

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO PARA  
EL ENTRENAMIENTO DE ADOLESCENTES EN  
INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL (I):  
UN ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS RESULTADOS SOBRE  
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES**

**J. M. Bethencourt Pérez**

**A. Fumero Hernández**

**E. Fernández Hernández**

**R. León Rodríguez**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Islas Canarias)

**RESUMEN**

*El interés primordial de este artículo es dar a conocer un programa de educación sexual y de prevención de embarazos no deseados en adolescentes que ha contado con un riguroso diseño. En nuestro programa ofrecemos la última información sobre embarazos en adolescentes, sexualidad, anticonceptivos, aborto, SIDA, etc. Presentamos una descripción del programa que incluye los componentes del programa, el diseño, resultados y conclusiones.*

**Palabras clave:** EDUCACIÓN SEXUAL, PREVENCIÓN DE EMBARAZOS, ANTICONCEPCIÓN, SIDA, VALORACIÓN DE PROGRAMAS

## SUMMARY

*The principle aim of this paper is to present a model adolescent sexuality and pregnancy program that have included rigorous evaluation design. In our adolescents sexuality program we offer the latest information on teen pregnancy and questions of contraception, adolescent sexuality, abortion, AIDS, etc. We provides a description of the program and its evaluation, including the program elements, the evaluation design, the evaluation results, and finally, conclusions.*

**Key words:** *SEXUAL EDUCATION, TEEN PREGNANCY PREVENTION, CONTRACEPTION, AIDS, PROGRAM EVALUATION*

## 1. INTRODUCCIÓN

La sensibilidad de este programa gira principalmente en torno a la falta de información y educación sexual así como al alarmante número de embarazos no deseados en adolescentes canarias. La información y educación sexual no son sólo necesarias como un medio de prevención de problemas determinados como podrían ser los embarazos no deseados y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sino que pueden ser contempladas dentro de un marco más amplio de educación para la salud comprendida como la creación de hábitos de higiene física y mental que permitan un desarrollo personal saludable, una aceptación del propio cuerpo, y un respeto hacia las actitudes y comportamiento sexual de los demás.

Diversos factores como la casi nula información y educación sexual en el sistema educativo, así como las trabas legales para el uso de anticonceptivos a las personas menores de dieciocho años contribuyen a aumentar las tasas de embarazos no deseados. Estos embarazos no deseados comportan riesgos psicológicos, físicos y sociales para la madre, niño, pareja y ambiente familiar cercano (Valerio, 1985). Datos como los anteriores han hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre otros organismos considere que los adolescentes son una población de riesgo en cuanto a la sexualidad y reproducción se refiere. En Canarias, aunque la puesta en práctica de proyectos como el Programa Harimaguada, nos hablan de un cierto apoyo a los programas de educación sexual por parte de los responsables de la política educativa, la existencia de programas así como la valoración de los mismos sigue siendo bastante escasa.

Hay muchos adolescentes que, aunque realizan conductas de riesgo de embarazo, no tienen, aunque nos pueda parecer increíble, conciencia del riesgo, y no realizan conductas preventivas, a pesar de que no desean tener hijos en el momento actual de sus relaciones, por lo que se hace necesario que tengan la educación e información necesaria y que utilicen los métodos preventivos adecuados (Furstenberg, Moore y Peterson, 1985). En países desarrollados, Ammerman, Perelli y Adler (1992) encuestaron a 160 jóvenes entre trece y dieciocho años de edad y encontraron una gran falta de conocimiento de los adolescentes de ambos sexos sobre reproducción y sexualidad. Por su parte, Boulton y Cunningham (1992), en una población de jóvenes africanas encuentran que los embarazos en adolescentes se asocian a: una estructura familiar desorganizada, un gran desacuerdo con las normas culturales tradicionales, la falta de formación educativa, la falta de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, la edad de comienzo de la menarquía y la edad de comienzo de la actividad sexual.

Los embarazos no deseados entre adolescentes se han asociado a una alta prevalencia de conductas desadaptadas como el abandono escolar y el abuso de menores (Levine y Perkins, 1987). Valerio (1985) comprobó que la educación sexual resulta en tasas reducidas de embarazos no deseados entre adolescentes así como en un incremento del uso de métodos de control de natalidad; Howard (1985) presenta datos de la importancia de estos programas en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Ehrhardt et al (1992), trabajando en barrios de alta prevalencia del SIDA, sugieren que incluso las intervenciones con mujeres de alto riesgo deben consistir en educación sexual, anatomía y fisiología y habilidades de negociación sexual.

