

Conocimiento y placer en la sexualidad femenina: ¿Y qué de la educación sexual?

*Edna Acosta Pérez,
Irma Serrano-García,
María R. Hernández Cartagena^{1,2}*

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el conocimiento de un grupo de mujeres universitarias sobre su anatomía y fisiología sexual y la relación del mismo con sus prácticas sexuales y su placer sexual. Para cumplir con estos objetivos, Acosta y Serrano-García (1998) desarrollaron el *Cuestionario de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina, Relaciones Sexuales y Placer Sexual* (CARP), el cual se administró a 184 mujeres estudiantes de la Universidad de Puerto Rico. Encontramos que existe un desconocimiento generalizado sobre anatomía y fisiología sexual. El nivel de conocimiento varió con la experiencia sexual y el año de estudio de las participantes. En la discusión subrayamos la presencia de una construcción de la sexualidad por género, la ineficacia de la educación sexual actual y algunas alternativas que proveyeron las participantes. También presentamos implicaciones de los resultados para la prevención del VIH/SIDA y ETS, y para fortalecer la educación sexual.

Descriptores: Anatomía y Fisiología Sexual Femenina, Educación Sexual, Prevención VIH/SIDA y ETS.

Abstract

Knowledge and pleasure in female sexuality: What about sexual education?

The main objective of this study was to evaluate knowledge of female sexual anatomy and physiology and its relationship with sexual behaviors and sexual pleasure in a group of university women. In order to commit this objective, Acosta & Serrano-García (1998) developed the *Female Sexual Anatomy and Physiology, Sexual Relations and Sexual Pleasure Questionnaire* (CARP in Spanish), which was administered to 184 students of the University of Puerto Rico, Río Piedras Campus. We found a general lack of knowledge about female sexual anatomy and physiology. The level of knowledge of the participants increased when correlated with sexual experience and years of college education. We underline the presence of a gendered sexuality construction, the inefficacy of current sexual education and present participants' suggestions. We also present implications for HIV/AIDS and STD prevention, and ways to improve sexual education.

Keywords: Female Sexual Anatomy and Physiology, Sexual Education, HIV/AIDS and STD Prevention.

El Departamento de Educación (DE) de Puerto Rico ha asumido recientemente un papel importante en la educación sexual. Es nuestra posición, sin embargo, que la escasez de información que tiene nuestra juventud sobre estos temas sugiere que el currículo y los métodos de enseñanza del DE sufren múltiples limitaciones. Esta suposición se fortalece al observar como en la sociedad puertorriqueña actual, las personas jóvenes toman decisiones relacionadas con su sexualidad desde una edad temprana (Conducta sexual de los puertorriqueños, 1998). El periódico *Primera Hora* realizó una encuesta en 1998 para la cual administraron 600 cuestionarios a hombres y mujeres de las universidades y centros de trabajo de San Juan. De sus resultados se desprende que un total de 61% de los hombres y 56% de las mujeres participantes tuvieron su primera relación sexual entre las edades de 15 a 19 años. En otra encuesta realizada por el DE sobre jóvenes embarazadas en 62 distritos escolares del sistema de educación pública del país, se identificó un alto número de estudiantes embarazadas en la escuela elemental (29), intermedia (292), y superior (586) (Valdivia, 1999). Se añade a estos datos el hecho de que la mayoría de las personas adultas con VIH/SIDA se infectaron en su temprana adolescencia (Lausell, 2000; PASET, 2000). En el caso de las mujeres, la situación se agrava ya que para ellas la sexualidad es fuente de mayor represión que para los hombres y tanto los embarazos indeseados como la heterosexualización del VIH/SIDA son fenómenos que las impactan directamente. Estas situaciones y problemas sugieren que la juventud no encuentra respuestas a sus preocupaciones en los programas de educación sexual (Lausell, 2000).

Motivadas por estas situaciones, decidimos explorar el conocimiento que tenía un grupo de jóvenes universitarias sobre anatomía y fisiología sexual y la relación que existía, sí alguna entre este conocimiento y el placer sexual. Iniciamos el trabajo con un corto trasfondo de la educación sexual en las escuelas públicas de Puerto Rico, seguido por una revisión de los temas de anatomía y fisiología sexual y de las construcciones sexuales en las cuales se ubican estos temas.

Educación sexual en Puerto Rico

Limitaremos este recuento a los tiempos recientes, aunque los comienzos de la educación en salud en la Isla datan de finales de los 1800 cuando en el Código de Leyes Escolares de 1899 se planteó la necesidad de enseñar higiene y moral en las escuelas (Departamento de Educación, 1999a). No fue hasta la década del 1930 que la Legislatura creó el Negociado de Salud

y Educación Física y nombró un supervisor para dirigir el Programa de Educación en Salud. Para 1945 se creó el Programa de Salud Escolar y en 1959-60 se diseñó un curso de salud para la escuela superior que se ofreció en todos los distritos escolares. Este no se implantó en la escuela superior hasta los años 70, según estipulado en la Carta Circular Núm. 27 del DE. También se elaboró para esa época la filosofía del Programa de Salud Escolar que incluyó entre sus objetivos: (1) conservar y mejorar la salud del estudiantado; (2) desarrollar hábitos y actitudes favorables hacia la conservación de la salud; y (3) proveer un ambiente físico, emocional y social que facilite el desarrollo integral.

Durante los 80, el curso de salud comenzó a enseñarse en la escuela intermedia. Se estableció 1/2 crédito de salud como requisito de graduación de escuela superior y esto aumentó a un crédito en los años 90, según la Carta Circular Num. 25-94-95 del DE. Desde 1990, siguiendo el mandato de la Ley 70, el DE comenzó a incluir los temas de sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, en el curso de educación en salud (Departamento de Educación, 1996a).

El Programa de Salud Escolar desarrolló un currículo con 11 componentes. Entre éstos figura el de Sexualidad y VIH/SIDA, implantado desde 1994-95 (Departamento de Educación, 1996a) y se revisó nuevamente en 1997 (Departamento de Educación, 1999b). Sus metas incluyen: (a) ofrecer información que permita a la juventud tomar decisiones saludables en cuanto a su sexualidad; (b) capacitar al estudiantado para entender su sexualidad, aceptar la de otras personas, adoptar conductas saludables y tomar decisiones positivas, conocer su identidad sexual, respetar y tolerar la de sus compañeros y compañeras, y; (c) estimular una sexualidad responsable al incorporar la abstinencia sexual o la selección de prácticas sexuales seguras. Hubo otra revisión en el 1999 que añadió el objetivo de capacitar el estudiantado para distinguir una caricia sana de una mal intencionada (Departamento de Educación, 1999b).

Para febrero de 1999, en el Departamento de Educación se firmó la Carta Circular 9-98-99 (Departamento de Educación, 1999a) en la que se establece una nueva política pública para el país. En ésta se estipuló que la escuela proveería educación en salud acerca de la sexualidad humana que fuese científica, consistente y que le permitiera al estudiantado desarrollar o reforzar su sistema de valores, de modo que le fuese útil para tomar decisiones. La política recalca: (a) el modelo de salud integral – orientado hacia el pleno desarrollo de la personalidad; (b) hacer un examen crítico de los mensajes sociales sobre el tema, en particular las relaciones entre los géneros; (c) fomentar la abstinencia sexual, y (d) presentar y analizar temas como la prevención del embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Lausell (2000) realizó recientemente una revisión exhaustiva sobre este tema en la cual nos indica que aunque el modelo de salud integral se promueve en esta política, se sustenta por postulados existencialistas. Opina que esta educación no promueve una visión holística de la sexualidad ni facilita que el estudiantado comprenda cómo en su sociedad se ha organizado y regulado la sexualidad. Tampoco contempla la evaluación de esos procesos sociales. Concluye diciendo que:

En la actualidad, tanto en Puerto Rico, como en EE.UU. la educación sexual que se ofrece en las escuelas continúa enmarcada en el objetivo de transmitir los valores sexuales tradicionales,...y enfatizar en la reducción de contagio de ETS, particularmente el VIH/SIDA (Lausell, 2000, p. 4).

