son significativas estadísticamente.

Estos datos y el hecho de que las diferencias sean estadísticamente significativas, nos hace pensar que existe una relación entre tener suficiente y adecuada información y tener o no relaciones sexuales en la edad de la adolescencia, viendo que las personas con menos información tienen mayor probabilidad de iniciar sus relaciones sexuales coitales en la adolescencia.

Esta conclusión contradice la creencia tradicional de que facilitar información a los/las jóvenes les incita a tener relaciones sexuales prematuras.

CONCLUSIONES

1) El Gobierno de El Salvador no ha asumido un compromiso real con la necesidad de incorporar la educación sexual a la currícula educativa y garantizar los derechos sexuales y reproductivos, evidenciándose que los compromisos asumidos en conferencias internacionales como la IV conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1994) y Conferencia Mundial de Población (El Cairo 1995), aún no se cumplen. Asimismo, a pesar de que existen instituciones y mecanismos como el ISDEMU, la Ley de Violencia intrafamiliar, el día Nacional para una Educación no Sexista, o el eje de igualdad de oportunidades en la Reforma Educativa, estas no son más que expresiones de una voluntad formal que están lejos de facilitar el acceso real a los derechos sexuales y reproductivos.

2) El sistema educativo no está contribuyendo a la disminución de problemas sociales nacionales como el embarazo adolescente, prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Abuso y acoso sexual.

3) El estudio evidencia que un alto porcentaje de la población adolescente tiene prácticas sexuales, ejerciéndola con información sesgada por los mitos y por tanto de manera insegura, con riesgos para su salud y con frustraciones, miedos y presiones que limitan el disfrute de una vida sexual plena, tomando en cuenta una definición amplia, no reducida a la penetración o genitalidad.

4) En el proceso educativo se le otorga al alumnado información sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo ésta se transmite de parte de docentes y facilitadores/as con prejuicios y creencias sociales acerca de la sexualidad limitando el uso de esta información en su vida práctica, generando opciones desfavorables que limitan el disfrute de una vida sexual plena y la responsabilidad en sus prácticas sexuales.

5) El estudio comprueba que la información sobre métodos anticonceptivos no es suficiente para la formación con responsabilidad en el

alumnado además, demuestra también que las mujeres tienen conocimiento de la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, pero tienen una percepción tradicional de la mujer en cuanto a ellas mismas, siendo esto producto del sesgo con que se les otorga la información. La información y orientación que recibe el alumnado reproduce las desigualdades de género, potenciándose la creencia de que los hombres activos no pueden controlar sus impulsos sexuales y a quienes se les pide que se protejan y eviten embarazos, mientras que a las mujeres se les exige llegar vírgenes al matrimonio, la abstención sexual y la pasividad en las relaciones sexuales. Es por esto que se hace necesario un proceso de educación sexual integral facilitado por personal con la formación adecuada, libre de prejuicios y con enfoque de género.

6) El estudio evidencia que en el alumnado prevalecen los mitos que reproducen la violencia sexual y la condición de subordinación de las mujeres.

7) El alumnado considera que la educación sexual y no solo la información contribuiría a evitar embarazos, enfermedades y tomar decisiones sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales.

8) Las diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad y calidad de la información del alumnado que ya ha tenido relaciones frente al alumnado que todavía no ha tenido, nos demuestra a que contar con una adecuada información incide en la decisión de retrasar las relaciones sexuales.

9) Las medidas adoptadas por el Ministerio de Educación para que las alumnas embarazadas no sean expulsadas de los centros son aún muy frágiles, la presión y discriminación social, es muy sentida, sobre todo en el nivel de tercer ciclo, donde se observa una mayor interrupción de la escolaridad de las alumnas embarazadas.

RECOMENDACIONES

1) El Gobierno de El Salvador debe incorporar a la política educativa los compromisos asumidos en la IV conferencia Mundial de la Mujer y la Conferencia de Población.

2) El Ministerio de Educación debe incorporar al sistema educativo una política que implemente la educación afectivo-sexual desde los primeros años de escolaridad, que además de aportar información sobre salud sexual y reproductiva, cuestione las vivencias tradicionales de hombres y mujeres sobre su sexualidad, incorporando el enfoque de género para hacerlas más equitativas y coherentes con el desarrollo integral de las personas, creando las condiciones necesarias para su aplicación práctica, capacitando docentes, asesores/as pedagógicos y formulando materiales adecuados. Así mismo, se debe dar prioridad a la temática de violencia sexual, con el fin de desmitificar y generar un análisis real de las causas del acoso.

3) Que el Ministerio de Educación difunda y promueva en las instituciones educativas los contenidos de la Política Nacional de la Mujer referidos a incrementar el acceso de las mujeres y las niñas a la educación formal y no formal, enfatizando en la acción que promueve el no impedir a las adolescentes embarazadas y madres, continuar sus estudios.

4) Que el Ministerio de Educación elabore un sistema de control de las causas de deserción vinculada a embarazos en adolescentes, así como la creación de normas más claras para regular y sancionar aquellas medidas discriminatorias que atenten contra el derecho a la educación de las mujeres adolescentes.

5) Implementar acciones positivas hacia las adolescentes embarazadas o madres para garantizar su permanencia en el Sistema Educativo Nacional. Algunas de estas acciones deben estar encaminadas a ayudarles a superar la limitante económica que experimentan en una nueva familia y al cuidado del niño(a) con el objeto de facilitar el tiempo y recursos para asistir a clases. Estas acciones deben ser asumidas por las instituciones educativas y el MINED, por medio de personal especializado en trabajo social, psicología y medicina.

6) Potenciar el desarrollo de la responsabilidad y co-responsabilidad como valor fundamental en la toma de decisiones en la vida.

7) Incorporar en el programa de escuela para madres y padres la temática de sexualidad infantil y adolescente y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Adolescencia, desde un enfoque integral y de género.

8) El Ministerio de Salud debe tener un papel más protagónico en la prevención, atención y seguimiento de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con especial énfasis en la formulación de políticas de prevención y apertura para el otorgamiento de información y métodos de prevención

