

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO DE PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA
VIDA Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
CITLALLI PÉREZ DE LA BARRERA

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. SUSAN PICK STEINER

COMITÉ: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

**DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ
FORTEZA**

DRA. NORMA PATRICIA CORRES AYALA

DRA. SARAH GARCÍA SILBERMAN

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

DRA. MARTHA EDITH GIVAUDAN MORENO



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.

*Dedico este trabajo a mi mamá, por su infinito amor,
paciencia y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida,
porque a ti te debo todo lo que soy y lo que he logrado,
porque eres lo que más quiero en el mundo,
con todo mi amor y eterna gratitud.*

A MI COMITÉ TUTORAL:

Dra. Susan Pick, Dra. Patricia Andrade y Dra. Catalina González Forteza.

Susan,

*Gracias por tu confianza;
por enseñarme a ser independiente
y a tomar decisiones; por todo el
apoyo que me brindaste a lo
largo de éstos años; me quedo con
una gran enseñanza.*

Paty,

*Gracias
por haber estado ahí siempre que te necesité; por todas las
horas que me dedicaste; por los consejos que me brindaste,
por todo lo que me enseñaste; por todo el bien que has traído a
mi vida desde el día en que tuve la fortuna de conocerte.
Mi infinita gratitud para contigo.*

Caty,

*Gracias por tu compromiso y dedicación a mi trabajo,
por tus valiosos consejos y exhaustivas revisiones;
por tu calidez y generosidad; por tu amistad.*

Paty Corres,

*Gracias por todo lo que me
enseñaste en tus seminarios, por
tus valiosas contribuciones a mi trabajo,
por ser una gran maestra, por tu calidad humana.*

*Dra Sarah García, Dra. Martha Givaudan y Dr. José de Jesús González,
Mi gratitud por su valiosa contribución a la realización de ésta tesis.*

A mi Universidad,

*Por haberme facilitado todos los
recursos necesarios para mi
formación profesional, porque es un orgullo
ser universitaria.*

*Mi más sincero agradecimiento a la institución educativa
que me facilitó el poder conducir esta investigación,
en particular a la Lic. Circe Montes de Oca, gracias por
todo el apoyo prestado.*

*Dedico ésta tesis a todos y cada uno de los estudiantes
que participaron en esta investigación, por su invaluable cooperación.*

*Mi agradecimiento al Consejo Nacional de
Ciencia y Tecnología y
a la Dirección General de Estudios de Posgrado
por el apoyo económico facilitado para
la realización de ésta tesis.*

A mis amigos:

Hugo, porque los verdaderos amigos se conocen sólo con el paso del tiempo, gracias por estar siempre ahí, cerca o lejos, tu amistad es un tesoro que espero conservar durante toda mi vida.

Martha, gracias por tu lealtad, por todo lo que has compartido conmigo, por tu amistad, tienes la mía por siempre.

Martín, gracias por aparecer en mi camino, por todo lo que has compartido conmigo durante este último año, por tu gran sensibilidad, por que gracias a ti me he reencontrado con mi verdadera esencia, por ser un verdadero amigo.

Larizza, gracias por la ayuda que me prestaste para poder conducir mi trabajo de campo, por tus risas, por tu amistad.

Vero, gracias por todas esas horas de escucha y confidente, por tus palabras de aliento, por haberte convertido en una gran amiga.

Linda, through all these last years, you showed me the real meaning of friendship and you gave me back the faith in people. Your friendship is a treasure that I would like to keep for the rest of my life.

Paula, gracias por seguir aquí, después de tantos años y en la distancia; tú y yo hemos comprobado que el mundo es un pañuelo y que entre nosotras siempre será un hasta luego amiga.

Miguel Angel y María de los Angeles, gracias por todos esos bellos momentos de vida que han compartido conmigo; por los paseos y los recuerdos inolvidables, porque las personas puede estar tan cerca de uno como lo deseen, los llevo siempre en el corazón.