En su investigación, Lausell (2000) evaluó la percepción de un grupo de jóvenes sobre la educación sexual que recibían. Con este objetivo en mente, desarrolló y administró un cuestionario a 99 estudiantes de 9no grado de tres escuelas públicas de San Juan, Puerto Rico. La mayoría del estudiantado participante indicó que la información sobre sexualidad y VIH/SIDA le había sido útil y adecuada para su diario vivir además de ser completa y fácil de comprender. Entiende Lausell que aunque la percepción positiva que tienen estos y estas estudiantes sobre la educación sexual puede ser reflejo de una educación de excelencia, esto es difícil de concluir porque también informaron que no tienen otro estándar de comparación ya que ésta es, primordialmente, la única educación sexual que reciben.

Dadas las situaciones sociales mencionadas, como los embarazos tempranos, las ETS y en particular el VIH/SIDA, diversas personas en los últimos años han dado énfasis a la identificación y desarrollo de estrategias preventivas, incluyendo entre estas la educación sexual (Cantera, 1992; Cruz-González, 1997; Lausell, 2000; Serrano-García, 1994). Han partido al así hacerlo de lo ya establecido, que el conocimiento o la información son necesarios, pero insuficientes, para el cambio en conducta (Díaz-Loving, 2001; Moscoso, Rosario & Rodríguez, 2001). En otras palabras, aunque para alterar patrones de conducta sexual es necesario cambiar motivaciones, actitudes y desarrollar destrezas, esto no es factible sin una base mínima de información (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994; Fisher & Fisher, 2000).

Pese a este consenso, casi no se ha explorado el conocimiento de la anatomía sexual humana y su relación con otros aspectos de la sexualidad, como las prácticas sexuales y el placer. Para adentrarnos en estos temas, específicamente con relación a la sexualidad femenina, debemos repasar brevemente las definiciones y los datos de los temas que nos conciernen, tanto como la construcción social en la cual se contextualizan.

Definiciones, bases biológicas y construcción social

Definiciones

Para fines de esta investigación, la *sexualidad* “abarca todos los aspectos del ser sexual, por tanto, no sólo es un conjunto de factores biológicos, sino psicológicos y socio-culturales que se interrelacionan entre sí afectando el comportamiento sexual del individuo” (Cantera, 1992, Pág. 18). *Sexo* es un conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian al varón de la hembra (Cantera, 1992; Mock & Martínez, 1995) y la *anatomía sexual* es el conjunto de órganos sexuales que componen el sistema sexual y reproductor del ser humano y que distinguen físicamente al macho y a la hembra.

Los *órganos sexuales* son las estructuras genitales internas y externas. La *excitación sexual* se define como un estado de activación de un sistema integrado de reflejos en el que participan los órganos sexuales y el sistema nervioso (Cantera, 1992; Master, Johnson & Kolodny, 1987; Mock y Martínez, 1995). Las *zonas erógenas* son las partes de la geografía corporal que despiertan sensaciones voluptuosas con apenas acariciarlas. Mock y Martínez (1995) señalan que esas zonas son aquellas partes del cuerpo sensitivas al tacto, a la presión sanguínea y a las temperaturas. La estimulación de estas zonas produce excitación sexual y en algunos casos puede provocar el orgasmo (Coperias, 1996; Mock & Martínez, 1995). Mock y Martínez (1995) mencionan una variedad de zonas erógenas femeninas que Coperias (1996) divide en tres categorías: a) zonas erógenas primarias (orejas, boca, nariz, ojos, nuca, hombros, cuello, brazos, manos, abdomen, ombligo, glúteos, espalda, muslos, piernas y pies); b) zonas erógenas secundarias (ano, región púbica, perineo y senos) y c) zonas erógenas arcaicas (clítoris, vagina, punto G y labios menores). Examinemos ahora los conceptos básicos de la anatomía sexual femenina, incluyendo sus funciones y ubicación. El lector o lectora debe tener una noción básica de los mismos para poder comprender los resultados de este estudio.

Anatomía sexual femenina

Órganos sexuales externos

Los *órganos sexuales externos* de la mujer se conocen como la *vulva*. La misma está localizada entre los muslos y está constituida por el Monte de Venus, dos labios mayores, dos labios menores, el clítoris, la abertura de la vagina, la abertura de la uretra, el himen y el perineo. El aspecto de los genitales externos de las mujeres varía mucho en su aspecto. Master, Johnson y Kolodny (1987) mencionan que existen diferencias en tamaño, forma y color de los labios, en el color, la textura, abundancia y distribución del vello púbico, así como en la apariencia del clítoris, la abertura vaginal y el himen.

Además de la vulva, Mock y Martínez (1995) añaden que los *senos* a pesar de no considerarse un órgano sexual, tienen un significado erótico y reproductivo. Allgeier y Allgeier (1995) opinan que los senos juegan un papel importante en la excitación sexual tanto para las mujeres como para los

hombres. El *pezón* - centro de la aureola que es la parte más oscura del seno - posee muchos terminales nerviosos, lo cual los hace sensibles a la estimulación sexual. Sus fibras musculares se contraen y erectan durante la excitación sexual (Mock & Martínez, 1995).

Órganos sexuales internos

Los *órganos sexuales internos* femeninos los constituyen los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la cerviz, la vagina, los músculos pubococigeos (PC) y el punto de Grafenberg (Punto G). Los componentes de la anatomía y fisiología sexual de la mujer están relacionados con la reproducción y con su respuesta sexual. Esta última nos es de particular interés en este trabajo.

Respuesta sexual femenina

Para explicar la respuesta sexual femenina, Master, Johnson y Kolodny (1987) la dividieron arbitrariamente en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo, y resolución y reposo. Existen, sin embargo, dos reacciones corporales que son constantes en todas las fases: (a) la hinchazón de los órganos sexuales creada por un aumento en la presión sanguínea; y (b) la contracción de los músculos.

A continuación una breve descripción de las fases. Durante la etapa del deseo, el proceso genital se detecta mediante la erección del clítoris y la coloración en la zona pélvica de la mujer, que resulta posteriormente en lubricación y expansión vaginal (Kline-Graber & Graber, 1975). Durante la etapa de la excitación, el clítoris se cubre por su capuchón al hincharse y aunque disminuye su accesibilidad, puede recibir estimulación manual u oral (Allgeier & Allgeier, 1995; Kline-Graber & Graber, 1975). Los labios menores y mayores aumentan en tamaño y cambian de color. La vagina completa su expansión formando la plataforma orgásmica. Con el orgasmo femenino, el útero y los músculos pubococigeos se contraen, aumenta la presión arterial, y tanto el ritmo cardiaco como la frecuencia respiratoria se duplican. Cuando se acumula la suficiente estimulación ocurre el orgasmo. Este es un reflejo sensorial-motor (Kline-Graber & Graber, 1975) compuesto de contracciones rítmicas e involuntarias de los músculos perineales y perivaginales (Tordjman, 1996). En la etapa final, la mujer puede volver a la normalidad o regresar a la etapa de la excitación y rápidamente tener múltiples orgasmos.

Construcción social de la sexualidad en Puerto Rico

Para entender la sexualidad, es insuficiente hablar de anatomía y fisiología. Tenemos que referirnos también a aspectos sociales, psicológicos, culturales e individuales de la sexualidad. Este tema constituye un tabú en nuestra sociedad. Tanto la sexualidad como la anatomía sexual generalmente se discuten sólo en los libros, entre investigadores e investigadoras o en cursos de educación sexual. Sobre estos temas no se conversa con comodidad en nuestra vida cotidiana, muy particularmente entre las mujeres (Cangiano, 1985; Cantera, 1992; Coperias, 1996; Cruz-González, 1997; Serrano-García, 1994).

En nuestra sociedad, las múltiples dudas e interrogantes que tienen las mujeres sobre su anatomía sexual, suelen estar acompañadas de sentimientos de vergüenza y culpa (Master, Johnson & Kolodny, 1987; Mock & Martínez, 1995). Esto puede deberse a la socialización que recibe la mujer puertorriqueña sobre estos temas y a la construcción de la sexualidad que resulta de este proceso. Hemos construido en nuestro país definiciones de la “buena” y la “mala” sexualidad. La “buena” sexualidad es heterosexual, monógama, romántica, selectiva, adulta y está ligada a la reproducción. La “buena” sexualidad ocurre después del matrimonio y no incluye la masturbación. Además, por creerla “natural” no se discute ni se cuestiona. La “mala” sexualidad está ligada a la promiscuidad, al placer por el placer mismo, a la homosexualidad, a la inmadurez y a las relaciones sexuales premaritales (Cantera, 1992; Cruz-González, 1997; Santos-Ortiz, 1991; Serrano-García, 1994).