BIBLIOGRAFÍA

- ADS, Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe final. FESAL-98. Abril 2000.
- Ana Marina Morales, Sexualidad y Salud reproductiva en adolescentes. Una aproximación desde el ámbito escolar. Julio 1999.
- Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas), ¿Yo Sexista? Material de apoyo para una educación no sexista, 1999,
- Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida, Las Dignas, ¿Quién es mi papi?, San salvador, 1997,
- Baragán, Fernando. La Educación Sexual. Guía teórica y práctica. Paidós, 1997.
- Burin, Mabel y Meler, Irene, GÉNERO Y FAMILIA, 1998,
- Castillo, M. Angels, Herrera, Morena, Tryner, M. Pau. Género y salud reproductiva. Una reflexión para la cooperación. APFCB.
- Correa, Sonia; Petchesky, Rosalind. Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista. Mujeres al timón, cuadernos para la incidencia política y feminista. N° 3.
- Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), COMPROMISOS LEGISLATIVOS SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: Una revisión de los cinco años de las Conferencias de El Cairo y Beijing en América Latina y el Caribe.
- Guzmán, José Miguel; Hakkert, Ralpf; Contreras, Juan Manuel y Falconier, Martha, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de ADOLESCENTES en América Latina y el Caribe, 2001,
- Hiriart Riedemann, Vivianne, Educación Sexual en la Escuela, 1999,
- Hyde, Janet Sh., Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana, 1995.
- Kasische, Kartrin (GTZ) y Morales Carbonell, Marina (UNICEF), ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Basado en el Informe de la investigación de Judith Guadrón y Alfredo Rojas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999.
- Katchadourian H. A. y Lunde D.T. , Las bases de la SEXUALIDAD HUMANA, 1997.
- Masters, William H y otros. La sexualidad Humana, Grijalbo, Barcelona 1995
- Mazzotti, Mariella y otras, Una realidad Silenciada. Sexualidad y maternidad en mujeres católicas. Católicas por el derecho a decidir, Uruguay, 1994.
- Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud. Embarazo en Adolescentes, 1994,
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual Técnico de Salud Reproductiva, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud, Asociación Mexicana de Salud Sexual. ¡Hablemos de salud sexual!,
- Plan de acción de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo, 1994.
- UNICEF. Embarazo en Adolescentes. Maternidad y paternidad temprana. Líneas de acción para la prevención, apoyo y definición de políticas. Jamaica 1997.

Y SISTEMAS DE HIPÓTESIS Y VARIABLES ANEXOS

Anexo 1: Sistema de Hipótesis y variables

Anexo 2: Diseño metodológico

Anexo 3: Características de la población

Anexo 4: Instrumento 1: encuesta

Anexo 5: Instrumento 2: entrevista

Anexo 6: Criterios de calificación de indicadores



ANEXO 1: SISTEMA DE HIPÓTESIS Y VARIABLES

Hipótesis

Tener información adecuada sobre sexualidad y reproducción incide en el ejercicio de una sexualidad sana y segura.

VARIABLES:

Salud y Seguridad en el ejercicio de la sexualidad

- Uso de métodos anticonceptivos
- Causas por las que no utilizan métodos anti conceptivos
- Enfermedades de transmisión sexual más frecuentes.
- Nivel de bienestar mental y social: Principales temores, Presiones, Sentimiento de culpa

Información sobre sexualidad y salud reproductiva.

- Conocimiento que los/as estudiantes tienen acerca del tema de sexualidad y salud reproductiva.
- Mitos acerca de la sexualidad que los/as estudiantes tienen.
- Origen de la información que reciben
- Opinión que los/as estudiantes tienen acerca de la utilidad de la información sobre sexualidad y salud reproductiva.

Definición de las variables:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Salud y seguridad en el ejercicio de la sexualidad	<p>La definimos como uno de los valores fundamentales para una vida plena y sexualmente sana. "Es un valor social que hace que la vivencia de la sexualidad sana esté en función de las consecuencias previstas posibles de la expresión en conductas de nuestra sexualidad."³⁸</p> <p>Entendemos Salud no sólo como ausencia de enfermedades o dolencias sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social.³⁹</p> <p>Estará compuesta de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de embarazos • Prevención de enfermedades de transmisión sexual. • Ausencia de mitos relacionados con la sexualidad que atentan contra la salud. • Nivel de bienestar mental y social: Principales temores, Presiones, Sentimiento de culpa. Capacidad de decidir cuándo y con quien tener relaciones sexuales.
Información adecuada sobre sexualidad y salud reproductiva.	<p>Consideramos, en este estudio, información adecuada sobre sexualidad y salud reproductiva al conocimiento científico y libre de prejuicios que todo individuo debe tener para vivir su sexualidad como algo natural y saludable y tener "un bienestar físico, y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".⁴⁰ "La salud reproductiva entraña el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia."⁴¹ Para que sea una información completa, científica, libre de prejuicios y adaptada al desarrollo evolutivo del/a adolescente debe contener los siguientes apartados⁴²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento que los/as estudiantes tienen acerca del tema de sexualidad y salud reproductiva. (Anatomía sexual, Higiene personal, Fecundación, condiciones para que se de un embarazo, Planificación familiar, métodos anticonceptivos, riesgos de la maternidad adolescente, enfermedades de transmisión sexual). • Mitos acerca de la sexualidad que los/as estudiantes tienen. • Origen de la información que reciben. • Opinión que los/as estudiantes tienen acerca de la utilidad de la información sobre sexualidad y salud reproductiva. • Opinión sobre derechos sexuales y reproductivos.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud, Asociación Mexicana de Salud Sexual. Hablemos de salud sexual, pag.13

³⁹ Párrafo 89 de la IV Conferencia para el Desarrollo de la Mujer, Beijing 1995.

⁴⁰ Plan de acción de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo, 1994. Citado por Ibid, pág. 57.

⁴¹ Plan de acción de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo, 1994. Citado por Ibid, pág. 57

⁴² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De adolescentes para adolescentes. Manual de Salud Sexual y Reproductiva, Guía para facilitadores. San Salvador 1999.

ANEXO 2: DISEÑO METODOLÓGICO

VARIABLES e indicadores

VARIABLES	INDICADORES
Inicio de las relaciones sexuales coitales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de estudiantes que ya han tenido relaciones sexuales (coitales) 2. Edad de la primera relación sexual (coital)
Uso de métodos anticonceptivos	<ol style="list-style-type: none"> 3. Si utiliza o no métodos anticonceptivos. 4. Si utilizó o no algún método anticonceptivo en su primera relación (coital). 5. Métodos que más ha utilizado. 6. Sexo de la persona que utiliza los métodos anticonceptivos en la relación de pareja.
Causas por las que no utiliza métodos anticonceptivos.	<ol style="list-style-type: none"> 7. Causas por las que no utiliza métodos anticonceptivos.
Enfermedades de transmisión sexual más frecuentes.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Enfermedades más frecuentes. 9. Personas las que acuden cuando tienen alguna enfermedad de transmisión sexual. 10. Cuidados que mantienen para no transmitirla. 11. Si informan o no a su pareja de la enfermedad.
Creencias erróneas acerca de la sexualidad más frecuentes.	<ol style="list-style-type: none"> 12. Mitos más frecuentes en los/as adolescentes.
Nivel de bienestar mental y social	<ol style="list-style-type: none"> 13. Sentimientos de culpa, frustración y/o presión sentidos en su primera relación sexual (coital). 14. Causas de dichos sentimientos. 15. Temores más frecuentes acerca de la sexualidad adolescente. 16. Actitudes ante compañeros/as que ya han tenido su primera relación coital 17. Actitudes ante los embarazos en la adolescencia