En los años 90, algunos programas se han fijado la meta, bastante conservadora, de la abstinencia sexual. Así, por ejemplo, Weed y Jensen (1993) investigaron los hallazgos de Olsen et al (1992) donde los muchachos con experiencia sexual tuvieron un cambio de actitud contrario al intentado por su programa de abstinencia sexual, y encuentran que con una mayor duración de los programas y un mejor entrenamiento de los profesores, es posible lograr cambios significativos a favor de valores de abstinencia sexual. Otros programas, siguiendo una filosofía similar a la propuesta que nosotros hacemos, se han fijado metas más progresistas como el disfrute de una sexualidad responsable y el respeto por las actitudes y conductas sexuales de los demás. Green et al (1993) trabajaron con 27 muchachos y 52 muchachas, y encuentran que las mujeres tienen actitudes más positivas hacia los gay y lesbianas

que los hombres. El programa fue eficaz en alterar las actitudes de las mujeres. Barth et al (1992), en un programa de prevención de embarazos no deseados, usan técnicas basadas en las teorías del aprendizaje social, incluyendo modelado, práctica de habilidades escolares y extraescolares para abstenerse de realizar el intercurso sexual y para usar anticonceptivos. El conocimiento sobre reproducción y anticoncepción, las intenciones de utilizar habilidades para evitar embarazos, y la comunicación con los padres sobre prevención de embarazos fue significativamente mayor en el postest y en el seguimiento para el grupo entrenado que para el grupo control. Los miembros del grupo experimental tendieron a usar más frecuentemente métodos de control de natalidad, especialmente los que empezaron a tener relaciones sexuales después del programa.

Kirby (1992) después de revisar una serie de programas de educación sexual realizados en los años anteriores, concluye que la evidencia presta apoyo para los programas de educación sexual, de anticoncepción y de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y del SIDA.

Con respecto a las actitudes de los padres hacia la educación sexual, Verby y Herold (1992) realizaron una encuesta en diversas escuelas, y encontraron que el 65% de los sujetos creía que tales programas deberían desanimar la práctica de relaciones prematrimoniales; El 88% que deberían enseñar sobre la utilización de preservativos. Tal y como era de esperar, la práctica religiosa correlacionó con la intención de que los programas desanimaran el establecimiento de relaciones sexuales prematrimoniales. Para Senanayake (1992), datos como los anteriores nos hablarían de la necesidad de preparación mental de la población adulta con respecto a las necesidades de los adolescentes.

En cuanto a los déficits de los programas de educación sexual, Woodcock, Stenner e Ingham (1992) recogiendo datos de jóvenes entre 16 y 23 años, encuentran que los adolescentes critican un énfasis en factores biológicos sin una adecuada explicación y discusión, y estiman que falta información sobre todo de la utilización de métodos anticonceptivos. Weerakoon (1992), hace una revisión de programas de educación sexual de la última década y encuentra que: no se operacionalizan los objetivos, ni se basan en las necesidades evaluadas. Se utilizan diseños pretest-postest, utilizando cuestionarios preestablecidos con poca consideración de su conformidad con los objetivos del programa.

Por nuestra parte, en nuestro programa de educación sexual a pesar de basarnos fundamentalmente en sesiones de tipo informativo intentamos conse-

guir un cambio de actitudes por medio de la utilización de procedimientos como la reflexión por parte de los sujetos y por medio del debate grupal. El contenido de nuestro programa giró en torno a los puntos siguientes: 1) Concepto de sexualidad, orientación sexual humana y actitudes hacia la sexualidad; 2) Conocimiento del propio cuerpo; 3) Fecundación, embarazo y parto; 4) Planificación familiar y anticonceptivos; 5) Enfermedades de transmisión sexual y Trastornos del ciclo de la respuesta sexual, y 6) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), mecanismos de transmisión, prácticas de riesgo, prevención, tratamiento y grupos de apoyo.

Partiendo de que la sexualidad está en función de distintos procesos: biológico (etapas del desarrollo) y psicológico (la afectividad, los sentimientos, el enamoramiento, la atracción y el deseo); pensamos que es una búsqueda de placer por lo que no podemos reducirla a la reproducción o a la genitalidad. Puede vivirse de múltiples formas, cada persona tiene su forma de sentir y vivir el deseo sexual; todas son válidas, siempre que estén basadas en el diálogo, afecto, respeto a la diversidad, placer e igualdad y no en la imposición de una forma ante otra, de dominio, de violencia (Kaplan, 1974; Lo Piccolo y Lo Piccolo, 1978; Master y Johnson, 1979). Es muy importante estar bien informados para eliminar creencias equivocadas (Valerio, 1985).

## **2. LA PREPARACIÓN DEL TRABAJO**

La preparación del trabajo previo a nuestra intervención constó además del contacto previo con los centros escolares, de los siguientes puntos: a) Preparación del material del texto a impartir con revisión de la bibliografía pertinente. Este material forma ya un texto base que cuenta con esquemas explicativos; b) Preparación de los instrumentos psicológicos y de evaluación de conocimientos del programa y del que hablaremos en un apartado posterior, y c) Preparación de los psicólogos y paraprofesionales (alumnos de Psicología) que llevaron a cabo la exposición de los contenidos del programa así como el pase de pruebas de evaluación. Esto se realizó mediante seminarios de formación grupales.

