



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN

TEMA:

“EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE
LA LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA DE LA ENES LEÓN UNAM
HACIA LA SEXUALIDAD HUMANA”

MODALIDAD DE TITULACIÓN:

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA

P R E S E N T A:

ISABELLA IRAZU TORRES MORALES

TUTOR:

DR. MAURICIO ALBERTO RAVELO IZQUIERDO

ASESOR:

LFT. FRANCISCO ANTONIO GARCÍA ARENAS

LEÓN, GUANAJUATO

2020



Unidad León
Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios, quien me ofreció la oportunidad de ser parte de ella y me brindó el conocimiento y herramientas necesarias para mi correcta formación como profesional.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la UNAM (ENES LEÓN UNAM) por ser mi alma mater, mi segunda casa; por dejarme tantos conocimientos no sólo académicos sino para mi vida diaria y por día a día inspirarme a ser mejor persona.

Al Dr. José Narro Robles por haber impulsado a la ENES LEÓN UNAM y con ello traer educación de calidad más cerca de los jóvenes de Guanajuato.

Al actual rector de la universidad, el Dr. Enrique Luis Graue Wiechers, por su esmero y arduo trabajo al dirigir esta gran institución.

Al Maestro Javier de la Fuente por creer en el proyecto de la ENES desde su inicio; y además por su entrega, apoyo y familiaridad con la comunidad universitaria.

A la actual directora de la ENES LEÓN UNAM, la Dra. Laura Susana Acosta Torres, por la continuidad del proyecto, por su innovación y compromiso con el mismo.

Al Programas de Becas Manutención UNAM (antes PRONABES) por el apoyo económico brindado durante mi formación académica.

A todos y cada una de las personas que trabajan arduamente para mantener a esta gran universidad siempre en alto; en especial a los estudiantes participantes de la ENES LEÓN UNAM quienes hicieron posible esta investigación.

“Por mi raza hablará el espíritu” - José Vasconcelos.

DEDICATORIAS

Primeramente a Dios, por siempre amarme y estar a mi lado; quien me ha dado la capacidad de hacer y vivir cosas únicas. Gracias.

A mi Padre, Armando, quien a pesar de no estar conmigo en persona, siempre estará presente en mi mente y alma. Por todo su apoyo, cariño y cuidado desde el cielo y por lo muy importante que me enseñó en vida.

Para mi Madre, Avelina, la persona que más admiro en este mundo por ser un ejemplo de inteligencia, fuerza y perseverancia; quien me enseñó que hay que luchar por lo que amas y que a pesar de los tiempos difíciles siempre viene la calma; y quien siempre ha estado ahí apoyándome en todas las decisiones de mi vida.

A mi hermano Gabriel por ser mi compañero de vida, por enseñarme que madurar no es solo cuestión de edad sino de experiencias y por siempre ser la alegría del hogar.

Para todos y cada uno de los miembros de mi familia por siempre estar ahí para mí y darme la fortaleza para seguir adelante. En especial a mis abuelas Refugio y Consuelo por su alegría y cariño; a mis tías Ana Bertha, Imelda, Alejandra, Arcelia; a mis tíos Pepe, Gerardo, Jesús Manuel, Alejandro y Felipe; y a mis primos Anibal, Uriel y Omar por su ejemplo, cariño y soporte incondicional.

To Matthew Thomas who has taught me how to love, showed me his world, made me part of it and inspire me every day to work hard to be a better me. Ich liebe dich.

A todos mis amigos en quienes he encontrado otra familia, con quienes he compartido momentos inolvidables y quienes siempre han estado ahí en los buenos momentos y en los malos; gracias por escucharme y por sus consejos. Abraham, Zaira, Monserrat, Adriana, América, Diana, Karina, Brenda, Ricardo, Jessica, Sabrina, a mis compañeras en el equipo de fútbol y a mis aprendices en clínica.

Para todos mis profesores y maestros quienes compartieron su conocimiento conmigo y que durante mi vida estudiantil me guiaron y alentaron para convertirme en lo que hoy soy. En especial al Profesor Romero Lara, a la Profesora Ileana Aguilar y al Profesor Rodrigo Bonaga. Además a mis mentores durante la universidad Lic Missael Magaña y Lic. Francisco García.

A mi tutor, el Dr. Mauricio Alberto Ravelo Izquierdo por su compromiso con la enseñanza, por siempre impulsarnos a aprender más e inspirarnos en el amor al deporte y por el apoyo durante toda mi carrera universitaria.

Finalmente a todas y cada una de las personas que me apoyaron durante este proceso. Gracias a todos.

ÍNDICE

<u>Resumen</u>	1
<u>Introducción</u>	2
<u>Capítulo 1 Planteamiento del problema</u>	4
<u>1.1 Planteamiento del problema</u>	5
<u>1.2 Justificación del estudio</u>	6
<u>1.3 Objetivos del estudio</u>	7
<u>Capítulo 2 Marco teórico</u>	8
<u>2.1 Antecedentes</u>	9
<u>2.1.1 Sexualidad</u>	9
<u>2.1.1.1 Definición</u>	9
<u>2.1.1.2 Aspectos para el estudio de la sexualidad</u>	10
<u>2.1.1.3 Modelos para la respuesta sexual humana</u>	10
<u>2.1.1.4 Salud sexual</u>	11
<u>2.1.2 Fisioterapia</u>	12
<u>2.1.2.1 Fisioterapia en la sexualidad</u>	13
<u>2.1.3 Discapacidad</u>	14
<u>2.1.3.1 Definición</u>	14
<u>2.1.3.2 Datos epidemiológicos</u>	15
<u>2.1.4 Sexualidad en discapacidad</u>	16
<u>2.2 Estado Actual del conocimiento</u>	18
<u>2.2.1 Educación sexual</u>	18
<u>2.2.2 Educación sexual en ciencias de la salud</u>	20
<u>2.2.3 Educación sexual en fisioterapia</u>	22
<u>Capítulo 3 Metodología</u>	25
<u>3.1 Enfoque de la investigación</u>	26
<u>3.2 Alcance del estudio</u>	26
<u>3.3 Diseño del estudio</u>	26

<u>3.4 Población</u>	26
<u>3.5 Muestra</u>	27
<u>3.6 Criterios</u>	27
<u>3.6.1 Criterios de inclusión</u>	27
<u>3.6.2 Criterios de exclusión</u>	27
<u>3.6.3 Criterios de eliminación</u>	27
<u>3.7 Instrumento de medición</u>	27
<u>3.8 Variables</u>	29
<u>3.9 Procedimiento</u>	31
<u>Capítulo 4 Resultados</u>	35
<u>4.1 Variables sociodemográficas</u>	36
<u>4.2 PREGUNTA 1: ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?</u>	40
<u>4.3 Cuestionario ECCAFS</u>	46
<u>4.3.1 PREGUNTA 2 Conocimiento teórico</u>	46
<u>4.3.2 PREGUNTA 3 Confort</u>	53
<u>4.3.3 PREGUNTA 4 Incomodidad</u>	60
<u>4.3.4 PREGUNTA 5 Actitudes</u>	67
<u>Capítulo 5 Discusión</u>	74
<u>Capítulo 6 Conclusiones</u>	79
<u>Referencias y Anexos</u>	81

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Salud Sexual (Sa. Se.) es un elemento clave para lograr una buena calidad de vida en cualquier ser humano sin importar su condición. Para asistir en asuntos en materia de sexualidad, distintas disciplinas de la salud pueden ser requeridas para su manejo; debido a que la intervención multidisciplinaria es ideal para estos casos. La Fisioterapia, al formar parte de esta intervención, juega un enorme papel al tratarse de sexualidad de sus pacientes, especialmente en aquellos que sufren alguna discapacidad. Al ser una profesión que involucra mucho contacto físico, es de esperarse que los asuntos en materia de sexualidad salgan a la luz debido al vínculo y confianza que se puede crear. En este caso el Fisioterapeuta deberá estar bien preparado para afrontar estas situaciones de manera profesional.

OBJETIVOS: El siguiente estudio se centrará en evaluar el grado de conocimiento, confort y las actitudes en estudiantes de Fisioterapia de la Escuela Nacional De Estudios Superiores Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENES LEÓN UNAM) hacia la sexualidad humana.

METODOLOGÍA: Este es un estudio de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo-exploratorio y de diseño no experimental con subdiseño transversal.

La muestra fue conformada por 165 alumnos de la Licenciatura en Fisioterapia (Lic. en Fst.) de la ENES LEÓN UNAM que decidieron participar de manera voluntaria y cuyos cuestionarios se apegaban a los criterios de selección.

El instrumento a utilizar fue la “Escala de Conocimiento, Confort y Actitudes de los Estudiantes de Fisioterapia hacia la Sexualidad Humana” (ECCAFS) desarrollada por Wiffkopf et al. en 2015. Es una escala con 4 dominios a medir (Conocimiento, Confort, Incomodidad y Actitudes), de tipo likert y con un Alpha de Cronbach’s = 0.861. Además de esta escala se incluyó la pregunta “¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?” y otros datos sociodemográficos.

RESULTADOS: El 97% de alumnos consideran conveniente la inclusión de la Educación Sexual (Edu. Sex.) a su currículum. Solo el 5% de la muestra total de estudiantes considera tener un conocimiento teórico “alto” sobre sexualidad humana; siendo el área de Geriátrica la que aportó más estudiantes a este grupo. Se identificó que el 62% de la muestra presentó un nivel “alto” de comodidad. Con solo un 6% más de Hombres que Mujeres; y siendo el segundo año el que mejores niveles señaló. El 71% identificó sensaciones de “mucho” incomodidad hacia situaciones relacionadas con la sexualidad humana. En especial el género Femenino; y así mismo, los estudiantes de cuarto y tercer año. Finalmente 22% de alumnos se inclinó por actitudes “muy” favorables hacia la sexualidad. Siendo el género Masculino y los años primero y segundo los de mayor contribución a este grupo.

CONCLUSIÓN: En general los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento, confort y actitudes por parte de los estudiantes de la ENES LEÓN UNAM en este estudio no se consideran por completo negativos, sino que entran dentro de los rangos obtenidos por investigaciones similares. Sin embargo, ésto nos indica que aunque se va por buen camino, aún hay trabajo por hacer en pro de la educación de los futuros fisioterapeutas de esta institución.

Además la evidencia de este estudio, indica que la inclusión de la Edu. Sex. al currículum de estudiantes de fisioterapia aumenta sus niveles de conocimiento y disminuye los de sentimientos de incomodidad y actitudes negativas hacia la sexualidad humana.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Sa. Se. se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; el cual no es simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción [34, 57].

De manera que la sexualidad es vista como un componente importante para la calidad de vida de todos los individuos sin importar su edad, sexo, raza o condición física [4, 42, 52]. Representa un conjunto de factores bio-psico-ético-sociales (B. P. E. S.) que interactúan entre sí en equilibrio y que si alguno de ellos se ve afectado, éste puede influenciar negativamente la vida sexual (V. S.) de las personas y, por lo tanto, su calidad de vida en general.

En este contexto las personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad también pasan por los mismos procesos biológicos y de aprendizaje sexual que sus contrapartes sin estas condiciones de salud. Y está por demás mencionar que cuentan con los mismos derechos a una V. S. y reproductiva saludable [2, 15, 20, 25, 31]; Desgraciadamente se ha demostrado que son más propensas a presentar problemas en su Sa. Se. [31, 34, 41, 47, 48, 52, 55].

El cuidado de la V. S. involucra la promoción de una buena salud a través de la prevención e intervención cuando los problemas ocurren [34]; sin embargo, en pleno siglo XXI, sigue siendo un tema difícil de abordar ya sea por estigmas sociales, culturales o religiosos; inclusive para algunos profesionales de la salud [51].

Si bien es cierto que frecuentemente este problema no se considera una prioridad a tratar en el área médica ni existe la preparación suficiente por parte del profesional para abordar el tema debido a que hay carencia de información y acceso a ella sobre cómo apoyar, guiar y fomentar una sexualidad saludable en estos pacientes y en la población en general [15, 20, 34, 49, 51, 52]. También es cierto que para estos pacientes la alteración de su función sexual es una de las pérdidas que más se lamentan, por

consiguiente el abordaje y tratamiento debería ser un tema preferencial [2, 4, 13, 28, 36, 40, 41].

Como evidencia de lo anterior un estudio llevado a cabo por Anderson K. y su equipo en 2007 reveló que el 87% de los 286 participantes con lesión medular declararon que se habían visto involucrados en algún tipo de acto sexual posterior a su lesión; así mismo el 82% manifestó que el ocuparse de su función sexual era importante para mejorar su calidad de vida [4].

Teniendo en cuenta todo lo anterior este estudio se enfocará en identificar si los alumnos de la Lic. en Fst. de la ENES LEÓN UNAM se encuentran preparados para afrontar temas relacionados a la sexualidad de sus pacientes durante la práctica, mediante una escala que mide el conocimiento, confort y actitudes de los estudiantes hacia la sexualidad humana.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde un punto de vista profesional no existen pautas establecidas ni homogeneidad de la formación de los profesionales en sexología clínica, lo que lleva a un grave problema de institucionalización [3]. Según un estudio hecho en Francia en 2003, de 604 personas entrevistadas que se autodenominaban “sexólogos” se supo que 68% provienen de medicina, el 12% de psicología y el 20% personas con diferente titulación o sin ella [18].

Ahora bien, hablando de la Fisioterapia, Campo, M. y Sánchez, A. en 2003 citan al estudio de Le Postollec de 2001 quien asevera que “En Estados Unidos de América (E. U. A.) se propone que los fisioterapeutas deben estar preparados para brindar información sobre sexualidad y fertilidad, ya que son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes durante su período de rehabilitación” [8].

Gracias a su formación académica y práctica, la labor de un fisioterapeuta en rehabilitación sexual se basará mayormente en atender de manera directa disfunciones abdomino-pélvicas [43] y de manera indirecta problemas relacionados mayoritariamente con la funcionalidad y asuntos prácticos [23, 34, 47, 49]; no obstante, son otros aspectos de la rehabilitación sexual que el profesional puede encontrar más difíciles de atacar [23].

Además debido a que los fisioterapeutas desempeñan un trabajo de intenso contacto físico con sus pacientes, es de esperarse que los asuntos en materia de sexualidad salgan a la luz debido al vínculo y confianza que se puede crear entre ellos. Y por motivo a esta posible interacción, estos profesionales están expuestos a mayor número de situaciones incómodas y difíciles de manejar que otros profesionales de la salud [6, 9, 35, 38, 50, 51, 52].

Conforme a las publicaciones de Pynor, Wittkopf y Kendall la poca o nula profundización que es proporcionada por las universidades en esta área de la salud a sus estudiantes genera profesionales mínimamente capacitados que, posteriormente, durante su vida laboral se enfrentan a barreras como desconocimiento del tema, inapropiado abordaje del tema, alto nivel de incomodidad, actitudes inapropiadas, proporcionar información errónea, acoso sexual (por parte del paciente o viceversa), entre muchas otras [6, 23, 35, 50, 51, 52].

La literatura sugiere entonces, que para prevenir estas conductas desfavorables en los profesionales de la salud es necesario trabajar en ellos desde su formación educativa pues es bien sabido que el incremento en el conocimiento y una buena preparación está relacionado con la disminución del disconfort y las actitudes negativas hacia la sexualidad, que a su vez se relacionan con el tratamiento apropiado e integral del paciente [23, 24, 27, 28, 33, 34, 35, 39, 51, 52].

Todo esto nos lleva a pensar en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de conocimiento, confort y las actitudes de los estudiantes de la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM hacia la sexualidad humana?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las personas discapacitadas son mayormente propensas a presentar disfunciones sexuales; Así mismo, se sabe que la atención o rehabilitación sexual es de fundamental importancia para los pacientes que se recuperan de heridas traumáticas, enfermedades crónicas y por supuesto con discapacidad [24, 28, 31, 34, 35, 40, 41, 42, 47, 48, 52, 55].

Ello indica que los profesionales deben ser capaces de afrontar estos temas para poder compartir información adecuada con el propósito de guiar al paciente sobre su sexualidad. Las universidades deben proporcionar el conocimiento, preparación y entrenamiento adecuados a sus estudiantes para afrontar estas situaciones en la vida real [28, 35, 39, 51, 52].

Este entrenamiento no solo debe consistir en la adquisición de conocimiento sobre el tema, sino que debe brindar los instrumentos necesarios al estudiante para el correcto abordaje del tema y un efectivo desarrollo de habilidades sociales (interpersonales), de comunicación y asertividad para el ejercicio de la profesión [1, 9, 23, 26, 27, 35, 51, 52].

Actualmente no existen las herramientas necesarias ni suficientes para la correcta formación del fisioterapeuta en cuestión de la sexualidad en México. Específicamente en el estado de Guanajuato existen, hasta este momento, 4 universidades que ofertan la Lic. en Fst., de las cuales 3 imparten alguna materia relacionada a una parte del extenso tema de la sexualidad. Dichas materias están dentro de su plan de estudio (pero no necesariamente todos los alumnos tienen acceso a ella) e involucran principalmente el aprendizaje de la Fisioterapia en el aparato urogenitario y/u obstetricia [14, 44, 45, 46].

Los datos anteriores nos manifiestan, primero, que existe un posible rezago educativo en cuestión Edu. Sex., concretamente en “sexualidad en discapacidad/enfermedad”; asunto fundamental en esta profesión que está todo el tiempo en contacto con pacientes. Y segundo, la necesidad de un estudio que demuestre la relevancia de promover y educar en “sexualidad en discapacidad/enfermedad” a los estudiantes de la Lic. en Fst.

Al realizar esta investigación comprobaremos si los alumnos de la Lic. en Fst. de la ENES LEÓN UNAM se encuentran preparados para afrontar temas relacionados a la sexualidad de sus pacientes durante la práctica; y adicionalmente si es necesaria la implementación y/o modificación de programas educativos que ofrezcan este tipo de información a todos los estudiantes.

Además marca la pauta para realizar mayores investigaciones respecto a este tema considerado tabú, el cual beneficiaría no sólo a los fisioterapeutas en su preparación y práctica profesional, sino a los pacientes mediante el progreso de su bienestar y mejora de su calidad de vida, el cual es nuestro principal propósito.

1.3 OBJETIVOS

General:

- Evaluar el grado de conocimiento, confort y las actitudes en estudiantes de Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM hacia la sexualidad humana.

Específicos:

- Determinar si los alumnos de Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM se encuentran preparados para afrontar temas relacionados a la sexualidad humana durante la práctica.
- Reconocer el papel que tiene la Educación Sexual en los estudiantes de fisioterapia.
- Identificar la necesidad de la Educación Sexual al programa educativo de la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Para poder dar marcha a este estudio y cumplir con los objetivos del mismo, se consideró apropiado el abordaje de ciertos temas y definiciones relacionados a la sexualidad para la posible contextualización de esta investigación.

A continuación se dará lugar a la explicación de estos tópicos y su relación con la Fisioterapia, la Edu. Sex. y la Discapacidad.

2.1.1 SEXUALIDAD

2.1.1.1 Definición

La Real Academia Española define a la sexualidad como el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan cada sexo; o como apetito sexual, propensión al placer carnal [37].

Conforme a lo que expresa la OMS, “Sexo” se refiere a todas aquellas características biológicas que distinguen y definen a los humanos como femenino o masculino (aunque existen individuos que poseen ambas); mientras que “Sexualidad” se define como un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida que envuelve el sexo, identidad de género y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. Es experimentada y expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes y valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones; mientras que la Sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas. La Sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales [57].

De acuerdo con Rathus A. en su libro “Sexualidad Humana”, la sexualidad se entenderá al conocer el amplio espectro de significados que tiene la palabra “sexo”. Conforme a la etimología latina, sexo, significa “cortar o dividir” lo que hace referencia principalmente a todas las diferencias (en género y estructuras anatómicas) entre masculino y femenino. También hablamos de “sexo” al referirnos a las actividades que involucran órganos sexuales con el propósito de reproducción o placer; además de al hablar de experiencias, deseos y sentimientos eróticos o afectivos [36].

Según Alonso Arbio I. en el libro “Actualizaciones en sexología clínica”, la sexualidad es todo aquello relacionado con todas las maneras posibles de ser mujer u hombre, en toda su diversidad; no equivale a conductas sexuales sino que éstas son una leve expresión de aquella [3].

Esto nos hace entender que la sexualidad es un concepto muy complejo y que su definición comprende el razonamiento de muchos otros temas relacionados a ella.

Por lo que en este estudio, y coincidiendo con los demás autores, se interpretará a la sexualidad como un conjunto de factores B. P. E. S. que interactúan entre sí en equilibrio y que si alguno de ellos se ve afectado, éste puede influenciar negativamente la V. S. de las personas y, por consiguiente, su calidad de vida.

Además, es por este motivo que ésta puede ser estudiada, vista y definida desde distintos puntos de vista. En la bibliografía generalmente se manejan 4 diferentes aspectos desde los cuales puede abordarse y expresarse. Los cuales se describen en seguida [7].

2.1.1.2 Aspectos para el estudio de la sexualidad

Biológico: éste abarca las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer; se refiere a una visión más sistémica y orgánica de la sexualidad. En ella se involucran los órganos reproductivos, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso los cuales intervienen también en los procesos de excitación y deseo sexuales.

Psicológico: describe que la sexualidad no solo es una necesidad biológica sino que incluye al deseo, comportamiento y el sentido mismo de su ejercicio. Aquí tiene un rol importante el intelecto, que mediante el desarrollo de capacidades cognitivas, logra ejercer control sobre el “impulso sexual”; y el afecto, que determina las relaciones interpersonales al involucrar sentimientos y sensaciones. Dentro de este aspecto podemos identificar conceptos como la identidad sexual y el desarrollo sexual.

Sociocultural: en este aspecto las normas impuestas por la sociedad regulan el comportamiento de sus grupos humanos; ellas se ven expresadas mediante la cultura y dependiendo de ésta, se establecen roles, espacios y prácticas para expresar la sexualidad de manera específica, característica y adecuada para esa sociedad.

Ético-filosófica: esta dimensión parte de la creencia de que las actitudes, sentimientos y comportamientos que una persona tiene respecto a la sexualidad dependen de los valores de cada uno, mismos que a su vez dependen de las experiencias de vida que se han adquirido y de su formación como individuo. Es decir que la sexualidad es la representación de los valores de cada persona.

Todos estos aspectos sirven de una u otra forma para entender qué es la sexualidad desde distintas disciplinas, puesto que su definición es muy compleja, y además para poder lograr homogeneizar y facilitar su estudio. A partir de esta información, diversos autores se han dado a la tarea de identificar las reacciones sexuales del cuerpo al estar en contacto con diversos estímulos.

A continuación se describen las llamadas “respuestas sexuales humanas” con el fin de comprender a nivel biológico y psicológico la sexualidad humana y, más adelante, tener claro el concepto de SaSe.

2.1.1.3 Modelos de la respuesta sexual humana

Masters y Johnson (M&J) en 1966 identificaron y describieron las respuestas fisiológicas de ambos sexos a la estimulación sexual; de acuerdo a su investigación éstas se clasifican en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución [5, 36].

La primera se caracteriza por el aumento progresivo de la vasocongestión de los genitales, tensión muscular y del ritmo cardiaco en ambos sexos, y por consiguiente la presencia de erección en el varón y la lubricación vaginal en la mujer.

La segunda fase corresponde a la meseta la cual indica una nivelación del grado de excitación y sus signos, sin embargo ésta fase representa un estado avanzado de la excitación que antecede a la siguiente etapa.

La fase orgásmica es la tercera etapa que representa un pico en la gráfica de la respuesta sexual a un estímulo. Consiste en la contracción de la musculatura pélvica y músculos que rodean el aparato reproductor en ambos sexos seguida de la liberación de tensión acumulada que lleva a una sensación de placer. Es caracterizada por la eyaculación en el varón y por la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer si la estimulación continúa.

El último estadio es el de la resolución en la cual el cuerpo vuelve a su estado previo de la excitación. Los órganos reproductores pierden gradualmente la sangre que habían acumulado, disminuye la tensión muscular, la respiración y frecuencia cardiaca.

Por otro lado la terapeuta sexual Helen Singer Kaplan autora de varios manuales profesionales (1974, 1979, 1987) de terapia sexual. Después de extensa investigación y experiencia clínica ella expone la existencia de únicamente 3 fases de la respuesta sexual, las cuales denomina como *deseo*, *excitación* y *orgasmo*. Éstas, en contraste con las de M&J, no son secuenciales ni dependientes entre ellas [36].

Ambos modelos ha ayudado a comprender y clasificar de mejor manera las disfunciones sexuales desde las distintas fases propuestas por los mismos, por ejemplo en el deseo (deseo bajo o ausente), excitación (como los problemas de erección en los hombres y la falta de lubricación en las mujeres) y orgasmo (como la eyaculación precoz en los hombres y la disfunción orgásmica en las mujeres) [5, 36, 43].

2.1.1.4 Salud sexual

De acuerdo con la OMS la Sa. Se. se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; el cual no es simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción [29, 34, 55, 57].

Se sabe que el detrimento en la Sa. Se. se ve reflejado en la aparición de “disfunciones sexuales” definidas como la presencia persistente de alteraciones de una o varias fases

de la respuesta sexual que provocan molestias [43, 36]. Y lamentablemente se ha demostrado también que las personas con discapacidad y/o enfermedades crónicas son más propensas a sufrir alteraciones de su Sa. Se., mismas que se describirán más adelante [31, 34, 41, 47, 48, 55].

Distintos autores concuerdan que la Sa. Se. es un componente esencial para lograr una buena calidad de vida en todos los individuos sin importar su edad, sexo, raza o condición física. Así como también concuerdan que la rehabilitación sexual es imprescindible y debe trabajarse a la par de otros tratamientos de individuos con discapacidad [5, 13, 24, 28, 31, 34, 35, 40, 41, 42, 47, 48].

Como prueba de su importancia Elliot y su equipo en 2007 mencionan un estudio en el que participaron 681 personas con lesión medular (25% Mujeres y 75% hombres) y su objetivo era describir y comparar el impacto de los problemas de salud secundarios a lesión medular proyectados en sus actividades sociales y de la vida diaria al 1er y 5to año posteriores a su alta médica. La sexualidad fue uno de los problemas más frecuentemente mencionados por los pacientes. Otros estudios referidos por Elliot et al. demuestran que para los individuos con paraplejia retomar su función sexual era asunto de alta prioridad y considerado en segundo lugar por personas con cuadriplejia [13].