Estos conceptos, en las sociedades con tradiciones judeo-cristianas como la nuestra, se nos enseñan desde la niñez. Toda persona que haya tenido contacto con niños y niñas pequeños sabe que se palpan los genitales de la misma forma que tocan y exploran todas las partes de su cuerpo. Esta conducta se les reprime desde sus inicios, particularmente a las niñas (Master, Johnson & Kolodny, 1987; *The Boston Women's Health Book Collective*, 1984). Los patrones de crianza de la mujer puertorriqueña se caracterizan por mensajes represivos y negativos en torno a su cuerpo y a su sexualidad. En este contexto, las mujeres aprenden a mantenerse calladas y guardar sentimientos peyorativos sobre su cuerpo y su sexualidad. Esta crianza o socialización también anima a las mujeres a pensar que su cuerpo no les pertenece y que suscitar la admiración de un compañero o marido es la única función de su figura. De igual forma se educa socialmente a la mujer para aceptar que los hombres están supuestos a disfrutar de las relaciones sexuales, mientras que ellas no, lo cual también hace a la mujer sentirse responsable del placer sexual de los hombres. A pocas mujeres se les menciona y enseña que su cuerpo puede provocar y desatar estados de gran excitabilidad sexual (Cantera, 1992; Cruz-González, 1997; Serrano-García, 1994).

A esta situación se le suma la creencia de mucha gente de que los órganos genitales de las mujeres son poco deseables, de mal olor y poco atractivos (Master, Johnson & Kolodny, 1987; Mock & Martínez, 1995; *The Boston Women's Health Book Collective*, 1984). Esta concepción negativa de los genitales femeninos se ha generalizado desatando lo que explica, entre otras cosas, la venta de toallas sanitarias con olores, desodorantes íntimos y duchas vaginales, entre otros productos. También provoca en las mujeres una actitud de repugnancia hacia su propio cuerpo, evitando que disfrute muchas prácticas sexuales. Esto lo comprueban estudios recientes con muestras amplias de jóvenes universitarias, en las que ellas informan un repertorio limitado de conductas sexuales, la mayoría de las cuales son penetrativas y de alto riesgo (Serrano, Torres & Galarza, En imprenta).

En resumen, nuestro proceso de socialización fortalece una ideología dominante referente a la sexualidad humana que fomenta percepciones negativas, desinformación, emociones intensas de rechazo y molestia y prácticas sexuales limitadas y riesgosas. Esto a su vez impacta la calidad y la viabilidad de los programas educación sexual. Veamos a continuación algunos de los estudios mas recientes de conocimiento sobre temas de sexualidad que se han realizado en Puerto Rico.

Estudios previos en Puerto Rico

Al examinar estudios realizados en Puerto Rico sobre este tema, encontramos evidencia consistente de la falta de conocimiento sobre la sexualidad tanto en hombres como en mujeres. Como veremos a continuación, esta está presente en poblaciones diversas que incluyen pre-adolescentes y adolescentes, universitarios/as y personas adultas. También veremos en algunos trabajos cómo se subsana la deficiencia de información con estrategias variadas de intervención.

Varios estudios comprueban que los y las preadolescentes y adolescentes no están informados sobre su sexualidad. Arill (1987) llevó a cabo un estudio exploratorio del conocimiento de sexualidad entre esta población en una escuela pública del área Metropolitana de San Juan. Participaron 102 estudiantes de noveno grado entre las edades de 11 y 17 años. Arill encontró gran desconocimiento sobre el tema sin diferencias significativas ni por el sexo, ni por la edad, de los y las participantes. El autor compartió como posible explicación de estos resultados la falta de educación sexual en el hogar. La mayor conclusión de su estudio, sin embargo, fue la necesidad de crear cursos de educación sexual tanto a niveles primarios, como secundarios. Unos años más tarde, Tirado (1993) realizó un estudio cuyos resultados coinciden con los hallazgos y conclusiones de Arill.

En 1997, Rovira-Álvarez realizó un estudio exploratorio con el propósito de recopilar y evaluar información en torno a los distintos factores que están presentes en la maternidad y paternidad temprana destacando entre los factores los conocimientos de jóvenes adolescentes sobre su propia sexualidad. Administró la encuesta a 494 estudiantes de escuelas públicas del país, escogidas al azar. Confirmó el poco conocimiento de estos y estas jóvenes y recomendó educarles sobre la sexualidad y los anticonceptivos y cambiar sus actitudes en torno al comienzo de la actividad sexual.

Morales (1997), partiendo de la desinformación ya identificada, diseño y evaluó un taller sobre sexualidad humana (actitudes y conocimientos) para 36 adolescentes del área metropolitana de San Juan entre las edades de 13 a 16 años. Sus resultados positivos reafirman la necesidad de establecer programas educativos que promuevan el aumento del conocimiento y la aclaración de actitudes que permitan una conducta sexual saludable.

Como ya indicamos, se han realizado varios trabajos a nivel universitario. Cubas y Montalvo (1988) realizaron un estudio exploratorio sobre

las actitudes y conocimientos de la sexualidad humana entre estudiantes de la Universidad de Puerto Rico. En éste participaron 156 estudiantes, de 18 a 22 años, matriculados / as en la Facultad de Estudios Generales de la UPR, Recinto de Río Piedras durante el verano de 1987. Las autoras encontraron que los participantes también tenían un conocimiento deficiente de la sexualidad, irrespectivamente de su extracción socioeconómica.

Cantera (1992) realizó entrevistas grupales con parejas de universitarios y universitarias sobre su conocimiento y actitudes ante la sexualidad, como preámbulo para unos talleres. Observó que muchas de las personas desconocían elementos básicos del desarrollo anatómico del ser humano. Las mujeres no conocían los procesos reproductivos, las bases fisiológicas de sus respuestas sexuales y algunas ni siquiera se habían mirado los genitales.

En 1981, Giusti realizó un estudio sobre los efectos de la educación sexual sobre los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de estudiantes universitarios / as. El autor administró una pre y post-prueba a 119 estudiantes de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras y en Cayey después de participar en un taller de sexualidad humana. El conocimiento sobre reproducción, ETS y métodos anticonceptivos de los participantes aumentó, y además hubo cambios positivos en las actitudes hacia los contraceptivos usados por hombres y mujeres.

Por último, identificamos un estudio con personas adultas. Carrasquillo (1993) diseñó, desarrolló y evaluó la efectividad de un taller sobre sexualidad para 41 padres, madres o encargados de adolescentes. Como resultado de la actividad, hubo cambio en los conocimientos, las actitudes y las opiniones de las personas participantes. Según las conclusiones de Carrasquillo (1993), el adolescente se enfrenta a la tarea de integrar su sexualidad a su personalidad, por lo que es necesario que obtenga una base sólida de educación sobre la sexualidad humana que le permita el desarrollo de valores útiles para la toma de decisiones.

Como podemos ver, la investigación sobre este tema ha generado resultados consistentes a través del tiempo. No sólo es impresionante el desconocimiento sobre estos asuntos, sino que todos los autores sugieren que existe la necesidad de preparar a jóvenes y a personas adultas en temas sobre la sexualidad. Esto, junto a la preocupación que nos generan los múltiples problemas sociales relacionados y a nuestra postura crítica ante la visión dominante del tema, fueron los factores que nos motivaron a realizar esta investigación.

Objetivos específicos

Partiendo de la información que hemos provisto, nos propusimos explorar: (a) ¿Cuánto conocía un grupo de mujeres universitarias sobre su anatomía y fisiología sexual?; (b) ¿Cómo se veía afectado este conocimiento

por su nivel socio-económico y educativo?; (c) ¿Qué relación tenía el conocimiento con sus prácticas sexuales y con el placer sexual que dijeron experimentar?; y (d) ¿Qué relación existía entre sus prácticas y el placer sexual que experimentaron? Por último, nos planteamos; (e) ¿Qué significado tendría esta información para la educación sexual en Puerto Rico?