## **3. MÉTODO**

Este apartado lo dedicaremos a la presentación de la fase experimental de este programa de intervención. Describiremos detalladamente el procedi-

miento de acceso a la muestra, el volumen de participantes y las características de los mismos, las pruebas utilizadas y el modo de utilización de éstas.

### **3.1. El procedimiento de acceso a la muestra**

De entrada y como modo de tener acceso a una muestra de población adolescente nos pusimos en contacto con varios Institutos de Bachillerato y de Formación Profesional de las Islas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote, donde después de explicar los propósitos de nuestro programa se nos dio un permiso verbal para que realizáramos el programa comunitario de educación sexual con jóvenes que nunca hubieran pasado por un programa de este estilo.

### **3.2. Volumen de participantes y descripción**

La muestra a la que se pudo acceder, hasta el momento de comenzar los análisis en el ordenador, estaba compuesta por 290 jóvenes que completaron cada una de las pruebas de la batería que pasamos. La mitad de estos jóvenes pasaron a formar parte del grupo experimental y la otra mitad del grupo control. La edad media de los sujetos en el grupo experimental era 15.2 y en el grupo control 15.8, y los cursos con los que se trabajó fueron los de primero de Bachillerato Unificado Polivalente y de Formación profesional. En cuanto al sexo, tanto en el grupo control como en el experimental 58 eran varones (40%) y 87 mujeres (60%).

Una característica más de la muestra era el lugar de residencia. Aquí se diferenció únicamente entre rural y urbano. Se consideró urbano a los que habitaran en una población igual o mayor a 50.000 habitantes, número tope a partir del cual se hace la distinción entre rural y urbano (ICE, 1993). Nuestro grupo experimental estaba compuesto por un 68% de personas que habitaban en un núcleo urbano y un 32% que lo hacían en un núcleo rural. Por su parte, en el grupo control el 72% habitaban en zona urbana y el 28% en zona rural.

### **3.3. Modo operativo**

Distinguimos aquí dos apartados: uno, en donde hacemos una descripción y explicación de cada una de las pruebas que se pasaron a los adolescentes, y otra donde hacemos un acercamiento a la forma de administrar dichas tareas.

### 3.3.1. Pruebas

En nuestra investigación se usaron las siguientes pruebas:

*-Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales (ECAS).*-

La utilización de escalas de conocimientos con el objetivo de evaluar cambios producidos en las personas que participan en programas de intervención es un tipo de instrumentación de uso común en la bibliografía especializada (Pelechano, 1980). En función de la revisión bibliográfica y del nivel de conocimientos esperados en los adolescentes, así como del material de texto preparado por nosotros, elaboramos una escala de conocimientos y actitudes sexuales (ECAS) para adolescentes. La escala cubre seis factores racionales cuyos nombres e ítems son los siguientes:

Factor 1.- Concepto de sexualidad, orientaciones sexuales humanas y actitudes hacia la sexualidad.

Implica un concepto de sexualidad no necesariamente ligado a la reproducción ni a la genitalidad, así como una actitud de respeto por las distintas orientaciones y actividades sexuales (e.g masturbación, homosexualidad) siempre que se manifiesten en plena libertad, sin coacción, y una postura a favor de la enseñanza de la sexualidad en los centros educativos. El factor lo forman los siguientes ítems, que han sido valorados por nuestro equipo como verdaderos (V) o falsos (F):

#### ITEM N°

1. Hablar de sexualidad es lo mismo que hablar de reproducción (F)
4. La homosexualidad es un tipo normal de deseo sexual (V)
13. Sería positivo que se nos ofreciera información sobre sexualidad en los centros de enseñanza (V)
14. Deberíamos practicar el sexo con nuestra pareja sólo cuando a ambos nos apetezca (V)
15. Los contactos bucogenitales son una expresión natural de la sexualidad (V)
16. Hay tipos de deseo sexual que no deberían estar permitidos aunque estén basados en el afecto, diálogo, placer, igualdad y consentimiento mutuo (F)
17. No es natural que los ancianos hagan el amor (F)
20. El placer físico es la única de las necesidades que va a satisfacer la conducta sexual (F)
40. El sexo debe practicarse sólo en el matrimonio (F)
41. Los adolescentes deberían tener acceso a medios de control de natalidad (V)

- 43. En España el aborto es legal en caso de violación (V)
- 44. Los padres deberían hablar de sexo a sus hijos con absoluta normalidad (V)
- 45. El coito anal es una expresión natural de la sexualidad (V)
- 50. En nuestro país se permite abortar legalmente a toda mujer que lo desee (F)
- 55. Las fantasías sexuales son algo completamente anormal (F)
- 60. La virginidad debería ser muy importante para la mujer (F)