VARIABLES	INDICADORES
Conocimiento que los/as estudiantes tienen acerca salud reproductiva.	18. Si conocen o las partes del cuerpo que intervienen en la sexualidad humana. 19. Si conocen o no las prácticas higiénicas necesarias. 20. Si conocen o no el proceso de fecundación y gestación. 21. Si conocen o no los riesgos de un embarazo en la adolescencia. 22. Si conocen o no métodos de planificación y cuáles. 23. Si conocen o no las enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y cómo prevenirlas
Mitos acerca de la sexualidad que los/as estudiantes tienen.	24. Mitos más frecuentes que los/as estudiantes tienen como verdad.
Origen de la información que reciben	25. Actividades educativas (charlas, capacitaciones, etc.), a nivel formal, organizadas por la institución acerca del tema. 26. Iniciativas del profesorado, a nivel informal, para orientar al alumnado. 27. Personas (familiares, amigos,) a quienes el alumnado consulta sus dudas. 28. Cantidad de estudiantes que buscan información en libros y/o revistas. Lugares donde los consiguen o personas que se los facilitan. 29. Orientaciones que reciben de sus padres, madres y otros familiares. 30. Orientaciones que reciben de la iglesia. 31. Orientaciones que reciben de las/os docentes. 32. Orientaciones que reciben de los libros y revistas.
Opinión que los/as estudiantes tienen acerca de la utilidad de la información sobre sexualidad y salud reproductiva.	33. Utilidad que los/as estudiantes ven en la información sobre el tema. 34. Número de estudiantes que han tenido algún problema por carecer de dicha información. 35. Número de estudiantes que opinan que mejor información disminuye los embarazos en adolescentes. 36. Número de estudiantes que opinan que tener mejor información evita enfermedades. 37. Número de estudiantes que opina que tener mejor información les da mayor capacidad de decidir sobre cuándo y con quién tener relaciones sexuales.
Opinión acerca de los derechos sexuales y reproductivos	38. Acuerdo o desacuerdo sobre el derecho a ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción 39. Acuerdo o desacuerdo sobre el derecho a una educación sexual y reproductiva, respetuosa, científica, oportuna y veraz 40. Acuerdo o desacuerdo sobre la libre opción de la maternidad. 41. Acuerdo o desacuerdo sobre el derecho a que la crianza de los hijos/as sea responsabilidad compartida.

ANEXO 2: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación:

Qualitativa y cuantitativa, porque se pretende no sólo establecer relaciones de carácter estadístico, sino que además describir y profundizar en algunos aspectos de carácter cualitativos.

El estudio será por lo tanto de tipo DESCRIPTIVO CORRELACIONAL, en el que además de describir la cantidad y tipo de información que reciben los/as adolescentes, pretende establecer relaciones con las prácticas sexuales y la responsabilidad en las mismas.

Para ello se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos, que a continuación se describen.

Técnicas de recopilación de datos:

1. Encuesta para estudiantes de bachillerato de centros públicos y privados.

Dicha encuesta (ver anexo 4) contiene 61 preguntas. Un primer bloque que pretende recopilar los datos generales del/la estudiante. Un segundo bloque que pretende explorar ampliamente los conocimientos que tienen el/la estudiante acerca de la anatomía y fisiología sexual, así como conocimientos sobre embarazo, anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Un tercer bloque pretende explorar la opinión del alumnado acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Un cuarto bloque de preguntas explora los mitos y prejuicios que el alumnado mantiene. El quinto grupo de preguntas pretende identificar el origen de la información que recibe. La sexta parte hace referencia a la opinión de los/as adolescentes acerca de la necesidad de la educación y la información sobre sexualidad.

Sigue un grupo de preguntas que exploran las prácticas sexuales en la adolescencia, son preguntas acerca de la primera relación sexual, y las relaciones que mantienen en la actualidad. Por último, se hacen cuatro preguntas acerca de la opinión de los y las adolescentes sobre las relaciones sexuales a esa edad y sobre los embarazos tempranos.

2. Entrevista a madres que tuvieron un hijo en la adolescencia o que está en estado de embarazo en la actualidad (ver anexo 5).

Para completar cualitativamente el estudio, se diseñó un instrumento que recogiera la opinión y vivencias de algunas madres adolescentes, Los cambios que han tenido en su vida desde que son madres, la salud durante el embarazo, parto y posteriormente, causas por las que quedaron embarazadas y algunas recomendaciones que pueden dar a otros/as adolescentes, familias e instituciones educativas.

Diseño de la muestra de la encuesta:

- a) La **población objetivo** de este estudio la componen todos y todas las adolescentes que estudian el nivel de bachillerato en centros público y privados del departamento de San Salvador.
- b) El **marco muestral** con el que se cuenta está conformado por todos los centros educativos de San Salvador, con la cantidad de alumnado matriculado en el año 2001. El total de la población es de: 206 centros educativos, de los cuales 53 son públicos y 153 privados.
- c) El **tipo de muestreo** es probabilístico y aleatorio simple, con afijación proporcional al tipo de institución (pública / privada).
- d) Para determinar el **tamaño de la muestra** de centros educativos se utilizaron los siguientes datos:

$N = 206$ institutos

$p = 0.5$

$q = 0.5$

error de muestreo: 0.065

Nivel de confianza: 97%

El tamaño de la muestra de centros educativos fue de 119

Una vez seleccionada la muestra de centros educativos, se procedió a sacar el marco muestral de alumnado, realizando una revisión de la matrícula de los centros seleccionados. La población total de alumnado es de 47,565 ; de los cuales 26,838 estudian en centros públicos y 20,815 en centros privados.

Con estos datos se procedió a calcular el tamaño de una muestra de estudiantes de centros educativos públicos y otra de centros educativos privados con los siguientes datos:

$N = 47,565$ estudiantes
 $p = 0.5$
 $q = 0.5$
error de muestreo: 0.065
Nivel de confianza: 97%

El tamaño de la muestra es de : 537 estudiantes

Posteriormente se realizó la fijación de la muestra de alumnado por centro educativo, según la matrícula de cada centro.

Prueba piloto:

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto en centros educativos no incluidos en la selección muestral. Dicha prueba consistió en la aplicación de 30 encuestas comprobando el tiempo necesario para contestar todas las preguntas.

Posteriormente se comentaron las dificultades encontradas en la aplicación del instrumento y se incorporaron los cambios necesarios.

Con esta validación se cumplieron los requisitos de confiabilidad y validez que debe tener todo instrumento.

Recolección de datos:

Para la recolección de datos se contó con el apoyo de 10 encuestadoras y 4 entrevistadoras, quienes recibieron una capacitación teórica en la que conocieron el diseño de la investigación y algunos conceptos en relación al instrumento, además de una capacitación práctica.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los días 17 de octubre al 2 de Noviembre 2001.

Además de las encuestas se facilitó a las encuestadoras una hoja de control para anotar posibles irregularidades u observaciones de la dirección de los centros educativos. Esta misma hoja sirvió para comprobar nuevamente la matrícula de los centros educativos y para sacar algunos datos sobre la cantidad de alumnas embarazadas en esos momentos, etc.

Para el caso de las entrevistas, se seleccionaron 27 adolescentes y se concretó una cita con cada una de ellas, ya sea en su lugar de residencia o institución donde estudia. Las encuestadoras, además de la guía de preguntas se auxiliaron de grabadora para recoger fielmente toda la información.

Posteriormente se procedió a la transcripción literal de las entrevistas.

Consistencia y análisis de la información:

Para el ingreso de los datos de las encuestas se utilizó una base de datos en EXCEL, la cual fue transferida posteriormente a SPSS, donde se verificó la carencia de datos erróneos y contradicciones entre las mismas preguntas.