ÍNDICE

Introducción

Parte 1: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Adolescencia.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Desarrollo físico.....	2
1.3 Desarrollo cognitivo.....	3
1.4 Desarrollo emocional.....	4
1.5 Desarrollo social.....	4
1.6 Desarrollo sexual.....	6
Capítulo 2: Salud sexual y reproductiva en la adolescencia.....	9
2.1 Introducción.....	9
2.2 Inicio de vida sexual.....	9
2.3 Embarazo no planeado.....	10
2.4 Aborto.....	11
2.5 Anticoncepción.....	12
2.6 Infecciones de Transmisión Sexual.....	14
2.6.1 SIDA.....	14
2.7 Conclusiones.....	17
Capítulo 3: Programas de educación sexual para adolescentes.....	18
3.1 Introducción.....	18
3.2 Programas de abstinencia.....	18
3.3 Programas de distribución de condones.....	18
3.4 Programas de educación sexual escolarizados.....	19
3.5 Características de los programas efectivos.....	20
3.6 Conclusiones.....	22
Capítulo 4: Programas de educación en habilidades para la vida.....	23
4.1 Introducción.....	23
4.2 Habilidades Sociales.....	24
4.2.1 Aproximación conceptual.....	24
4.2.2 Concepto de habilidad social.....	25
4.2.3 Supuestos del enfoque de habilidades sociales.....	26
4.3 Teoría del Aprendizaje Social.....	27
4.3.1 Modelo de adquisición de habilidades sociales.....	28
4.3.2 Los principios del Aprendizaje Social.....	30
4.4 Entrenamiento de las habilidades sociales.....	32
4.4.1 Antecedentes.....	32
4.4.2 Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales.....	33
4.4.3 Evaluación del entrenamiento en habilidades sociales.....	34
4.5 Entrenamiento de habilidades para la vida.....	35
4.6 Programas de habilidades para la vida en la promoción de la salud.....	36
4.6.1 Panorama internacional.....	36
4.6.2 Panorama nacional.....	38
4.6.3 Planeando tu Vida.....	39

4.6.4 Creación del Programa Planeando tu Vida.....	39
4.6.5. Evaluación del Programa Planeando tu Vida.....	41
4.6.6. Implementación del Programa Planeando tu Vida.....	42
4.7. Identificación de variables para la conducta sexual protegida.....	42
4.7.1 Toma de decisiones.....	43
4.7.2. Antecedentes.....	43
4.7.3. Toma de decisiones en la adolescencia.....	45
4.7.4 Toma de decisiones en la adolescencia para la conducta sexual protegida.....	45
4.7.5 Comunicación Asertiva para la conducta sexual protegida.....	46
4.7.6 Antecedentes.....	46
4.7.7 Asertividad en la adolescencia.....	47
4.7.8 Estilos de comportamiento no asertivos.....	49
4.7.9 Diferencia entre conducta asertiva, agresiva y pasiva.....	50
4.8 Entrenamiento Asertivo.....	51
4.8.1 Antecedentes.....	51
4.8.2 Evaluación de la asertividad.....	53
4.8.3 Comunicación asertiva en la adolescencia para la conducta sexual protegida.....	54
4.9 Conclusiones.....	55

PARTE 2: INVESTIGACIÓN

5. Metodología.....	57
5.1 Objetivo general.....	57
5.2. Preguntas de investigación.....	57
5.3 Hipótesis.....	57
Estudio 1	
5.4 Objetivos específicos.....	57
Fase 1: Construcción de las escalas de medición.....	57
5.4.1 Definición conceptual de variables.....	57
5.4.2 Consideraciones éticas de la investigación.....	60
5.4.3 Sujetos.....	60
5.4.4 Escenario.....	60
5.4.5 Materiales.....	60
5.4.6 Procedimiento.....	60
5.4.7 Análisis estadísticos de los datos.....	61
5.5. Resultados.....	62
5.6. Discusión Estudio 1 Fase 1:	
5.6.1 Patrón de conducta sexual de la muestra de estudio.....	72
5.6.2 Diferencias de acuerdo al sexo y debut sexual de la muestra de estudio.....	74
5.6.3 Construcción de las escalas de medición.....	78
5.7 Estudio 1 Fase 2: Identificación de variables predictivas de conducta sexual protegida.....	80
5.7.1 Tipo de estudio.....	80
5.7.2 Tipo de diseño.....	80
5.7.3 Procedimiento.....	80
5.7.4 Análisis estadísticos de los datos.....	80

5.8 Resultados.....	80
5.9 Discusión identificación de variables predictivas de conducta sexual protegida.....	81
6 Estudio 2: Evaluación del programa de intervención.....	86
6.1 Consideraciones éticas de la investigación.....	86
6.2 Sujetos.....	86
6.3 Escenario.....	86
6.4 Materiales.....	86
6.5 Tipo de diseño.....	86
6.6 Procedimiento.....	87
6.7 Análisis estadísticos de los datos.....	87
6.8 Resultados.....	88
6.9 Discusión de la evaluación del programa de intervención.....	90
7. Limitaciones y sugerencias.....	92
8. Referencias Bibliográficas.....	94
Anexos.....	109
Anexo 1: Instrumento piloto.....	110
Anexo 2: Instrumento final.....	117
Anexo 3. Experiencia de campo.....	124
Anexo 4: Versión adaptada del programa.....	128