#### FACTOR 2.- Conocimiento del cuerpo.

El área que cubre este factor se refiere fundamentalmente al conocimiento de la anatomía genital masculina y femenina así como al conocimiento del ciclo de la respuesta sexual humana. Este factor recoge los siguiente ítems:

##### ITEM N°

- 3. En la pubertad se desarrolla el escroto en las mujeres (F)
- 6. El liquido alcalino que segrega la prostata mata a los espermatozoides (F)
- 18. Masturbarse es malo para la salud (F)
- 19. Las eyaculaciones y erecciones espontáneas del pene son un fenómeno natural en la pubertad (V)
- 21. El útero es un órgano sexual sólo de la mujer (V)
- 22. La glándula de Bartolino es un órgano genital externo femenino (F)
- 25. Los ovarios son células sexuales femeninas (V)
- 26. La testosterona es una hormona sexual femenina (F)
- 27. El escroto regula la temperatura de los testículos (V)
- 28. La prostata forma parte de la anatomía genital del varón pero no de la mujer (V)
- 29. Los estrogénos son hormonas sexuales femeninas (V)
- 30. El tamaño del pene influye en la capacidad sexual del hombre (F)
- 31. En estado de reposo el glande cubre al prepucio (F)
- 37. Durante los días de la regla la mujer no debe ducharse (F)
- 47. El prepucio es lo mismo que el glande (F)
- 48. Cuando la mujer alcanza el orgasmo se produce la fecundación (F)
- 51. Usar medios caseros para abortar conlleva riesgo de infección y de daños irreparables para el cuerpo de la mujer (V)
- 54. Tras la fase de resolución durante un período de tiempo ni el hombre ni la mujer pueden tener orgasmos (F)
- 56. Los hombres que no pueden tener hijos son sexualmente impotentes (F)



FACTOR 3.- Fecundación, embarazo y parto.

Implica este factor un conocimiento de: a) los comportamientos que pueden dar lugar a la fecundación y el proceso de fecundación, y b) del proceso del embarazo y de las conductas sexuales adecuadas durante el embarazo, parto y puerperio. Los ítems que cubren este factor son los siguientes:

ITEM N°

2. Es poco probable que una adolescente que mantenga relaciones sexuales sin ningún tipo de precaución quede embarazada (F)
5. El útero está preparado para recibir el huevo fecundado (V)
7. Durante el puerperio el varón deberá utilizar preservativos para evitar la contaminación de posibles infecciones a la mujer (V)
24. La fecundación se produce en las trompas de Falopio (V)
32. El primer trimestre del embarazo es el que mejor soporta la mujer (F)
33. En el parto el período de dilatación puede durar de seis a diez horas (V)
34. Frecuentemente al comienzo del embarazo la mujer duerme menos de lo normal (F)
46. En un parto normal se tira del cordón umbilical para que salga el crío y se deja dentro la placenta (F)
49. La interrupción del embarazo antes de las doce semanas tiene menos complicaciones y riesgos para la salud de la mujer que un parto (V)

FACTOR 4.- Métodos anticonceptivos.

Este factor indica un conocimiento de lo que son métodos anticonceptivos así como un conocimiento diferencial de algunos de los más utilizados y de su eficacia y contraindicaciones. Los ítems del factor son los siguientes:

ITEM N°

8. El método anticonceptivo ideal para cualquier mujer es la utilización de píldoras anticonceptivas (F)
9. El DIU o dispositivo intrauterino es muy eficaz (V)
35. El acto sexual interrumpido es un método anticonceptivo eficaz (F)
36. Toda mujer puede tomar la píldora anticonceptiva ya que no tiene contraindicaciones (F)
57. En la elección de un método anticonceptivo no importa la edad de la mujer (F)
58. El diafragma debe colocarse después del coito antes de 6 horas (F)
62. La píldora es más efectiva que el uso combinado de preservativo y cremas espermicidas (F)

FACTOR 5.- Enfermedades de Transmisión Sexual y Trastornos del ciclo de la Respuesta Sexual.

El área que cubre este factor se refiere al conocimiento de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS), a la importancia del uso del preservativo como preventivo y al conocimiento e algunos trastornos del ciclo de la respuesta sexual. Los ítems de este factor son los siguientes:

ITEM N°

- 10. En la gonorrea o purgaciones es necesario que el alumno afectado deje de asistir al centro (V)
- 11. La dispareunia se puede producir sólo en la mujer (F)
- 53. El preservativo no protege del contagio de las enfermedades de transmisión sexual (F)
- 65. En la sífilis no es necesario que el alumno afectado deje de asistir al centro escolar, pero debe estar sanitariamente vigilado (F)

FACTOR 6.- SIDA y mecanismos de Transmisión.

Los ítems de este factor, que se presentan a continuación, cubren algunos conocimientos generales en cuanto al SIDA, las prácticas de riesgo para el SIDA y las actitudes ante los infectados por esta enfermedad.