El cuidado de la V. S., desde la esfera médica, involucra la promoción de una buena salud a través de la prevención e intervención cuando los problemas ocurren. Y debido a su naturaleza B. P. E. S. es muy complicado afrontarla desde una sola disciplina [13, 34, 43, 51].

Es esencial la intervención de un equipo multidisciplinario, que aporte su conocimiento desde distintas áreas de la salud, para asistir a los pacientes con estas condiciones y generar mejores resultados en sus tratamientos globalizados. Éste equipo deberá estar conformado por expertos capaces de proveer adecuada información y recursos en materia de Sa. Se. [13, 34, 39].

Dentro de este equipo de expertos debe incluirse la figura del fisioterapeuta cuya labor en el mantenimiento de la salud es imprescindible y se describe a continuación.

2.1.2 FISIOTERAPIA

El fisioterapeuta es el profesional de la salud experto en el movimiento y la funcionalidad. En palabras de la Confederación Mundial para la Fisioterapia/ World Confederation for Physical Therapy, (WCPT), el fisioterapeuta provee servicios para desarrollar, mantener y restaurar la máxima movilidad y funcionalidad de una persona; pueden ayudar a individuos en cualquier etapa de la vida cuando su movimiento y funcionalidad se ven mermados por la edad, lesión, enfermedad, desorden, condición o factores ambientales [53].

Estos ayudan a las personas a maximizar su calidad de vida al ver por un bienestar fisiológico, psicológico, emocional y social. Su trabajo consistirá en la promoción, prevención, intervención, habilitación y rehabilitación de la salud [53, 54]. Uno de los objetivos en rehabilitación será el de ayudar al paciente a recuperar su independencia después de haber afrontado una discapacidad o enfermedad crónica [48].

Según la declaración de política de la WCPT la Fisioterapia demanda la interacción entre el fisioterapeuta, clientes, otros profesionales de la salud, familiares, cuidadores y comunidades. Un fisioterapeuta está facultado para operar de manera independiente, así como de trabajar en el equipo multidisciplinario junto con otros profesionales en salud. Además puede actuar como atención de primer contacto, es decir que los pacientes podrán buscar sus servicios sin necesidad de ser referidos por otros profesionales de la salud [54].

2.1.2.1 Fisioterapia en la sexualidad

Al realizar esta investigación sobre la Fisioterapia y la sexualidad queda evidenciado el hecho de que aun siendo expertos en salud, vivimos con una creencia errónea, probablemente alimentada por la ignorancia y el tabú del propio tema, donde la relación entre estas variables es inconcebible y repercute silenciosamente en la salud integral de nuestros pacientes.

No obstante existe evidencia científica que nos demuestra cuán importante es el trabajo del fisioterapeuta en la sexualidad.

De acuerdo con Catalán 2006, "...la Fisioterapia es un elemento clave para lograr al menos una mayor calidad de vida en la población que se encuentra en esta situación". Por otro lado, Campo, M. y Sánchez Ramos en 2006 citan al estudio de Le Postollec de 2001 quien asevera que en E. U. A. se propone que los fisioterapeutas deben estar preparados para proporcionar información sobre sexualidad y fertilidad, ya que son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes durante su período de rehabilitación [9, 8].

En materia de sexualidad el fisioterapeuta deberá estar preparado para brindar información y guiar al paciente, por su cuenta o de la mano de otros expertos en el tema; puesto que su deber es, como lo dicta la WCPT, atender de una manera global (B. P. E. S.) las necesidades del paciente y garantizar su independencia y buena calidad de vida, que como ya se mencionó antes está asociada a una V. S. saludable.

En su práctica diaria el fisioterapeuta desempeña un trabajo de intenso contacto con pacientes discapacitados que pueden presentar un perfil psicosocial determinado, es de esperarse que los asuntos en cuestión de sexualidad salgan a la luz debido al vínculo y confianza que se puede crear entre ellos [9, 13, 35, 51].

Para corroborar lo anterior, durante el 2013 en Holanda, Verschuren y colaboradores dirigieron dos estudios. Profesionales de salud de la "Netherlands Society of Physical and Rehabilitation Medicine" (médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, psicólogos, etc.) fueron cuestionados acerca de temas relacionados con la sexualidad y la discapacidad. En el primero se demostró que de 33 participantes, un tercio, reportó haber sido interrogado sobre temas de sexualidad por sus pacientes. En el segundo se entrevistaron 166 profesionales de los cuales el 22% dijo haber sido cuestionados acerca de temas de sexualidad por parte de sus pacientes pero el 68% confesó nunca haber tratado este asunto con sus pacientes [47, 48].

Por otro lado, según las vastas investigaciones al respecto, uno de los papeles más importantes de la Fisioterapia sobre la Sa. Se., se encuentra la intervención directa de un amplio espectro de disfunciones abdomino-pélvicas en mujeres; que van desde el tratamiento del dolor por cólicos durante la menstruación (dismenorrea), incontinencia, Fisioterapia en el embarazo y tratamientos post parto, hasta tratamientos de disfunción orgásmica y vaginismo [8, 13, 16, 23, 31, 32, 43]. Además es posible también tratar de manera indirecta problemas relacionados mayoritariamente con la funcionalidad y práctica del acto sexual para ambos sexos [23, 34, 47, 49]; no obstante son otros aspectos de la rehabilitación sexual que el profesional puede encontrar más difíciles de atacar [13, 20, 23, 35, 39, 51].

Conforme a las publicaciones de Pynor, Wittkopf, Kendall entre otros, la poca o nula profundización/especialización en esta área de la salud que es proporcionada por las universidades a sus estudiantes genera profesionales poco capacitados que, posteriormente se enfrentan a barreras como, indudablemente, desconocimiento del tema, inapropiado abordaje del tema, alto nivel de incomodidad, actitudes discriminatorias, proporcionar información errónea, negar el tratamiento al pensar que no es su área de trabajo e incluso acoso sexual (por parte del paciente o viceversa), entre muchas otras [6, 13, 23, 34, 35, 39, 50, 51, 52].

La bibliografía resalta la importancia de una educación y formación apropiada para los profesionales de la salud; además es bien sabido que el incremento en el conocimiento por parte del fisioterapeuta está relacionado con la disminución del disconfort y las actitudes negativas hacia la sexualidad [24, 28, 35, 39, 51]. Sin embargo, existe aún demasiada incertidumbre, desinformación y desconocimiento sobre muchos otros temas en materia de sexualidad y todavía es necesaria más investigación para poder determinar la extensión completa del campo de la Fisioterapia en esta área de la salud [39].

2.1.3 DISCAPACIDAD

Otro tema muy complejo e importante, necesario para entender el marco de esta investigación es la discapacidad y cómo se vive la sexualidad desde este estado de salud,

así como las principales barreras para una V. S. saludable a las que se enfrentan los pacientes.

2.1.3.1 Definición

En la década de los ochenta, la OMS publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que concebía a la discapacidad como una “restricción o ausencia por una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano” [9, 21].

En el enfoque utilizado por la CIDDM se puede observar que esta clasificación concebía como elementos importantes: la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, términos que hacían referencia a la enfermedad y discapacidad de una persona y no al funcionamiento de la misma. Por lo que se ha optado por dejarla de lado debido a que se considera que estigmatiza y etiqueta a las personas [9, 21].

Actualmente la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en 2001 considera a la Discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una “condición de salud” (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y sus “factores contextuales” (factores ambientales y personales relacionados con la salud)” [10, 21, 55,].

Para poder entender la CIF es necesario saber que ella está compuesta por distintos componentes que interactúan entre sí, creando una nueva concepción de la discapacidad más global y universal, fundamentada en el funcionamiento humano y no en la condición de discapacidad o en la enfermedad [10, 21].

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por las Naciones Unidas en 2006, no define la discapacidad pero declara que “las personas con discapacidad incluyen aquellas que tienen impedimentos físicos, mentales, intelectuales o sensitivos a largo plazo que pueden obstaculizar su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” [39, 56].

2.1.3.2 Datos epidemiológicos

Conforme a los datos del Informe Mundial sobre la Discapacidad en su versión del 2011 de la OMS, se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; lo que equivale alrededor del 15% de la población mundial [56].

Cifras de la Encuesta Mundial de Salud revelan que aproximadamente 785 millones (15,6%) de personas de 15 años o más viven una discapacidad y del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento [56].

En México la prevalencia de la discapacidad para 2014 fue de 6%; o sea, 7.1 millones de habitantes padecían alguna discapacidad [12, 22].

Las discapacidades más frecuentes en el país son aquellas relacionadas primordialmente impedimentos para la marcha (64%), dificultades visuales (58%), aprender, recordar o concentrarse (39%); seguidos de dificultades auditivas (34%), mover o usar los brazos o manos (33%), actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse o comer (24%), problemas emocionales o mentales (20%) y, finalmente, hablar o comunicarse (18%) [12, 22].

Adicionalmente se sabe que las principales causas de discapacidad en México son las enfermedades (41%), la edad avanzada (33%), factores de riesgo pre, peri y post natales (11%), los accidentes (9%) y la violencia (0.6%). Mientras que la distribución por género indica que el género femenino presenta porcentajes más elevados de discapacidad por edad avanzada (36%) y enfermedad (44%), y que el género masculino los reportan por accidentes (12%) y nacimiento (13%) [12, 22].

Los números en el país muestran la estrecha relación de la discapacidad con la vejez pues 8 de cada 10 discapacitados tienen más de 29 años. En 2014 aproximadamente la mitad de las personas con discapacidad (47%) eran adultas mayores (60 años y más) y 35% tenían entre 30 y 59 años de edad. Por otro lado dentro de la población sin discapacidad ni limitación el 60% tienen menos de 30 años de edad [12, 22].

2.1.4 SEXUALIDAD EN DISCAPACIDAD

Tenemos claro ya que la sexualidad es algo inherente del ser humano; es una necesidad y derecho humano básico. Por lo que cualquier disfunción sexual se expresa en un detrimento de la calidad de vida [4, 5, 31, 39, 42, 48, 49].

A pesar de las dificultades que implica el padecer una discapacidad, es bien documentado que estos pacientes (sin importar el origen, evolución y gravedad de ésta) tienen necesidades y derechos a aspiraciones en cuestión de sexualidad, amor, relaciones, sentimientos y preocupaciones sobre su VS, sin mencionar que es un tema prioritario para ellos [3, 4, 13, 15, 25, 28, 36, 40, 41].

Tras haber llevado a cabo un estudio (en 1992) con pacientes femeninas discapacitadas; en el año de 1996, Margaret Nosek y sus colegas propusieron los siguientes cinco factores para el bienestar sexual en personas con discapacidad [29, 36]:

- Poseer un concepto sexual positivo propio.
- Contar con información correcta sobre sexualidad.
- Tener relaciones positivas y productivas.

- Acabar con las barreras sexuales (sociales, ambientales, físicas y emocionales).
- Mantener óptimas condiciones de salud general y de funcionamiento sexual.

Sin embargo, gracias a múltiples análisis [3, 12, 20, 56, 55] se sabe que a pesar de los esfuerzos de distintas organizaciones e instituciones; las personas con discapacidad aún son una población vulnerable que es propensa a presentar peores niveles de salud incluyendo deterioro de la Sa. Se. y reproductiva [12, 30, 31, 34, 47, 48, 55, 56]; ésto manifestándose en “Disfunciones sexuales” mismas que se atribuyen a distintas causas como principalmente a barreras Sociales, Físicas, Psicológicas y Fisiológicas, las cuales se describen a continuación.

Históricamente los discapacitados y su sexualidad han sido víctimas de una sociedad (incluyendo el sector salud) que los discrimina, excluye, estigmatiza, ignora, infantiliza o simplemente asumen que son asexuales o hipersexuales; por lo que sus derechos a una VS y reproductiva saludable se ven frecuentemente violentados [3, 12, 15, 20, 25, 31, 36].

Para respaldar lo anterior, Esmail y colaboradores (2010) mencionan un estudio del año 2000 donde se encontró que el 50% de las personas discapacitadas participantes no habían recibido ninguna forma de Edu. Sex.; y que de las personas que sí tenían acceso a ese tipo de información, ésta provenía de recursos no fiables [15].

De igual forma podemos decir que las personas con discapacidad reportan tasas mayores de actividad sexual y, desafortunadamente, también mayores tasas de abuso sexual, en especial el sexo femenino. Esto sugiere que el riesgo de traumas psicológicos, embarazos adolescentes y no deseados y de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es mayor en esta población [11, 20, 25, 41].

Por otro lado, las mismas limitaciones físicas derivadas de una discapacidad pueden llevar a dificultades de la actividad sexual para la persona y su pareja; problemas físicos son comunes durante la práctica del acto sexual como por ejemplo el movimiento y balance, presencia de dolor o temor a lesión, la posición, el uso de ortesis o prótesis, entre otras [9, 39, 47, 49].

Otro tipo de problemas que tienen que afrontar son los de origen emocional o psicológico como la ansiedad, el estrés, la depresión, alteración de la imagen corporal, baja autoestima sexual, deseo sexual bajo o nulo; además de las limitaciones cognitivas que pudieran presentarse o no en una discapacidad [5, 20, 25, 30, 39, 49].

Finalmente las dificultades fisiológicas dentro de las cuales podemos identificar principalmente problemas de erección en varones y lubricación o vaginismo en mujeres durante la excitación y problemas de eyaculación en varones y disfunción orgásmica en mujeres; además de incontinencia fecal y/o urinaria [4, 5, 36].

Más evidencia de las disfunciones previamente mencionadas se ve manifestada con el estudio de Anderson K. et al. (previamente mencionado), que demuestra que las principales condiciones fisiológicas experimentadas por sus participantes durante la actividad sexual son parestesias y espasmos. Además, conforme a las inquietudes existentes sobre la vejiga e intestino, un porcentaje de la población manifestó que ésto representa un impedimento extremadamente significativo para su actividad sexual [4].

Así pues, podemos interpretar que la sexualidad, a pesar del gran tabú que la rodea, es un aspecto muy importante en la vida de las personas sin importar su condición; y por ser un tema tan complejo, cuando ésta se ve mermada (y usualmente lo es en pacientes con discapacidad y/o enfermedades crónicas) es necesario el tratamiento de profesionales que estén completamente capacitados y preparados para poder guiar al paciente hacia una V. S. y reproductiva saludable.

De ahí la importancia de la educación y promoción de la Sa. Se. y reproductiva en ciencias de salud con el objetivo de sensibilizar e informar a los futuros profesionales en este asunto; y cuya relevancia se indagará más adelante en esta investigación.

2.2 ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

2.2.1 EDUCACIÓN SEXUAL

Para poder hablar sobre Edu. Sex. debemos primero tener claro el concepto, anteriormente descrito de sexualidad desde el punto de vista sociocultural. En él se habla acerca de cómo la sociedad dicta reglas legales y morales para la correcta conducta de los individuos; pero no todas estas reglas son universales o atemporales, es decir que la conducta correcta o normal en un lugar o para un grupo de personas puede no serlo en otro lugar o para otro grupo; y de mismo modo pasa con el tiempo [27].

Es esencial tener presentes estos factores en el ámbito de la Edu. Sex. debido a que ellos marcan la pauta para propagar dicho conocimiento. El proceso educativo no puede seguir ninguna guía preestablecida y general sino que debe ser flexible y adaptarse a la población específica a enseñar [27].

De acuerdo con el autor López Sánchez [26] existe una contradicción social y cultural en cuanto a la sexualidad. Por un lado, con la evolución y expansión de la tecnología e internet, los adolescentes constantemente están expuestos a un ambiente altamente erotizado que sobreexcita los deseos sexuales de los adolescentes y jóvenes, y por otro lado no se aprueba que sean sexualmente activos orillandolos a sentirse confusos y en muchos casos a tener comportamientos sexuales de alto riesgo.

Adolescentes de muchas partes del mundo crecen en una cultura que evade la confrontación directa con la sexualidad, por lo que nunca desarrollan un lenguaje apropiado para la comunicación seria sobre el tema (lo hacen de manera indirecta con

doble sentido o mediante bromas). El resultado es que al afrontar la realidad sobre la sexualidad se hallan a muchas barreras psicológicas y sociales que les hacen sentir emociones incómodas y prefieren evitar estas situaciones [27].

El propósito de la Edu. Sex. es el de orientar a las personas para llevar una V. S. exitosa; puede ser individual o colectiva y puede abarcar desde la prevención hasta el tratamiento de disfunciones sexuales. Ésta guía al aprendiz al hacerlo consciente de su propia sexualidad e identificar cuáles temas le hacen sentir incómodo y tener actitudes negativas; de esta manera se podrá trabajar en ello y se logrará la aceptación [27, 35].

Acorde a investigaciones llevadas a cabo por Nosek (1996) y Mace (1974) coinciden en que un concepto indispensable en la enseñanza de la sexualidad humana es el concepto de Sa. Se., el cual involucra distintos factores y elementos que enriquecerán el programa educativo [27, 30]. Estos elementos se pueden agrupar en los siguientes:

- Temas relacionados con la propia sexualidad y su aceptación.
- Contenido asociado con la anatomía y fisiología sexual normal y patológica. Por ejemplo el aparato reproductor femenino y masculino, el embarazo, las disfunciones sexuales y las ETS.
- Temas ligados con el factor psicológico de la sexualidad como la variedad de expresiones sexuales y los conceptos de sexo, género e identidad de género.
- Asuntos sobre las conductas sociales, culturales y éticas hacia la sexualidad y sus barreras hacia la misma. Por ejemplo tradiciones/ideologías religiosas (circuncisión o mutilación genital femenina), el matrimonio y la familia.
- Promoción de la Sa. Se. para todos los individuos y brindar información correcta, adecuada y oportuna como los métodos anticonceptivos y cómo evitar las ETS.

Este programa debe ser precedido por una cuidadosa identificación de las necesidades educativas específicas de cada sociedad o grupo en términos de actitudes, habilidades y conocimiento. En cada una de estas áreas interdependientes, el educador debe de mantener claros los objetivos y justificaciones del tema de estudio e informar qué nuevas habilidades el estudiante obtendrá del curso [27].

Es esencial mencionar que sin importar el grupo de estudiantes siempre se debe mantener una postura firme sobre los objetivos y reglas en cuanto a términos de comportamiento y confidencialidad para crear un ambiente seguro y de confianza para compartir experiencias, dudas y preocupaciones [27].

Debido a todos los puntos anteriormente descritos, la Edu. Sex. es un tema de suma relevancia no sólo para los adolescentes o jóvenes sino para todas las personas, porque no se trabaja únicamente en el conocimiento del tema sino en valores y actitudes para

mejorar como sociedad en general. De acuerdo con Esmail y colaboradores [15] en su trabajo de 2010 “una educación sexual inadecuada solo sirve para perpetuar el comportamiento y entendimiento erróneo sobre el tema”.

2.2.2 EDUCACIÓN SEXUAL EN CIENCIAS DE LA SALUD

Para asistir en asuntos en materia de sexualidad, distintas disciplinas de la salud pueden ser requeridas para su manejo; ésto dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente. Profesionales como enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, entre otros forman parte de este equipo.

Cada disciplina tiene sus contribuciones específicas las cuales son esenciales para el tratamiento integral del paciente; por lo tanto, la intervención multidisciplinaria es ideal para el tratamiento de pacientes con disfunciones sexuales [13, 34].

Pese a ésto, debido a la naturaleza compleja de la sexualidad, muchos expertos de la salud pueden sentirse abrumados al tratar de intervenir. Distintos autores reportan sentimientos de discomfort (como vergüenza) en los estudiantes, al tratar asuntos de sexualidad con sus clientes; además de, actitudes negativas como desconocimiento del tema, inapropiado abordaje del tema, conductas discriminatorias, proporcionar información errónea e incluso el negar el tratamiento, entre muchas otras [13, 23, 34, 35, 39, 43, 52, 53].

La literatura sugiere que para prevenir estas conductas desfavorables en los profesionales de la salud es necesario trabajar en ellos desde el nivel de formación educativa con el propósito de lograr que se sientan cómodos con su propia sexualidad y desarrollar la confianza y habilidades necesarias para lidiar con las interacciones clínicas relacionadas a la sexualidad; y precisamente, como se menciona en el apartado anterior, la Edu. Sex. puede lograr estos objetivos [23, 27, 33, 35, 51, 52].

Un ejemplo de la necesidad de progresar en materia de Sa. Se. para los profesionales es un estudio realizado en Grecia con estudiantes de distintas áreas de la salud (medicina, psicología, enfermería, farmacología y especialistas en obstetricia) por Papaharitou y otros en 2008, se reportó que respecto a los recursos de información para guiarse en su propia sexualidad más solicitados se hallaban “amigos” con el 64%, “medios de comunicación” 52%, seguidos de “libros” 42% y “madre” 40%. Siendo los más influyentes “amigos” y “medios de comunicación” [33].

Otra investigación conducida por Pieters y su equipo en 2017 nació el objetivo de aplicar un entrenamiento (“Team Training Sexual Health Care” o “TTSHC” por sus siglas en inglés) para ayudar a los expertos de la salud a crear un ambiente profesional y cómodo en el cual se pudieran discutir problemas relacionados con la Sa. Se. Dicho

entrenamiento consistió en 6 sesiones, 4 días de la semana por 5 meses donde se analizaron temas como el sexo desde un acercamiento B. P. E. S. , entender la Sa. Se. y el compartir y aplicar el conocimiento de un equipo multidisciplinario para proveer Sa. Se. Los resultados demostraron que posterior a este taller los niveles de conocimiento, confort y abordaje del tema experimentaron un incremento significativo; y en general los miembros del equipo fueron más activos con respecto a la sexualidad y atención al paciente [34].

Además, la revisión de la literatura hecha por V. Aaberg nos muestra que distintos autores posicionan a la falta de orientación en sexualidad de los programas curriculares de la licenciatura en enfermería como la razón primordial por la cual estos profesionales no abordan la sexualidad con sus clientes. Lo que coincide con su propia investigación (del año 2016) donde el 84% de los estudiantes de enfermería participantes creían que su programa educativo no los preparaba adecuadamente para proveer Edu. Sex. a sus clientes [1].

Toda la información anterior resalta la importancia y beneficios de una educación y formación apropiada para los profesionales de la salud no solo para ellos mismos sino para los pacientes y la salud pública en general. Es bien sabido que el incremento en el conocimiento y una buena preparación por parte del experto está relacionado con la disminución del disconfort y las actitudes negativas hacia la sexualidad, que a su vez se relacionan con el tratamiento apropiado e integral del paciente [24, 28, 34, 35, 39, 51, 51].

Pero ¿basta con el conocimiento del tema? y ¿qué incluye una buena preparación?; pues conforme lo dicta la OMS, para poder brindar un contenido apropiado y útil a los profesionales de la salud en materia de sexualidad el programa educativo (además de incluir el contenido temático mencionado en la sección anterior) deberá cubrir los siguientes componentes [1, 9, 23, 26, 27, 35, 51, 52]:

- Actitudes: proporcionar técnicas y recursos para ayudar al estudiante a sentirse cómodo al discutir asuntos sexuales propios y ajenos.
- Habilidades: trabajar en habilidades interpersonales como la empatía y la asertividad, lograr una comunicación adecuada con los clientes, cómo iniciar el tema de manera apropiada con los clientes en inspirarles confianza y seguridad.
- Conocimiento: brindar contenido educativo completo, actualizado y apropiado para su formación.
- Valores: ser conscientes y respetuosos de aspectos de la moral, ética y religión relacionados a la sexualidad.

Las consecuencias de no brindar información o proporcionar información errónea sobre sexualidad a los pacientes pueden tener serias repercusiones sobre la salud de los

mismos; ello puede incluir infecciones por ETS, embarazos no planeados, violencia sexual y disfunciones sexuales. Estos problemas fisiológicos pueden conducir a asuntos de relación, trastornos físicos, emocionales o sociales. Otras consecuencias incluyen problemas en el concepto propio, alteración de la función corporal y cambios en la imagen corporal [1, 34].

Para respaldar ésto, una investigación hecha en 2019 a personas LGBT+, dirigida por Ross y Setchell, se encontró que al acudir a servicio de Fisioterapia esta comunidad enfrentaba barreras que mermaban la calidad del servicio, por ejemplo: suposiciones erróneas hechas por los fisioterapeutas, sentimientos de incomodidad durante el tratamiento, discriminación implícita y explícita además de falta de preparación y/o conocimiento de las necesidades de salud específicas de esta comunidad por parte del profesional [38].

La evidencia ha demostrado, por lo tanto, que es deber de las universidades el mantener altos los estándares educativos al incluir la Edu. Sex. en sus programas, esto con el propósito de mejorar la preparación de los futuros profesionales de la salud.

2.2.3 EDUCACIÓN SEXUAL EN FISIOTERAPIA

Como se mencionó anteriormente, el fisioterapeuta forma parte de ese grupo multidisciplinario de expertos que se encarga de dar una atención holística al paciente.

Asiste para optimizar la función física al trabajar en distintas áreas como la movilidad, fortalecimiento, transferencias, balance, reposicionamiento, espasticidad, mantener la integridad de la piel, entre otras; todas las cuales ayudan a mejorar, mantener o recobrar, directa o indirectamente, la Sa. Se. del cliente [13, 49].

Al ser una pieza fundamental en el equipo y el tratamiento relacionado a pacientes discapacitados o con problemas crónicos, es su deber abrir la conversación y normalizar los asuntos sobre sexualidad, además de referir a los posibles profesionales que se necesiten [13, 35, 48].

Lamentablemente se demuestra que al enfrentarse a distintos obstáculos, es posible fallar en ese deber; en un estudio Holandés hecho por Versuchen y otros durante el año 2013 señaló que un total de 119 profesionales de la rehabilitación, que representaron el 67% de su muestra, no aterrizaron el tema de la sexualidad con sus pacientes y el 90% de ellos no refirieron a otros profesionales de la salud [48].