Método

Participantes

Participaron en la investigación 184 mujeres estudiantes de la UPR, Recinto de Río Piedras. Sus edades fluctuaron entre las edades de 17 a 48 años, con un promedio de 20.7 años y una moda de 21. De éstas, 177 (96%) cursaban estudios de bachillerato y 7 (4%) de nivel graduado. Un total de 29 (16.2%) participantes consideraba que pertenecía a la clase media-alta, 124 (69.3%) a la clase media, 22 (12.3%) a la clase media-baja y cuatro (2.3%) a la clase baja. La mayoría de las mujeres se consideraba puertorriqueña (174; 96.6%).

En cuanto a la identificación con algún grupo religioso, 140 (76%) estudiantes dijeron estar identificadas, de las cuales 90 (64.2%) se identificaron con la religión católica, 43 (31%) con la religión protestante, y cinco (3.5%) con otras religiones. De éstas, 89 (64%) indicaron que la religión para ellas era “sumamente o muy” importante y 105 (75%) indicaron que participaban “frecuente u ocasionalmente” en actividades religiosas.

En cuanto a la actividad sexual de las participantes, 133 (72%) indicaron haber estado activas en el último año o en los últimos seis meses y 48 (28%) respondieron que no. Veinte (10.9%) mujeres indicaron estar casadas y 164 (89.1%) eran solteras.

Seleccionamos la muestra por disponibilidad en los horarios regulares de los cursos de las facultades de Ciencias Sociales (87; 47%), Educación (44; 24%), Humanidades (20; 11%), Comunicación Pública (16, 9%) y Ciencias Naturales (13, 7%) de la UPR, Recinto de Río Piedras durante los meses de noviembre y diciembre del primer semestre 1998-1999. Visitamos un total de 25 secciones con un mínimo de 4 y un máximo de 16 estudiantes por sección.

Instrumento

Estudio Piloto

Desarrollamos una versión preliminar del *Cuestionario de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina, Relaciones Sexuales y Placer Sexual* (CARP; Acosta-Pérez & Serrano-García, 1998) partiendo de la revisión de literatura y de instrumentos similares sobre temas de sexualidad y VIH/SIDA con escalas Lickert³. Nos aseguramos de incluir en el cuestionario gran parte de los aspectos sobre anatomía y fisiología sexual femenina, variedad de prácticas penetrativas y no penetrativas, y placer sexual femenino. Luego lo administramos a un grupo de 13 mujeres que estudiaban o trabajaban – o ambas- en la UPR, Recinto

de Río Piedras. Esta primera administración tuvo como propósito principal que las participantes evaluaran el cuestionario y expresaran su opinión sobre el mismo. A partir de esta experiencia, modificamos el instrumento tanto en su formato y como en su estructura.

CARP: Versión Final

El CARP consta de cuatro partes: a) datos socio-demográficos; b) anatomía y fisiología; c) prácticas sexuales; y d) placer sexual. La primera parte consta de doce (12) preguntas cerradas y abiertas que solicitamos información sobre los datos socio-demográficos de las participantes.

La segunda parte consta de 16 preguntas de selección múltiple y de tres diagramas que miden conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina. Cada una de las preguntas provee a la participante cuatro alternativas para seleccionar la correcta. Las preguntas constituyen la Escala de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina y están divididas en dos sub-escalas: la de Anatomía Sexual Externa y la de Anatomía Sexual Interna. En los diagramas, la participante también debe identificar partes de la anatomía sexual femenina, interna y externa.

La tercera parte incluye dos secciones. La primera contiene dos preguntas que solicitan información de la actividad sexual de las participantes. La segunda contiene una escala de 20 conductas sexuales penetrativas y no penetrativas, en las cuales se pregunta la frecuencia con que la mujer practica esas conductas. Se utiliza para su contestación una escala Lickert que consiste de cuatro niveles: nunca, poco, mucho y siempre.

La cuarta parte incluye tres secciones: (a) un diagrama de una mujer desnuda de frente y de espalda para identificar las áreas del cuerpo relacionadas al placer; (b) una escala de 20 prácticas sexuales para medir la intensidad del placer sexual que experimentan las participantes al practicar las conductas sexuales mencionadas. Esta escala se contesta con las alternativas: no la práctico, nada, poco, regular y mucho y (c) nueve (9) preguntas sobre los conocimientos que tienen las mujeres sobre la respuesta sexual orgánica.

Propiedades psicométricas

Para este estudio evaluamos tanto la validez como la confiabilidad del instrumento. La validez se refiere al grado en que un instrumento de medición realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Evaluamos la validez de contenido del CARP. Esta se refiere al grado en que un instrumento refleja dominio específico del contenido de lo evaluado (Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Verificamos que cada uno de los reactivos del cuestionario fuese congruente con la literatura y con los objetivos de la investigación. Usamos dos fuentes para este proceso: a) textos e instrumentos en los que se describía la anatomía y fisiología humana; y b) cuestionarios y pruebas relacionadas a conductas sexuales (Toro-Alfonso et al; 1997).

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida a la misma persona, produce resultados similares

(Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición, pero todos generan coeficientes de confiabilidad que pueden oscilar entre 0 y 1 - donde 0 significa nula y 1 significa el máximo de confiabilidad. Mientras más se acerque el coeficiente a uno (1), mayor confiabilidad.

Realizamos un análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach a los reactivos que medían conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina, y a las sub-escalas relacionadas a la anatomía externa e interna. Los resultados globales del Alfa de Cronbach de la Escala de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina fueron de .7859. Por otro lado, el Alfa para la sub-escala de la Anatomía Sexual Externa fue de .61 y para la sub-escala de Anatomía Sexual Interna fue de .74. Dados estos análisis, podemos concluir que el CARP generó coeficientes altos de confiabilidad que nos permiten llegar a conclusiones y discutir la implicación de sus resultados con seguridad.

Procedimiento

Solicitamos personalmente y por carta la colaboración de varios profesores y profesoras de las facultades antes mencionadas, para administrar el instrumento. Una vez accedieron a proveernos media hora de sus clases, Acosta coordinó el salón y la hora en la cual administraría el cuestionario.

Dado el tamaño de la muestra, recabamos la colaboración de integrantes del Proyecto VOCES⁴ para la administración del CARP. Estas personas ya tenían adiestramiento en la administración de instrumentos. Aún así, desarrollamos varios documentos que especificaban la logística e instrucciones a seguir tanto como los materiales a utilizar para facilitar uniformidad en la administración del instrumento.

Asistimos a las clases en su horario regular. Después de explicarles a las participantes la naturaleza y los objetivos del estudio, recalamos que su participación debía ser voluntaria y que su colaboración y sinceridad eran muy importantes. Les entregamos a todas un sobre manila, el cual tenía adherido al exterior una hoja de consentimiento informado. Exhortamos a las participantes a leer y, si les parecía apropiado, a firmar la hoja. Luego les solicitamos que removieran dicha hoja, y esperaran a que la investigadora pasara a recogerla, antes de abrir el sobre y llenar el cuestionario. Esta estrategia pretendía brindar la mayor confidencialidad posible a las participantes. Cuando las mujeres accedieron a participar procedimos a impartirles instrucciones específicas para llenar el cuestionario. La facilitadora recibía los cuestionarios contestados y hacía entrega a todas las participantes de literatura informativa sobre anatomía y fisiología sexual femenina, sexualidad y placer sexual.

Análisis

Realizamos análisis cuantitativos como frecuencias, por cientos y promedios, correlaciones Spearman y Pearson, tabulaciones cruzadas con pruebas Gamma y Lambda, y un análisis de contenido de las respuestas a las

preguntas abiertas del CARP. Para este último, utilizamos como unidad de análisis la palabra o la frase principal. Para llevar a cabo el primer nivel de análisis cualitativo, reunimos todas las contestaciones de las participantes para cada pregunta abierta, creando un documento que contenía todas las contestaciones de las participantes por pregunta. Establecimos como metacategorías las variables principales de esta sección del cuestionario: (a) orgasmo y (b) prácticas, (c) cambios físicos y (d) cambios emocionales que provoca el orgasmo.