ITEM N°

- 12. Ser homosexual o heroinómano da lugar a que se adquiera el SIDA (F)
- 38. Una práctica de riesgo para el SIDA es la de los drogadictos que comparten agujas y jeringuillas (V)
- 39. A los enfermos del SIDA deberían hospitalizarlos de por vida para que no fastidien a los demás (F)
- 53. El preservativo no protege del contagio de enfermedades de transmisión sexual (F)
- 59. No es peligroso darle un beso a una persona con SIDA (V)
- 61. El virus del SIDA puede afectar a cualquier persona que realice determinadas prácticas sexuales sin ningún tipo de prevención (V)
- 63. El uso del preservativo puede evitar el contagio del SIDA (V)
- 64. Las personas con SIDA pueden tener relaciones sexuales informando previamente a su pareja y tomando las medidas adecuadas para no contagiar su enfermedad (V)
- 66. Compartir un refresco con una persona con SIDA es peligroso (F)

El cumplimentar esta escala fue bastante sencillo para los adolescentes entrevistados. Las alternativas de respuestas eran siempre o "verdadero" o "falso". De esta escala se pueden sacar seis puntuaciones parciales (una

para cada uno de los factores racionales aislados) más una puntuación total, correspondiente a los aciertos en todos los ítems.

En nuestro programa de intervención a parte de la escala ECAS utilizamos otra serie de instrumentos de evaluación: cuestionario de extraversión-neuroticismo-rigidez (ENR) y cuestionario de motivación-ansiedad (MA) ambos del profesor Vicente Pelechano, escala de asertividad de Rathus, y cuestionario de miedos sexuales de M.C. López (de los resultados obtenidos en nuestra investigación que tienen que ver con el análisis de estos cuestionarios, daremos cuenta en un segundo artículo).

### **3.3.2. Modo de aplicación**

Se utilizaron entrevistadores para obtener los datos y para exponer el contenido del curso. Se trataba de estudiantes de 5º de Psicología de la Universidad de La Laguna previamente formados. Estos colaboradores eran presentados a los jóvenes estudiantes por profesores de los diversos cursos a los que se asistía. A los entrevistados se les informaba que pretendíamos tener datos sobre los conocimientos y actitudes sexuales de los jóvenes canarios, pidiéndoles su colaboración voluntaria. A la vez informábamos pero no prometíamos que intentaríamos ofrecer un curso sobre educación sexual para aquellos interesados. En honor a la verdad, el programa levantó gran entusiasmo por lo que fue solicitado por alumnos/as de otras aulas a los que no habíamos ofrecido el mismo. El pase de las pruebas se realizaba en dos o tres sesiones y de forma grupal. Se desistió de la aplicación individual ya que no resultaba rentable, y realmente no se hacía imprescindible.

El orden en que se pasaban las pruebas era el siguiente: a) Pretest: ENR, MA, ECAS, cuestionario asertividad, cuestionario de miedos sexuales, pequeño cuestionario sobre comportamientos sexuales y prácticas de riesgo de SIDA; b) Retest: ECAS, miedos sexuales y cuestiones sobre prácticas de riesgo ante el SIDA, y c) Seguimiento: ECAS, y cuestiones sobre prácticas de riesgo ante el SIDA.

Utilizamos un diseño de grupo control pretest y postest. Una vez pasadas las pruebas del pretest formamos dos grupos igualados en edad, número de sujetos, sexo y curso de enseñanza. Un grupo actuó como grupo control (pasando por el pase de prueba antes-después pero sin recibir el programa comunitario de educación sexual) y el otro como grupo experimental recibiendo tanto el pase de pruebas como el programa.

#### 4. RESULTADOS

En este apartado nos ocuparemos en la presentación de los principales resultados alcanzados hasta el momento por nuestro programa comunitario de educación sexual.

##### 4.1. Análisis de la escala de conocimientos y actitudes sexuales (ECAS)

Un asunto de vital importancia a la hora de la valoración de los resultados se refiere a la evaluación de los cambios en cuanto a conocimientos y actitudes hacia la sexualidad. Hemos utilizado para ello la escala de conocimientos y actitudes sexuales que ha sido cumplimentada en dos ocasiones (pretest y postest), por lo que ya disponemos de los primeros datos del programa (en cuanto a conocimientos y actitudes).

Realizamos un análisis de consistencia interna de los diversos factores de la escala ECAS. Los resultados obtenidos nos confirman una alta y semejante fiabilidad en términos de consistencia interna para cada uno de nuestros factores. Los alfa de Cronbach obtenidos, y que han oscilado entre .80 para el sexto factor y .85 para el segundo, pueden observarse en el cuadro número 1.