El fisioterapeuta se encuentra con diferentes barreras de la profesión, que le impiden poder cumplir con su trabajo. Al ser una ocupación que implica mucho contacto físico como parte de un tratamiento, los fisioterapeutas están expuestos a mayor número de situaciones incómodas y difíciles de tratar que otros profesionales de la salud [6, 35, 38, 50].

Una de las muchas posibles situaciones incómodas es conocida por la literatura como Comportamiento Sexual Inapropiado (CSI) que se define como “cualquier acto verbal o físico de naturaleza sexual, explícito o percibido, que es inaceptable en el contexto social en el que lleva a cabo”. Durante los 90’s se llevaron a cabo distintas investigaciones sobre el tema; en un principio trataron sobre el CSI por parte del profesional de la salud hacia el paciente, pero posteriormente se comenzó a estudiar el CSI por parte del paciente hacia el profesional de la salud [6, 50].

Durante el año 1998 en Australia se llevó a cabo un estudio por Weerakoon y O’Sullivan cuyo objetivo era evaluar la incidencia y respuesta de CSI de clientes por parte de los fisioterapeutas. Sus resultados demostraron que el 85% de 132 participantes (82% de mujeres y 86% de hombres) reportaron la incidencia de alguna forma de CSI del paciente.

Con resultados similares, Weerakoon y O’Sullivan, citan otro estudio realizado previamente (año 1997) en EUA por De Mayo donde el 86% de los 358 fisioterapeutas participantes respondieron haber sufrido de CSI por parte de sus pacientes [6, 50].

En una investigación más reciente (2017) en E. U. A. , Boissonnault y su equipo encontraron resultados consistentes con los anteriores; en éste se menciona que poco ha cambiado de esta situación después de 2 décadas al constatar que el 84% de 892 fisioterapeutas (estudiantes o profesionales) encuestados han sido víctimas de CSI por parte de un paciente [6].

Las consecuencias que un fisioterapeuta puede tener tras un incidente de CSI por parte de su cliente, de acuerdo con Boissonnault, Weerakoon y O’Sullivan, entre otros, van desde el ámbito personal con estrés psicológico que ocasiona sentimientos de vergüenza, ira, culpa, nerviosismo, sentimiento de haber sido usada/o; hasta el ámbito laboral como decremento de la productividad y mayor ausentismo al trabajo, que finalmente influye negativamente el tratamiento del paciente [6, 50].

Otros resultados arrojados por estas investigaciones nos muestran los principales factores de riesgo asociados a la posibilidad de sufrir un CSI por parte del paciente. De acuerdo con la información obtenida son los siguientes [6, 50]:

- La falta de experiencia.
- El trabajar con pacientes con problemas cognitivos.
- El sexo, siendo el femenino el más vulnerable.

Es de llamar la atención que el principal factor de riesgo es la vulnerabilidad de los fisioterapeutas novatos debido a su falta de conocimiento. Lo que nos lleva a preguntarnos ¿La Edu. Sex. nos brindará las herramientas necesarias para prevenir este tipo de incidentes?... y la respuesta es Sí, ya que de acuerdo con los autores anteriores el 88% de los estudiantes entrevistados indicaron que la inclusión del tema “CSI por

parte del pacientes” debería ser parte de su currículum estudiantil para poder el conocimiento, las actitudes y habilidades necesarias para tratar con este problema [6, 50].

Ahora bien, se sabe, gracias a diversos trabajos e investigaciones científicas, que la Edu. Sex. es una herramienta muy útil durante la formación estudiantil y profesional del individuo pero, desgraciadamente, aún hace falta mucho esfuerzo e investigaciones para lograr avance en materia de la misma de acuerdo a los propios fisioterapeutas.

Como prueba de lo anterior en una investigación realizada por Pynor y colaboradores en Australia, durante 2005, se encuestó a 333 estudiantes de Fisioterapia y se observó que más del 80% de los participantes consideraban no haber recibido adecuada y suficiente preparación durante su formación académica cuando de lidiar con información sobre sexualidad de sus clientes se trataba, también se encontró que más del 50% de la muestra presentaban sentimientos de incomodidad al tratar las necesidades de Sa. Se. de los pacientes [35, 51, 52].

Así mismo lo demuestra la investigación hecha en Brasil por Wittkopf (autora del cuestionario a usar en este trabajo) y colaboradores durante el 2018; donde decidieron usar su instrumento para medir el nivel de conocimiento, confort y actitudes de los estudiantes de Fisioterapia hacia la sexualidad humana. Uno de sus hallazgos fue que 11% de los estudiantes, alguna vez experimentaron una situación incómoda relacionada con la sexualidad durante una sesión/terapia con sus pacientes, y 60% de ellos no recibieron ninguna ayuda para lidiar con esta situación. También se supo que los alumnos consideraron muy importante el recibir entrenamiento específico sobre sexualidad humana y Sa. Se. durante su preparación académica [52].

En vista de lo anteriormente descrito se puede entender la necesidad y urgencia por tomar la importancia necesaria hacia la Edu. Sex. Desde muchos puntos de vista ésta puede ser beneficiosa. Se debe pensar en ella no solo como una herramienta muy útil que brindará el conocimiento y habilidades necesarias para la práctica profesional sino que también protegerá al fisioterapeuta al enfrentarse a situaciones que ponen en riesgo su propia integridad; además de resultar extremadamente provechoso para la salud integral del paciente y contribuir a finalizar al gran tabú de la sexualidad.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA



El presente trabajo se basa en la metodología de investigación descrita por Hernández Sampieri [19].

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Se trabajó bajo un enfoque **Cuantitativo** caracterizado por la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el objetivo de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

3.2 ALCANCE DEL ESTUDIO

Este estudio cuenta con un alcance **Descriptivo** cuyo objetivo es especificar propiedades y características importantes del fenómeno a estudiar. Pretende medir o recoger información y describir tendencias de un grupo o población; lo cual es la presente meta de investigación.

Además de **Exploratorio** pues se analizará un tema relativamente novedoso y desconocido dentro de nuestro plantel, que servirá como punto de partida para futuras investigaciones en el tema.

3.3 DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño es de tipo **No experimental** puesto que no se realiza ninguna modificación ni manipulación de las variables y únicamente se observa el comportamiento de las mismas.

Con subdiseño **Transversal** cuyo propósito es simplemente describir variables y analizarlas en un solo momento en el tiempo. Es decir, en nuestra investigación se aplica una sola vez el cuestionario y habrá solo una recolección de datos.

3.4 POBLACIÓN

La población incluida en el estudio consta de todos los estudiantes inscritos en la carrera de Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM en el semestre ENERO-JUNIO 2020.

3.5 MUESTRA

Para la selección de muestra se usó un método no probabilístico por conveniencia, mediante la participación voluntaria de los estudiantes de la Lic. en Fst. de la ENES LEÓN UNAM durante los meses de FEBRERO-MARZO del 2020.

En total aceptaron 165 cuestionarios de los cuales 112 indicaron pertenecer al género Femenino y 53 al Masculino. De esta muestra 63 personas pertenecen al primer año de la licenciatura, 23 al segundo año, 36 al tercero y finalmente 43 al cuarto año; siendo conformado éste último por 15 personas en área de Ortopedia, 14 en Neurología y 14 más en Geriatría.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuestionarios de estudiantes de cualquier año de la Licenciatura en Fisioterapia inscritos en el semestre ENERO-JUNIO 2020.
- Cuestionarios de estudiantes que se encuentren presentes al momento de recolección de datos (FEBRERO-MARZO 2020).

3.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuestionarios rechazados voluntariamente por estudiantes.

3.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios que no cuenten con los datos sociodemográficos solicitados.
- Cuestionarios no contestados en un porcentaje mayor al 30% del total de las preguntas.
- Cuestionarios contestados de manera incorrecta o inválida con contenido inentendible o contradictorio en un porcentaje mayor del 30 % del total de las preguntas.

3.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A continuación se describe el instrumento que se usó en esta investigación.

Se aplicó la Escala de Conocimiento, Confort y Actitudes de los Estudiantes de Fisioterapia hacia la Sexualidad Humana (ECCAFS)/ Scale of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality (SKCAPS).

Es un cuestionario de la autoría de Wittkopf y su equipo de investigación del año 2015, cuyo propósito principal era el de precisamente crear/diseñar un instrumento, con fines educativos, para determinar el nivel de dichas variables (conocimiento, confort y actitudes) en estudiantes de Fisioterapia hacia la sexualidad humana [51, 52]. Para la creación del ECCAFS el equipo se basó en el cuestionario hecho por Kendall y colaboradores en 2003 llamado “Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale (KCAASS)” [23].

Todo el análisis realizado para la creación de este instrumento (ECCAFS) demuestra que la escala es válida y mostró alta fiabilidad, con valor alfa de Cronbach de 0.8. Además, el hecho de que ha sido previamente usada en una investigación en 2018 por su propia autora, indica que el instrumento mide con precisión lo que se ha propuesto, siendo posible su replicación en distintas instituciones académicas y en diferentes fases de curso académico de Fisioterapia [51, 52].

ECCAFS es un cuestionario que contiene únicamente preguntas cerradas, de tipo Likert con 4 puntos para los primeros tres dominios y 5 puntos para el último. El primer dominio es “Conocimiento Teórico” el cual busca medir qué tanto conocimiento tienen los estudiantes sobre distintos temas de sexualidad humana y cuenta con 11 items; los siguientes dominios son “Confort” (con los mismos 11 items contenidos que el dominio 1) e “Incomodidad” (7 items) los cuales buscan determinar su nivel ante distintos temas teóricos y escenarios hipotéticos sobre sexualidad humana a los que el estudiante se pudiera enfrentar; y finalmente “Actitudes” con 8 items, el cual busca demostrar la manera en la que piensa el individuo y es indicativo de su posible comportamiento ante distintas situaciones relacionadas a la sexualidad humana [19, 33, 50, 51].

La puntuación de los dominios “Conocimiento”, “Confort” e “Incomodidad” se obtiene con la suma de cada uno de sus items; esto indica que mientras más alto sea el puntaje, mayor es el “Conocimiento Teórico”, “Confort” e “Incomodidad”. Mientras que para la puntuación del dominio “Actitudes” los items a,b,c,g,h se califican al revés, es decir 1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1; así, igualmente en este dominio, a mayor puntaje mejor es la “Actitud” del estudiante hacia el tema.

Se optó, también, por agregar las siguientes preguntas sociodemográficas: Edad (clasificada en cuatro grupos), Género (Femenino o Masculino), Año de licenciatura en curso (1°- 4°) y Área profundización (en caso de cursar el 4° año); la ENES LEÓN UNAM cuenta con 3 áreas de profundización: Ortopedia y Lesiones Deportivas (O), Geriatria (G) y Neurología (N). Además se incluyó la pregunta ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo? (sí, no, no respondió). Todo esto debido a que el cuestionario ECCAFS, por sí sólo, no las incluía y no cubría por completo la necesidad de saber más acerca de estas variables.

En pocas palabras, la elección del ECCAFS y las demás preguntas se realizó con el objetivo de cumplir las metas propuestas para esta investigación.

3.9 VARIABLES

A continuación se presentaran las variables a medir en esta investigación, su definición operacional, la forma en la que fue medida y su escala de medición.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Número de años vividos desde el momento de nacimiento; reportados por el individuo.	Variables sociodemográficas en el cuestionario.	Años.
Género	Femenino o Masculino.	Variables sociodemográficas en el cuestionario.	Femenino o masculino.
Año de licenciatura en curso	Grado escolar en el cual se encuentra inscrito (primero, segundo, tercero o cuarto).	Variables sociodemográficas en el cuestionario.	Números ordinales.
Área de profundización	Área de profundización cursada únicamente para los alumnos de cuarto año (ortopedia, neurología o geriatría).	Variables sociodemográficas en el cuestionario.	Ortopedia, Neurología o Geriatría.
Opinión del alumno sobre Educación Sexual	La opinión que tiene el alumno acerca de la inclusión de educación sexual a su currículo educativo.	Evaluated in the question 1/ ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?	Sí o NO.
Conocimiento	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre distintos temas de sexualidad humana.	Cuestionario ECCAFS/ dominio 1	Likert 1-4.
Confort	Sensación positiva ante distintos temas teóricos y escenarios hipotéticos sobre sexualidad humana a los que el estudiante se pudiera enfrentar.	Cuestionario ECCAFS/ dominio 2.	Likert 1-4.
Incomodidad	Sensación negativa ante distintos temas teóricos y escenarios hipotéticos sobre sexualidad humana a los que el estudiante se pudiera enfrentar.	Cuestionario ECCAFS/ dominio 3.	Likert 1-4.
Actitudes	la manera en la que piensa un individuo y es indicativo de su posible comportamiento ante distintas situaciones relacionadas a la sexualidad humana.	Cuestionario ECCAFS/ dominio 4.	Likert 1-5.

Tabla 1 Variables

Con fines demostrativos y para mayor comprensión del siguiente capítulo, las tablas que se muestran a continuación exponen distintas características de las preguntas y posibles respuestas del cuestionario final.

REGISTRO DE DOMINIOS Y VARIABLES 1							
PREGUNTA	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	
SIGNIFICADO	Edad	Género	Año de licenciatura en curso	Área de profundización	¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?	Dominio 1	Conocimiento Teórico
ABREVIACIÓN	E	Ge	Año	Área	P1	P2	
NO. ITEMS	4				1	11	
POSIBLES RESPUESTAS	G1 (17-20 años)	Fem	1°	Neurología (N)	No respondió (NR)	No respondió (NR)	
	G2 (21-24 años)		2°	Geriatría (G)			
	G3 (25-28 años)	Masc	3°	Ortopedia (O)	SI	Likert 1-4	
	G4 (+28 años)		4°		NO		

Tabla 2 Registro de dominios y variables 1

REGISTRO DE DOMINIOS Y VARIABLES 2						
PREGUNTA	PREGUNTA 3		PREGUNTA 4		PREGUNTA 5	
SIGNIFICADO	Dominio 2	Confort	Dominio 3	Incomodidad	Dominio 4	Actitudes
ABREVIACIÓN	P3		P4		P5	
NO. ITEMS	11		7		8	
POSIBLES RESPUESTAS	No respondió (NR)		No respondió (NR)		No respondió (NR)	
	Likert 1-4		Likert 1-4		Likert 1-5	

Tabla 3 Registro de dominios y variables 2

3.9 PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Para iniciar la búsqueda de información se seleccionaron las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- American Physical Therapy Association (APTA)
- Elsevier
- Scielo
- Cochrane
- Physiotherapy Evidence Data (PEDro)

Una vez seleccionado el instrumento a utilizar se procedió a realizar la respectiva traducción del mismo puesto que nuestro cuestionario solamente se encuentra en idioma Inglés; la traducción estuvo a cargo de la autora, quien cuenta con certificación del Idioma Inglés nivel 6 por IELST de Cambridge, nivel 1 por TKT de Cambridge y con certificado en el curso “Clinical Terminology for International and U.S. Students” por la Universidad de Pittsburgh; y revisado posteriormente por el Mtro. Romero Lara Herrera, quien cuenta con Licenciatura en enseñanza del Inglés y Maestría en enseñanza de Inglés como lengua extranjera por la Universidad de Guanajuato y Diplomado en Pedagogía y Didáctica de la Traducción por la UNAM.

Posteriormente, por motivo de la traducción, fue necesario un proceso de validación por expertos; para solicitar el apoyo de estos especialistas se dirigió una carta a todos. (ANEXO 1). Ellos se encargaron de analizar, corregir, mejorar y aprobar la claridad de la traducción, adaptación y redacción de dicho cuestionario. 3 fueron los principales cambios sobre los 11 ítems del dominio “Conocimiento” y “Confort” donde el primero hablaba sobre “Risks of sexual activity for the cardiovascular system/ Riesgo de actividad sexual al sistema cardiovascular” el cual se decidió cambiar debido a que se consideró no relevante y no claro después de ser traducido; se sustituyó por “Fertility/ Fertilidad” (original del cuestionario de Kendall) al ser un término más claro y considerado más importante para ésta investigación.

El siguiente cambio fue el de unir los ítems “Sexuality during pregnancy/Sexualidad durante el embarazo” y “Sexuality during Puerperium/ Sexualidad durante el Puerperio” puesto que al ser temas muy relacionados entre sí nos daría la oportunidad de añadir otro ítem sin la necesidad de cambiar el número de ítems totales (11) de estos dominios. Además al ser “Puerperium” un término poco conocido y/o usado se agregó también su sinónimo “Cuarentena” quedando finalmente como resultado “Sexualidad durante el embarazo y puerperio/cuarentena”

Por último, sin la necesidad de aumentar el número final de ítems se incluyó también el tema de “Sexuality in LGBT+ community/ Sexualidad en comunidad LGBT+”, ya propuesto por Kendall, y que pareció útil e interesante para los fines de este trabajo.

Realizadas las correcciones y cambios señalados por los expertos para poder ser avalado se prosiguió únicamente con el diseño y formato.

A continuación se recurrió a la responsable de la Lic. en Fst. de la ENES LEÓN UNAM para solicitar su apoyo y permiso además de mencionar el propósito de administrar el cuestionario a los alumnos inscritos en cualquier año de la carrera. Todo ello se plasmó por medio de una carta (ANEXO 2).

Ya listo el cuestionario (ANEXO 3) y obtenido el permiso se continuó con la aplicación de la encuesta; misma que se decidió fuera autoadministrada y, así mismo, se optó por la impresión de los cuestionarios en hojas recicladas puesto que ambas maneras eran las más óptimas para verificar el correcto llenado del mismo y asegurar la mayor participación de encuestados en el mínimo periodo de tiempo.

Posteriormente, se acudió a los salones, con solicitud previa del profesor en turno, se explicó a los alumnos que serían parte de una investigación académica, se les describió un poco la encuesta a utilizar y se les mencionaron los objetivos de la misma; también cabe resaltar que con motivo de tema a estudiar fue muy importante el mencionar a los alumnos que todos sus datos son anónimos y esta información sólo será usada con fines académicos. Todos los alumnos presentes durante la aplicación del cuestionario accedieron a contestarlo.

Después de la recolección de datos y de acuerdo con Hernández Sampieri [19] se continuó a hacer las codificaciones y adecuaciones necesarias para poder clasificar y cuantificar los datos dentro de la matriz Excel. Las siguientes tablas describen lo mencionado anteriormente.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VALOR ASIGNADO EN EXCEL	EDAD	GENERO	AÑO DE LIC. EN CURSO	ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN.
1	G1	Fem	1°	N
2	G2	Masc	2°	O
3	G3		3°	G
4	G4		4°	

Tabla 4 Codificación de Variables Sociodemográficas

PREGUNTA 1

VALOR ASIGNADO EN EXCEL	P1 ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?
0	NR
1	SI
2	NO

Tabla 5 Codificación de Pregunta 1

CUESTIONARIO ECCAFS

VALOR ASIGNADO A EXCEL		P 2 - 5			
		Conocimiento teórico	Confort	Incomodidad	Actitudes
POSIBLES RESPUESTAS LIKERT	0/ NR	0/ NR	0/ NR	0/ NR	0/ NR
	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4
	5				5

Tabla 6 Codificación de Cuestionario ECCAFS

Igualmente con lo descrito por Hernandez Sampieri [19] es posible representar los resultados de un cuestionario tipo Likert al sacar el promedio mediante la fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones).

Por lo que se procedió a obtener los promedios de los resultados de cada estudiante desde la pregunta 2 a la 5 y posteriormente clasificarlos en grupos con el objetivo de poder analizar, cuantificar y representarlos gráficamente de una manera más simple en el futuro; todo esto se explica mayormente sintetizado en la siguiente tabla:

CLASIFICACIÓN POR GRUPOS

GRUPOS	RANGO DE PROMEDIO	GRUPOS USADOS POR LAS PREGUNTAS			
		P 2	P 3	P 4	P 5
A	1 – 1.9	A	A	A	A
B	2 – 2.9	B	B	B	B
C	3 – 4 y 3 – 3.9*	C	C	C*	C*
D	4 - 5				D

Tabla 7 Clasificación de resultados por grupo

*primera opción para P2, P3 y P4, segunda opción para P5.

Para interpretar los resultados se entenderá que a mayor promedio mayor será el nivel de Conocimiento teórico, Confort, Incomodidad, y Actitudes hacia la sexualidad. Además los distintos grupos representan esos niveles. Ahora con los mismos propósitos ilustrativos se expone la interpretación de cada Grupo:



Finalmente, para seguir con el estudio, se procedió a presentar los resultados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS



Dentro de este capítulo se presentarán las variables resultantes de la aplicación del cuestionario usado de manera escrita y con apoyo de material gráfico.

Se obtuvo una participación total de 172 estudiantes de manera voluntaria, sin embargo 7 cuestionarios no fueron incluidos de acuerdo con los criterios de eliminación presentados anteriormente; quedándonos un total de 165 cuestionarios aceptados de los cuales 112 indicaron pertenecer al género Femenino y 53 al Masculino. De esta muestra 63 personas pertenecen al primer año de la licenciatura, 23 al segundo año, 36 al tercero y finalmente 43 al cuarto año; siendo conformado éste último por 15 personas en área de Ortopedia, 14 en Neurología y 14 más en Geriatria.

Dicha presentación se clasificará de la siguiente manera:

- Variables Sociodemográficas.
- ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?.
- Cuestionario ECCAFS.

4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

4.1.1 EDAD

Como se mencionó anteriormente, las edades fueron clasificadas en 4 grupos diferentes. Dentro de la muestra se contó con 66 personas pertenecientes al **G1** de edad, 87 al **G2**, 9 al **G3** y finalmente 3 a **G4**. Representando 40%, 53%, 5% y 2% respectivamente. (Tabla 8 y Gráfica 1).

EDAD TOTAL DE MUESTRA	No.	PORCENTAJE
G1 (17-20 años)	66	40%
G2 (21-24 años)	87	53%
G3 (25-28 años)	9	5%
G4 (+28 años)	3	2%

Tabla 8 Edad total de muestra



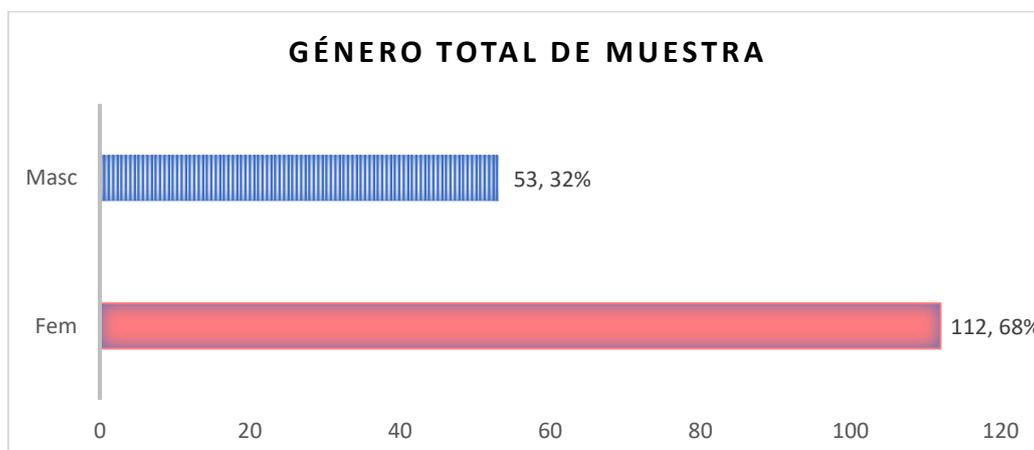
Gráfica 1 Edad total de muestra

4.1.2 GÉNERO

En cuanto al género, 112 se identificaron como género **Femenino**, lo que representa un 68% del total de la muestra; por otro lado 53 participantes se identificaron como **Masculino**, siendo el 32% restante. (Tabla 9 y Gráfica 2).

GÉNERO TOTAL DE MUESTRA	No	PORCENTAJE
Fem	112	68%
Masc	53	32%

Tabla 9 Género total de muestra



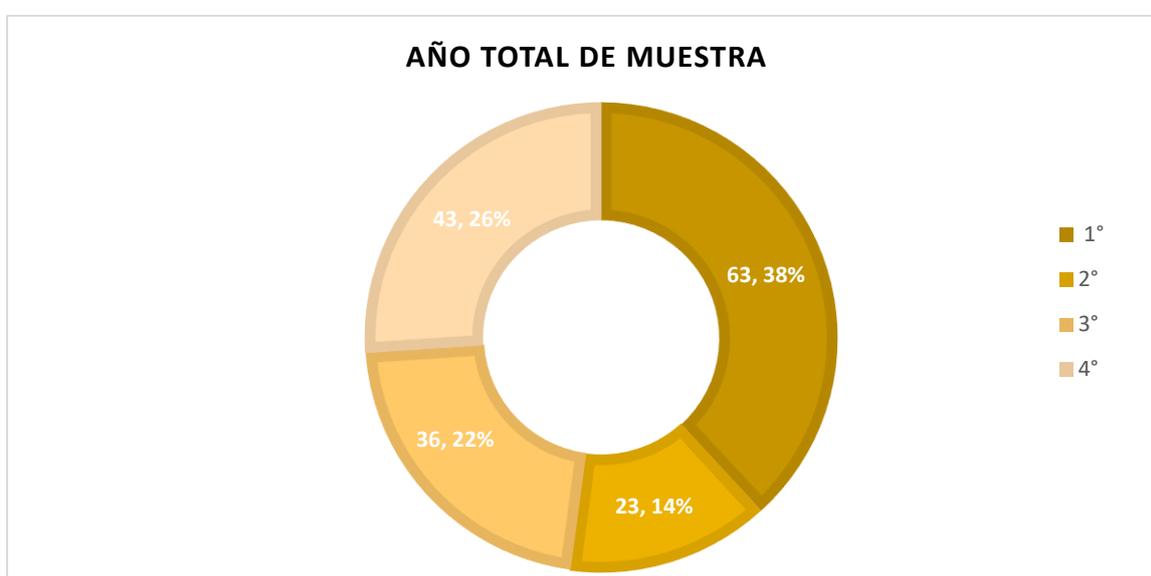
Gráfica 2 Género total de muestra

4.1.3 AÑO DE LICENCIATURA EN CURSO

El año de licenciatura con mayor número de participantes fue **primer año** con un total de 63 personas y representando el 38% del total de la muestra. Le siguió **cuarto año** con una participación de 43 personas, siendo el 26% del total; después, **tercer año** con 36 personas y **segundo año** únicamente con 23 jóvenes; representando respectivamente el 22% y 14% del total. (Tabla 10 y Gráfica 3)

AÑO TOTAL DE MUESTRA	No.	PORCENTAJE
1°	63	38%
2°	23	14%
3°	36	22%
4°	43	26%

Tabla 10 Año total de muestra.