Para tal fin se generaron las tablas de frecuencias de cada variable y se contrastaron.

En el caso de las entrevistas, se procedió a realizar cuadros comparativos de las respuestas para contabilizar la frecuencia, además de seleccionar evidencias en relación a las variables.

ANEXO 3: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

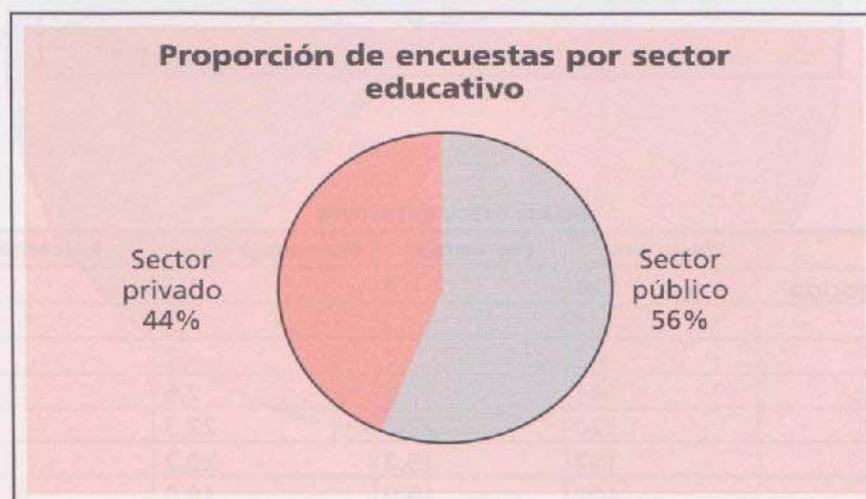
Características de la población encuestada:

- Centros educativos visitados: 144
- Centros educativos reemplazados: 25
- Estudiantes encuestados/as: 538

Instituto Público/Privado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	público	303	56,3	56,3	56,3
	privado	235	43,7	43,7	100,0
	Total	538	100,0	100,0	

GRÁFICO 1



sexo encuestado/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no contesta	1	,2	,2	,2
	hombre	270	50,2	50,2	50,4
	mujer	267	49,6	49,6	100,0
	Total	538	100,0	100,0	

GRÁFICO 2



edad encuestado/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	desconocida	10	1,9	1,9	1,9
	13	1	,2	,2	2,0
	14	1	,2	,2	2,2
	15	41	7,6	7,6	9,9
	16	120	22,3	22,3	32,2
	17	157	29,2	29,2	61,3
	18	102	19,0	19,0	80,3
	19	41	7,6	7,6	87,9
	20	35	6,5	6,5	94,4
	21	20	3,7	3,7	98,1
	22	8	1,5	1,5	99,6
	23	1	,2	,2	99,8
	24	1	,2	,2	100,0
	Total	538	100,0	100,0	

GRÁFICO 3 proporción de encuestados/as por edad

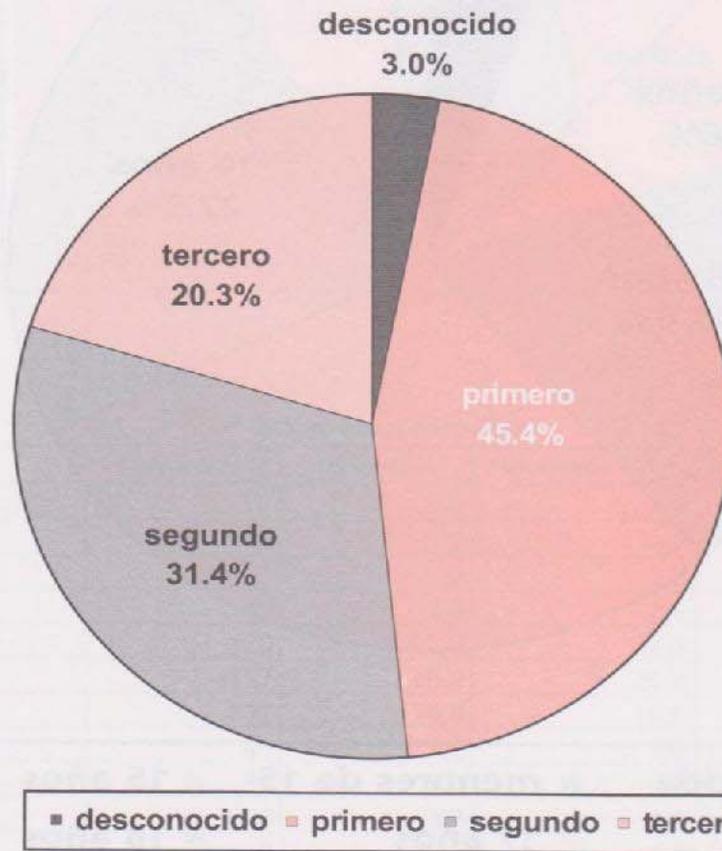


■ desconocida	■ menores de 15	■ 15 años
■ 16 años	■ 17 años	■ 18 años
■ 19 años	■ 20 años	■ más de 20 años

grado que estudia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	desconocido	13	2,4	2,4	2,4
	1	244	45,4	45,4	47,8
	2	169	31,4	31,4	79,2
	3	109	20,3	20,3	99,4
	8	1	,2	,2	99,6
	9	2	,4	,4	100,0
	Total	538	100,0	100,0	

GÁFICO 4: Proporción de encuestados/as por grado



Bachillerato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no contesta	12	2,2	2,2	2,2
	General	169	31,4	31,4	33,6
	contaduría	233	43,3	43,3	77,0
	secretariado	47	8,7	8,7	85,7
	Mecánica	13	2,4	2,4	88,1
	Automotriz				
	Electrónica	26	4,8	4,8	92,9
	salud	17	3,2	3,2	96,1
	agrícola	1	,2	,2	96,3
	mecánica general	3	,6	,6	96,8
	Electrotecnia	3	,6	,6	97,4
	arquitectura	13	2,4	2,4	99,8
	Bachiller vocacional	1	,2	,2	100,0
	Total	538	100,0	100,0	

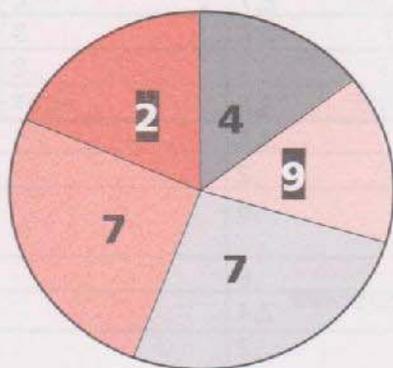
Como se observa en estos datos, la mayoría de la población encuestada se encuentra en el rango de edad de 15 a 19 años, edades propias de la adolescencia, aunque hay un grupo de personas, 12.1%, que se encuentran dentro del parámetro de edad considerado juventud, pero que todavía están estudiando el nivel de bachillerato.

En cuanto a los grados, la mayoría se encuentra estudiando el primer año y son los bachilleres general y contaduría los más representados; siendo electrotecnia, mecánica general y agrícola los que casi no cuentan con representantes en la encuesta.