**Cuadro 1.- Consistencia interna de los factores de la escala ECAS**

	ALFA TIPIFICADA
FACTOR 1: Concepto de Sexualidad, Orientación Sexual humana y actitudes hacia la sexualidad	.82
FACTOR 2: Conocimiento del cuerpo, anatomía genital y ciclo de la respuesta sexual	.85
FACTOR 3: Fecundación, embarazo y parto	.81
FACTOR 4: Anticonceptivos	.83
FACTOR 5: E.T.S y trastornos del ciclo de la respuesta sexual	.82
FACTOR 6: SIDA	.80
Nota: La explicación en el texto.	

Dado que la escala se aplicó al menos en dos ocasiones al grupo experimental y en dos ocasiones al grupo control, cabrían una serie de comparaciones.

En el cuadro 2 se encuentran recogidas las puntuaciones medias por factor y en total, las desviaciones típicas, valor de "t" y nivel de significación obtenido para el grupo experimental, antes y después del programa de intervención.

**Cuadro 2.- Puntuaciones en la escala de conocimientos y actitudes sexuales antes-después para el grupo experimental**

FACTORES	X1	DT1	X2	DT2	t	NS
1. Concepto de Sexualidad, Orientación Sexual humana y actitudes hacia la Sexualidad	10.33	4.73	15.56	2.03	-13.2	.000
2. Conocimiento cuerpo, anatomía genital y ciclo respuesta sexual	11.59	5.09	16.90	3.3	-12.2	.000
3. Fecundación, embarazo y parto	5.30	1.44	7.66	1.74	-14.4	.000
4. Anticonceptivos	4.34	1.63	6.42	1.14	-14.3	.000
5. E.T.S y Trastornos del ciclo de la Respuesta Sexual	1.16	0.89	2.89	1.47	-5.8	.000
6. SIDA	5.95	2.59	8.42	1.18	-11.6	.000
7. Escala Total	39.68	11.9	57.86	8.81	-17.9	.001

NOTA.- N= 145. X1= media de la primera aplicación; DT1= desviación típica de la primera aplicación; X2= media de la segunda aplicación; DT2= desviación típica de la segunda aplicación; t = valor de t; NS= nivel de significación. Se ha omitido el cero y la coma decimal se ha sustituido por un punto. La explicación en el texto.

Recordemos que las puntuaciones que recoge el cuadro corresponden a los aciertos de la escala y que cada acierto se valora con una puntuación de uno. Estos son los principales resultados obtenidos.

Tomada la escala en bloque los resultados demuestran que los alumnos y alumnas que han pasado por nuestro programa han mejorado significativamente sus conocimientos y actitudes hacia la sexualidad. La diferencia es significativa por encima del uno por 1000 ( $p < .001$ ). Desde este resultado puede decirse que el curso ha sido eficaz promoviendo un cambio en conocimientos y actitudes hacia la sexualidad.

**Cuadro 3.- Puntuaciones en la escala de conocimientos y actitudes sexuales antes-después para el grupo control**

FACTORES	X1	DT1	X2	DT2	t	NS
1. Concepto de Sexualidad, Orientación Sexual humana y actitudes hacia la Sexualidad	9.9	5.34	9.96	4.53	-2.6	.797
2. Conocimiento cuerpo, anatomía genital y ciclo respuesta sexual	11.35	5.71	11.16	4.83	.64	.526
3. Fecundación, embarazo y parto	5.15	1.93	5.39	1.4	-2	.06
4. Anticonceptivos	5.03	1.97	5.29	1.81	-2.07	.04
5. E.T.S y Trastornos del ciclo de la Respuesta Sexual	1.1	.86	1.02	.92	2.61	.01
6. SIDA	5.63	3.06	5.87	2.61	-1.58	.116
7. Escala Total	38.17	15.39	38.7	11.35	-.58	.562

NOTA.- N= 145. X1= media de la primera aplicación; DT1= desviación típica de la primera aplicación; X2= media de la segunda aplicación; DT2= desviación típica de la segunda aplicación; t = valor de t; NS= nivel de significación. La coma decimal se ha sustituido por un punto. La explicación en el texto.

Por lo que respecta a los factores racionales aislados por la escala, no parecen apreciarse efectos diferenciales. Esta falta de efectos diferenciales nos hablaría de una igual incidencia de nuestro programa sobre las distintas áreas muestreadas. Esto es, el programa afecta casi por igual a unas áreas que a otras. De todas formas tendríamos que decir que aunque todos estos cambios son significativos y en sentido positivo, los mayores cambios se producen en el tercer factor o de fecundación, embarazo y parto, y los menores cambios en el quinto factor o dimensión de enfermedades de transmisión sexual y trastornos del ciclo de la respuesta sexual aunque insistimos que estos cambios siguen siendo significativos. Por último, habría que destacar de la tabla número 2 que, como consecuencia de los efectos de nuestro programa en el conjunto de alumnos del grupo experimental, se produce una menor dispersión en las puntuaciones obtenidas tanto en el total de la escala como en los factores 1, 2, 4, y 6, de lo que podemos deducir un similar aprovechamiento de los alumnos pertenecientes a este grupo. No podemos decir lo mismo con respecto a los factores 3 y 5, donde se produce una mayor dispersión en la fase postest.