Resultados

Conocimiento de las mujeres de su anatomía y fisiología sexual

Calculamos los por cientos de las respuestas correctas obtenidas en los 30 reactivos sobre esta variable. Ninguna de las 184 mujeres, contestó todas las preguntas correctamente. La puntuación más alta la obtuvieron 5 mujeres con 26 reactivos correctos, mientras 130 (71%) mujeres erraron en más de la mitad de los reactivos. Si esto fuese un examen, casi el 80% de las participantes hubiese obtenido D o menos.

Comparamos estos datos dividiendo al grupo según sus respuestas en la pregunta de actividad sexual. En la Tabla 1 podemos ver que las mujeres que informaron estar sexualmente activas lograron una puntuación ligeramente mejor que las que informaron no estarlo, aunque los resultados de ambos grupos fueron bajos.

Como las participantes sexualmente inactivas obtuvieron resultados tan pobres en los reactivos relacionados a la variable de conocimiento, decidimos efectuar los análisis restantes relacionados a esta variable, sólo con las participantes sexualmente activas que -como pudimos ver en la Tabla 1- constituyeron el 72% (n =133) de la muestra. Por consiguiente, en la Tabla 2 presentamos la frecuencia de contestaciones correctas en los reactivos relacionados al conocimiento de Anatomía Sexual en general, y de Anatomía Interna y Externa para este grupo. Como podemos ver al examinar la Tabla, dentro de su escaso conocimiento, las mujeres eran más conocedoras de la anatomía y fisiología externa que de la interna.

Factores sociodemográficos que afectan el conocimiento

A pesar de que realizamos análisis correlacionales entre las variables de conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina y todas las variables sociodemográficas, sólo la variable educación reflejó una correlación débil, pero significativa (.225, $p < .05$). Esto significa que las mujeres participantes con mas de tres años universitarios presentaron un mayor nivel de conocimiento de anatomía y fisiología sexual que las otras participantes con menos años de estudio.

Relación entre el conocimiento y la frecuencia de prácticas sexuales

Las prácticas sexuales que las participantes informaron realizar “siempre” o “frecuentemente” incluyeron: besos mojados (n =74, 56.9 %),

Tabla 1
Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina en Mujeres Activas y No Activas Sexualmente

Número de respuestas correctas	Mujeres sexualmente activas (N=133, 72%)		Mujeres sexualmente inactivas (N=48, 28%)	
	Frecuencia	Por cientos	Frecuencia	Por cientos
26	5	4	0	0
25	5	4	2	4
24	3	2	0	0
23	11	8	0	0
22	10	8	2	4
21	13	10	5	10
20	10	8	1	2
19	8	6	3	3
18	13	10	1	2
17	15	11	4	8
16	13	10	2	4
15	10	8	1	2
14	6	5	4	8
13	1	1	1	2
12	6	5	5	10
11	0	0	4	8
10	2	2	5	10
9	0	0	2	4
7	0	0	2	4
5	0	0	2	4
4	0	0	1	2

Tabla 2**Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual Femenina de las Mujeres Participantes Sexualmente Activas (N=133)**

Conocimiento con respecto a:	Número de participantes que contestaron correctamente	
	Frecuencias de contestaciones correctas	Por cientos
Anatomía externa		
Ano (anatomía)	131	98.5
Labios menores (anatomía)	130	97.7
Labios mayores (anatomía)	128	96.2
Monte de Venus (anatomía)	128	96.2
Perineo (anatomía)	128	96.2
Glande del clítoris (fisiología)	126	94.7
Clítoris (fisiología)	110	82.7
Senos (anatomía)	109	82.0
Abertura vaginal (anatomía)	99	74.4
Vulva (anatomía)	93	69.9
Abertura vaginal (fisiología)	90	67.7
Abertura urinaria (anatomía)	78	58.6
Vulva (anatomía ubicación)	70	52.6
Labios menores (fisiología)	58	43.6
Características del Monte de Venus (anatomía)	54	40.6
Labios menores (anatomía ubicación)	53	39.8
Glande del clítoris (anatomía ubicación)	49	36.9
Capuchón del clítoris (anatomía)	48	36.1
Glándula clitorial (anatomía)	41	30.8
Sub-total		100%
Anatomía interna		
Canal anal (anatomía)	120	90.2
Canal vaginal (anatomía)	101	75.9
Útero (anatomía)	88	66.2
Himen (fisiología)	87	65.4
Punto G (anatomía)	80	60.2
Zona del Punto G (anatomía)	70	52.6
Punto G (anatomía ubicación)	55	41.4
Cerviz (anatomía)	49	36.8
Canal vaginal (anatomía ubicación)	31	23.3
Cerviz (fisiología)	9	6.8
Sub-Total	N=133	100%

lamer orejas, ojos, nariz, y/o cabeza (n = 44, 33.6 %), besos secos (n = 33, 26.4 %) y masturbarse acompañada (n = 10, 65.4%). Aquellas que reportaron que “nunca” practicaban o eran “menos frecuentes” incluyeron: introducir objetos en la vagina (n = 109, 84.5%), o en el ano (n = 117, 90.7%), introducir dedos al ano (n = 108, 81.8%) y mamar o lamer ano (n = 108, 90.1%).

Observamos en los análisis correlacionales una relación moderada y altamente significativa ($r = .40$, $p < .001$) entre la variable actividad sexual y conocimiento. Las mujeres que habían tenido alguna experiencia sexual en los últimos seis meses o en el último año mostraron un mayor nivel de conocimiento de fisiología y anatomía sexual femenina que aquellas sexualmente inactivas. También vemos en los resultados que las mujeres con mayor nivel de conocimiento llevaban a cabo con mas frecuencia prácticas tales como: rozar cuerpos desnudos el uno contra el otro ($r = 1.00$, $p < .005$), y besos secos ($r = .29$, $p < .001$). Por otro lado, encontramos una correlación negativa entre conocimiento y la frecuencia de prácticas sexuales como: lamer hombros, manos y/o brazos ($r = -.23$, $p < .001$). La frecuencia de estas prácticas disminuía en la medida que el conocimiento aumentaba.

Relación entre conocimiento, frecuencia de prácticas sexuales e intensidad de placer sexual

Las mujeres reportaron con más frecuencia recibir “mucho” placer de las siguientes prácticas sexuales: besos mojados (n = 114, 91.2%), penetración pene-vagina (n = 92, 91.1%), lamer / mamar senos (n = 74, 78.7%), masajes (n = 88, 77.2%), y lamer orejas, ojos, nariz y/o cabeza (n = 87, 72.5%). Un número mucho menor de mujeres contestó recibir “ningún o poco” placer de algunas prácticas sexuales como: masturbarse sola (n = 7, 10.8%), lamer o mamar ano (n = 5, 23.8%), e introducir dedos al ano (n = 3, 10.3%). Una correlación débil, pero significativa, nos permite aseverar que las mujeres con mayor nivel de conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina reportaron obtener más placer de la penetración vaginal ($r = .225$, $p < .05$) que las que tenían menor conocimiento en estas áreas.

Conocimiento que tienen las mujeres sobre la respuesta sexual femenina

Como ya indicamos, en la última sección del instrumento solicitamos información sobre el orgasmo, las prácticas que lo provocaban, y las reacciones físicas y emocionales ante el mismo. Las respuestas más frecuentes de las mujeres participantes, sexualmente activas, ante la pregunta ¿qué es el orgasmo? fueron: éxtasis, placer y satisfacción (n = 102, 40%), excitación (n = 46, 18%) y “venirse” y clímax (n = 27, 10%). Algunas citas que reflejan estas categorías son: “...cuando llego a mi punto de excitación y vuelo en cantos”; “...llegar al placer en la relación sexual”; “...la satisfacción total cuando tengo relaciones sexuales...”, y “...cuando ya te llevan hasta el éxtasis, en pleno apogeo” (Véase Tabla 3).

Tabla 3⁵
Respuestas de las participantes ante la pregunta: ¿Qué es el orgasmo?