Resumen

El objetivo de esta tesis doctoral fue evaluar un programa de habilidades para la vida y sexualidad en adolescentes mexicanos. Se llevaron a cabo dos estudios. El primer estudio tuvo por objetivo identificar el poder predictivo de conducta sexual protegida de las siguientes variables: conocimientos hacia la sexualidad, creencias conductuales hacia la sexualidad, habilidad de toma de decisiones y habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida, de acuerdo al sexo y tipo de pareja sexual. Para ello, se construyeron cinco escalas que medían dichas variables. Las escalas fueron validadas en una muestra conformada por 262 hombres y 227 mujeres estudiantes de bachillerato privado al sur de la Ciudad de México, con una media de edad de 16 años. Los resultados mostraron como mejor predictor de conducta sexual protegida en hombres con pareja sexual regular, a la habilidad de comunicación asertiva con la pareja, seguido por la toma de decisiones; no se identificó ningún predictor con la pareja sexual ocasional. En las mujeres, se identificó como mejor predictor de conducta sexual protegida con la pareja sexual regular a las creencias conductuales hacia la sexualidad; con la pareja sexual ocasional se identificó como mejor predictor a la habilidad de toma de decisiones. Con base en estos hallazgos, se llevó a cabo la adaptación del programa propuesto para evaluación. Se utilizó un diseño de cuatro grupos de Solomon para evaluar el programa. El diseño incluyó dos grupos experimentales y dos controles: el primer grupo experimental con intervención tuvo mediciones antes y después y fue comparado con el grupo control con mediciones antes y después sin intervención; el segundo grupo experimental fue evaluado al finalizar la intervención y fue comparado con el segundo grupo control con medición final. El programa fue impartido en una muestra conformada por 143 hombres y 145 mujeres estudiantes de bachillerato privado al sur de la Ciudad de México, con una media de edad de 16 años. Se analizaron los datos de los estudiantes con debut sexual. Los resultados mostraron que básicamente no hubieron diferencias entre los grupos experimentales y controles, a excepción de un aumento por parte del grupo experimental en el nivel de habilidad de comunicación asertiva después del programa. Estos resultados se explican con base en hallazgos que muestran que para lograr formar habilidades para la vida, se requiere de un proceso y de repetidas oportunidades para ir las poniendo en práctica.

Introducción

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad que se vive a lo largo de la vida, de manera diferente en cada persona. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares; esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones en adolescentes. Aunque la sexualidad tiene gran importancia a lo largo de toda la vida, es en esta etapa donde adquiere una mayor dimensión por sus implicaciones biológicas, psicológicas, económicas y sociales (Preciado, 2003).

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia representa una prioridad a nivel mundial, ya que no obstante los esfuerzos realizados durante la última década, resulta evidente que aún queda mucho por hacer. Las estadísticas muestran, que los adolescentes son una población vulnerable al contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). Cada año el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae una ITS. En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NOM-039-SSA2-2002). Por lo que respecta al SIDA, 560,000 jóvenes en el mundo entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA (OMS, 2005). En México, se observa una tendencia al ascenso en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde la tasa de mortalidad en varones, pasó de 3.2 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1988, a 17.2 en 1998. En 1989, el SIDA se situó dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25-34 años y para 1998 representa la cuarta causa de muerte; en mujeres la sexta (CENSIDA, 2003).

Por otra parte, el embarazo adolescente representa otro reto para los promotores de salud sexual y reproductiva en la adolescencia. En el año 2000, ocurrieron en México más de 500,000 embarazos en menores de 19 años, donde 360,000 llegaron a término; representando el 17% del total de nacimientos del país (CONAPO, 2000). Los embarazos no planeados representan un riesgo de salud para la madre adolescente y el recién nacido; y en muchos casos, cambian el rumbo de las vidas de los adolescentes y limitan su desarrollo y crecimiento personal y profesional (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2005).