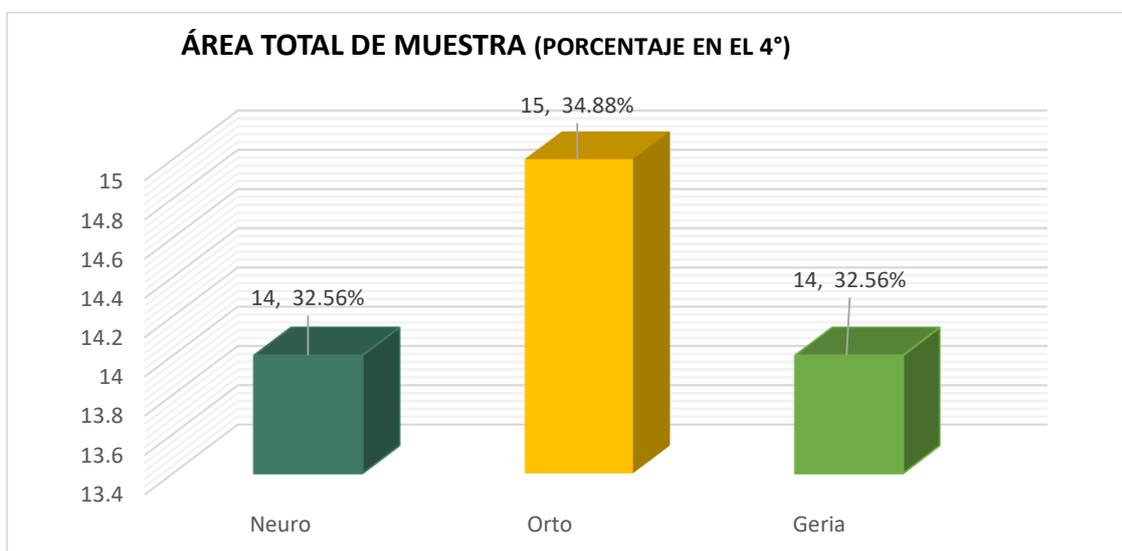
Gráfica 3 Año total de muestra

4.1.4 ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN

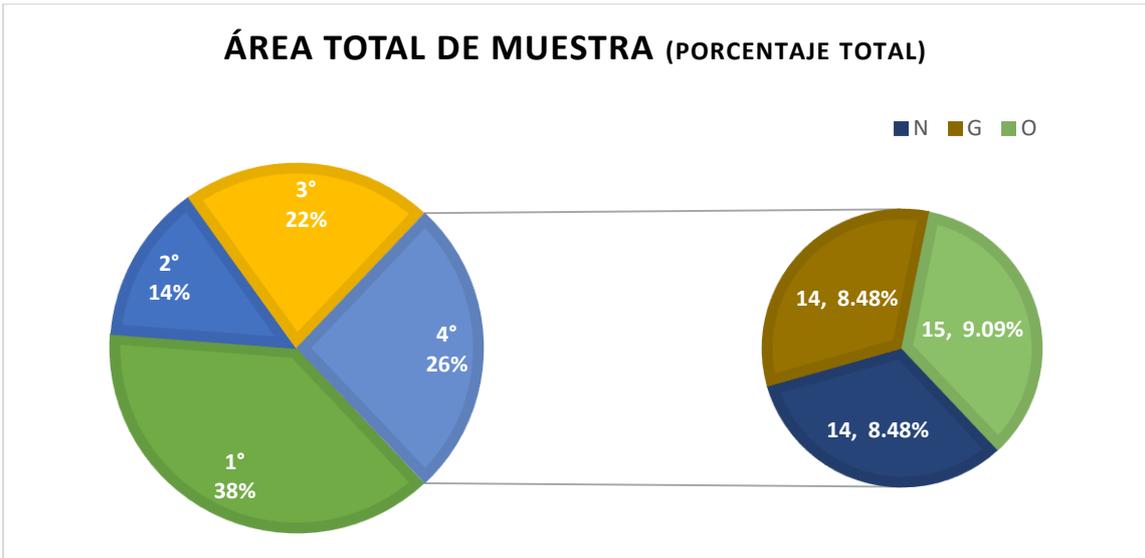
Hablando ahora acerca del área de profundización, en el estudio participaron 15 personas pertenecientes al área de **O** y 14 de ambas, **N** y **G**. Representando un 9%, 8% y 8% respectivamente, tomando como referencia el total de la muestra (Tabla 10 y Gráfica 5). Por otro lado, tomando como referencia el 4° su porcentaje representativo es del 34.88% de alumnos inscritos en el área de **O**, 32.5% en **N** y otros 32.5% **G** (Tabla 11 y Gráfica 4).

ÁREA TOTAL DE MUESTRA	No.	PORCENTAJE EN EL 4°	PORCENTAJE TOTAL DE MUESTRA
N	14	32.56%	8.48%
G	14	32.56%	8.48%
O	15	34.88%	9.09%

Tabla 11 Área total de muestra



Gráfica 4 Área total de muestra 1



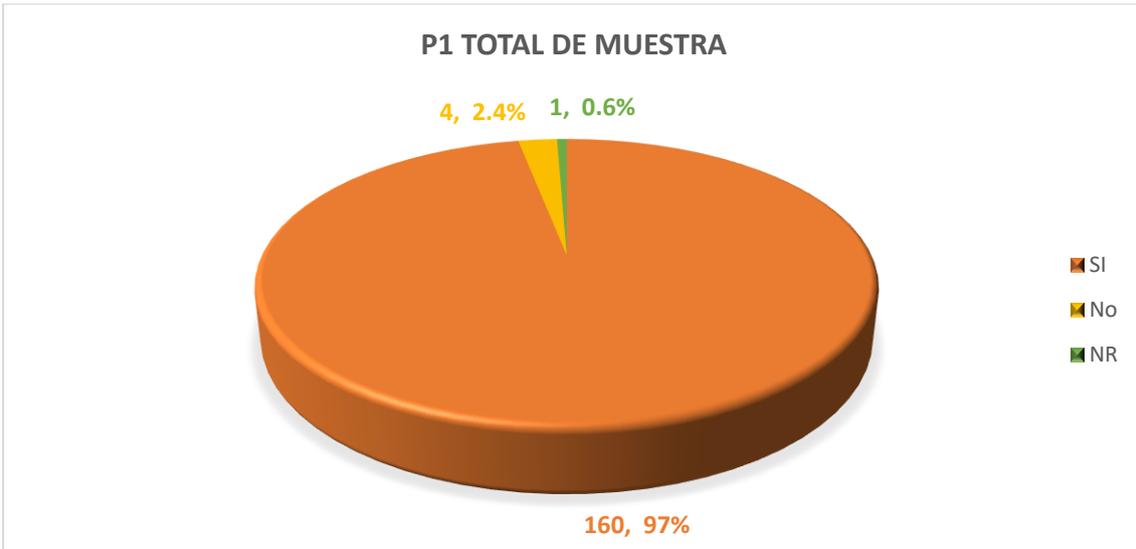
Gráfica 5 Área total de muestra 2

4.2 PREGUNTA 1: ¿CONSIDERAS ÚTIL Y APROPIADA LA INCLUSIÓN DE LA SALUD SEXUAL A TU PROGRAMA EDUCATIVO?

Los resultados totales de la muestra indicaron que la mayor cantidad de alumnos de la Lic. de Fst. de la ENES LEON UNAM **SI** consideran útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a su programa educativo, siendo ésto representado por el 97% de los participantes; el 2% respondió que **NO** y únicamente el 1% **NR**. (Tabla 12 y Gráfica 6).

P1 TOTAL DE MUESTRA	No.	PORCENTAJE
SI	160	97%
NO	4	2.4%
NR	1	0.6%

Tabla 12 P1 total de muestra



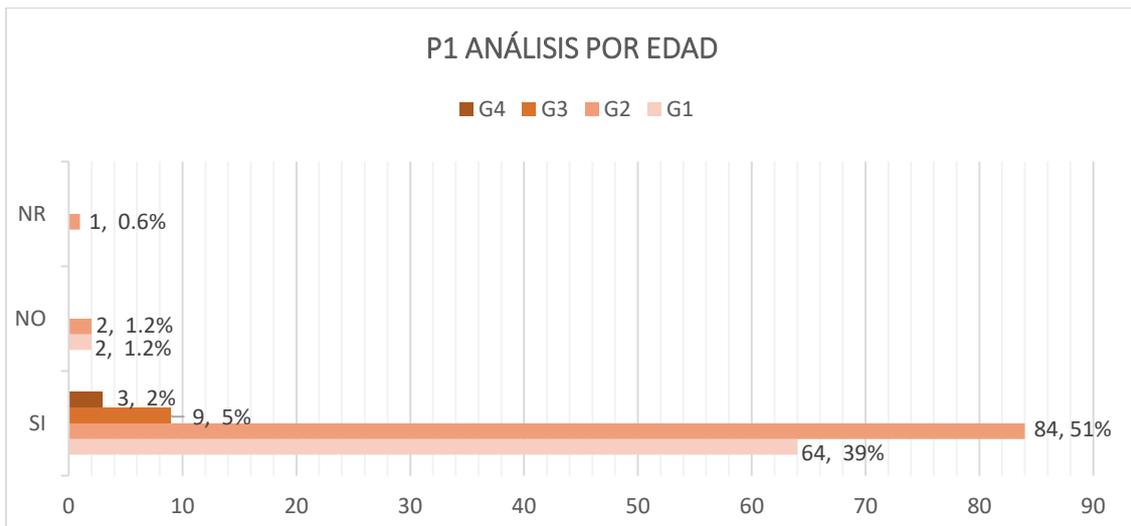
Gráfica 6 P1 total de muestra

4.2.1 P1 ANÁLISIS POR EDAD

Haciendo el análisis por Edad se encontró que la distribución de alumnos que respondieron **SI** a la P1 se encontraba así: con 64 personas del G1, 84 del G2, 9 del G3 y 3 del G4. En cuanto a las personas que respondieron **NO**, 2 pertenecen al G1, 2 al G2, y 0 del G3 y G4. Por último únicamente una persona del G2 **NR**. (Tabla 13 y Gráfica 7)

P1 ANÁLISIS POR EDAD								
	G1	PORCENTAJE	G2	PORCENTAJE	G3	PORCENTAJE	G4	PORCENTAJE
SI	64	39%	84	51%	9	5%	3	2%
NO	2	1.2%	2	1.2%	0	0%	0	0%
NR	0	0%	1	0.6%	0	0%	0	0%

Tabla 13 P1 análisis por edad



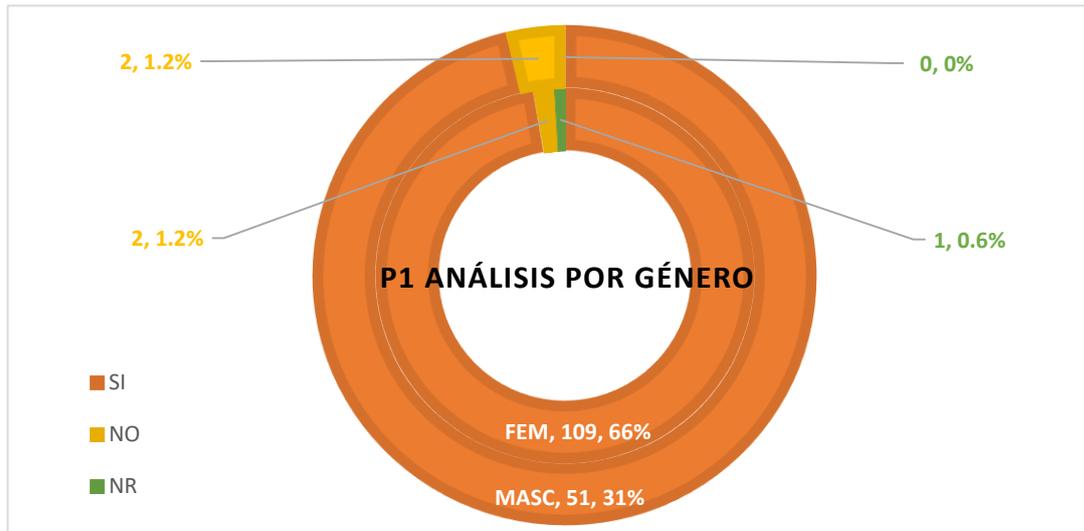
Gráfica 7 P1 análisis por edad

4.2.2 P1 ANÁLISIS POR GÉNERO

Conforme al análisis por género de P1 los resultados fueron los siguientes: 109 (66%) alumnos identificados como Femenino y 51 (31%) como Masculino respondieron que **SÍ**. Por otro lado 2 personas del género Femenino y otras 2 del Masculino respondieron **NO**, siendo un porcentaje del 1.2% por cada género. Finalmente 1 (0.6%) persona del género Femenino **NR**. (Tabla 14 y Grafica 8)

P1 ANÁLISIS POR GÉNERO				
	FEM	PORCENTAJE	MASC	PORCENTAJE
SI	109	66%	51	31%
NO	2	1.2%	2	1.2%
NR	1	0.6%	0	0%

Tabla 14 P1 análisis por género



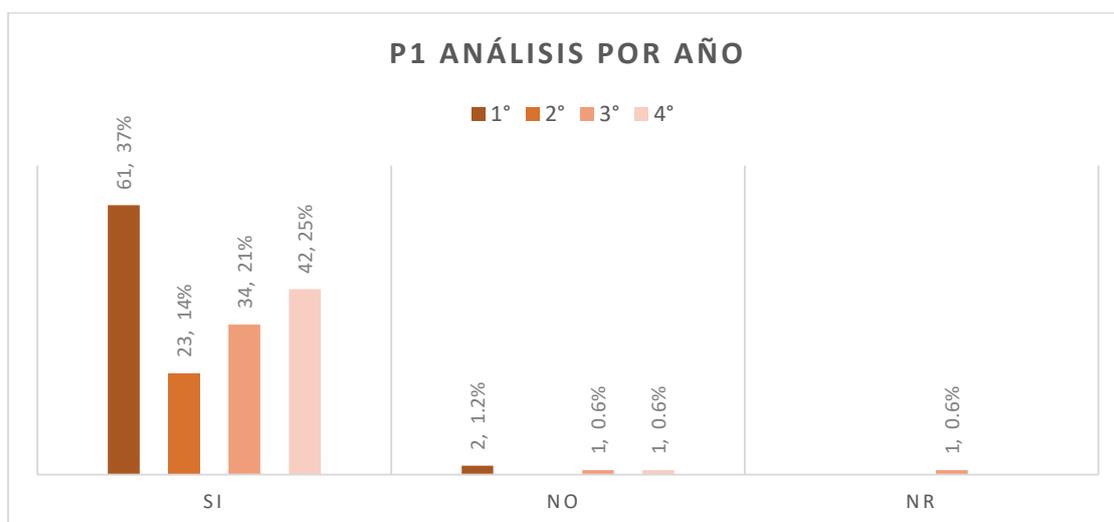
Gráfica 8 P1 análisis por género

4.2.3 P1 ANÁLISIS POR AÑO

Analizando ahora por año de licenciatura nos encontramos con que 61 personas del primer año, 23 personas del segundo año, 34 del tercer y 42 del cuarto **contestaron positivamente** a la pregunta 1; ésto representa el 37%, 14%, 21% y 25% del total respectivamente. En cuanto a la **respuesta negativa** 2 personas del primer año, 1 persona de tercero y otra persona de cuarto la seleccionaron; siendo el 1.2%, 0.6% y 0.6% del total respectivamente. Finalmente solo una persona (0.6%) del tercer año No respondió la pregunta (**NR**). (Tabla 15 y Gráfica 9).

P1 ANÁLISIS POR AÑO								
	1°	PORCENTAJE	2°	PORCENTAJE	3°	PORCENTAJE	4°	PORCENTAJE
SI	61	37%	23	14%	34	21%	42	25%
NO	2	1.2%	0	0%	1	0.6%	1	0.6%
NR	0	0%	0	0%	1	0.6%	0	0%

Tabla 15 P1 análisis por año



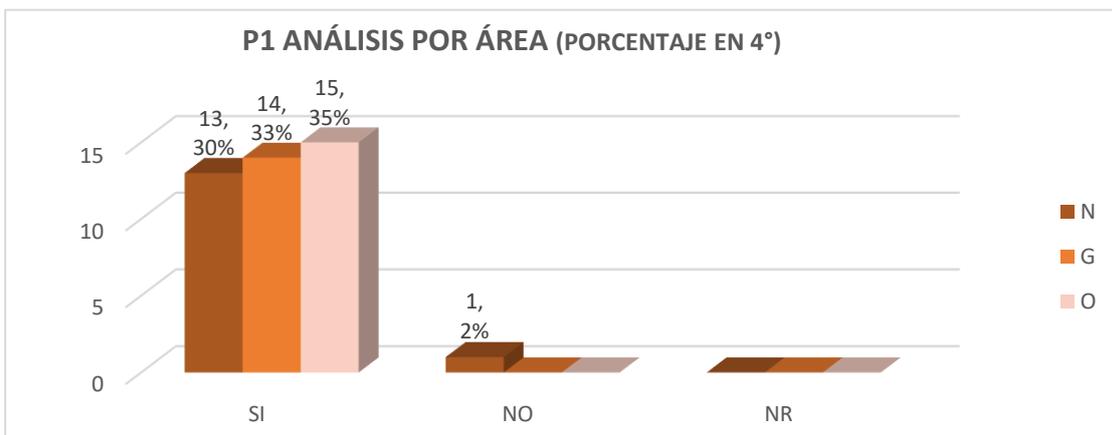
Gráfica 9 P1 análisis por año

4.2.4 P1 ANÁLISIS POR ÁREA

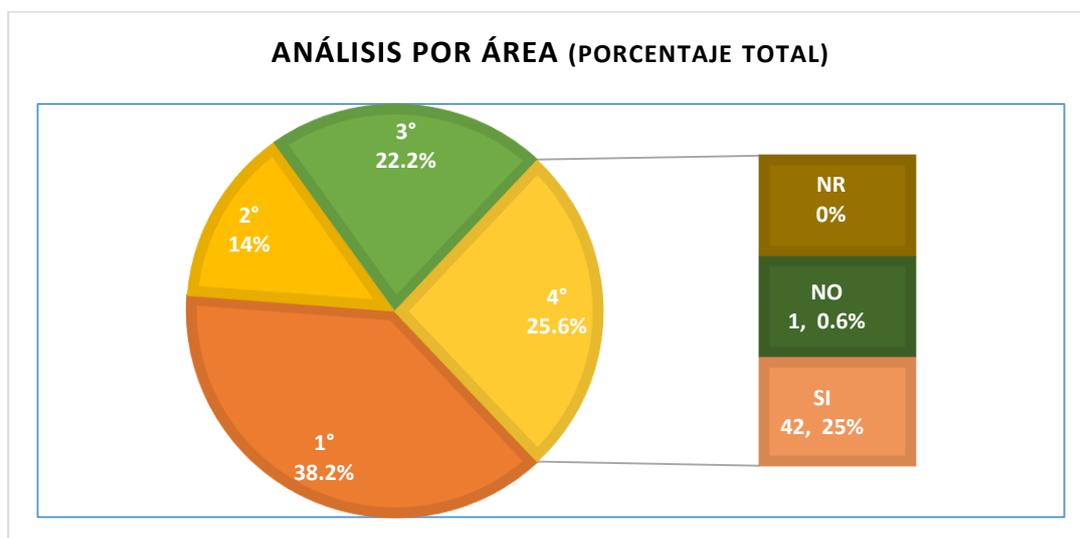
En este apartado los resultados fueron: 13 (8%) alumnos del área de N, 14 (8%) del área de G y 15 (9%) del área de O respondieron **SÍ** a la P1. Únicamente 1 persona (0.6%) del área de N respondió **NO** y nadie **NR**; tomando como referencia el total de la muestra. (Tabla 15 y Gráfica 11). Por otro lado, tomando como referencia únicamente el cuarto año, tendremos que 30% de N, 33% de G y 35% de O respondieron que **SÍ**. Y solo el 2% (proveniente del área de N) respondió que **NO**. (Tabla 16 y Gráfica 10)

P1 ANÁLISIS POR ÁREA									
	N	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	G	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	O	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°
SI	13	8%	30%	14	8%	33%	15	9%	35%
NO	1	0.6%	2%	0	0%	0%	0	0%	0%
NR	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%

Tabla 16 P1 análisis por área



Gráfica 10 P1 análisis por área 1



Gráfica 11 P1 análisis por área 2

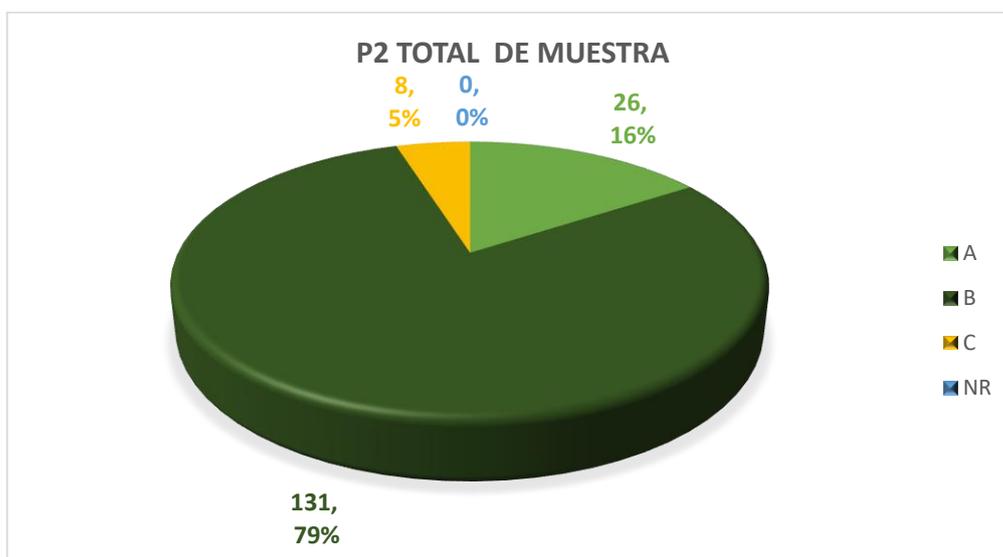
4.3 CUESTIONARIO ECCAFS

4.3.1 PREGUNTA 2 CONOCIMIENTO TEÓRICO

Conforme a la P2 los resultados totales de la muestra fueron los siguientes: del total de muestra 26 personas clasificaron en el **Grupo A**, 131 personas en el **Grupo B**, 8 personas en el **C** y finalmente nadie **NR**; esto representa al 16%, 79%, 5% y 0% respectivamente. (Tabla 17 y Gráfica 12).

P2 TOTAL DE MUESTRA		
GRUPO	No.	PORCENTAJE
A	26	16%
B	131	79%
C	8	5%
NR	0	0%

Tabla 17 P2 total de muestra



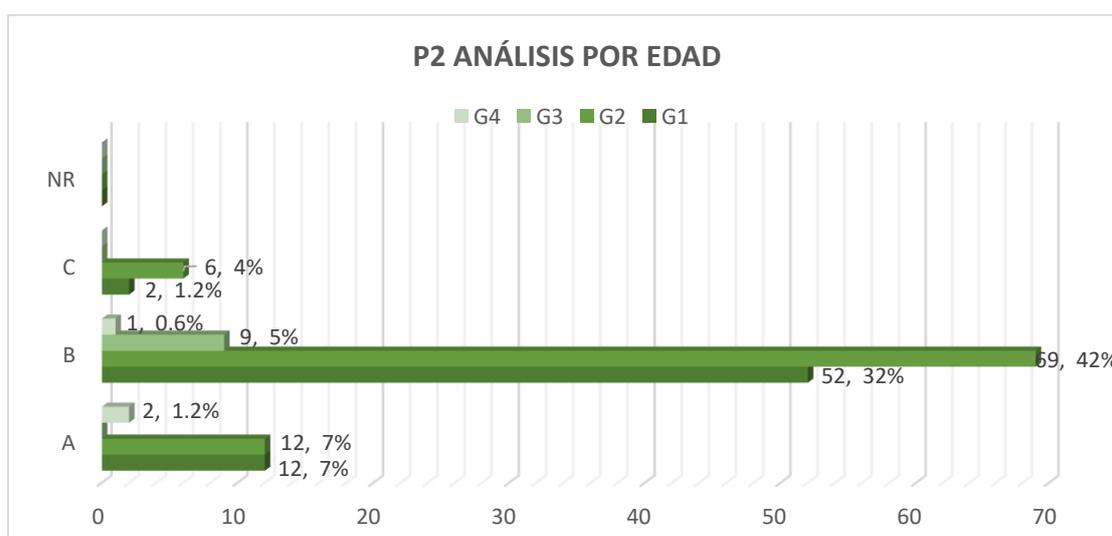
Gráfica 12 P2 total de muestra

4.3.1.1 P2 Análisis por edad

En el análisis por edad de P2 se observó que dentro del **Grupo A** clasificaron: 12 personas (7%) del G1 de edad, 12 personas (7%) del G2 de edad, ninguna del G3 y, por último, 2 personas (1.2%) del G4. En cuanto al **Grupo B** clasificaron: 52 personas (32%) del G1 de edad, 69 personas (42%) del G2 de edad, 9 personas (5%) del G3 de edad y 1 persona (0.6%) del G4 de edad. Ahora los resultados del **Grupo C**: 2 personas (1.2%) del G1 de edad, 6 personas (4%) del G2 de edad, y ninguna persona del G3 de edad y del G4 de edad. Finalmente no hubo **NR** dentro del análisis. (Tabla 18 y Gráfica 13)

P2 ANÁLISIS POR EDAD								
GRUPO	G1	PORCENTAJE	G2	PORCENTAJE	G3	PORCENTAJE	G4	PORCENTAJE
A	12	7%	12	7%	0	0%	2	1.2%
B	52	32%	69	42%	9	5%	1	0.6%
C	2	1.2%	6	4%	0	0%	0	0%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 18 P2 análisis por edad



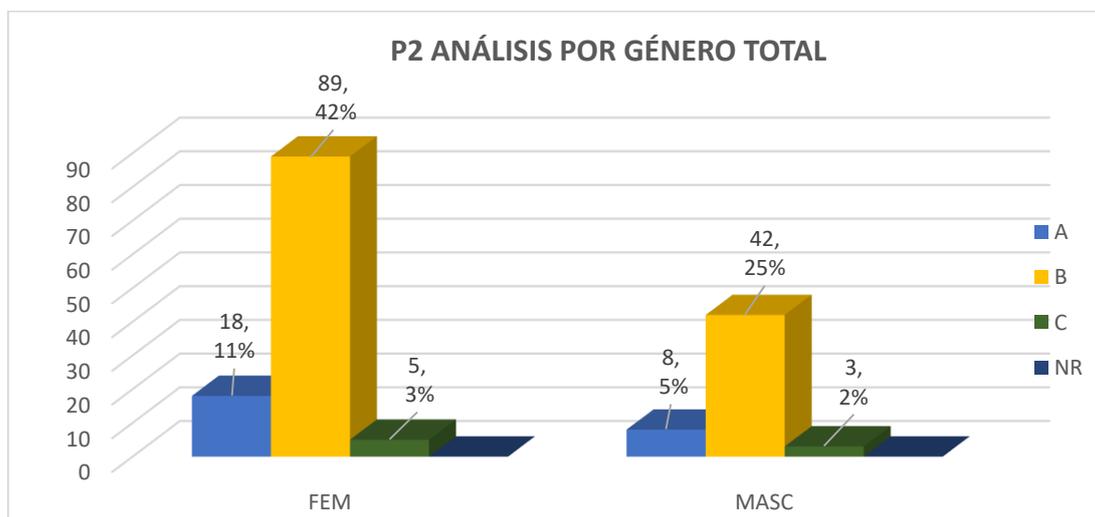
Gráfica 13 P2 análisis por edad

4.3.1.2 P2 Análisis por género

Tomando como referencia el total de muestra los resultados porcentuales dentro del **Grupo A** fueron los siguientes: 18 personas (11%) del género Femenino y 8 (5%) personas del género Masculino. En el **Grupo B**: 89 personas (54%) del género Femenino y 42 personas (25%) de género Masculino. En el **Grupo C**: 5 (3%) Femeninos y 3 (2%) Masculinos. Y para finalizar no hubo ningún **NR**. (Tabla 19 y Gráfica 14).