Definición del orgasmo	Frecuencia	Porcientos
Éxtasis, placer, satisfacción	102	40
Excitación	46	18
“Venirse”, clímax	27	10
Terminar, culminar	24	9
Reacciones específicas (cosquillas, contracciones, alivio)	21	8
Sensación	14	5
No poder aguantar, perder fuerzas, descarga de energías	11	4
Lo máximo, lo más alto	9	3
Etapas de la relación sexual	5	2
Total	259	100

La pregunta relacionada a prácticas sexuales que les provocaban el orgasmo a las participantes generó las siguientes respuestas: penetración penevagina (n=45, 26%), sexo oral “mamar vulva” (n=34, 20%), mamar, tocar y/o rozar el clítoris y/o los genitales (n=26, 15%) y masturbación (n=20, 12%) (Véase Tabla 4).

Al preguntarles sobre los cambios físicos que les provoca el orgasmo, la mayoría (n=63), contestó que experimentan contracciones y temblores (n=11, 17%), relajación y cansancio (n=9, 14%), rubor, expresiones faciales y aceleración de la respiración y de los latidos del corazón (n=8, 14%). Algunas de sus respuestas aparecen a continuación: “...las expresiones faciales cambian”; “...el cuerpo se relaja”; “...el corazón se acelera...tensión y contracciones musculares”, y “...que la abertura de mi cerviz se agrande para que facilite pase la esperma” (Véase Tabla 5).

Con respecto a los cambios emocionales que les provocaba el orgasmo, las participantes mencionaron con mayor frecuencia: relajación y/o tranquilidad (n=28, 28%), felicidad, alegría y/o sentirse bien (n=19, 19%), y cambios en el trato y sentimientos relacionados a la pareja (n=10, 10%). Algunas de sus respuestas aparecen a continuación: “...me siento feliz, *relax*, me produzca un *high*”; “...te sientes satisfecha, contenta, y relajada”; “...más alegría, sosiego, paz”, y “...se acerca más con la persona que lo obtienes...te sientes más unida a tu pareja (Véase Tabla 6).”

Tabla 4
Respuestas sobre las prácticas que provocan orgasmos.

Prácticas que provocan orgasmo	Frecuencia	Por cientos
Penetración, coito	45	26
Sexo oral, mamar vulva	34	20
Mamar, rozar, tocar clítoris o áreas genitales	26	15
Masturbación	20	12
Relaciones sexuales, el acto sexual	11	06
Dedos en la vagina o ano	11	06
Mamar, besar senos	6	03
Besar	6	03
Sexo anal	4	02
Caricias, tocar el cuerpo	4	02
Juegos sexuales	3	02
Casi todo	2	01
Usar objetos	1	01
Total	173	100

Tabla 5
Respuestas de las Participantes sobre los Cambios Físicos que les Ocasiona el Orgasmo

Cambios físicos que provocan el orgasmo	Frecuencia	Por cientos
Contracciones, temblores	11	17
Relajación, relajación de los músculos	9	14
Cansancio	9	14
Aceleración respiración, latidos corazón	8	13
Expresiones faciales, rubor	8	13
Cambios en el útero, cerviz, vagina	5	8
Hinchar, crecer los senos y pezones	4	6
Lubricación	4	6
Cambios en temperatura	2	3
Sudor	2	3
Quemar calorías	1	2
Total	63	100

Tabla 6
Respuestas de las participantes sobre cambios emocionales
que provocan el orgasmo.

Cambios emocionales que provocan el orgasmo	Frecuencia	Por cientos
Relajación, elimina estrés, tranquilidad	28	28
Felicidad, alegría, sentirse bien	19	19
Cambios en el trato y sentimientos relacionados a la pareja	10	10
Olvidar preocupación, sentirse mejor	9	9
Placer	8	8
Sentimientos de culpa y relacionados a la sexualidad	8	8
Sensibilidad, sentimentalismo, vulnerabilidad	7	7
Satisfacción	6	6
Extraña, preocupada	3	3
Irse del mundo	3	3
Total	100	100

Con respecto al conocimiento de la respuesta sexual femenina, podemos concluir que la mayoría de las participantes de este estudio mostraron tener conocimiento básico del mismo. Pasemos a discutir los hallazgos más importantes y a ofrecer recomendaciones a partir de los mismos.

Discusión

Los resultados de esta investigación confirman estudios previos que indican que existe un desconocimiento general en la población estudiada sobre sexualidad, y en específico sobre anatomía y fisiología femenina. Aunque este conocimiento aumenta con la actividad sexual y el nivel de educación, permanece bastante bajo. La falta de correlación entre otras variables sociodemográficas y el conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina de estas participantes nos hace pensar que la falta de conocimiento sobre áreas relacionadas a la sexualidad no está limitada a sectores poblacionales específicos, sino que parece evidenciarse entre las mujeres independientemente del nivel o clase social, edad, religión o estado civil. Estos datos son cónsonos con información presentada sobre la escasez de educación sexual en todos los ámbitos y con el carácter de tabú que se le adscribe a la sexualidad en nuestro país.

El aumento en el nivel de conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina debido a la actividad sexual y al mayor nivel de educación no nos sorprende. En primer lugar, en las facultades de Educación y Ciencias Sociales de la UPR se ofrecen cursos de temas relacionados con la sexualidad

humana y el género, y un número grande de nuestras participantes (n =131, 72%) eran de esas facultades. Además, pensamos que estar activa sexualmente promueve la curiosidad y la búsqueda de información en la mujer dirigiéndola a la lectura, a conversar con amistades, a hacerse exámenes médicos y a participar en actividades educativas relacionadas a la sexualidad.

En cuanto a las prácticas sexuales, los resultados indican que las participantes informaron mayoritariamente practicar conductas sexuales incluidas en la construcción de la “buena” sexualidad, y pocas veces practicaban conductas sexuales relacionadas a la “mala” sexualidad, particularmente aquellas relacionadas con las prácticas anales. Si pensamos que la ideología dominante, transmitida por la familia y la unidad de educación en salud del DE, fomentan la sexualidad para la reproducción y la abstinencia para la protección, esto tampoco debe sorprendernos. Es paradójico, por otro lado, señalar que estas conductas “buenas”, que en su mayoría son penetrativas también son las mismas que conducen con mayor frecuencia a los problemas que nos preocupan: embarazos indeseados y enfermedades de transmisión sexual (Serrano, Torres & Galarza, En imprenta). Esta contradicción va unida al dato contundente de que la juventud se activa sexualmente más temprano cada vez, y continúa teniendo relaciones sexuales lo promovamos o no.

Todas las participantes sexualmente activas parecen disfrutar la actividad sexual ya que muy pocas expresaron no recibir placer sexual de alguna de las prácticas sexuales, y también expresaron recibir el mayor placer sexual de tres prácticas que practicaban con mucha frecuencia: la penetración vaginal, besos mojados y lamer orejas, ojos, nariz, y/o cabeza. Incluyeron la penetración vaginal entre aquellas que más disfrutaban. La mención de estas prácticas es un indicio de un cambio favorable hacia un papel más activo y selectivo de la mujer en el disfrute de su sexualidad. También es importante recalcar que a medida que el disfrute de las prácticas sexuales aumentó, así aumentó su conocimiento de anatomía y fisiología sexual femenina. Por ser este el resultado de un análisis correlacional, no podemos establecer causalidad. Pero, no importa la direccionalidad, es evidente que van de la mano el conocimiento y el placer. Por tanto, también nos parece lógico concluir que las personas se ven motivadas a entender mejor las conductas que disfrutan. Muestra de esto es que las participantes sexualmente activas evidenciaron tener conocimiento básico de la respuesta sexual femenina.

A pesar de que algunos de nuestros resultados mostraron una fuerte influencia de las construcciones dominantes de la sexualidad asociadas al género — falta de conocimiento a través de todas las participantes, frecuencia en la práctica de “buenas” conductas sexuales —, otros parecen indicar un cambio en estas actitudes, lo que es para nosotras causa de optimismo. Estos resultados incluyen que la mayoría de las mujeres sexualmente activas disfruta de las prácticas sexuales, y que practican con mayor frecuencia algunas de aquellas prácticas sexuales que disfrutaban más. Además, sus reacciones muestran

un conocimiento del impacto biológico del placer ya que mencionan contracciones musculares, aceleración del ritmo cardíaco y relajación, todas manifestaciones corpóreas de la excitación sexual.