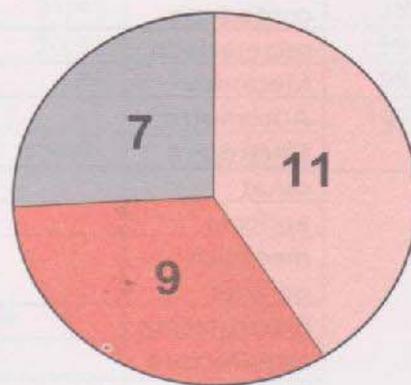
Características de la población entrevistada:

GÁFICO 5: Proporción de entrevistas por edad



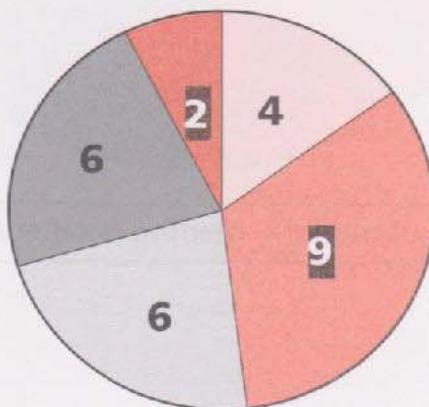
■ 16 años ■ 17 años ■ 18 años
■ 19 años ■ 20 años

GÁFICO 6: Proporción de entrevistas por estado civil



■ soltera ■ casada ■ acompañada

GRÁFICO 7: Proporción de entrevistas por edad del primer embarazo



■ 16 años ■ 17 años ■ 18 años ■ 19 años ■ 20 años

ANEXO A: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Proporción de entrevistadas por nivel educativo actual:

Nivel educativo	Cantidad de entrevistas
Sexto grado	3
Séptimo grado	0
Octavo grado	1
Noveno grado	5
Primero de bachillerato	4
Segundo de bachillerato	3
Tercero de bachillerato	8
Cuarto de bachillerato	3
TOTAL	27

Proporción de entrevistadas según nivel educativo al momento de embarazo:

Nivel educativo	Cantidad de entrevistas
Sexto grado	2
Séptimo grado	1
Octavo grado	1
Noveno grado	4
Primero de bachillerato	6
Segundo de bachillerato	9
Tercero de bachillerato	2
Cuarto de bachillerato	2
TOTAL	27

ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA RECOGIDA DE DATOS (encuesta)

Objetivo: Recoger datos acerca de la información y las prácticas sexuales de los/as adolescentes

Instituto: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Marque con una X donde corresponda:

Instituto público: _____ Instituto privado: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad: _____ Grado: _____

Bachillerato: General _____, contaduría _____, secretariado _____ Mecánica Automotriz _____

Electrónica _____, salud _____ Agrícola _____, Mecánica General _____

Electrotecnia _____.

Preguntas:

1 -17.1 Mencione las partes del cuerpo (órganos externos e internos) de un hombre que intervienen en las relaciones sexuales.

2 -17.2 Mencione las partes del cuerpo (órganos externos e internos) de una mujer que intervienen en las relaciones sexuales.

3 -18.1 ¿Le han explicado alguna vez cómo debe lavarse los órganos genitales? SI ___ NO ___

4 -19.2 Explique qué entiende por fecundación.

5 -19.2 ¿Cómo debe ser una relación sexual para que una adolescente quede embarazada?:

ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

12. -22.3 ¿Cómo se transmite el VIH - SIDA?

13. -22.4 ¿Qué se puede hacer para no contagiarse de VIH - SIDA?

14. -23.1 ¿Cree que la sexualidad debe ejercerse sólo para tener hijos/as? SI __, NO __

15. -23.2 ¿Quién debe decidir cuántos hijos/as tener? (marque con una X sólo una opción)

La Mujer El hombre

La pareja Otros: _____

16 - 23.3 ¿Considera que para las mujeres es una obligación tener hijos/as? Si __ no __

17 - 23.4 ¿Qué opina de una mujer que no quiere tener hijos?

18 -23.5 ¿De quién es la responsabilidad de criar a los/as hijos/as? (Marque con una X sólo una opción)

La madre

El padre

Ambos

19 -25.1 Marque con V las frases que considere verdaderas y con F las falsas, deje sin marcar las que no comprenda:

Un pene pequeño da menos placer a la mujer que un pene grande.

Unos pechos grandes en las mujeres son signo de energía y deseo sexual.

Durante la menstruación la mujer es impura.

Durante la menstruación la mujer no debe realizar esfuerzos físicos.

Durante la menstruación, la mujer no debe lavarse.

Hay alimentos que las mujeres no deben comer durante la menstruación.

Tener relaciones durante la menstruación puede traernos enfermedades infecciosas.

Todas las mujeres deben sangrar durante su primera relación.

A las mujeres se les nota que no son vírgenes en la forma de caminar.

La pérdida de mucho semen debilita la salud del joven

Los sueños húmedos son síntomas de una enfermedad psicológica.

Las mujeres provocan el abuso sexual con su manera de vestirse

El abuso sexual es causado por un impulso que los hombres no pueden controlar.

Los hombres que abusan de las mujeres son enfermos mentales.

Las píldoras anticonceptivas causan cáncer y suelen dejar estéril a una mujer

Durante la menstruación es imposible quedar embarazada.

El DIU es peligroso para las mujeres

El método del calendario (o ritmo) es el más eficaz para no quedar embarazada.

Utilizar el condón con frecuencia da "mal de orín".

- El SIDA sólo lo padecen las prostitutas, los drogadictos y los homosexuales.
- Si la pareja se baña antes de tener relaciones sexuales no contrae ninguna enfermedad.
- Si tenemos relaciones sexuales parados la mujer no quedará embarazada.
- Si la mujer orina y se lava después de tener relaciones sexuales no queda embarazada.

20 -26.1 ¿En qué libros de los que ocupa en clase aparece algo sobre sexualidad?
(Mencione de qué materia son)

21 -26.2 ¿Ha tenido alguna charla sobre sexualidad en este año?