P2 ANÁLISIS POR GÉNERO				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE	MASC	PORCENTAJE
A	18	11%	8	5%
B	89	54%	42	25%
C	5	3%	3	2%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 19 P2 análisis por género I

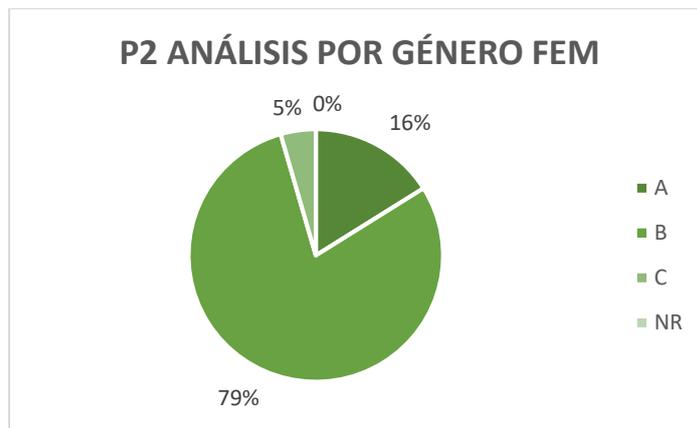


Gráfica 14 P2 análisis por género tota

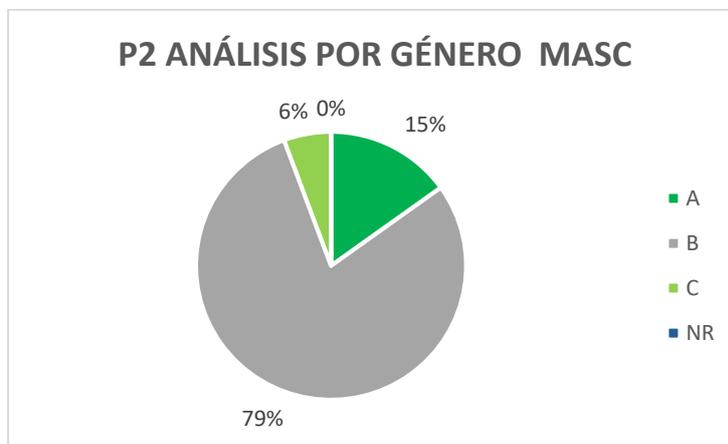
Ahora bien, tomando como referencia la submuestra únicamente de Femenino (112 personas), los resultados porcentuales son los siguientes: **Grupo A** fueron los siguientes: 18 personas (16%). En el **Grupo B**: 89 personas (79%) y en el **Grupo C**: 5 (4%). Y del subgrupo Masculino (53 personas) los resultados fueron: **Grupo A** con 8 (15%) personas, **Grupo B** con 42 personas (79%) y **Grupo C** con 3 (2%) Masculinos. Y para finalizar no hubo ningún **NR**. (Tabla 20 y Gráficas 15 y 16).

P2 ANÁLISIS POR GÉNERO no2.				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE EN FEM	MASC	PORCENTAJE EN MASC
A	18	16%	8	15%
B	89	79%	42	79%
C	5	4%	3	5%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 20 P2 análisis por género II



Gráfica 15 P2 análisis por género femenino



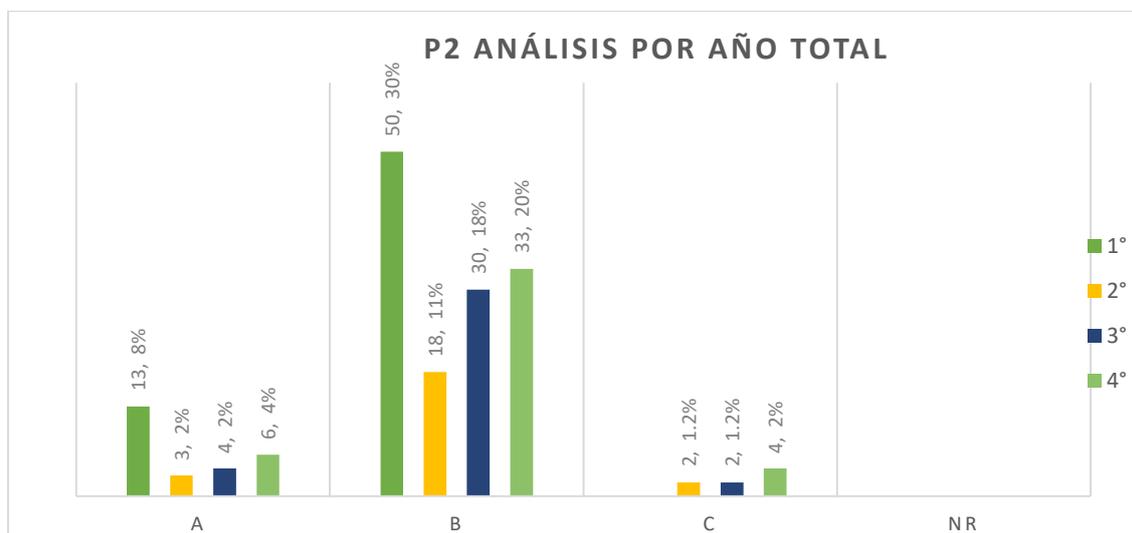
Gráfica 16 P2 análisis por género masculino

4.3.1.3 P2 Análisis por año de licenciatura en curso

Respecto al análisis por año, tomando como referencia el total de muestra, dentro del **Grupo A**: 13 (8%) personas de primero, 3 (2%) personas de segundo, 4 (2%) personas de tercero y 6 (4%) personas de cuarto. En cuanto al **Grupo B**: 50 (30%) personas de primero, 18 (11%) personas de segundo, 30 (18%) personas de tercero, 33 (20%) personas de cuarto. El **Grupo C** reúne: 2 (1.2%) personas de segundo e igualmente de tercero, y 4 (2%) personas de cuarto. Ningún dato de **NR**. (Tabla 21 y Gráfica 17)

P2 ANÁLISIS POR AÑO								
GRUPO	1°	PORCENTAJE	2°	PORCENTAJE	3°	PORCENTAJE	4°	PORCENTAJE
A	13	8%	3	2%	4	2%	6	4%
B	50	30%	18	11%	30	18%	33	20%
C	0	0%	2	1.2%	2	1.2%	4	2%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 21 P2 análisis por año I

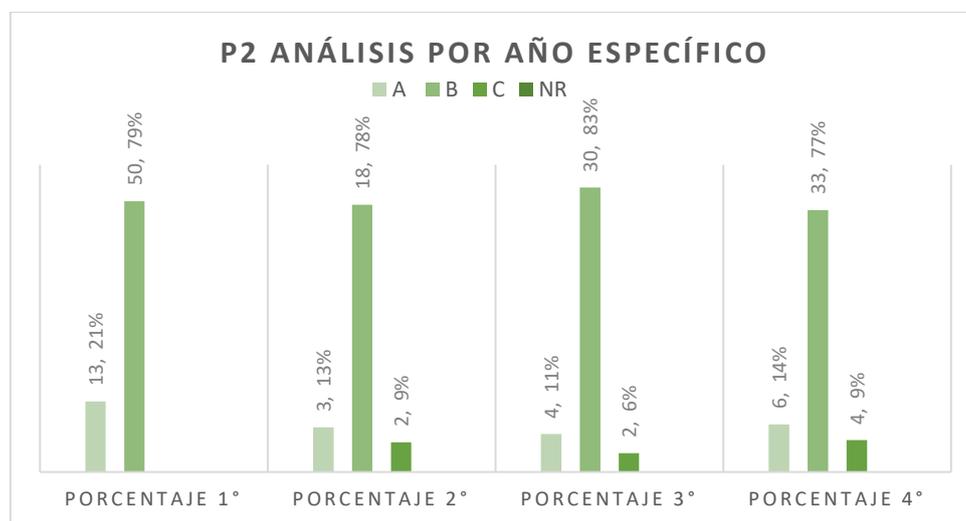


Gráfica 17 P2 análisis por año del total

Por otro lado tomando como referencia la submuestra de cada año, los resultados fueron así: dentro del **Grupo A**: 13 (21%) personas de primero, 3 (13%) personas de segundo, 4 (11%) personas de tercero y 6 (14%) personas de cuarto. En cuanto al **Grupo B**: 50 (79%) personas de primero, 18 (78%) personas de segundo, 30 (83%) personas de tercero, 33 (77%) personas de cuarto. El **Grupo C** reúne: 2 (9%) personas de segundo, 2 (6%) de tercero, y 4 (9%) personas de cuarto. Ningún dato de **NR**. (Tabla 22 y Gráfica 18)

P2 ANÁLISIS POR AÑO no.2								
GRUPO	1°	PORCENTAJE 1°	2°	PORCENTAJE 2°	3°	PORCENTAJE 3°	4°	PORCENTAJE 4°
A	13	21%	3	13%	4	11%	6	14%
B	50	79%	18	78%	30	83%	33	77%
C	0	0%	2	9%	2	6%	4	9%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 22 P2 análisis por año II



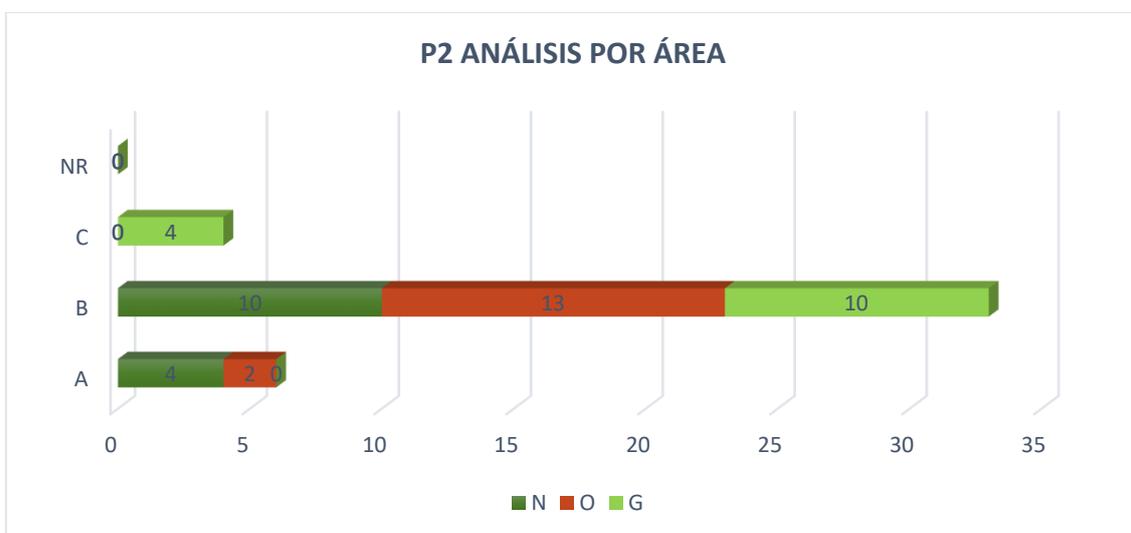
Gráfica 18 P2 análisis por año específico

4.3.1.4 P2 Análisis por área de profundización

Para el **Grupo A**, el análisis por área demostró que estaba conformado por: 4 personas de Neurología, 2 de Ortopedia y 0 de Geriatria; siendo esto el 2%, 1.2%, 0% del total de la muestra y, por otro lado, 9%, 5% y 0% del total del cuarto año respectivamente. El **Grupo B** está conformado por: 10 personas de Neurología, 13 personas de Ortopedia y 10 personas de Geriatria; representando al 6%, 8% y 6% del total de la muestra y 23%, 30%, 23% del total del cuarto año respectivamente. Con lo que respecta al Grupo C, este incluye únicamente 4 personas del área de Geriatria, siendo el 2% del total de la muestra y 9% del total del cuarto año. Finalmente ninguna persona **NR**. (Tabla 23 y Gráfica19)

P2 ANÁLISIS POR ÁREA									
GRUPO	N	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	O	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	G	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°
A	4	2%	9%	2	1.2%	5%	0	0%	0%
B	10	6%	23%	13	8%	30%	10	6%	23%
C	0	0%	0%	0	0%	0%	4	2%	9%
NR	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%

Tabla 23 P2 Análisis por área



Gráfica 19 P2 Análisis por área

4.3.2 PREGUNTA 3 CONFORT

El total de muestra de P3 demostró que el **Grupo A** fue conformado por 5 personas representando el 3% del total. **Grupo B** fue de 56 personas representando el 34% del total. Dentro del **Grupo C** se encuentran 102 personas que representan 62% del total de la muestra. Finalmente 2 personas **NR** siendo el 1.2% del total. (Tabla 24 y Gráfica 20)

P3 TOTAL DE MUESTRA		
GRUPO	No.	PORCENTAJE
A	5	3%
B	56	34%
C	102	62%
NR	2	1.2%

Tabla 24 P3 total de muestra



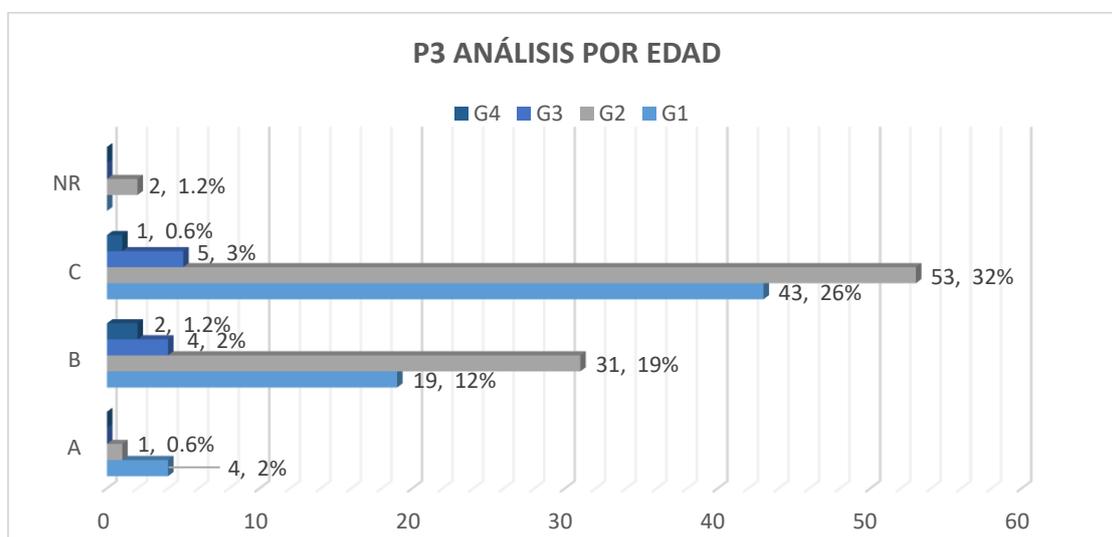
Gráfica 20 P3 total de muestra

4.3.2.1 P3 Análisis por edad

En el análisis por edad de P3 mostró que el **Grupo A** está conformado por 4 personas del G1 de edad, 1 persona del G2, ninguna de G3 ni G4; representando el 2%, 0.6%, 0% y 0% respectivamente. El **Grupo B** conformado por 19 del G1, 31 del G2, 4 del G3 y 2 del G4; representando 12%, 19%, 2% y 1.2%. Mientras que el **Grupo C** conformado por 43 personas del G1, 53 del G2, 5 del G3, 1 del G4; siendo el 26%, 32%, 3% y 0.6% de total respectivamente. Por último solo 2 personas del G2 (1.2%) **NR**. (Tabla 25 y Gráfica 21).

P3 ANÁLISIS POR EDAD								
GRUPO	G1	PORCENTAJE	G2	PORCENTAJE	G3	PORCENTAJE	G4	PORCENTAJE
A	4	2%	1	0.6%	0	0%	0	0%
B	19	12%	31	19%	4	2%	2	1.2%
C	43	26%	53	32%	5	3%	1	0.6%
NR	0	0%	2	1.2%	0	0%	0	0%

Tabla 25 P3 análisis por edad



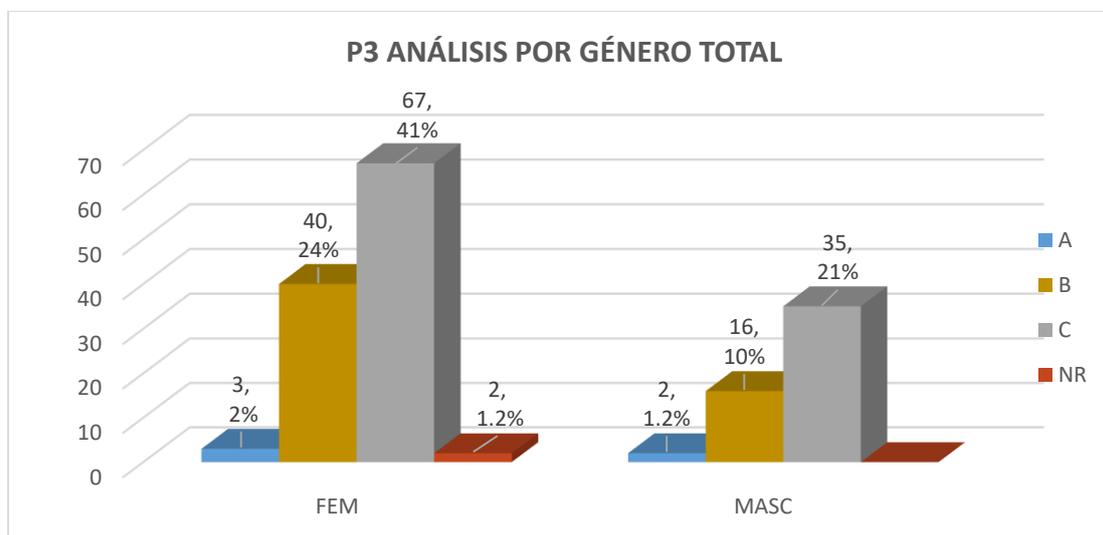
Gráfica 21 P3 análisis por edad

4.3.2.2 P3 Análisis por género

En cuanto al análisis por género, tomando como referencia el total del grupo, el **Grupo A** está compuesto por 3 personas (2%) de sexo femenino y 2 personas (1.2%) del masculino. **Grupo B** consiste de 40 personas (24%) de sexo femenino y 16 personas (10%) del sexo masculino. **Grupo C** consiste en 67 personas femenino (41%) y 35 personas (21%) del masculino. Finalmente solo 2 personas (1.2%) **NR**. (Tabla 26 y Gráfica 22).

P3 ANÁLISIS POR GÉNERO				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE	MASC	PORCENTAJE
A	3	2%	2	1.2%
B	40	24%	16	10%
C	67	41%	35	21%
NR	2	1.2%	0	0%

Tabla 26 P3 análisis por género II

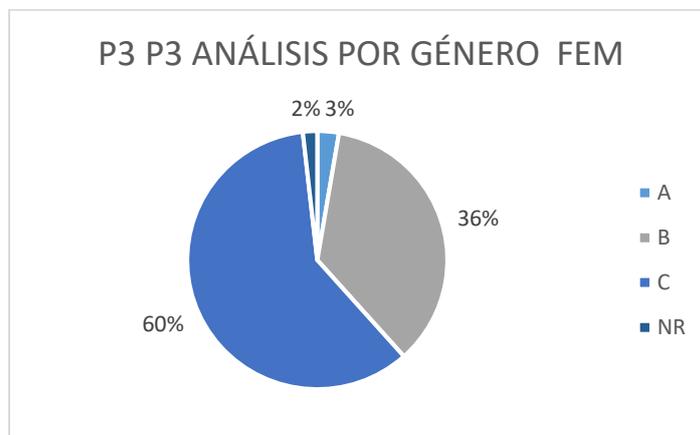


Gráfica 22 P3 análisis por género total

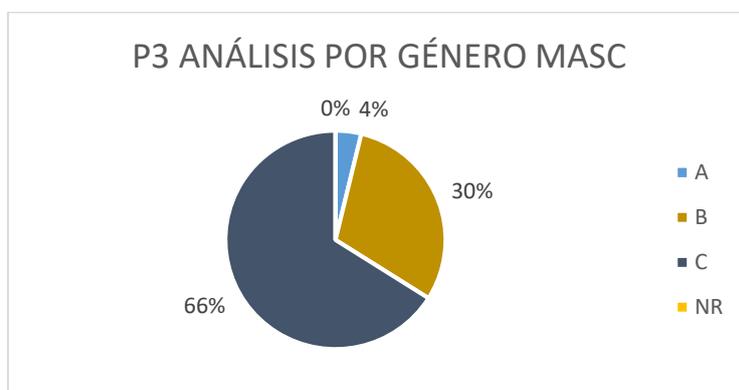
En cuanto al análisis específico por cada género tenemos los siguientes resultados: el **Grupo A** está compuesto por 3 personas (3%) de sexo femenino y 2 personas (4%) del masculino. **Grupo B** consiste de 40 personas (36%) de sexo femenino y 16 personas (30%) del sexo masculino. **Grupo C** consiste en 67 personas femenino (60%) y 35 personas (66%) del masculino. Finalmente solo 2 personas (2%) femeninas **NR**. (Tabla 27 y Gráficas 23 y 24).

P3 ANÁLISIS POR GÉNERO no.2				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE EN FEM	MASC	PORCENTAJE EN MASC
A	3	3%	2	4%
B	40	36%	16	30%
C	67	60%	35	66%
NR	2	2%	0	0%

Tabla 27 P3 análisis por género II



Gráfica 23 P3 análisis por género femenino



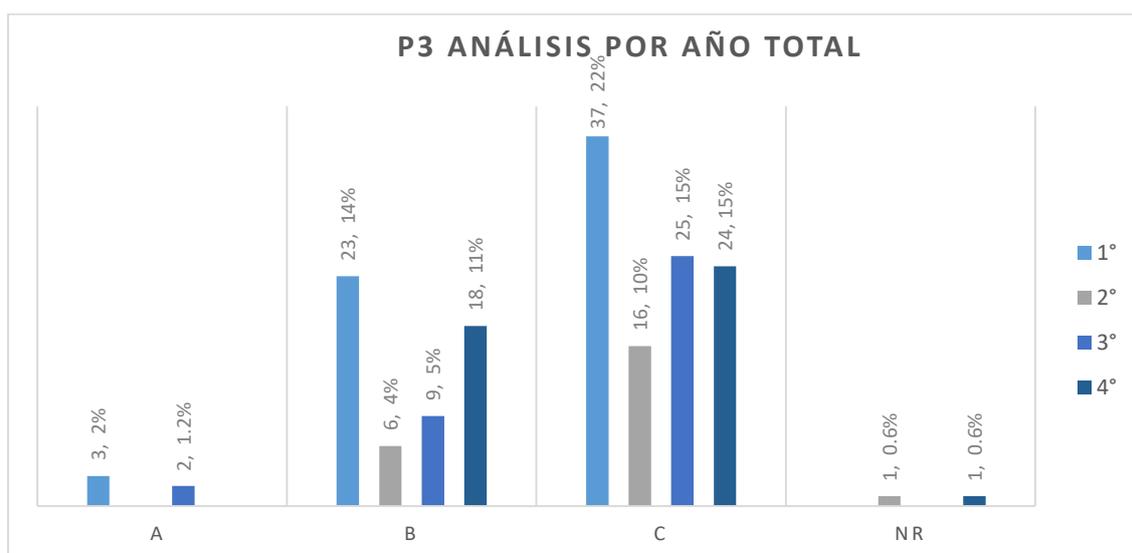
Gráfica 24 P3 análisis por género masculino

4.3.2.3 P3 Análisis por año de licenciatura en curso

Para el análisis por año, se encontró que **Grupo A** está conformado únicamente por 3 personas de primero y 2 personas de tercero, siendo el 2% y 1.2% de total de la muestra respectivamente. En el **Grupo B** encontramos 23 personas de primero, 6 de segundo, 9 de tercero y 18 de cuarto, representando el 14%, 4%, 5% y 11%. El **Grupo C** está integrado por 37 personas de primero, 16 de segundo, 25 de tercero y 24 de cuarto, conformando el 22%, 10%, 15%, 15% del total de la muestra respectivamente. Finalmente una persona de segundo y otra de cuarto **NR** la pregunta. (Tabla 28 y Gráfica 25).