Recomendaciones

Después de señalar el reducido conocimiento que poseen las universitarias participantes, nos preguntamos cuánto de este desconocimiento se debe a la carencia de un currículo adecuado de educación sexual en los años tempranos de su niñez y adolescencia. Por estar la educación relacionada al conocimiento de la anatomía y fisiología sexual femenina y ésta al disfrute de algunas prácticas sexuales, pensamos que es necesario incrementar y mejorar los esfuerzos educativos pertinentes. Retomamos la postura de Lausell (2000) y de otros y otras investigadoras que concluyen que los objetivos y el currículo de los cursos de educación en salud en este país no promueven una visión holística de la sexualidad, ni le facilitan al estudiantado comprender los pormenores de la sexualidad, ni como en su sociedad se ha organizado y regulado la misma. Por el contrario, promueven una visión limitada de la sexualidad basada en los intereses de las instituciones, con su correspondiente ideología dominante. Expondremos las recomendaciones pertinentes, no sólo para el DE que reglamenta la educación pública para el estudiantado de escuela elemental, intermedia y superior, sino también para otras instituciones y organizaciones que tienen como responsabilidad impartir conocimientos sobre el tema.

En primer lugar, la educación sexual debe incorporarse al currículo como una asignatura separada y compulsoria. Así se facilitará una discusión más abarcadora y profunda de los variados e importantes temas necesarios para desarrollo sexual del estudiantado.

El curso no debe limitarse a la búsqueda de cambios individuales en conductas sexuales riesgosas, ni a la discusión de los procesos reproductivos, ni al fortalecimiento de mensajes sexuales dominantes, ni a la simple adquisición de información. Debe satisfacer las necesidades de conocimiento del estudiantado, minimizar sus temores, y reducir sus preocupaciones. Debe serle de utilidad en su diario vivir, facilitar el entendimiento de la sexualidad y la toma de decisiones relacionadas a la misma.

En los cursos de educación sexual tienen que discutirse los temas a profundidad, utilizando un lenguaje práctico. Su contenido debe estar a tono con los avances de la tecnología y los hallazgos más recientes de la investigación. Los temas generales de la sexualidad a discutir en el salón de clases deberían incluir: (a) historia de la sexualidad humana; (b) apreciación del cuerpo y su cuidado; (c) anatomía y fisiología sexual humana; (d) conducta sexual humana; (d) roles de género, roles sexuales y orientación sexual; (d) enfermedades de transmisión sexual; (e) interacción sexual; (f) disfunciones sexuales y su tratamiento; y (g) planificación familiar. La mayoría de estos temas deben abordarse según la edad de cada estudiante.

Los métodos de enseñanza son igualmente importantes. Estos deben generar interés y participación en el estudiantado y adecuarse a su nivel. Algunas de las estrategias y recursos recomendables incluyen el uso de: (a) la tecnología (la internet, películas, obras de teatro); (b) información escrita (libros, revistas, evaluación y análisis de los medios de comunicación del país); (c) recursos externos (visitas a agencias; personas invitadas con las que el estudiantado se pueda identificar, asistencia a ferias de salud sexual); y (d) actividades participativas como: talleres, narrativas, guiones, juegos, dramatizaciones, sociodramas, reflexiones, presentaciones, paneles de discusión y aprendizaje cooperativo.

La discusión en clase debe reforzar destrezas de interacción social y afirmatividad en el estudiantado. Es aconsejable utilizar las teorías de aprendizaje social con un enfoque en la influencia que ejerce el medio social sobre los valores individuales y las normas de grupo e ir fomentando la destreza de ser agentes de cambio en la sociedad. Esto es de gran importancia porque la sexualidad holística y responsable que interesamos promover requiere luchar activamente contra la construcción dominante antes descrita y contra presiones de las diversas instancias en que ésta se manifiesta. Se debe facilitar que la juventud pueda problematizar los diversos temas de la sexualidad, pueda traer sus experiencias a la solución de problemas, y pueda encontrar la aplicabilidad de lo aprendido a su vida diaria. Así se vincula la educación sexual con los intereses, las necesidades y las experiencias del estudiantado. La discusión también debe viabilizar que el estudiantado identifique recursos existentes entre sus compañeros de clase, sus maestros y maestras y en su comunidad para encontrar soluciones a los problemas sociales que enfrentan. Con estas destrezas, el papel del estudiantado será uno activo, que genera y refuerza múltiples destrezas sociales.

El recurso esencial de la educación sexual en la escuela es el profesorado. Para lograr las metas que proponemos, un maestro o maestra de educación sexual debe: a) brindar y desarrollar la confianza y el respeto en el estudiantado; b) poseer buenas destrezas de comunicación y utilizar un lenguaje práctico y sencillo; c) poseer una mentalidad emocional y sexualmente saludable, y en lo posible estar consciente de sus prejuicios y valores para facilitar la expresión de diversidad de ideas; d) responder a las necesidades del estudiantado; e) poseer control de grupo; f) poseer sentido del humor; g) ser capaz de referir a otros profesionales y recursos; h) demostrar sensibilidad, dominio y destreza en los temas difíciles de manejar; i) crear un ambiente de diálogo; j) tener una sólida preparación académica en las áreas a su disciplina; y k) procurar la salud individual y colectiva del estudiantado y del ambiente que le rodea. Para esto, el DE debería desarrollar o contratar programas de educación continuada para su profesorado.

La educación sexual se ha definido como un largo proceso de la vida que comienza en el hogar y continúa en la escuela y la comunidad (Arill,

1987). Iniciar la educación sexual antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos y activas puede proporcionar las herramientas y destrezas necesarias para la toma de decisiones responsables. Por esto, pensamos que las sugerencias planteadas deben iniciarse a nivel preescolar, aumentando la complejidad de la información y del análisis al paso de los años escolares (CAPS, 1996).

Por último, y no menos importante, debe crearse un enlace continuo y activo entre la escuela, la comunidad y la familia, mediante el cual las diferentes instituciones aporten significativamente y de manera cooperativa a las etapas tempranas de socialización. Pueden entre todos proveer información, promover valores hacia una visión positiva de la sexualidad, en vez de sólo alertar a la juventud sobre las características y consecuencias negativas de la misma.

Los padres y las madres o tutores tienen una responsabilidad intransferible de desarrollar en los niños y las niñas sentimientos positivos y conocimientos acertados sobre la sexualidad. Estos no pueden continuar delegando su responsabilidad a otras personas. Tal vez, muchos padres y madres desean ofrecer a sus hijos e hijas una educación sexual certera y amplia, pero carecen de los recursos para proporcionarla, ya que su educación se ve limitada a lo que aprendieron en el salón de clases o la universidad – o en ambas- y a la experiencia que hasta ahora han vivido. Otros pueden reconocer la importancia de esta misión, pero sentirse inhibidos por su formación social y religiosa. Recomendamos que los profesionales en el área de la sexualidad humana desarrollen programas de educación sexual para reeducar a los padres y a las madres con el propósito de romper esquemas y mitos prevalecientes en torno a la sexualidad, de manera que éstos puedan servir como agentes y recursos educativos fuera de la escuela.

Un nivel que no debemos olvidar al proponer recomendaciones es el de la política pública. Es a través de legislación y reglamentaciones administrativas que se implantan tanto los objetivos como los contenidos de los programas de educación en salud. También por estos medios se decide financiar o no nuevos esfuerzos como los que proponemos de educar a la familia y al magisterio. Por tanto, (a) debemos ubicarnos en papeles en los cuales podamos asesorar a los oficiales pertinentes que generan los proyectos y la reglamentación, (b) debemos deponer en vistas públicas cuando surjan proyectos sobre estos temas y (c) debemos colaborar con evaluaciones sistemáticas de programas impulsados por la política pública para identificar su efectividad y eficacia.

Es evidente la necesidad de más y mejores investigaciones sobre este tema en nuestro país. Entendemos que una de las contribuciones importantes de este trabajo es el desarrollo del CARP (Acosta & Serrano-García, 1998). Su desarrollo posterior mediante procesos de validación con otras muestras podría ser un trabajo de mucha utilidad. Además, sería muy deseable realizar una evaluación sistemática del impacto del currículo de educación sexual del

DE a diferentes niveles escolares. También es posible desarrollar, implementar y evaluar programas comunitarios y escolares como los que sugerimos anteriormente.