- Sí
- No (pase a pregunta 24)

22 -26.3 ¿Quién se la dio? (marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- Un familiar Otros compañeros/as del instituto
- Un/a docente Personal del Ministerio de Salud (enfermeros/as, doctores/as, etc.)
- Otros/as _____

23 -26.4 ¿Qué tema trataron? _____

24 -27.1 ¿Alguna vez durante este año, algún/a docente ha hablado con usted sobre sexualidad sin que usted le preguntara? Si NO

25 -28.1 ¿A quién suele preguntar cuando quiere saber algo de sexualidad? (marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- A mis amistades A mi padre A mi madre
- A un profesor/a A otro familiar Voy al Centro de salud
- Otra: _____

26 -29.1 ¿Alguna vez ha buscado en algún libro algún tema de sexualidad que le interesaba?
 NO SI ¿Dónde consiguió el libro? _____

27 -29.2 ¿Conoce alguna revista pornográfica?
 NO SI ¿Dónde la puede conseguir? _____

28 -30.1 ¿Su familia le hace recomendaciones acerca de las relaciones sexuales? Si NO

29 -30.2 ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le da su familia:? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- Soy muy joven para tener relaciones sexuales
- Las mujeres deben conservarse puras hasta que se casen
- La mujer que no es pura no vale para esposa
- Las relaciones sexuales a mi edad son pecado
- Tocarse algunas partes del cuerpo es sucio
- Debo tener cuidado para no salir embarazada o para embarazar a mi pareja
- Me orientan sobre qué anticonceptivo utilizar.
- Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual
- Debo esperar a tener una carrera para tener relaciones sexuales
- Otra: _____
- Ninguna

30 -32.2 ¿Sus docentes le hacen recomendaciones acerca de las relaciones sexuales?
Si ___ NO ___

31 -32.2 ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le dan sus profesores/as? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- ___ Soy muy joven para tener relaciones sexuales
- ___ Las mujeres deben conservarse puras hasta que se casen
- ___ La mujer que no es pura no vale para esposa
- ___ Las relaciones sexuales a mi edad son pecado
- ___ Tocarse algunas partes del cuerpo es sucio
- ___ Debo tener cuidado para no salir embarazada o para embarazar a mi pareja
- ___ Me orientan sobre qué anticonceptivo utilizar.
- ___ Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual
- ___ Debo esperar a tener una carrera para tener relaciones sexuales
- ___ Otra: _____
- ___ Ninguna

32 -31.1 ¿En su iglesia le hacen recomendaciones acerca de las relaciones sexuales?
Si ___ NO ___

33 -31.2 ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le dan en su iglesia? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas).

- ___ Soy muy joven para tener relaciones sexuales
- ___ Las mujeres deben conservarse puras hasta que se casen
- ___ La mujer que no es pura no vale para esposa
- ___ Las relaciones sexuales a mi edad son pecado
- ___ Tocarse algunas partes del cuerpo es sucio
- ___ Debo tener cuidado para no salir embarazada o para embarazar a mi pareja
- ___ Me orientan sobre qué anticonceptivo utilizar.
- ___ Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual
- ___ Debo esperar a tener una carrera para tener relaciones sexuales
- ___ Otra: _____
- ___ Ninguna

34 -33.1 ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones aparecen en los libros que ha leído? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- ___ Soy muy joven para tener relaciones sexuales
- ___ Las relaciones sexuales a mi edad son pecado
- ___ Tocarse algunas partes del cuerpo es sucio
- ___ Debo tener cuidado para no salir embarazada o para embarazar a mi pareja
- ___ Me orientan sobre qué anticonceptivo utilizar.
- ___ Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual
- ___ Debo esperar a terminar el bachillerato para tener relaciones sexuales
- ___ Otra: _____
- ___ Ninguna

- 35 -34.1 ¿Cree que es necesario que los y las adolescentes conozcan más sobre los temas de sexualidad?
 Si ___ NO ___ ¿Por qué? _____

- 36 -35.1 ¿Cree que tener más información acerca de la sexualidad puede evitar algún problema a los/as jóvenes? Si ___ No ___
- 37 -35.2 ¿Se ha encontrado alguna vez ante algún problema relacionado con la sexualidad por carecer de la información necesaria? Si ___ NO ___
- 38 -36.1 ¿Cree que conocer más sobre sexualidad puede evitar que las adolescentes queden embarazadas? Si ___ NO ___
- 39 -37.1 ¿Cree que conocer más sobre sexualidad puede evitar que los/as adolescentes tengan enfermedades de transmisión sexual o el SIDA? Si ___ NO ___
- 40 -38.1 ¿Cree que conocer más sobre sexualidad le facilita decidir cuándo tener relaciones sexuales y cuándo no? Si ___ no ___
- 41 -00 ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?
 ___ SI
 ___ No (pase a pregunta 47)
- 42 -00 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años.
- 43 -12.1 ¿Se sintió mal o culpable después de haber tenido su primera relación sexual?
 ___ NO
 ___ Si, ¿por qué? _____
- 44 -12.2 ¿Sintió que su pareja le presionó para tener relaciones la primera vez? No ___ Si ___
- 45 -12.3 ¿Se sintió frustrado/a después de su primera relación sexual? No ___ Si ___ ¿Por qué?

- 46 -2.1 ¿Utilizó algún método anticonceptivo cuando tuvo su primera relación sexual?
 ___ No
 ___ Si, ¿Cuál? _____
- 47 -13.1 ¿Se ha sentido, alguna vez, presionada/o para tener relaciones sexuales con alguien?
 NO ___ Si ___
- 48 -00 ¿Qué tipo de relación tiene con su pareja actual? (marque con una X sólo una opción)
 ___ No tengo pareja
 ___ Somos novios
 ___ Estamos acompañados
 ___ Estamos casados
 ___ Tenemos encuentros de vez en cuando

49 -00 ¿Ha tenido relaciones sexuales con su pareja actual?

- Sí
 No (pase a pregunta 52)

50 -1.1 ¿Utiliza algún método anticonceptivo cuando tiene relaciones con su pareja?

- Sí ¿Cuál? _____ (pase a pregunta 52)
 NO

51 51. -6.1 ¿Por qué no utiliza ningún método anticonceptivo? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- No sé cuál debo utilizar
 Los métodos anticonceptivos son perjudiciales para la salud
 Los/as adolescentes no debemos utilizar métodos anticonceptivos
 No es necesario utilizarlos porque es muy difícil que una mujer adolescente quede embarazada.
 Otra: _____

52 -4.1 ¿Cuál es el método anticonceptivo que más ha utilizado en su vida? (marque con una X sólo una opción)

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> El condón o preservativo | <input type="checkbox"/> La Píldora |
| <input type="checkbox"/> La inyección mensual | <input type="checkbox"/> El dispositivo Intrauterino, DIU (aparato) |
| <input type="checkbox"/> Retiro o coito interrumpido | <input type="checkbox"/> El ritmo (calendario) |

53 -7.1 ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?

- No (pase a pregunta 57)
 Sí, ¿Cuál? _____

54 -8.1 ¿A quién acudió para que le ayude a decidir lo que debía hacer? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A mi madre | <input type="checkbox"/> A mi padre |
| <input type="checkbox"/> A mis amistades | <input type="checkbox"/> A un/a docente |
| <input type="checkbox"/> A un/a profesional de la salud | <input type="checkbox"/> Fui a pasar consulta directamente |

55 -10.1 ¿Le comunicó a su pareja que tenía esa enfermedad? No ___ Si ___

56 -9.1 ¿Tomó alguna medida para no transmitir esa enfermedad a su pareja?

- No
 Sí, ¿Qué hizo? _____

ANEXO 2: ENTREVISTA A MUJERES QUE TIENEN UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

57 -15.1 ¿Siente alguno de los siguientes temores ante las relaciones sexuales? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- Miedo al embarazo
- Miedo a defraudar a la pareja
- Miedo a perder la virginidad
- Miedo a hacer daño a mi pareja
- Miedo a que me hagan daño
- Miedo a ser rechazada/o por la pareja
- Miedo a las enfermedades de transmisión sexual
- Miedo al VIH - SIDA
- Miedo a enfermarse por exceso de actividad sexual
- Miedo a que mi familia se entere
- Miedo a que en la institución se enteren

58 -16.1 ¿Qué opinión tiene de los adolescentes (hombres) que tienen relaciones sexuales?