P3 ANÁLISIS POR AÑO								
GRUPO	1°	PORCENTAJE	2°	PORCENTAJE	3°	PORCENTAJE	4°	PORCENTAJE
A	3	2%	0	0%	2	1.2%	0	0%
B	23	14%	6	4%	9	5%	18	11%
C	37	22%	16	10%	25	15%	24	15%
NR	0	0%	1	0.6%	0	0%	1	0.6%

Tabla 28 P3 análisis por año I

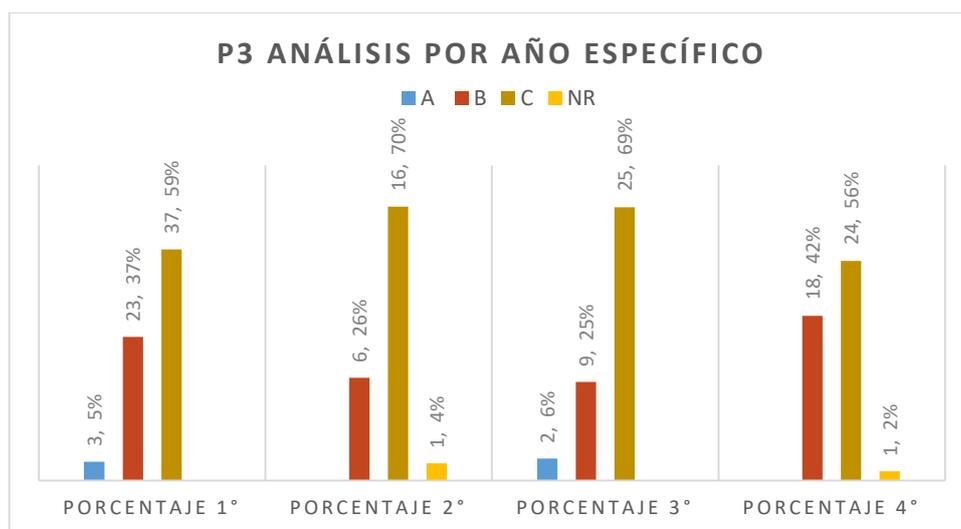


Gráfica 25 P3 análisis por año total

Conforme a los resultados a partir del análisis específico por año, los resultados obtenidos fueron: se encontró que **Grupo A** está conformado únicamente por 3 (5%) personas de primero y 2 (6%) personas de tercero, de total de cada año respectivamente. En el **Grupo B** encontramos 23 (37%) personas de primero, 6 (26%) de segundo, 9 (25%) de tercero y 18 (42%) de cuarto. El **Grupo C** está integrado por 37 (59%) personas de primero, 16 (70%) de segundo, 25 (69%) de tercero y 24 (56%) de cuarto. Finalmente una persona de segundo y otra de cuarto **NR** la pregunta. (Tabla 29 y Gráfica 26).

P3 ANÁLISIS POR AÑO no.2								
GRUPO	1°	PORCENTAJE 1°	2°	PORCENTAJE 2°	3°	PORCENTAJE 3°	4°	PORCENTAJE 4°
A	3	5%	0	0%	2	6%	0	0%
B	23	37%	6	26%	9	25%	18	42%
C	37	59%	16	70%	25	69%	24	56%
NR	0	0%	1	4%	0	0%	1	2%

Tabla 29 análisis por año II



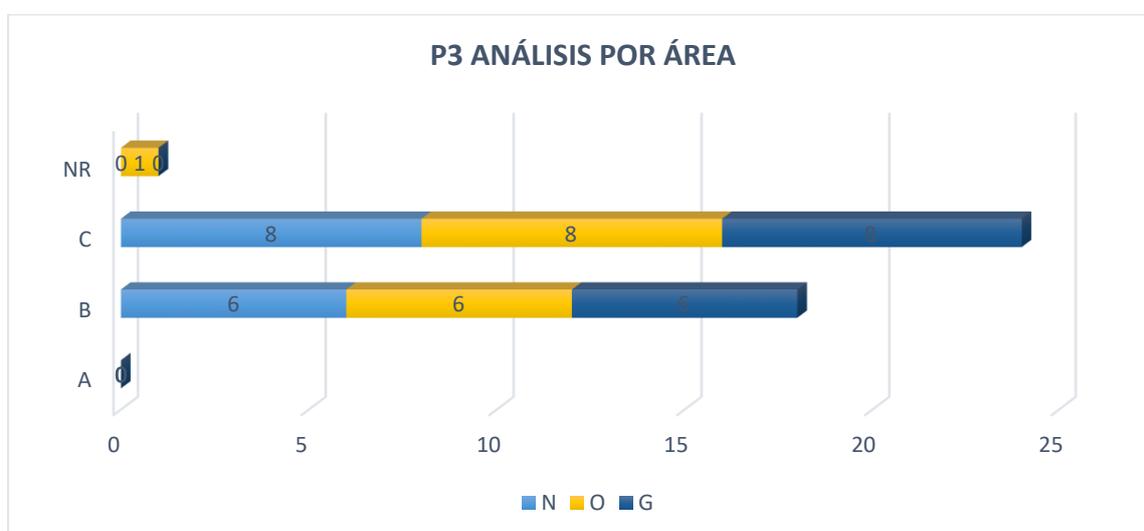
Gráfica 26 P3 análisis por año específico

4.3.2.4 P3 Análisis por área de profundización

Respecto al análisis por área de profundización se demostró que la tendencia de respuesta de los alumnos dentro de las distintas áreas de profundización fueron muy parecidas entre los Grupos. Para el **Grupo A** ninguna personas calificó, mientras que para el **Grupo B** 6 personas de cada área le conforman, representando el 4% de total de la muestra, igualmente cada área. En el **Grupo C** encontramos 8 personas también por área, siendo el 5% del total de la muestra, por cada área. Por último solo una persona (0.6%) del área de O **No Respondió** a la pregunta. En cuanto al porcentaje representativo del 4° para el **Grupo A** fue de 0%, **Grupo B** 14% de cada área, Grupo C 19% de cada área y **NR** 2% únicamente del área de O. (Tabla 30 y Gráfica 27

P3 ANÁLISIS POR ÁREA									
GRUPO	N	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	O	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	G	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°
A	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
B	6	4%	14%	6	4%	14%	6	4%	14%
C	8	5%	19%	8	5%	19%	8	5%	19%
NR	0	0%	0%	1	0.6%	2%	0	0%	0%

Tabla 30 P3 análisis por área



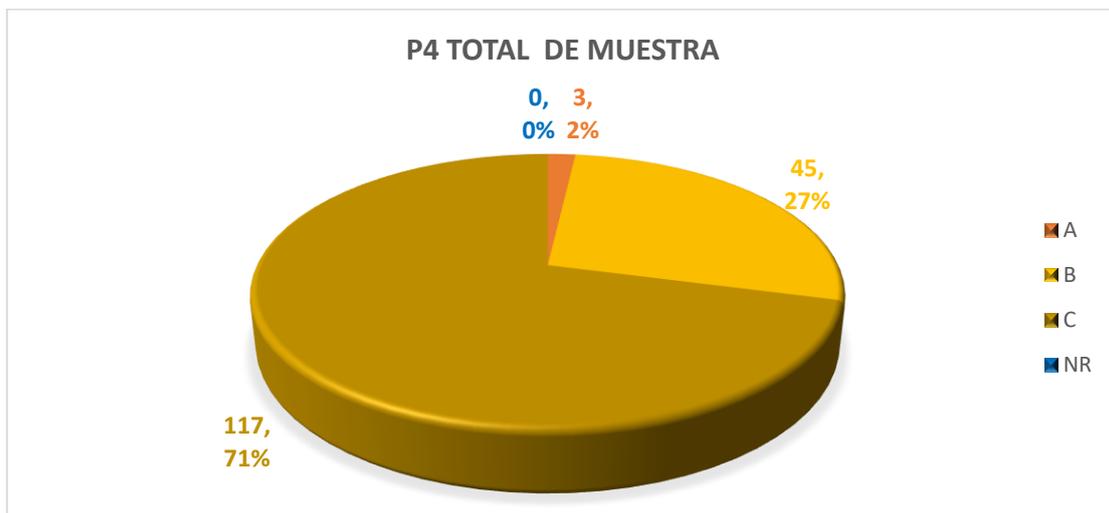
Gráfica 27 P3 análisis por área

4.3.3 PREGUNTA 4 INCOMODIDAD

Los resultados de P4 demuestran que 3 personas clasificaron en el **Grupo A**, 45 en **Grupo B** y 117 en **Grupo C**; representando el 2%, 27% y 71% del total respectivamente. Por último ningún alumno **NR** esta pregunta. (Tabla 31 y Gráfica 28).

P4 TOTAL DE MUESTRA		
GRUPO	No.	PORCENTAJE
A	3	2%
B	45	27%
C	117	71%
NR	0	0%

Tabla 31 P4 total de muestra



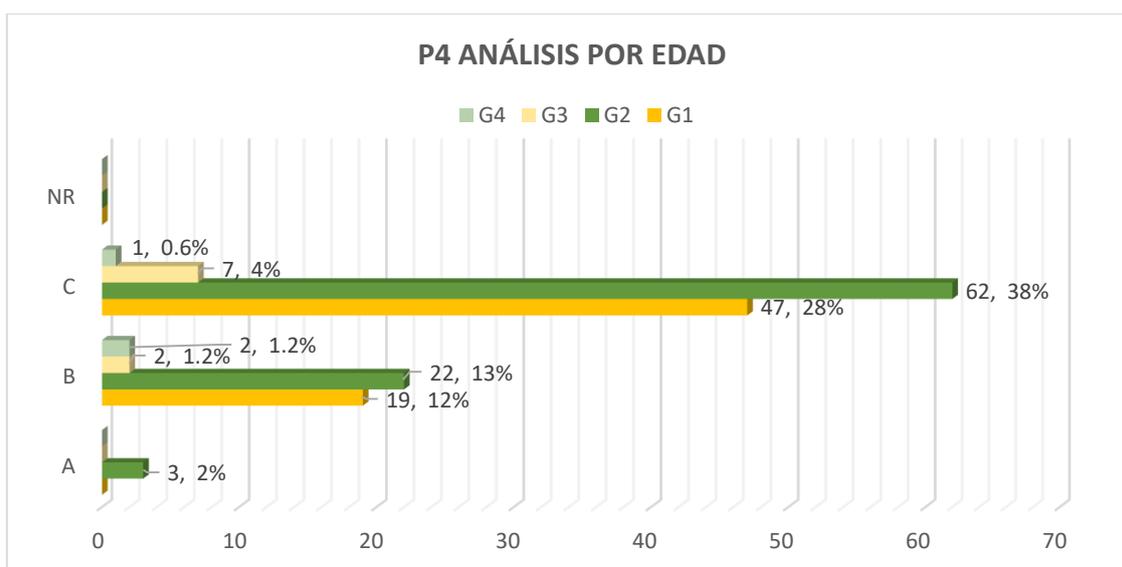
Gráfica 28 P4 total de muestra

4.3.3.1 P4 Análisis por edad

En el análisis por edad, el **Grupo A** únicamente está representado por 3 personas del grupo 2 de edad, siendo el 2% del total de la muestra. **Grupo B** conformado por 19 personas dentro del G1 de edad, 22 del G2 de edad, 2 del G3 y otras 2 personas del G4. Siendo esto el 12%, 13%, 1.2% y otro 1.2% del total general. Por otro lado 47 estudiantes (28%) del G1 de edad, 62 estudiantes (38%) del G2 de edad, 7 estudiantes (4%) del G3 de edad y 1 estudiante (0.6%) del G4 de edad conforman el **Grupo C**. Finalmente 0 estudiantes **NR**. (Tabla 32 y Gráfica 29).

P4 ANÁLISIS POR EDAD								
GRUPO	G1	PORCENTAJE	G2	PORCENTAJE	G3	PORCENTAJE	G4	PORCENTAJE
A	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%
B	19	12%	22	13%	2	1.2%	2	1.2%
C	47	28%	62	38%	7	4%	1	0.6%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 32 P4 análisis por edad



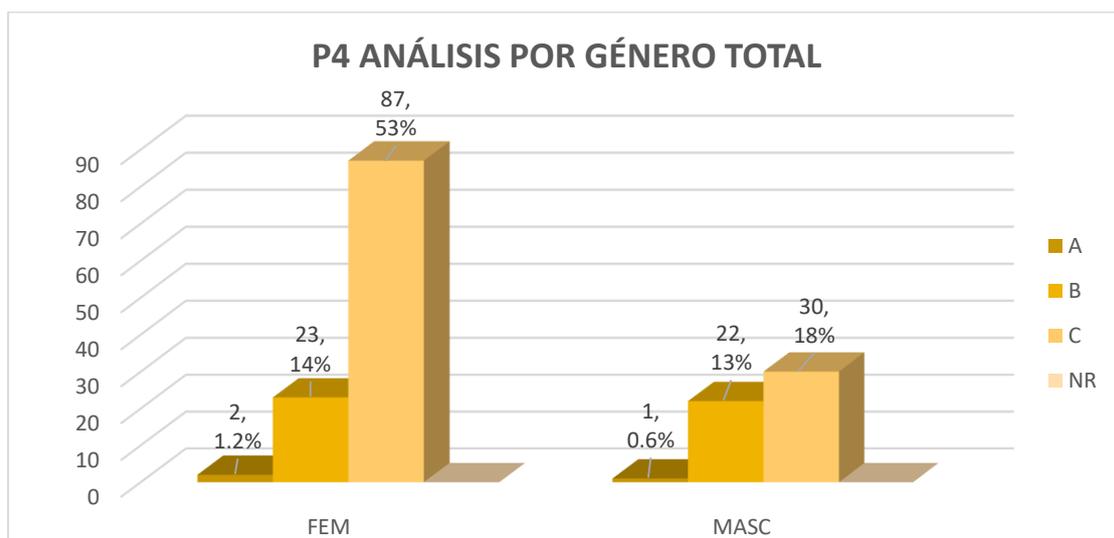
Gráfica 29 P4 análisis por edad

4.3.3.2 P4 Análisis por género

Dentro del análisis por género, tomando en cuenta la muestra total de 165 alumnos, podemos constatar que el **Grupo A** está conformado por 2 sujetos Femeninos (1.2%) y 1 Masculino (0.6%). El **Grupo B** por 23 Femenino (14%) y 22 Masculino (13%). Y **Grupo C** por 87 sujetos Femeninos (53%) y 30 Masculinos (18%). No hubo datos de **NR**. (Tabla 33 y Gráfica 30).

P4 ANÁLISIS POR GÉNERO				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE	MASC	PORCENTAJE
A	2	1.2%	1	0.6%
B	23	14%	22	13%
C	87	53%	30	18%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 33 P4 análisis por género I

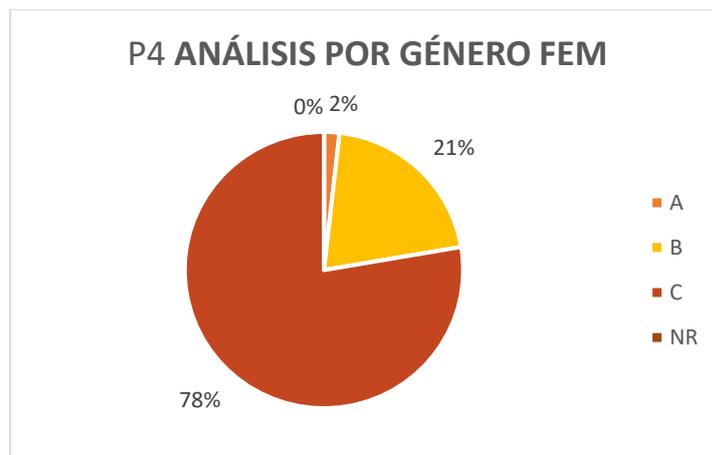


Gráfica 30 P4 análisis por género total

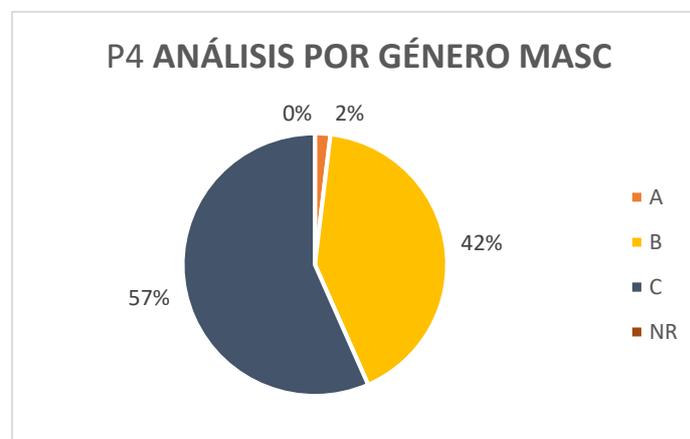
Ahora conforme a los resultados específicos de cada submuestras (femenino y masculino) los resultados obtenidos fueron: **Grupo A** está conformado por 2 sujetos Femeninos (2%) y 1 Masculino (2%). El **Grupo B** por 23 Femenino (21%) y 22 Masculino (42%). Y **Grupo C** por 87 sujetos Femeninos (78%) y 30 Masculinos (57%). No hubo datos de **NR**. (Tabla 34 y Gráficas 31 y 32).

P4 ANÁLISIS POR GÉNERO no.2				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE EN FEM	MASC	PORCENTAJE EN MASC
A	2	2%	1	2%
B	23	21%	22	42%
C	87	78%	30	57%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 34 P4 análisis por género II



Gráfica 31 P4 análisis por género femenino



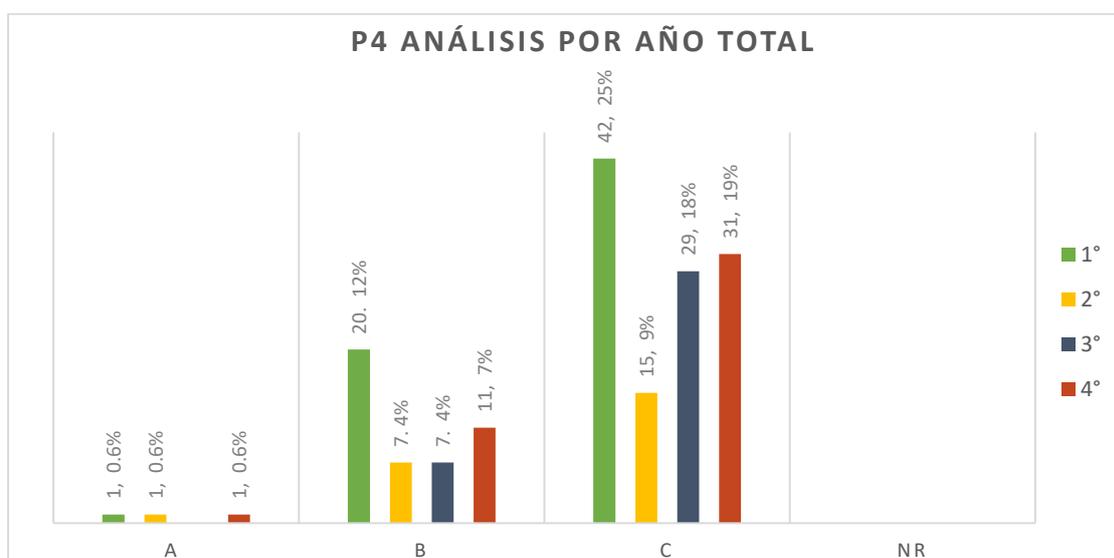
Gráfica 32 P4 análisis por género masculino

4.3.3.3 P4 Análisis por año de licenciatura en curso

Conforme a los datos del análisis por año, tomando como referencia el total de la muestra, podemos identificar a 1 persona del primer año, 1 persona de segundo y otra de cuarto que constituyen el **Grupo A**; cada una de ellas representa el 0.6% del total. Por otro lado, 20 personas de primero, que representan 12%; 7 personas de segundo y tercero, que representan el 4% cada uno; y finalmente 11 personas, que representan 7% del total de muestra, conforman el **Grupo B**. El **Grupo C** está formado por 42 personas de primero, representando el 25%; 15 personas de segundo, que representan el 9%; 29 de tercero, siendo 18% y 31 de cuarto, siendo el 19%. Finalmente 0 personas **NR**. (Tabla 35 y Gráfica 33).

P4 ANÁLISIS POR AÑO								
GRUPO	1°	PORCENTAJE	2°	PORCENTAJE	3°	PORCENTAJE	4°	PORCENTAJE
A	1	0.6%	1	0.6%	0	0%	1	0.6%
B	20	12%	7	4%	7	4%	11	7%
C	42	25%	15	9%	29	18%	31	19%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 35 P4 análisis por año I

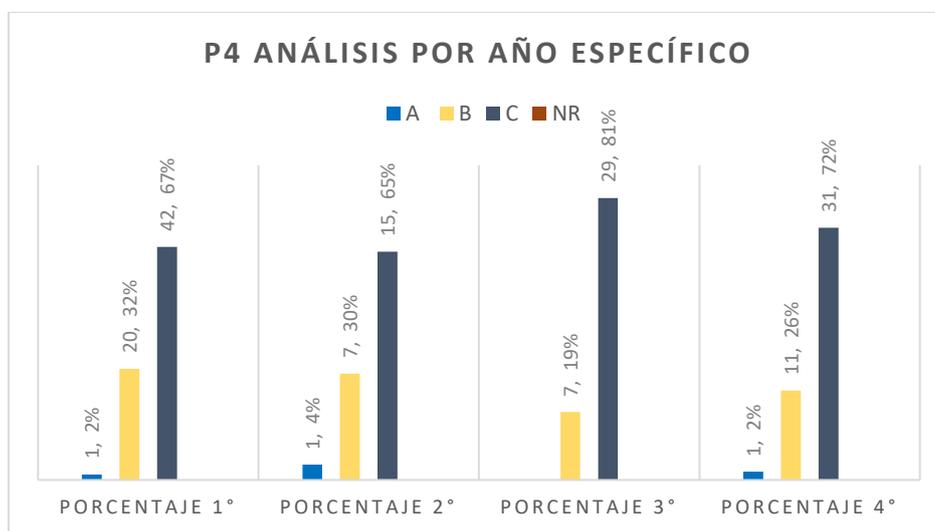


Gráfica 33 P4 análisis por año total

Dentro de este segundo análisis se tomo como referencia cada uno de los años por lo que los resultados fueron los siguientes: 1 (2%) del primer año, 1 (4%) de segundo y 1 (2%) de cuarto que constituyen el **Grupo A**; por otro lado, 20 (32%) de primero, 7 (30%) personas de segundo y 7 (19%) de tercero, y finalmente 11 personas, que representan 26% del cuarto año, conforman el **Grupo B**. El **Grupo C** está formado por 42 (67%) de primero, 15 (65%) de segundo, 29 (81%) de tercero, y 31 (72%) de cuarto. Finalmente 0 personas **NR**. (Tabla 36 y Gráfica 34).

P4 ANÁLISIS POR AÑO no.2								
GRUPO	1°	PORCENTAJE 1°	2°	PORCENTAJE 2°	3°	PORCENTAJE 3°	4°	PORCENTAJE 4°
A	1	2%	1	4%	0	0%	1	2%
B	20	32%	7	30%	7	19%	11	26%
C	42	67%	15	65%	29	81%	31	72%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 36 P4 análisis por año II



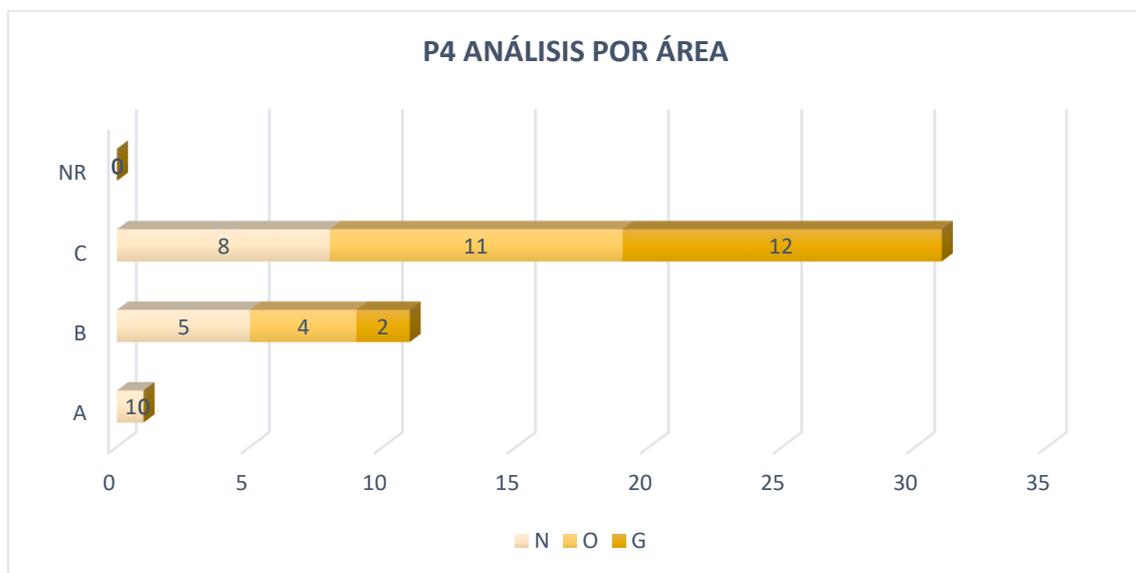
Gráfica 34 P4 análisis por año específico

4.3.3.4 P4 Análisis por área de profundización

Para el análisis por área los resultados fueron los siguientes; **Grupo A** formado solo por 1 persona de Neurología (0.6% del total de muestra). **Grupo B** formado por 5 alumnos del área de Neurología (3% del total de muestra), 4 alumnos del área de Ortopedia (2% del total de muestra) y 2 alumnos del área de Geriatria (1.2% del total de muestra). **Grupo C** formado por 8 alumnos de Neurología (5% del total de muestra), 11 alumnos de Ortopedia (7% del total de muestra) y 12 alumnos de Geriatria (7% del total de muestra). En cuanto al porcentaje representativo del 4° el **Grupo A** representa 2%, **Grupo B**: 12% Neurología, 9% Ortopedia y 5% Geriatria; Finalmente los porcentajes del **Grupo C**; 19% Neurología, 26% Ortopedia y 28% Geriatria. Ningún alumno **No respondió**. (Tabla 37 y Gráfica 35).