La misma escala fue cumplimentada por un grupo control de sujetos ( $n= 145$ ).

Los resultados se encuentran en el cuadro número tres.

Como puede apreciarse en el cuadro en el grupo control sólo se aprecia ganancia en el cuarto de los factores estudiados, apreciándose en cambio alguna pérdida significativa (aunque mínima) en el quinto factor. Estos resultados hablan a favor de la bondad de nuestro programa.

A pesar de los efectos de nuestro programa de intervención no deberíamos ser excesivamente optimistas sin antes analizar otros resultados. Queremos decir, que es posible que los alumnos y alumnas que hayan participado en nuestro programa de educación sexual no fueran alumnos "típicos" esto es, que sus puntuaciones fueran distintas a las que podría obtener una muestra diferente, por lo que los efectos del programa serían distintos. Como forma de probar la atipicidad o no de la muestra de alumnos se complementaron 145 escalas de conocimientos y actitudes sexuales en Las Palmas de Gran Canaria. En el cuadro 4 se ofrecen los estadísticos básicos y diferencias encontradas entre la muestra experimental y la control.

No existen diferencias por lo que se refiere a la puntuación total en la escala, por lo que si tomamos ambas muestras en bloque podemos considerarlas homogéneas en cuanto al instrumento. Lo mismo ocurre en cuanto a los factores racionales tomados individualmente. Creemos que los resul-

tados son satisfactorios en términos generales y son un indicador indirecto sobre la homogeneidad de los alumnos/as en cuanto a conocimientos y actitudes sexuales.

**Cuadro 4.- Comparación puntuaciones en la escala de conocimientos y actitudes sexuales entre el grupo control y el experimental fase antes**

FACTORES	X1	DT1	X2	DT2	t	NS
1. Concepto de Sexualidad, Orientación Sexual humana y actitudes hacia la Sexualidad	9.9	5.34	10.33	4.73	.72	.471
2. Conocimiento cuerpo, anatomía genital y ciclo respuesta sexual	11.35	5.71	11.59	5.09	.38	.70
3. Fecundación, embarazo y parto	5.15	1.93	5.30	1.44	.76	.449
4. Anticonceptivos	5.03	1.97	5.34	1.63	1.49	.137
5. E.T.S y Trastornos del ciclo de la Respuesta Sexual	1.1	0.86	1.16	0.89	.53	.59
6. SIDA	5.63	3.06	5.95	2.59	.95	.34
7. Escala Total	38.17	15.39	.68	11.9	.93	.35

NOTA.- N= 145. X1= media de la primera aplicación grupo control; DT1= desviación típica de la primera aplicación grupo control ; X2= media de la primera aplicación grupo experimental; DT2= desviación típica de la primera aplicación grupo experimental; t= valor de t; NS= nivel de significación. La coma decimal se ha sustituido por un punto. La explicación en el texto.

Para terminar, en el cuadro 5, se recogen los resultados obtenidos en la escala ECAS al comparar el grupo control y el experimental en la fase después del programa.



**Cuadro 5.- Puntuaciones en la escala de conocimiento y actitudes sexuales entre grupo control y experimental fase después**

FACTORES	X1	DT1	X2	DT2	t	NS
1. Concepto de Sexualidad, Orientación Sexual humana y actitudes hacia la Sexualidad	9.96	4.53	15.56	2.03	13.56	.000
2. Conocimiento cuerpo, anatomía genital y ciclo respuesta sexual	11.16	4.83	16.9	3.3	11.81	.000
3. Fecundación, embarazo y parto	5.39	1.39	7.66	1.74	12.32	.000
4. Anticonceptivos	5.29	1.81	7.42	1.14	11.98	.000
5. E.T.S y Trastornos del ciclo de la Respuesta Sexual	1.02	0.92	2.89	1.47	7.16	.000
6. SIDA	5.87	2.61	8.42	1.18	10.74	.000
7. Escala Total	38.7	11.35	57.86	8.81	15.49	.000

NOTA.- N= 145. X1= media de la segunda aplicación grupo control; DT1= desviación típica de la segunda aplicación grupo control; X2= media de la segunda aplicación grupo experimental; DT2= desviación típica de la segunda aplicación grupo experimental; t = valor de t; NS= nivel de significación. Se ha omitido el cero y la coma decimal se ha sustituido por un punto. La explicación en el texto.