59 -16.2 ¿Qué opinión tiene de las adolescentes (mujeres) que tienen relaciones sexuales?

60 -00 ¿Qué consejo le daría a un compañero que ha dejado embarazada a una joven?

61 -00 ¿Qué consejo le daría a una compañera que ha quedado embarazada?

ANEXO 5: ENTREVISTA A MUJERES QUE TUVIERON SU PRIMER EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Perfil de las mujeres para entrevistas del estudio:

Las entrevistadas deben ser mujeres, que están o quedaron embarazadas durante su adolescencia. De preferencia entre 15 y 19 años de edad y que estén estudiando o no en la actualidad.

Objetivo:

Recoger evidencias acerca de la vivencia del embarazo en la adolescencia

Datos personales:

Edad actual: ___ años cumplidos, Estado civil: ___ Último grado estudiado: ___
Colonia: ___ Municipio: ___ Departamento: ___
Número de hijos/as: ___ Edad en la que tuvo su primer hijo/a: ___
Grado que estudiaba cuando quedó embarazada: ___

Guía de preguntas:

- 1) ¿Qué aspectos de su vida cambiaron con su primer embarazo? (Si este es su primer embarazo ¿En qué cree que cambiará su vida?)
- 2) ¿Cómo ha incidido el primer embarazo en su salud? ¿Su salud es igual ahora que antes de quedarse embarazada?
- 3) ¿Cómo ha incidido el primer embarazo en su desarrollo profesional? ¿Tener un hijo tan joven le ha permitido desarrollarse profesionalmente (estudiar, trabajar en su profesión, etc.) ¿Por qué?
- 4) Tuvo que dejar de estudiar? ¿Por qué? ¿Fue decisión propia o se sintió presionada? ¿Qué medidas tomó la institución educativa ante su estado de embarazo? ¿algún/a docente la apoyó y orientó?
- 5) ¿Cómo reaccionó su familia ante el embarazo? ¿Qué apoyo necesitó de su familia?
- 6) ¿Cómo reaccionó su pareja ante el embarazo?
- 7) ¿En qué cambió la vida de su pareja a raíz del embarazo? ¿Cree que su vida cambió de la misma forma que la suya? ¿Qué diferencias encuentra?
- 8) ¿Tuvo control natal? ¿Cómo fue su parto? ¿Dónde fue? ¿Quién la atendió? ¿Continuó revisando su salud después del parto?
- 9) ¿Cree que pudo haber evitado ese embarazo en su adolescencia? ¿Cómo?

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CALIFICACION DE INDICADORES

- 10) ¿Cree que tenía los suficientes conocimientos de sexualidad y salud sexual cuando se embarazó? ¿Qué información hubiera deseado tener en ese momento de su vida?
- 11) ¿Sabe qué consecuencias en la salud puede traer un embarazo a una adolescente? ¿Las conocía en el momento de quedarse embarazada?
- 12) ¿Cree que existe relación entre la información sobre sexualidad y salud sexual y los embarazos de las adolescentes? ¿Cuál es la relación que encuentra?
- 13) ¿Cree que es adecuado que a los y las adolescentes se les facilite información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva?
- 14) ¿Qué recomendación les daría a los y las adolescentes para evitar el problema del embarazo a su edad?
- 15) ¿Qué recomendaciones daría a los padres y madres de familia? ¿Y a las instituciones educativas?

ANEXO 6: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE INDICADORES

1) SOBRE LAS PRÁCTICAS SEXUALES...

1.1. Calificación de las relaciones sexuales (coitales) en función de lo seguras y saludables que son:

Para sacar un índice de este indicador, se sacó el promedio de las puntuaciones que se describen en las siguientes 7 preguntas de la encuesta, tomando en cuenta sólo aquellas personas que dijeron haber tenido relaciones sexuales:

43.- ¿Se sintió mal o culpable después de haber tenido su **primera relación sexual**?

Puntuación:

Si	0 puntos
No	10 puntos

44.-¿Sintió que su pareja le presionó para tener **relaciones la primera vez**?

Puntuación:

Si	0 puntos
No	10 puntos

45.-¿Se sintió frustrado/a después de su **primera relación sexual**?

Puntuación:

Si	0 puntos
No	10 puntos

46.-¿Utilizó algún método anticonceptivo cuando tuvo su **primera relación sexual**?

Puntuación:

Si, condón	10 puntos
Si, otro método	5 puntos
No	0 puntos

52.-¿Cuál es el método anticonceptivo que más ha utilizado en su vida? (marque con una X sólo una opción)

Puntuación:

El condón o preservativo	10 puntos
La Píldora	5 puntos
La inyección mensual	5 puntos
El dispositivo Intrauterino, DIU (aparato)	5 puntos
Retiro o coito interrumpido	5 puntos
El ritmo (calendario)	5 puntos
Ninguno	0 puntos

53.- ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?

Puntuación:

Si	0 puntos
No	10 puntos

57.- ¿Siente alguno de los siguientes temores ante las relaciones sexuales? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

- Miedo al embarazo
- Miedo a defraudar a la pareja
- Miedo a perder la virginidad
- Miedo a hacer daño a mi pareja
- Miedo a que me hagan daño
- Miedo a ser rechazada/o por la pareja
- Miedo a las enfermedades de transmisión sexual
- Miedo al VIH – SIDA
- Miedo a enfermarse por exceso de actividad sexual
- Miedo a que mi familia se entere
- Miedo a que en la institución se enteren

Para calificar esta pregunta se adjudicó a cada ítem marcado una puntuación de cero y cada ítem no marcado 10 puntos, posteriormente se sacó el promedio.

2) SOBRE EL CONOCIMIENTO QUE EL ALUMNADO TIENE ACERCA DE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA...

2.1. Conocimiento Sobre anatomía y fisiología de la sexualidad:

Para sacar un índice de este indicador, se sacó el **promedio** de las puntuaciones que se describen en las siguientes preguntas de la encuesta:

1.- Menciona las partes del cuerpo (órganos externos e internos) de un hombre que intervienen en las relaciones sexuales.

Puntuación:

No contesta	0 puntos
Menciona sólo órganos genitales	6 puntos
Menciona sólo otras partes del cuerpo que no son los genitales	3 puntos
Menciona ambas partes del cuerpo (genitales y no)	10 puntos

Cantidad de partes del cuerpo correctas que menciona:

3 partes mencionadas	5 puntos
4 partes mencionadas	6.5 puntos
5 partes mencionadas	8.5 puntos
6 partes mencionadas	10 puntos

ANEXO 4. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE INDICADORES

2.- Menciona las partes del cuerpo (órganos externos e internos) de una mujer que intervienen en las relaciones sexuales.

Puntuación:

Igual que la pregunta anterior

3.- ¿Le han explicado alguna vez cómo debe lavarse los órganos genitales?