P4 ANÁLISIS POR ÁREA									
GRUPO	N	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	O	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°	G	PORCENTAJE EN TOTAL	PORCENTAJE EN 4°
A	1	0.6%	2%	0	0%	0%	0	0%	0%
B	5	3%	12%	4	2%	9%	2	1.2%	5%
C	8	5%	19%	11	7%	26%	12	7%	28%
NR	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%

Tabla 37 P4 análisis por área



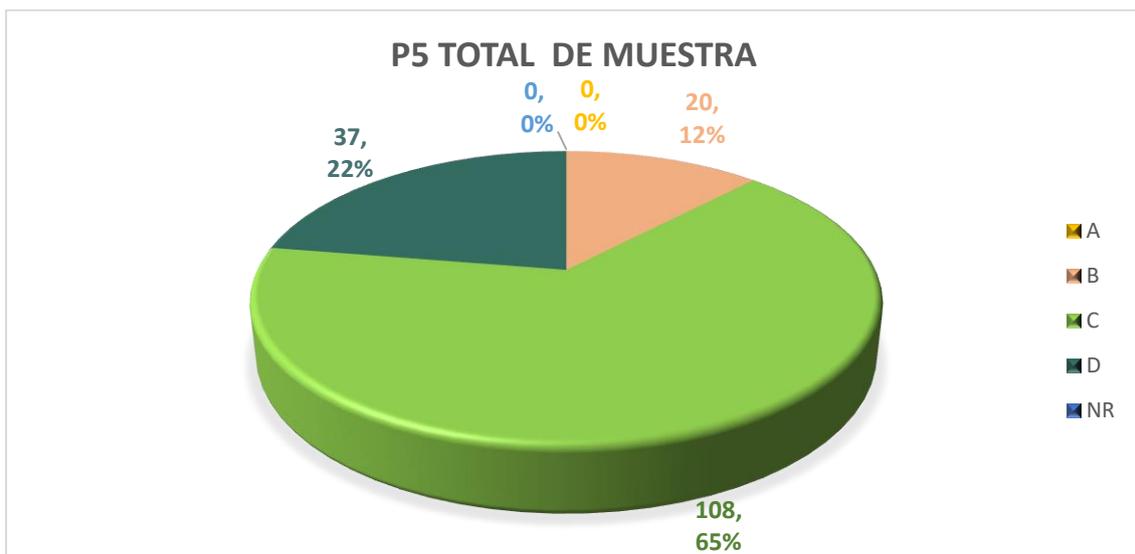
Gráfica 35 P4 análisis por área

4.3.4 PREGUNTA 5 ACTITUDES

Los resultados totales de muestra para P5 indican que el **Grupo A** no tiene ningún alumno incluido. El **Grupo B** está formado por 20 personas, que es el 12% del total de la muestra. El **Grupo C** está formado por la mayor cantidad de alumnos, con 108 personas y representa el 65% del total. Mientras el **Grupo D** está constituido por 37 personas, 22% del total de la muestra. Finalmente 0 personas **NR**. (Tabla 38 y Gráfica 36).

P5 TOTAL DE MUESTRA		
GRUPO	No.	PORCENTAJE
A	0	0%
B	20	12%
C	108	65%
D	37	22%
NR	0	0%

Tabla 38 P5 total de muestra



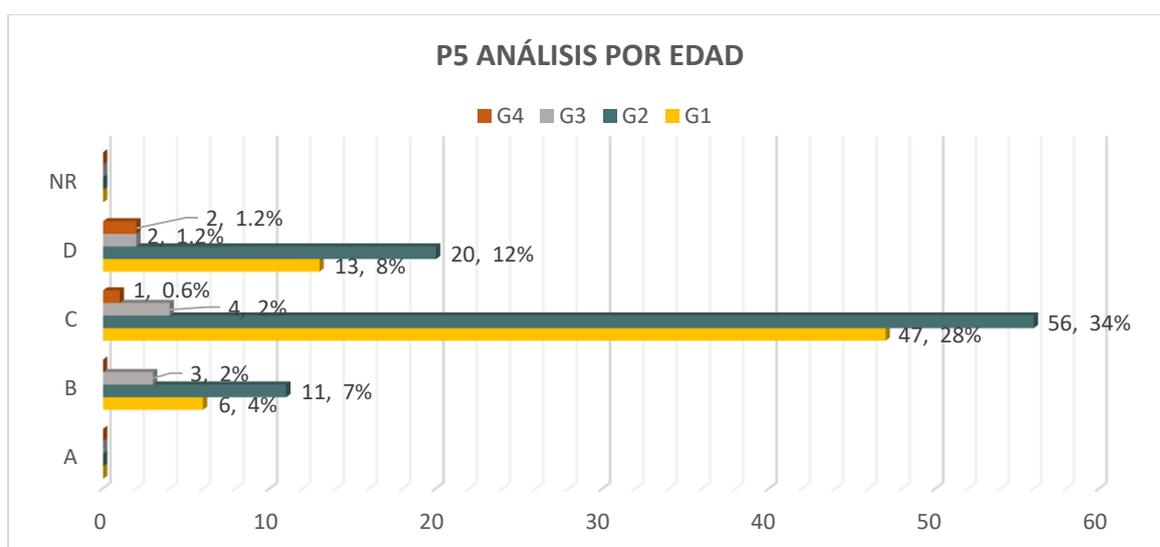
Gráfica 36 P5 total de muestra

4.3.4.1 P5 Análisis por edad

Respecto a éste análisis podemos constatar que ninguna persona clasifico dentro del **Grupo A**. El **Grupo B** está formado por 6 estudiantes del G1 de edad (4% del total), 11 estudiantes del G2 de edad (7% del total) y 3 estudiantes del G3 (2% del total). **Grupo C** formado por 47 estudiantes del G1 (28% del total), 56 estudiantes del G2 (34% del total), 4 estudiantes del G3 (2% del total), y 1 estudiante del G4 (0.6 % del total). **Grupo D** formado por 13 estudiantes del G1 (8% del total), 20 estudiantes del G2 (12% del total), 2 estudiantes del G3 (1.2% del total) y otros 2 del G4 (1.2% del total). Por último no hubo datos de **NR** en el análisis. (Tabla 39 y Gráfica 37)

P5 ANÁLISIS POR EDAD								
GRUPO	G1	PORCENTAJE	G2	PORCENTAJE	G3	PORCENTAJE	G4	PORCENTAJE
A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
B	6	4%	11	7%	3	2%	0	0%
C	47	28%	56	34%	4	2%	1	0.6%
D	13	8%	20	12%	2	1.2%	2	1.2%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 39 P5 análisis por edad



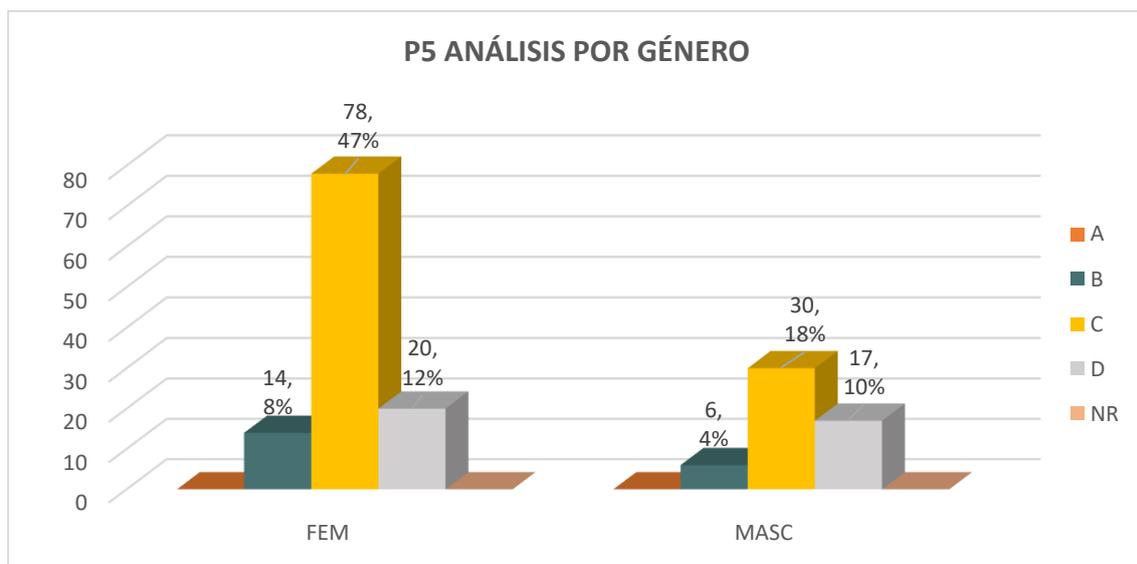
Gráfica 37 P5 análisis por edad

4.3.4.2 P5 Análisis por género

En cuanto al análisis por género el **Grupo A** no incluye a ninguna persona; en el **Grupo B** podemos identificar a 14 personas del género Femenino, que representan 8% de total de la muestra, y a 6 personas del género Masculino, que representan el 4% del total de la muestra. El **Grupo C** consta de 78 mujeres (47%) y 30 hombres (18%); finalmente el **Grupo D** formado por 20 personas del género Femenino, siendo el 12% del total de la muestra, y 17 personas del género Masculino, siendo el 10% de total de la muestra. No hay datos de **NR**. (Tabla 40 y Gráfica 38)

P5 ANÁLISIS POR GÉNERO				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE	MASC	PORCENTAJE
A	0	0%	0	0%
B	14	8%	6	4%
C	78	47%	30	18%
D	20	12%	17	10%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 40 P5 análisis por género I

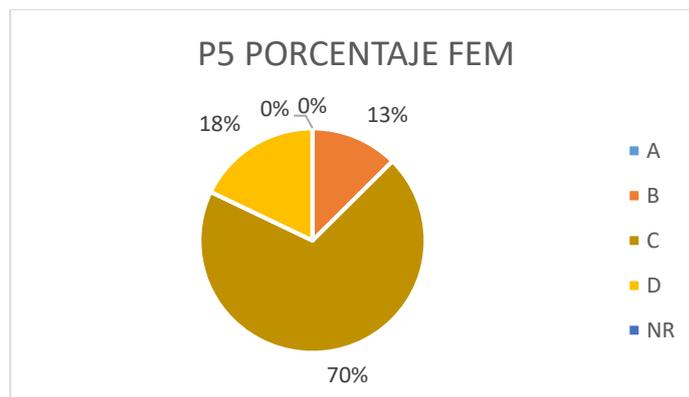


Gráfica 38 P5 análisis por género total

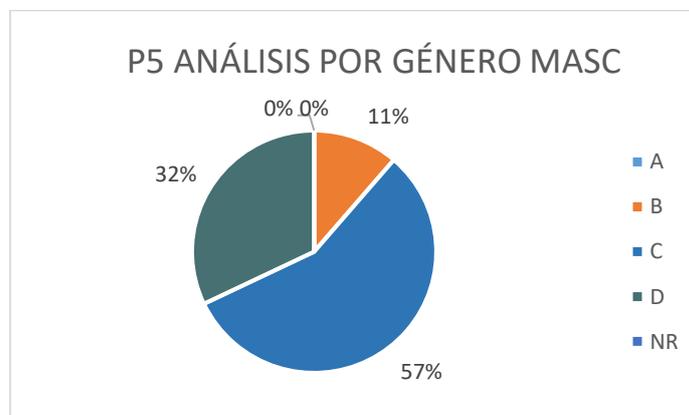
Conforme al análisis específico por cada género los resultados fueron así: el **Grupo A** sin representantes; en el **Grupo B** podemos identificar a 14 (13%) personas Femenino, y a 6 (11%) del género Masculino. El **Grupo C** consta de 78 mujeres (70%) y 30 hombres (57%); finalmente el **Grupo D** formado por 20 (18%) personas del género Femenino, y 17 (32%) personas del género Masculino. No hay datos de **NR**. (Tabla 41 y Gráficas 39 y 40)

P5 ANÁLISIS POR GÉNERO no.2				
GRUPO	FEM	PORCENTAJE EN FEM	MASC	PORCENTAJE EN MASC
A	0	0%	0	0%
B	14	13%	6	11%
C	78	70%	30	57%
D	20	18%	17	32%
NR	0	0%	0	0%

Tabla 41 P5 análisis por género II



Gráfica 39 P5 análisis por género femenino



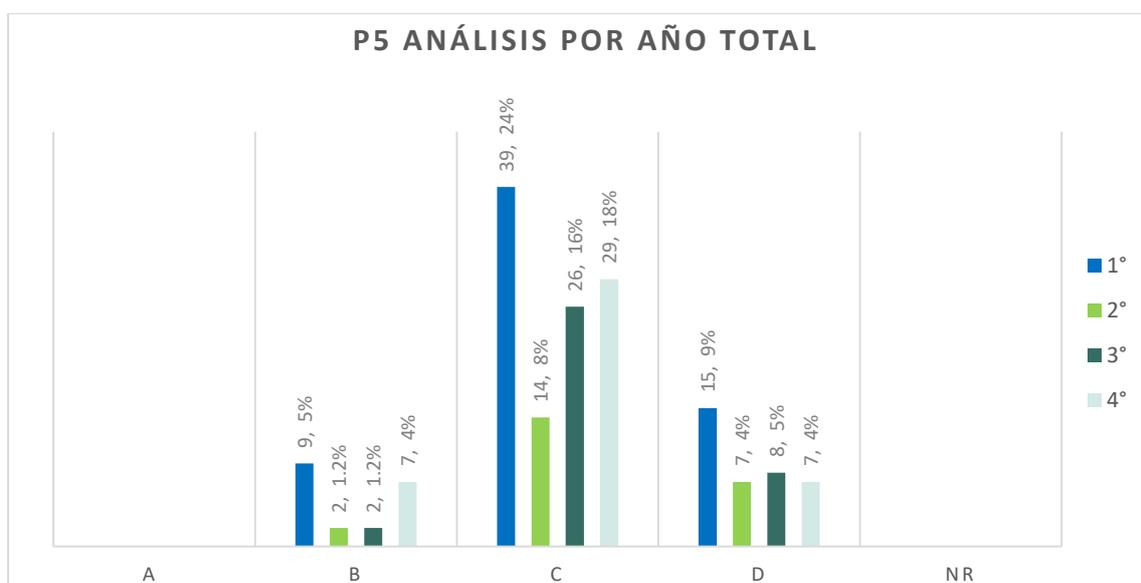
Gráfica 40 P5 análisis por género masculino

4.3.4.3 P5 Análisis por año de licenciatura en curso

Ahora con el análisis por año podemos identificar a 9 alumnos del primer año (5% del total de muestra), 2 alumnos del segundo año (1.2% del total de muestra), otros 2 del tercer año (1.2% del total de muestra) y 7 alumnos del cuarto (4% del total de muestra) forman parte del **Grupos B**. Por otro lado, 39 alumnos de primero (24% del total de muestra), 14 alumnos de segundo (8% del total de muestra), 26 alumnos de tercero (16% del total de muestra) y 29 de cuarto (18% del total de muestra) conforman el **Grupo C**. En cuanto al **Grupo D** se identificaron 15 alumnos de primero, 7 de segundo, 8 de tercero y otros 7 de cuarto; representando el 9%,4%,5% y 4% del total respectivamente. Finalmente ninguna persona dentro del **Grupo A** ni en **NR**. (Tabla 42 y Gráfica 41).

P5 ANÁLISIS POR AÑO								
GRUPO	1°	PORCENTAJE	2°	PORCENTAJE	3°	PORCENTAJE	4°	PORCENTAJE
A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
B	9	5%	2	1.2%	2	1.2%	7	4%
C	39	24%	14	8%	26	16%	29	18%
D	15	9%	7	4%	8	5%	7	4%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 42 P5 análisis por año I

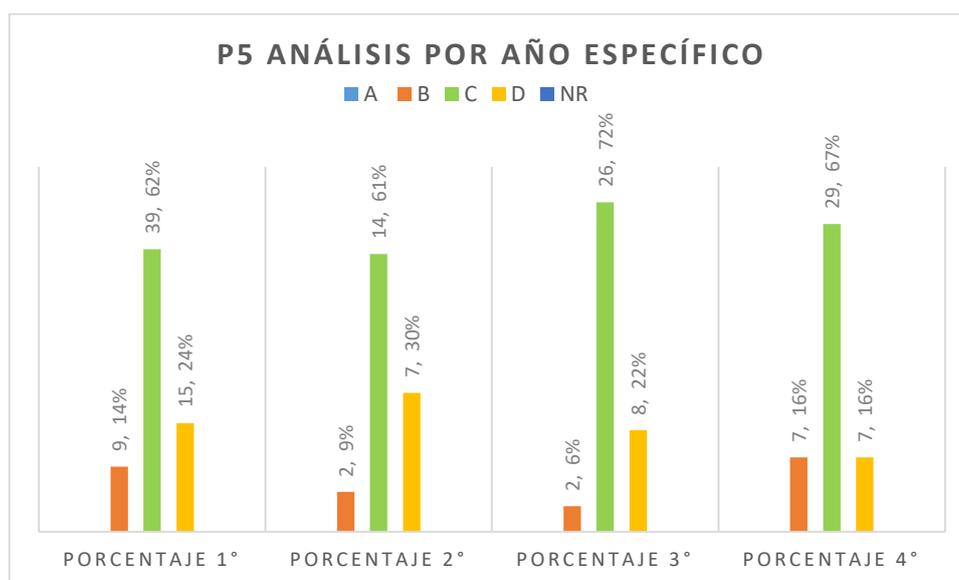


Gráfica 41 P5 análisis por año total

De acuerdo con los resultados tomando como referencia cada año en específico obtuvimos que 9 alumnos del primer año (14% del total de ese año), 2 alumnos del segundo año (9% del total de ese año), otros 2 del tercer año (6% del total de tercero) y 7 alumnos del cuarto (16%) forman parte del **Grupos B**. Por otro lado, 39 alumnos de primero (62%), 14 alumnos de segundo (61%), 26 alumnos de tercero (72%) y 29 de cuarto (67%) conforman el **Grupo C**. En cuanto al **Grupo D** se identificaron 15 alumnos de primero, 7 de segundo, 8 de tercero y otros 7 de cuarto; representando el 24%, 30%, 22% y 16% del total de su año respectivamente. Finalmente ninguna persona dentro del **Grupo A** ni en **NR**. (Tabla 42 y Gráfica 41).

P5 ANÁLISIS POR AÑO no.2								
GRUPO	1°	PORCENTAJE 1°	2°	PORCENTAJE 2°	3°	PORCENTAJE 3°	4°	PORCENTAJE 4°
A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
B	9	14%	2	9%	2	6%	7	16%
C	39	62%	14	61%	26	72%	29	67%
D	15	24%	7	30%	8	22%	7	16%
NR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 43 P5 análisis por año II



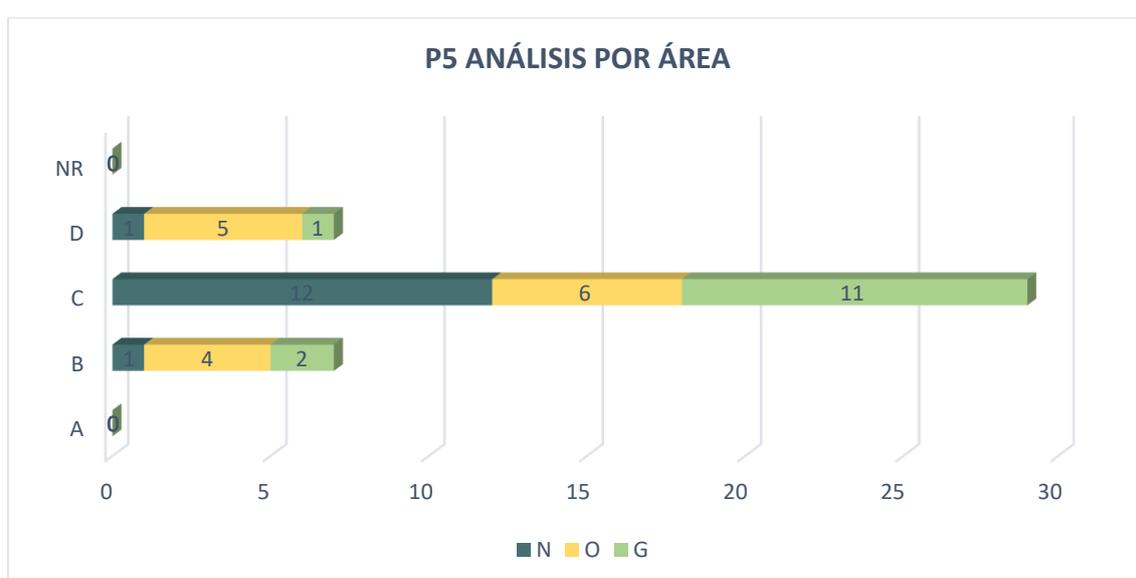
Gráfica 42 P5 análisis por año específico

4.3.4.4 P5 Análisis por área de profundización

Conforme a éste análisis podemos identificar a 1 persona del área de Neurología (0.6% del total de la muestra), 4 de Ortopedia (2%% del total de la muestra) y 2 de Geriatria (1.2% del total de la muestra) dentro del **Grupo B**. Por otro lado, 12 personas de área de Neurología (7% del total de la muestra), 6 de Ortopedia (4% del total de la muestra) y 11 de Geriatria (7% del total de la muestra) forman parte del **Grupo C**. Y en el **Grupo D** hay 1 persona de Neurología (0.6% del total de la muestra), 5 de Ortopedia (3% del total de la muestra) y 1 de Geriatria (0.6% del total de la muestra). Ninguna persona clasificó dentro de **Grupo A** o **NR**. (Tabla 44 y Gráfica 43).

P5 ANÁLISIS POR ÁREA									
GRUPO	N	PORCENTAJE DEL TOTAL	PORCENTAJE DE 4°	O	PORCENTAJE DEL TOTAL	PORCENTAJE DE 4°	G	PORCENTAJE DEL TOTAL	PORCENTAJE DE 4°
A	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
B	1	0.6%	2%	4	2%	9%	2	1.2%	5%
C	12	7%	28%	6	4%	14%	11	7%	26%
D	1	0.6%	2%	5	3%	12%	1	0.6%	2%
NR	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%

Tabla 44 P5 análisis por área



Gráfica 43 P5 análisis por área

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN



Para este trabajo de investigación se eligió como objetivo principal el evaluar el grado de conocimiento, confort y las actitudes en estudiantes de Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM hacia la sexualidad humana. Para el cual los resultados obtenidos se presentan a continuación.

En la P2 del cuestionario, que mide el nivel de conocimiento teórico sobre asuntos en materia de sexualidad, la gran mayoría de estudiantes (79%) presentó un nivel “medio” o “**Grupo B**”; sin embargo, únicamente el 5% de los estudiantes alcanzó un nivel “alto” de conocimiento, o “**Grupo C**” (tabla 17).

Este “**Grupo C**”, se encuentra conformado en un 50% por estudiantes del cuarto año de la licenciatura (tabla 21), conformado a su vez, por un 100% de estudiantes del área de Geriatria (tabla 23); lo que contrasta con el 0% de contribución por parte de los alumnos de primer año y de las otras áreas de profundización. Es decir, que la mitad de los estudiantes con “alto” conocimiento teórico sobre sexualidad pertenecen al área de Geriatria.

Entonces, analizando los resultados por área, notamos que el área de Geriatria fué la única con participantes dentro del “**Grupo C**” y ninguno en “**Grupo A**”; mientras que Ortopedia y Neurología, por el contrario, presentaban estudiantes en el “**Grupo A**” pero ninguno en “**Grupo C**” (tabla 23).

Lo anterior aparenta ser un dato favorecedor, no obstante solo 4 alumnos, de los 14 totales del área de Geriatria entraron al “**Grupo C**”; ésto representa que únicamente 9% de los alumnos de cuarto año, que equivale al 2% de la muestra total de estudiantes de la licenciatura están teniendo resultados ideales (tablas 21 y 22).

El motivo de esto se puede explicar porque a pesar de que el área de Geriatria sí cuenta con una materia relacionada con la sexualidad en su currícula, probablemente se necesita incluso más profundización en el tema. [14]

Datos muy similares fueron obtenidos durante una investigación por Wittkopf et al. en 2018 [52] donde identificaron que los estudiantes de primer y segundo año presentaban menor grado de conocimiento comparado con el tercer y cuarto año. Un resultado esperado por el autor puesto que en general los alumnos de los últimos grados tienen mayor preparación.

Para la siguiente pregunta (P3) que evalúa el confort de los estudiantes al comenzar una conversación sobre sexualidad la mayoría de los alumnos (62%) indicó un nivel de confort “alto” o “**Grupo C**” (tabla 24). Conformado por 35 varones que representan el 66% de éste género, y 67 mujeres que representan 60% de su muestra. Es decir, que

existe una pequeña diferencia entre géneros que indica que el 66% de la muestra de hombres no tienen problema al hablar sobre sexualidad, en comparación con el 60% del género Femenino ([tabla 27](#)). Esto coincide con la investigación citada por Wittkopf et al., donde Areskoug-Josefsson et al. en 2016 [52] identificó que los estudiantes de sexo Femenino sentían menores niveles de comodidad al entablar conversaciones sobre salud sexual con sus pacientes.