Esperamos que los hallazgos de este estudio sean de utilidad para que profesionales de la educación, la psicología, la consejería y otros tengan una mejor idea de las limitaciones y necesidades educativas de nuestra juventud en el área de la sexualidad humana. Las recomendaciones para implantar un currículo de educación sexual efectivo y completo no escasean. Lo que realmente necesita la juventud en este país es que las diferentes instituciones que tienen en sus manos la responsabilidad de educar tomen en consideración sus necesidades y se propongan colaborar en el desarrollo de la salud sexual de la sociedad en general. Nuestros niños, niñas y jóvenes se merecen la mejor educación sexual posible. A la larga, redundará en una sociedad más saludable.

Referencias

- Acosta Pérez, E., & Serrano-García, I. (1998). *Cuestionario de anatomía y fisiología sexual femenina, relaciones sexuales y placer sexual (CARP)*. San Juan, PR: Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos.
- Allgeier, R., & Allgeier, E. (1995). *Sexual interactions*. Lexington, MA: D. C. Health Co.
- Arill, M.A. (1987). *Conocimiento sobre sexualidad humana que posee un grupo de jóvenes pre-adolescentes y adolescentes comparados por su sexo y edad*. Tesis de M.A. sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de PR, Recinto de Río Piedras.
- Cangiano, J. E. (1985). La educación sexual en Puerto Rico. *Homines*, 3, 242-245.
- Cantera, L. (1992). *Sexualidad y relaciones de poder entre los géneros: Análisis de las experiencias de un grupo de puertorriqueños/as*. Disertación Doctoral sometida al Departamento de Psicología, Universidad de PR, Recinto de Río Piedras.
- Carrasquillo Flores, L. M. (1993) *Efectividad de un taller sobre sexualidad en los conocimientos de padres, madres o encargados de adolescentes*. Tesis presentada como requisito parcial para el grado de Maestría en Educación con Especialidad en Orientación y Consejería. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) (1996). *¿Sirve la educación sexual? HIV Prevention: Looking Forward, Looking Ahead*. San Francisco, CA: CAPS & Harvard University.
- Conducta sexual de los puertorriqueños (1998, 28 de octubre). *Primera Hora*, 2A-3A.

- Coperias E. M. (1996). Zonas erógenas: No me toques que me derrieto. *Muy Interesante*, 182 (350) 30-37.
- Cruz-González, D. (1997). La relación entre la percepción de moralidad y las prácticas de conductas sexuales en un grupo de mujeres puertorriqueñas. *McNair Journal*, 1, 15-19.
- Cubas, Z., & Montalvo, R. (1988). *Actitudes y conocimientos de sexualidad humana de una muestra de estudiantes de la UPR*. Tesis de M.A. sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de PR, Recinto de Río Piedras.
- Departamento de Educación (1999a) *Política pública del Departamento de Educación en Puerto Rico sobre la educación en salud sexual en las escuelas públicas*. San Juan, PR: Autor.
- Departamento de Educación (1999b). *Modelo curricular: Programa de salud escolar*. San Juan, PR: Autor.
- Departamento de Educación (1996a). *Política pública de salud sexual y reproductiva*. San Juan, PR: Autor.
- Departamento de Educación (1996b). *Estándares de excelencia: Programa de salud escolar*. San Juan. PR: Autor.
- Díaz-Loving, R. (2001) Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 25-40.
- Fishbein, M., Middlestadt, S., & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. En R. Di Clemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (61-78) N.Y., N.Y.: Plenum
- Fisher, J. & Fisher, W. (2000) Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk. En J. Peterson & R. Di Clemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention* (3-56). N.Y., N.Y. : Kluwer Academic/ Plenum.
- Giusti Ortiz, A. L. (1981). *Family life education knowledge: Attitude and behavior among undergraduate students*. Disertación Doctoral sometida a Florida State University, Florida.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México, DF, México: Mc Graw-Hill.
- Kline-Graber, G., & Graber, B. (1975). *A guide to sexual satisfaction: Woman's orgasm*. Nueva York, NY: Warner Books.
- Lausell González, M. Z. (2000) *La percepción de un grupo de jóvenes sobre la educación y el VIH/SIDA en el contexto escolar: Un estudio exploratorio*. Tesis de M.A. sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de PR, Recinto de Río Piedras.
- Morales Maldonado, M. del C. (1997). *Educación sexual: Un adiestramiento para adolescentes*. Tesis presentada como requisito parcial para el

- grado de Maestría en Educación con especialidad en Orientación y Consejería. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Master, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R.C. (1987). *Sexualidad humana*. Barcelona, España: Ediciones Grijaldo.
- Miller, J. (1979). Physiology. *Grolier Multimedia Encyclopedia* [CD-ROM] Grolier Interactive Inc.
- Mock, G. & Martínez, W. (1995). *Sexualidad humana y sus conceptos básicos*. San Juan, PR: Editorial Cultural.
- Moscoso-Álvarez, M., Rosario, R., & Rodríguez, L.(2001) Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 79-92.
- PASET (2000). *Informe de vigilancia del VIH/SIDA*. San Juan, PR: Autor.
- Rovira Álvarez, J. F. (1997) *Actitudes y conocimientos sobre sexualidad en jóvenes adolescentes: Un enfoque biopsicosocial para investigar la maternidad y la paternidad temprana*. Disertación Doctoral sometida al Departamento de Psicología, Universidad de PR: Río Piedras.
- Santos-Ortiz, M. (1991). El SIDA y las relaciones heterosexuales. En I. Cunningham, C. Ramos & R. Ortiz (Eds.) *El SIDA en Puerto Rico: Aspectos multidisciplinares*. (123-146). Río Piedras: Editorial Universitaria.
- Serrano-García, I. (1994). *Empowerment and HIV/AIDS: A prevention project for young heterosexual Puerto Rican women*. R24- MH-49368-06 NIMH.
- Serrano-García, I., Torres-Burgos, N. & Galarza, M. (In press) Las relaciones de poder y la prevención del VIH/SIDA: Una intervención/ investigación con mujeres puertorriqueñas. In F. Bálcazar, M. Montero & S. Fuks (Eds.) *Community health psychology in the Americas: Case studies and conceptual issues*. Washington, DC: PAHO & APA.
- The Boston Women's Health Book Collective (1984). *The new our bodies, ourselves*. Nueva York, NY: Simon & Schuster Inc., and Touchstone.
- Tirado Cruz, M. (1993). *Los conocimientos y las actitudes sobre sexualidad de estudiantes de nivel intermedio del Distrito Escolar de Canóvanas*. Tesis presentada como requisito parcial para el grado de Maestría en Educación con especialidad en Orientación y Consejería. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Tordjman, G. (1996). El placer sexual femenino: Todas las respuestas a las diversas maneras de conseguirlo. Barcelona, España: Plaza and James Editors, SA.
- Toro-Alfonso, J., Pacheco-Bou, W., Hernández-Cartagena, M., Cruz-González, D., Arroyo, L.E., Torres-Burgos, N., Galarza, M., Serrano-García, I., Ramos, L., García, D., Resto-Olivo, J. (1997) *Inventario de Conductas Sexuales para Mujeres* San Juan, Puerto Rico: Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos.

Valdivia, Y. (1999, 13 de marzo). Embarazadas en la elemental. *El Nuevo Día*, 2.

Notas

¹ Las autoras desean agradecer la ayuda y el apoyo de todas las integrantes del *Proyecto Nuestras Voces ante el VIH/SIDA* y la información que proveyó Taller Salud.

² Para comunicarse con las autoras, se puede escribir al Apto. 23174 UPR Station, San Juan, P.R. 00931-3174.

³ Una escala tipo Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de las personas participantes a quienes se les administra. Sus afirmaciones califican al objeto de actitud de manera lógica (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

⁴ El *Proyecto Nuestras VOCES ante el VIH/SIDA* fue una intervención-investigación para diseñar y evaluar un programa de prevención de VIH/SIDA para mujeres jóvenes, heterosexuales y puertorriqueñas (Serrano-García, 1994).

⁵ En las Tablas 3, 4, 5 y 6, el total se refiere al número de respuestas, no al número de participantes.