Puntuación:

Si	10 puntos
No	0 puntos
No contesta	0 puntos

4.- Explique qué entiende por fecundación

Puntuación:

No contesta	0 puntos
Es la unión de un óvulo con un espermatozoide	10 puntos
Otras respuestas	0 puntos

5.- ¿Cómo debe ser una relación sexual para que una adolescente quede embarazada?

Puntuación:

No contesta	0 puntos
Hace referencia al proceso de eyacular dentro de la vagina	5 puntos
Hacer referencia a los métodos de evitar el embarazo	5 puntos
Hace referencia a ambas respuestas	10 puntos
Otras respuestas	0 puntos

2.2.- Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual:

Para construir un índice de este indicador, se tomó el promedio de las puntuaciones que se detallan en las siguientes preguntas de la encuesta:

9.- ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce?

Puntuaciones:

10 puntos por cada enfermedad mencionada correctamente.

10.- ¿Qué es el VIH?

Puntuaciones:

No responde	0 puntos
Respuesta correcta	10 puntos
Respuesta incorrecta	0 puntos

11.- ¿Qué es el SIDA?

Puntuaciones:

Las mismas que la anterior

12.- ¿Cómo se transmite el VIH – SIDA?

Puntuaciones:

Las mismas que la anterior

13.- ¿Qué se puede hacer para no contagiarse de VIH – SIDA?

Puntuaciones:

No responde o respuesta poco concreta o respuesta incorrecta	0 puntos
Utilizando condón	10 puntos
No utilizar objetos corto punzantes que hayan estado en contacto con sangre	10 puntos
Otras respuestas	5 puntos

2.3.- Conocimientos sobre anticonceptivos:

Para construir un índice de este indicador, se tomó el **promedio** de las puntuaciones que se detallan en las siguientes preguntas de la encuesta:

7.- Anote los métodos anticonceptivos que conoce:

Puntuaciones:

10 puntos por cada método anticonceptivo mencionado correctamente.

8.- ¿Cuál es su opinión acerca de los anticonceptivos?

Puntuaciones:

No responde	0 puntos
Opina favorablemente	10 puntos
Opina desfavorablemente	0 puntos
Mezcla opiniones favorables y desfavorables:	5 puntos

2.4.- Conocimientos sobre las consecuencias de un embarazo a temprana edad:

Para construir un índice de este indicador se tomó la suma de las puntuaciones adjudicadas a las respuestas de la pregunta:

6.- Mencione por qué no es adecuado que una muchacha adolescente quede embarazada.

Puntuaciones:

1.5 puntos para cada una de las consecuencias mencionadas
0 puntos para "no contesta".

2.5.- Mitos y prejuicios sobre algunos temas de sexualidad:

Para construir un índice de este indicador, se tomó el promedio de las puntuaciones que se detallan en la siguiente pregunta de la encuesta:

19.- Marque con **V** las frases que considere verdaderas y con **F** las falsas, deje sin marcar las que no comprenda:

- Un pene pequeño da menos placer a la mujer que un pene grande.
- Unos pechos grandes en las mujeres son signo de energía y deseo sexual.
- Durante la menstruación la mujer es impura.
- Durante la menstruación la mujer no debe realizar esfuerzos físicos.
- Durante la menstruación, la mujer no debe lavarse.
- Hay alimentos que las mujeres no deben comer durante la menstruación.
- Tener relaciones durante la menstruación puede traernos enfermedades infecciosas.
- Todas las mujeres deben sangrar durante su primera relación.
- A las mujeres se les nota que no son vírgenes en la forma de caminar.
- La pérdida de mucho semen debilita la salud del joven
- Los sueños húmedos son síntomas de una enfermedad psicológica.
- Las mujeres provocan el abuso sexual con su manera de vestirse
- El abuso sexual es causado por un impulso que los hombres no pueden controlar.
- Los hombres que abusan de las mujeres son enfermos mentales.
- Las píldoras anticonceptivas causan cáncer y suelen dejar estéril a una mujer
- Durante la menstruación es imposible quedar embarazada.
- El DIU es peligroso para las mujeres
- El método del calendario (o ritmo) es el más eficaz para no quedar embarazada.
- Utilizar el condón con frecuencia da "mal de orín".
- El SIDA sólo lo padecen las prostitutas, los drogadictos y los homosexuales.
- Si la pareja se baña antes de tener relaciones sexuales no contrae ninguna enfermedad.
- Si tenemos relaciones sexuales parados la mujer no quedará embarazada.
- Si la mujer orina y se lava después de tener relaciones sexuales no queda embarazada.

Puntuaciones:

No responde	5 puntos
Verdadera	0 puntos
Falsa	10 puntos

2.6.- Origen de la información

Para construir un índice de este indicador, se tomó el promedio de las puntuaciones que se detallan en las siguientes 7 preguntas de la encuesta que se detallan:

21.- ¿Ha tenido alguna charla sobre sexualidad en este año?

Puntuaciones:

Si	10 puntos
No	0 puntos
No contesta	0 puntos

24.- ¿Alguna vez durante este año, algún/a docente ha hablado con usted sobre sexualidad sin que usted le preguntara?

Puntuaciones:

Si	10 puntos
No	0 puntos
No contesta	0 puntos

26.- ¿Alguna vez ha buscado en algún libro algún tema de sexualidad que le interesaba?

Puntuaciones:

Si	10 puntos
No	0 puntos
No contesta	0 puntos

29.- ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le da su familia:?(Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

Puntuaciones:

Soy muy joven para tener relaciones sexuales	5 puntos
Las mujeres deben conservarse puras hasta que se casen	0 puntos
La mujer que no es pura no vale para esposa	0 puntos
Las relaciones sexuales a mi edad son pecado	0 puntos
Tocarse algunas partes del cuerpo es sucio	0 puntos
Debo tener cuidado para no salir embarazada o para embarazar a mi pareja	5 puntos
Me orientan sobre qué anticonceptivo utilizar.	10 puntos
Me orientan sobre cómo protegerme contra las enfermedades de transmisión sexual	10 puntos
Debo esperar a tener una carrera para tener relaciones sexuales	5 puntos
Otra: _____	0 puntos
Ninguna	0 puntos

Para puntuar cada pregunta se realizó la suma de las puntuaciones de los ítemes marcados y se adjudicaron nuevas puntuaciones:

Suma igual a cero	0 puntos
Suma entre 10 y 15	5 puntos
Suma entre 20 y 35	10 puntos

31.- ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le dan sus profesores/as? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

Puntuaciones:

Igual que en la pregunta anterior

33.- ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le dan en su iglesia? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

Puntuaciones:

Igual que en la pregunta anterior

34.- ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones aparecen en los libros que ha leído? (Marque con una X las opciones que considere adecuadas)

Puntuaciones:

Igual que en la pregunta anterior



Las Dignas

Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida, Las Dignas
Colonia Satélite Polígono S, Avenida Bernal No. 16 – S
San Salvador, El Salvador
Telf: 284-9550 Fax: 284-9551
e-mail: dignas.educacion@integra.com.sv
Página web: www.lasdignas.org.sv

Brot
für die Welt
Pan para el mundo

n(o)vib



Christian Aid
Unión Europea




MUGARIK GABE
Gobierno Vasco