En el análisis por año se identificó que el grupo con mayor número de alumnos dentro de el “**Grupo C**” fue el segundo año con el aporte del 70% de su muestra ([tabla 29](#)). Datos semejantes a los de Wittkof et al. [52] y Pynor et al en 2005 [35], quienes encontraron que los alumnos de menor año cursado tienen mayores grados de comodidad que los de últimos años.

Por otro lado, en la P4, al analizar la incomodidad al enfrentarse a ciertas situaciones relacionadas con la sexualidad y sus pacientes, el 71% de la muestra indicó tener “altos” niveles de incomodidad; es decir que entró en el “**Grupo C**” ([tabla 31](#)). Cifras consistentes con las encontradas por Pynor et al., quienes determinaron que más de la mitad de los alumnos entrevistados afirmaron que no se sentirían cómodos al lidiar con temas relacionados a la sexualidad de sus pacientes.

Cabe resaltar que el análisis por género de esta pregunta reveló que 87 mujeres (78% del total de la muestra Femenina) y, por el contrario, 30 hombres (57% del total de la muestra Masculina) forman parte del grupo ([tabla 34](#)); lo que nos demuestra que existe mayor presencia de “mucha” incomodidad en la mayoría de las alumnas de la licenciatura, en comparación con sus compañeros masculinos. Información igualmente percibida por Papaharitou [33], Pynor et al. [35] y Wittkopf et al. [52], quienes en sus investigaciones han visto reflejados resultados similares.

Ahora bien, en cuanto al análisis por año de licenciatura podemos identificar que 29 alumnos del tercer año, que representan el 81% de ese año; y 31 alumnos del cuarto año, que representan el 72% de ese año, son los años con mayor presencia de alumnos con sentimientos de “mucha” incomodidad ([tabla 36](#)). La razón de ésto, de acuerdo con Wittkopf et al. [52], es que a mayor grado cursado en la licenciatura, mayor es el nivel de práctica y exposición con pacientes y situaciones embarazosas o desagradables en materia de sexualidad que el alumno puede llegar a tener.

Continuando con el cuestionario, la siguiente pregunta (P5) tiene que ver con las actitudes de los estudiantes hacia la sexualidad. Aquí se identificó que el 65% de la muestra total clasificó en el “**Grupo C**” o de actitudes “medianamente favorables”; mas sólo el 22% de los participantes se inclinaban por actitudes “favorables” o “**Grupo D**” hacia la sexualidad humana ([tabla 38](#)). Teniendo el género Masculino mayor presencia

con 32% del total de hombres, mientras que el género Femenino participa con el 18% del total de mujeres (tabla 41). Ésto respalda el hecho de que al haber presencia de incomodidad (generalmente con mayor nivel en mujeres) existirán actitudes negativas hacia la sexualidad, como distintos autores lo afirman [24, 28, 35, 39, 51] y como igualmente se ve en este estudio.

En cuanto al análisis por año, los resultados muestran que el segundo año tuvo las mayores aportaciones de estudiantes para el “Grupo D”, seguido por el primer año (tabla 43). Una posible explicación para esto es que, como ya se mencionó, estos alumnos probablemente no han tenido tanta exposición a situaciones desagradables reales con pacientes y por ello sean más positivos al respecto [35, 52].

Finalmente otro de los objetivos del estudio era identificar la necesidad de la Educación Sexual al programa educativo de la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM.

Al verificar los resultados de la P1, donde se pregunta al alumno si considera útil y apropiada la inclusión de la Edu. Sex. en su programa educativo, la gran mayoría (97%) de los estudiantes de Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM respondieron afirmativamente a esta pregunta (tabla 12). Para ellos, es indispensable el poder aprender más acerca de este tema y tener las herramientas necesarias para afrontar asuntos sobre Sa. Se. Factor igualmente identificado por Pynor et al. [35], Weerakon et al. desde 1998 [50] y Wittkopf et al. [52], quienes coinciden en que el entrenamiento en sexualidad es considerado de alta importancia por los alumnos participantes en sus investigaciones.

Por lo que se puede decir que la ENES LEÓN UNAM actualmente presenta una necesidad de Edu. Sex. por parte de los estudiantes. Y debería considerar el poder brindar esta formación a sus alumnos; debido a que existen estudios que demuestran que el incluir programas educativos para los Fisioterapeutas sobre sexualidad y Sa. Se. tiene repercusiones sobre las actitudes negativas y los sentimientos de incomodidad de los alumnos [17, 34] logrando así un beneficio directo sobre el estudiante e indirecto sobre el paciente.

Por otro lado, también es importante señalar que dentro del estudio existen ciertas limitantes como:

- La escasa de información sobre educación sexual específica en Fisioterapia.
- Que aún no existe un cuestionario de éste estilo en idioma original Español; además de que la traducción no fue hecha por un traductor experto (por motivos económicos); lo cual puede afectar la consistencia y validez en la versión al español.
- Que para la investigación hubiera sido conveniente tener más datos acerca de los participantes debido a que éstos pudieron haber influido en sus respuestas; no

obstante, al ser preguntas todavía más personales como su orientación sexual y religión se optó por no incluirlas [33].

- Que nuestras muestras por género y año de licenciatura en curso, como usualmente sucede en otros estudios [33, 35, 52], no están equilibradas y pueden tener repercusión sobre los resultados totales.

Sin embargo, como en muchos otros estudios, estas limitantes no impidieron el poder continuar con la obtención de los objetivos planteados para esta investigación.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIÓN



Finalmente se procederá a presentar las conclusiones que se obtuvieron de la misma.

- La gran mayoría de alumnos de la ENES LEÓN UNAM (97%) consideran conveniente la inclusión de Educación Sexual a su currículum estudiantil.
- Solo el 5% de la muestra total de estudiantes considera tener un conocimiento teórico “alto” sobre sexualidad humana; siendo el área de Geriatría la que aportó más estudiantes a este grupo.
- Para el ítem de comodidad al hablar sobre temas de sexualidad se identificó que el 62% de la muestra presentó un nivel “alto”. Con un 6% más de Hombres que de Mujeres; y siendo el segundo año el que mejores niveles señaló.
- El 71% identificó sensaciones de “muchísima” incomodidad hacia situaciones hipotéticas relacionadas con la sexualidad humana. En especial las estudiantes de género Femenino; y así mismo, los estudiantes de cuarto y tercer año.
- 22% de alumnos se inclinó por actitudes “muy” favorables hacia la sexualidad. Siendo el género Masculino y los años primero y segundo los de mayor contribución a este grupo.

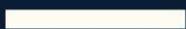
En general los resultados obtenidos por parte de los estudiantes de la ENES LEÓN UNAM en este estudio no se consideran por completo negativos, sino que entran dentro de los rangos obtenidos por trabajos similares [35, 52]. Sin embargo, ésto nos indica que aunque se va por buen camino, aún hay trabajo por hacer en pro de la educación de los futuros fisioterapeutas de esta institución.

Cabe resaltar, también, el hecho de que los hallazgos de esta investigación a partir de la amplia bibliografía consultada reconocen que la Edu Sex. es una herramienta indispensable para la correcta intervención sobre la Sa. Se. de los pacientes con discapacidad.

Además, existe evidencia, dentro de este trabajo y en otros pocos [17, 34], que indica que la inclusión de la Edu. Sex. al currículum de estudiantes de fisioterapia aumenta sus niveles de conocimiento y disminuye los de sentimientos de incomodidad y actitudes negativas hacia la sexualidad humana.

Por este motivo es necesario que futuras investigaciones continúen centrando su atención hacia los beneficios a corto y largo plazo de programas de educación sexual especialmente en Fisioterapia.

REFERENCIAS Y ANEXOS



REFERENCIAS

1. Aaberg, V. *The state of sexuality education in baccalaureate nursing programs.* Nurse Education Today, 2016; 44, 14-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.009>
2. Addlakha, R., Price, J. y Heidari S. *Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights.* Reproductive Health Matters, 2017; 25(50), 4-9. <http://dx.doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>
3. Alonso Arbio I. (2004). *Actualizaciones en Sexología Clínica.* (1ra ed.). España: Universidad del País Vasco.
4. Anderson K. D., Borisoff J. F., Johnson R. D., Stiens S. A., et al. *The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population.* Spinal Cord., 2007; 45(5), 328–337. <https://www.nature.com/articles/3101977>
5. Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu A. W. *Questionnaires to measure sexual quality of life.* Qual Life Res., 2004; 13, 1643–1658. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-7625-z>
6. Boissonnault J. S., Cambier, Z., Hetzel S. J. y Plack M. M. *Prevalence and Risk of Inappropriate Sexual Behavior of Patients Toward Physical Therapist Clinicians and Students in the United States.* Physical Therapy. 2017 ; 97(11), 1084-1093. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx086>
7. Buitrago M. T., Buitrago, G. y Mercadoc, M. *Diseño de un instrumento para caracterizar el desempeño de la función sexual en personas con limitación física y validación de apariencia y contenido.* Urol Colomb., 2017; 26(1), 17-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.04.004>
8. Campo, M. y Sánchez, A. *La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. Terapia sexual y de pareja.* 2003; 16, 4-18. http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/920/Art_CampoM_LesionMedularSexualidadMaternidad_2003.pdf?sequence=1

9. Catalán, D. J., Rocamora, P. y Ruiz E. *Aspectos psicosociales de la fisioterapia en la discapacidad*. *Fisioterapia*, 2006; 28(1), 23-28.
[https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(06\)74018-4](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(06)74018-4)
10. Céspedes, G. M. *La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación*. *Revista Aquichan*. 2005; 5(1), 108-113.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011
11. Cheng, M. M., y Udry, J. R. *Sexual Behaviors of Physically Disabled Adolescents in the United States*. *J Adolesc Health*. 2002; 31(1), 48-58.
[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00400-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00400-1)
12. Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación. (2017). *Ficha temática: Personas con discapacidad*. México: Secretaría de Gobernación.
13. Elliott, S., Hocaloski, S. y Carlson, M. A. *Multidisciplinary Approach to Sexual and Fertility Rehabilitation: The Sexual Rehabilitation Framework*. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.*, 2017; 23(1), 49–56.
<https://doi.org/10.1310/sci2301-49>
14. Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. (s.f). *Fisioterapia: Mapa curricular*. Consultado en Enero del 2020. Disponible desde:
<https://enes.unam.mx/fisioterapia.html>
15. Esmail, S., Darry, K., Walter, A. y Knupp, H. *Attitudes and perceptions towards disability and sexuality*. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(14), 1148-1155.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638280903419277>
16. García, B., Chillón, R., Rebollo J. y Orta M. A. *Dismenorrea primaria y fisioterapia*. *Fisioterapia*, 2005; 27(6), 327-342.
[https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(05\)73458-1](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(05)73458-1)
17. Gerbild, H., Larsen, C. M., Rolander, B. y Areskoug-Josefsson, K. *Does a 2-Week Sexual Health in Rehabilitation Course Lead to Sustained Change in Students' Attitudes?—A Pilot Study*. *Sexuality and Disability*, 2018; 36, 417–435.
<https://doi.org/10.1007/s11195-018-9540-1>

18. Giami, A. y De Colomby, P. *Sexology as a Profession in France*. Archives of Sexual Behavior, 2003; 32(4), 371–379.
<https://doi.org/10.1023/A:1024099117090>
19. Hernández Sampieri, R., Fernández C. y Baptista M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México: Interamericana Mc Graw-Hill.
20. Holland-Hall, C. y Quint, E. H., *Sexuality and Disability in Adolescents*. Pediatr Clin N Am., 2016; 64(2), 435-449.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.011>
21. Houdijk, H. y Janssen, T. W. J. *Disability and rehabilitation on the move: mobility, exercise and sports for people with physical disabilities*. Disabil Rehabil., 2017; 39(2), 113-114.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1217079>
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *La discapacidad en México, datos al 2014*. México: INEGI.
[http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/La discapacidad en Mexico datos al 2014 Version 2017.pdf](http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/La_discapacidad_en_Mexico_datos_al_2014_Version_2017.pdf)
23. Kendall, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D., et al. *The Development of a Scale to Assess the Training Needs of Professionals in Providing Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury*. Sexuality and Disability, 2003; 21(1), 49-64.
<https://doi.org/10.1023/A:1023510925729>
24. Latella, D., Maggio, M. G., Manuli, A., Militi, D., et al. *Sexual dysfunction in male individuals with spinal cord injury: What do we know so far?*. Journal of Clinical Neuroscience. 2019; 68, 20-27.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.07.038>
25. López Sánchez, F. (Febrero 2001). *Educación Sexual y Discapacidad*. Trabajo presentado en III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca.
<https://campus.usal.es/~inico/actividades/ponenciasuruguay.htm>

26. López Sánchez, F., Carpintero, E. (2002). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes : reelaboración de cómo planear mi vida*. (2da. ed.). Madrid España: Editorial Siglo XXI.
27. Mace, D. R., Bannerman, R. H. O. y Burton, J. (1974). *The teaching of human sexuality in schools for health professionals*. (1ra. ed.). Suiza: Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37441>
28. McAlonan, S. *Improving Sexual Rehabilitation Services: The Patient's Perspective*. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1996; 50(10), 826-834.
<https://doi.org/10.5014/ajot.50.10.826>
29. Nosek, M. A. *Wellness Among Women with Physical Disabilities*. *Sex Disabil.*, 1996; 14(3), 165-181.
<https://doi.org/10.1007/BF02590075>
30. Nosek, M. A., Rintula, D. H., Young, M. E., Howland, C. A., et al. *Sexual Functioning Among Women With Physical Disabilities*. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996; 77 (2), 107-115.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999396901549>
31. Owiredu, W. K. B. A., Owusu, A. O., Amidu, N., Quaye, L., et al. *Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghana*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015; 13, 3.
<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0206-8>
32. Palacios, A. y Díaz, B. *Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revisión sistemática*. *Clin Invest Gin Obst.*, 2015; 43(3), 122-131.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2015.05.005>
33. Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Moraitou, M., Tsimtsiou Z., et al. *Exploring Sexual Attitudes of Students in Health Professions*. *J Sex Med.*, 2008; 5(6), 1308–1316.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00826.x>

34. Pieters, R., Kedde, H. y Bender, J. *Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention*. *Disability and Rehabilitation*, 2017; 40 (6), 732-739. <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1271026>
35. Pynor, R., Weerakoon, P., Jones, M. K. *A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice*. *Physiotherapy*, 2005; 91, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.06.012>
36. Rathus A. S., Nevid J. S. y Fichner-Rathus L. (2005). *Sexualidad Humana*. (6ta ed.). Madrid: Pearson Educación, S. A
37. Real Academia Española. (2019). *Definición de Sexualidad*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexualidad?m=form>
38. Ross, M. H. y Setchell, J. *People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey*. *Journal of Physiotherapy*, 2019; 65(2), 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.002>
39. Rowen T. S., Stein S. y Tepper, M. *Sexual Health Care for People with Physical Disabilities*. *J Sex Med.*, 2015; 12(3), 584-589. <https://doi.org/10.1111/jsm.12810>
40. Sánchez, A., Galán, A., Vargas, E. y Mas, M. *Calidad de la vida sexual de varones heterosexuales con lesión medular en tratamiento farmacológico para la disfunción eréctil y de sus compañeras*. *Rev Int Androl.*, 2017; 16(3), 95-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2017.06.004>
41. Sipski, M., Mlynarczyk, C., Morrison, S. y Lipson M. *Sexual concerns after Spinal Cord Injury: An update on management*. *Neuro Rehabilitation*. 2017; 41(2), 343-357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036845/>

42. Smith, A. E., Molton, I. R., McMullen, K. y Jensen, M. P. *Sexual Function, Satisfaction, and Use of Aids for Sexual Activity in Middle-Aged Adults with Long-Term Physical Disability*. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.*, 2015; 21(3), 227–232. <https://doi.org/10.1310/sci2103-227>
43. Suárez, C., Chillón, R., Benítez, M., Medrano, E. M., et al. (2010). *Acercamiento a la disfunción sexual femenina desde la fisioterapia: una cuestión de género y salud*. Trabajo presentado en II Congreso Universitario Nacional “Investigación y Género”. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/40558>
44. Universidad Autónoma de Durango. (s.f.). *Lic. en Fisioterapia: plan de estudios*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en: <http://uadlobos.mx/fisioterapia-autonoma-leon.html>
45. Universidad de Guanajuato. (s.f.). *Terapia Física y Rehabilitación: plan de estudios*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en: <http://www.ugto.mx/licenciaturas/por-area-del-conocimiento/ciencias-de-la-salud/terapia-fisica-y-rehabilitacion>
46. Universidad Tecnológica de México. (s.f.). *Licenciatura en Fisioterapia: plan de estudios*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en: <https://www.unitec.mx/licenciatura-en-fisioterapia/>
47. Verschuren, J. E. A., Geertzen, J. H. B., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., et al. *Addressing Sexuality as Standard Care in People with an Upper Limb Deficiency: Taboo or Necessary Topic?*. *Sex Disabil.*, 2013; 31, 167–177. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9298-4>
48. Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Geertzen, J. H. B., Dijkstra, P. U., et al. *Sexuality in people with a lower limb amputation: a topic too hot to handle?*. *Disabil Rehabil.*, 2013; 35(20), 1698–1704. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.751134>
49. Verschuren, J. E. A., Geertzen, J. H. B., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., et al. *People with lower limb amputation and their sexual functioning and sexual well-being*. *Disabil*

Rehabil., 2015; 37(3),187–193.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.913704>

50. Weerakoon, P. y O'Sullivan, V. *Inappropriate Patient Sexual Behaviour in Physiotherapy Practice*. *Physiotherapy*. 1998; 84(10), 491-499.
[https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)65869-5](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)65869-5)
51. Wittkopf, P. G., Cardoso F. L. y Sperandio, F. F. *Development and validation of the scale of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality (SKCAPS)*. *Fisioter Mov.*, 2015; 28(2), 339-348.
<https://www.scielo.br/pdf/fm/v28n2/0103-5150-fm-28-2-0339.pdf>
52. Wittkopf, P. G., Sousa, T. R., Crados F. L. y Sperandio F. F. *Assessment of Knowledge, Comfort and Attitudes of Physiotherapy Students Towards Human Sexuality*. *Sex Disabil.*, 2018; 36,195-203.
<https://doi.org/10.1007/s11195-018-9524-1>
53. World Confederation for Physical Therapy. (14 de Octubre de 2016). *What is Physical Therapy?*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en:
<https://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
54. World Confederation for Physical Therapy. (10 de Marzo de 2017). *Policy statement: Description of physical therapy*. Consultado en Enero de 2020. Disponible en: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
55. World Health Organization. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>
56. World Health Organization. (2011). *Resumen: Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70672>
57. World Health Organization. (2006). *Sexual and Reproductive Health: Defining Sexual Health*. Consultado Febrero 2020. Disponible en:
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/



Unidad León
Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores

ANEXO 1



León, Guanajuato. Febrero 2020

A quien corresponda:

Por medio de la presente se le informa que debido a su experiencia profesional como fisioterapeuta además de su trayectoria como educador y profesor de clínica en la ENES LEÓN UNAM se le hace una cordial invitación a participar en un proyecto de investigación mediante la revisión y corrección del cuestionario ECCAFS a usar para la realización del trabajo final de tesis para el grado de Licenciatura en Fisioterapia.

De antemano gracias por su tiempo y atención. Esperamos poder contar con su participación para continuar con esta valiosa investigación.

Atentamente:

ISABELLA IRAZU TORRES MORALES

Egresada de la Lic. en Fisioterapia.



León, Guanajuato. Febrero 2020

Responsable académica de la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM

Por medio de la presente se le informa que con motivo del trabajo final de tesis para obtener el grado de Licenciatura en Fisioterapia de la pasante Isabella Irazú Torres Morales, necesitamos su permiso para la aplicación de una encuesta (ECCAFS) a los alumnos de todos los grados de la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES LEÓN UNAM.

Los propósitos de la aplicación del cuestionario son: Determinar el grado de conocimiento, confort y actitudes de los alumnos de fisioterapia hacia la sexualidad humana; además de Demostrar la trascendencia de la difusión del conocimiento sobre la "sexualidad en discapacidad/enfermedad" y todo lo relacionado a ella, en la formación de profesionales de la salud, específicamente la de los estudiantes de fisioterapia.

Cabe resaltar que los resultados de esta encuesta serán úsalos únicamente con fines académicos y serán completamente anónimos.

De antemano agradecemos su tiempo y atención. Esperamos nos conceda el permiso para esta investigación que contribuirá mucho en la calidad académica de esta Institución.

Atentamente:

ISABELLA IRAZU TORRES MORALES

Egresada de la Lic. en Fisioterapia.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**ESCALA DE CONOCIMIENTO, CONFORT Y ACTITUDES DE ESTUDIANTES DE
FISIOTERAPIA HACIA LA SEXUALIDAD HUMANA (ECCAFS)**

PRESENTA: ISABELLA IRAZU TORRES MORALES

Con el propósito de determinar si los alumnos de fisioterapia se encuentran preparados para afrontar temas relacionados a la sexualidad durante su práctica profesional se lleva a cabo la aplicación de la escala (ECCAFS) que nos ayudará a identificar el nivel de conocimiento, confort y las actitudes de los estudiantes de fisioterapia hacia la sexualidad humana.

Este trabajo se realiza como parte de una investigación final de la Licenciatura en Fisioterapia por lo que las respuestas serán incluidas en una tesis profesional; sin embargo es importante que sepas que toda la información reportada será de naturaleza anónima y únicamente utilizada con fines académicos.

Por este motivo necesitamos que contestes las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Se agradece de antemano su participación.

INSTRUCCIONES:

Tiempo aproximado de respuesta: 10min

Por favor sea tan amable de indicar con una "x" la respuesta que mejor describa lo que piensa usted. Solamente elija una opción.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: 17-20 21-24 25-28 más de 28 Género: F M

Año de licenciatura en curso: 1 2 3 4

En caso de cursar último año indica tu área de profundización:

N O G

1° ¿Consideras útil y apropiada la inclusión de la salud sexual a tu programa educativo?
 Si No

2° Indica en una escala del 1 (nada de conocimiento) al 4 (excelente conocimiento) tu conocimiento teórico actual en los siguientes temas:

CONOCIMIENTO TEÓRICO	Nada	Poco	Bueno	Excelente
Anatomía y fisiología sexual.	1	2	3	4
Accesorios, dispositivos y/o drogas para lograr una erección o lubricación vaginal.	1	2	3	4
Fertilidad.	1	2	3	4
Sexualidad durante el embarazo y puerperio/cuarentena.	1	2	3	4
Sexualidad durante la menopausia.	1	2	3	4
Sexualidad durante la adolescencia.	1	2	3	4
Sexualidad en la comunidad LGBT+.	1	2	3	4
Sexualidad y discapacidad (paraplejía, hemiplejía y lesión medular).	1	2	3	4
Sexualidad durante incontinencia urinaria.	1	2	3	4
Métodos anticonceptivos para mujeres y hombres.	1	2	3	4
Técnicas y recursos de ayuda en rehabilitación sexual.	1	2	3	4

3° Indica en una escala del 1 (nada cómodo) al 4 (muy cómodo) de acuerdo al nivel de confort que sientes al empezar una conversación acerca de los mismos temas:

CONFORT	Nada	Poco	Bueno	Excelente
Anatomía y fisiología sexual.	1	2	3	4
Accesorios, dispositivos y/o drogas para lograr una erección y/o lubricación vaginal.	1	2	3	4
Fertilidad.	1	2	3	4
Sexualidad durante el embarazo y puerperio/cuarentena.	1	2	3	4
Sexualidad durante la menopausia.	1	2	3	4
Sexualidad durante la adolescencia.	1	2	3	4
Sexualidad en la comunidad LGTB.	1	2	3	4
Sexualidad y discapacidad (paraplejía, hemiplejía y lesión medular).	1	2	3	4
Sexualidad durante incontinencia urinaria.	1	2	3	4
Métodos anticonceptivos para mujeres y hombres.	1	2	3	4
Técnicas y recursos de ayuda en rehabilitación sexual.	1	2	3	4

4° Evalúa en una escala del 1 (no incómodo) al 4 (muy incómodo) qué tan incómodo te sentirías en las siguientes situaciones:

INCOMODIDAD	No incómodo	Un poco incómodo	Medianamente incómodo	Muy incómodo
¿Cómo te sentirías si notas que el paciente (de sexo opuesto) presenta una erección o una excitación sexual durante el tratamiento?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si notas que el paciente (de mismo sexo) presenta una erección o una excitación sexual durante el tratamiento?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si el paciente (de sexo opuesto) toca tu pecho/pene o cualquier otra zona íntima?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si el paciente (de mismo sexo) toca tu pecho/pene o cualquier otra zona íntima?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si el paciente (de sexo opuesto) te invita a una cita?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si el paciente (de mismo sexo) te invita a una cita?.	1	2	3	4
¿Cómo te sentirías si el paciente te revela comportamiento sexual anormal como relaciones sexuales con animales o cadáveres?.	1	2	3	4

5° Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:

ACTITUDES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
No me molesta si el paciente presenta una erección o excitación sexual durante el tratamiento porque usualmente tengo estrategias para lidiar con esas situaciones.	1	2	3	4	5
Estoy preparado para discutir, con pacientes de ambos sexos, cualquier situación relacionada a la actividad sexual.	1	2	3	4	5
El conocimiento adquirido durante mis estudios me provee seguridad para discutir cuestiones relacionados con sexualidad.	1	2	3	4	5
No considero que el deber de un fisioterapeuta sea guiar al paciente acerca de la sexualidad.	1	2	3	4	5
Considero que es deber solo de los médicos y/o enfermeras guiar al paciente acerca de la sexualidad.	1	2	3	4	5
Considero que es ético negar tratamiento a los pacientes con comportamiento sexual anormal.	1	2	3	4	5
Creo que la disfunción sexual pudiera ser debido a una enfermedad primaria y por lo tanto el fisioterapeuta debe dirigir el tratamiento.	1	2	3	4	5
Considero que el fisioterapeuta debe proveer tratamiento comprensivo a los pacientes incluyendo el tratamiento de las disfunciones sexuales.	1	2	3	4	5