Como podemos observar en el cuadro se encuentran diferencias significativas en cada uno de las dimensiones de la escala ECAS así como en el factor total; estas diferencias siempre son a favor del grupo experimental, de lo que podemos deducir un aprovechamiento del programa por parte de este último grupo en comparación con el grupo control de espera.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimiento de la sexualidad humana y actitudes hacia la sexualidad para el grupo experimental. En cuanto a esto último se produce un cambio de actitudes en cuanto a la valoración de las prácticas sexuales de otras personas, una mayor aceptación de la masturbación, homosexualidad, y variaciones en la práctica de la sexualidad en el grupo experimental, no produciéndose cambios en el grupo control. Parece ser, en otras palabras, que la educación sexual resulta en una mayor tolerancia de la diversidad sexual. En cuanto a los conocimientos específicos, habría que decir que hay un buen aprovechamiento del programa por parte del grupo que participó en el mismo, con mayores conocimientos a la finalización en las siguientes materias: conocimiento del propio cuerpo; fecundación, embarazo y parto; planificación familiar y anticoncepción; enfermedades de transmisión sexual y trastornos del ciclo de la respuesta sexual; y SIDA, mecanismos de transmisión, prácticas de riesgo, prevención, tratamiento y apoyo. Por tanto, se producen cambios positivos en todos los factores de la escala ECAS. Por otra parte y en cuanto al grupo control, las puntuaciones antes-después son prácticamente similares, y así de los 7 factores en cuatro no se encuentran diferencias significativas, en dos (fecundación, embarazo y parto, y anti-conceptivos) hay una mínima ganancia en la fase después, y en el factor de E.T.S. y trastornos del ciclo de la respuesta sexual hay una ligera pérdida.

De estos resultados se desprende una clara eficacia de nuestro programa en cuanto al cambio de conocimientos y actitudes de los jóvenes ante la sexualidad. Nuestros objetivos se centran ahora en recoger datos de consolidación de nuestro programa a medio plazo, y más a largo plazo, analizar la relación entre este tipo de programas y la evitación de embarazos no deseados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ammerman, S., Perelli, E., Adler, N. (1992).- Do adolescent understand what physicians say about sexuality and health?. *Clinical Pediatrics*, 31 (10), 590-595.

- Boult, B., Cunningham, P. (1992).- Black teenage pregnancy: An african perspective. *International Journal of Adolescence and Youth*, 3 (3-4), 303-309.
- Ehrhardt, A., Yingling, S.; Zawadski, R., Martinez Ramirez, M. (1992).- Prevention of heterosexual transmission of HIV: Barriers for women. Special issue: Sexual transmission of HIV infection: Risk reduction, trauma and adaptation. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5 (1-2), 37-67.
- Furstenberg, F., Moore, K., y Peterson, J. (1985).- Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal of Public Health*, 75, 1331-1332.
- Green, S., Dixon, P., Gold, N y Valerie, N. (1993).- The effects of a gay/lesbian panel discussion on college student attitudes toward gay men, lesbian, and person with AIDS. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, (1), 47-63.
- Howard, M. (1985).- Postponing sexual involvement among adolescents: An alternative approach to prevention of sexually transmitted diseases. *Journal of Adolescent Health Care*, 6 (4), pp 271-277.
- Instituto Canario De Estadística (1993).- *Censo de población y viviendas de Canarias 1991*. Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Canarias.
- Kaplan, H. (1974).- *The new sex therapy: Active treatment of sexual disfunctions*. New York. Quadrangle Books.
- Kirby, D. (1992).- School-based prevention programs: Design, evaluation, and effectiveness. En Diclemente, R (ed), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. Sage Publications: Newbury Park.
- Levine, M., y Perkins, D. (1987).- *Principles of Community Psychology*. New York. Oxford University Press.
- Lo Piccolo, J., y Lo Piccolo, L (1978).- *Handbook of sex therapy*. New York. Plenum Press.
- Masters, W., y Johnson, V. (1979).- *Homosexuality in perspective*. Boston: Little Brown.
- Olsen, J.; Weed, S., Nielsen, A. (1992).- Student evaluations of sex education programas advocating abstinence, *Adolescence*, 27, (106), 369-380.
- Pelechano, V. (1980).- *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Senanayake, P. (1992).- Positive approaches to education for sexual health with examples from Asia and Africa. *Journal of Adolescent Health*, 13 (5), 351-354.
- Valerio, A. (1985).- *Sex education program evaluations: A review and analysis*. Resumen Tesis doctoral. SUNY y Buffalo.
- Verby, C., Herold, E. (1992).- Parents and AIDS education, *AIDS-Education and Prevention*, 4 (3), 187-196.
- Weed, S y Jensen, L. (1993).- A second year evaluation of three abstinence sex education programs. *Journal of Research and Development in Education*, 26 (2), 92-96.

- Weerakoon, P.** (1992).- Sex education for health professionals: A review of programs. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18 (4), 242-256.
- Woodcock, A., Stenner, K., Ingham, R.** (1992).- Young people talking about school sex education. Special issue: Qualitative research. *Health Education Research*, 7 (4), 517-531.