Para combatir las problemáticas antes planteadas, desde hace ya varias décadas se ha identificado a la educación sexual integral, como una importante base para lograr el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y libre de riesgos en población adolescente (Population Reports, 1999). Es así que para poder reducir el comportamiento sexual de riesgo en esta población, se ha identificado la pertinencia de proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad y clarificar las creencias conductuales hacia la sexualidad, además de formarlos en habilidades que les permitan tomar conciencia de sus conductas sexuales y resistir las presiones que los llevan a ser sexualmente activos sin protección (OMS, 1993; OPS, 2001; UNICEF, 2005; UNESCO, 2004).

Es por lo antes citado, que el objetivo general de esta tesis doctoral fue evaluar la versión adaptada de un programa de habilidades para la conducta sexual protegida y sexualidad en adolescentes, de acuerdo a los lineamientos propuestos por la OMS (1993) y las denominadas Habilidades para la Vida, que incluyera una metodología interactiva, así como las habilidades que la literatura reporta como precursoras de conducta sexual

protegida. Para lograr este objetivo, en el primer estudio de esta tesis se identificó el poder de predicción de conducta sexual protegida de las siguientes variables: conocimientos sobre sexualidad, creencias conductuales hacia la sexualidad, habilidad de toma de decisiones, habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida. Para ello fue necesario la construcción y validación de un cuestionario conformado por cinco escalas que medían las variables antes citadas. El instrumento fue validado en una muestra conformada por 262 hombres y 262 mujeres estudiantes de bachillerato privado al sur de la Ciudad de México, con una media de edad de 16 años.

Posteriormente y con base en los hallazgos del primer estudio, se llevó a cabo la adaptación del programa propuesto para evaluación. Se utilizó un diseño de cuatro grupos de Solomon para evaluar el programa. Posteriormente, el programa fue impartido en una muestra conformada por 143 hombres y 145 mujeres estudiantes de bachillerato privado al sur de la Ciudad de México, con una media de edad de 16 años. El diseño del estudio incluyó dos grupos experimentales y dos controles: el primer grupo experimental tuvo mediciones antes y después (N=75) y fue comparado con el grupo control con mediciones antes y después (N=75). El segundo grupo experimental, sólo fue evaluado al finalizar el programa (N=75) y fue comparado con el segundo grupo control con medición final (N=75).

Esta tesis se divide en dos partes. En la primera parte, se presenta el marco teórico que cual incluye un capítulo sobre la adolescencia, al ser la población meta de esta investigación; enseguida se presenta el panorama epidemiológico de salud sexual y reproductiva en adolescentes, que justifica la significancia social de la investigación. Posteriormente, se presenta una revisión internacional de los programas de educación sexual y su impacto. Finalmente, se presenta una revisión de los programas que se han desarrollado bajo los lineamientos de la OMS (1993) y las denominadas Habilidades para la Vida, así como de la Teoría de Aprendizaje Social que fundamenta el programa propuesto para evaluación. Además, se presenta la descripción de las variables relacionadas con la conducta sexual protegida en adolescentes, las cuales fueron incluidas en la versión adaptada del programa. En la segunda parte, se presenta la metodología, el análisis de datos, resultados y la discusión de cada estudio por separado. En el último apartado, se expresan algunas limitaciones y sugerencias que se derivaron de esta tesis doctoral.

PARTE 1: MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: Adolescencia

1.1 Introducción

Para el año 2010, el número de adolescentes en el mundo será mayor que nunca antes en la historia: 1.2 mil millones de jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años y una gran proporción de ellos vivirán en Latinoamérica y el Caribe; aproximadamente 107 millones de gente joven (Mangrulkar, Whitman y Posner 2001).

En México, se estima que a mediados de 1998, existían 20.1 millones de personas con una edad comprendida entre los 15 y los 24 años de edad, lo que significa que el 23% de la población total del país es población joven. Este número es el más elevado en la historia y representa más del doble de la población juvenil que existía en 1970. Se considera, que aún cuando este número se verá aminorado en los próximos años como resultado del descenso de la fecundidad de las tres últimas décadas, todavía se sentirán por unos años más los efectos de la inercia del crecimiento demográfico del pasado (CONAPO, 1998).

La adolescencia es una etapa relevante de la vida del hombre, a la cual se le han asignado múltiples definiciones entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Edad de transición que sucede en la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (Diccionario de la Real Academia Española, 1992).
- Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural (Diccionario de Psicología, Merani, 1982).
- Deriva de "adolecer", que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente, es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y social. Psicológicamente, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto (Montenegro y Guajardo, 1994).

El adolescente se vive y desempeña en diversas facetas, las cuales se resumen en el siguiente apartado.

1.2 Desarrollo Físico

La pubertad (período de pubescencia) se refiere al inicio de la maduración sexual. La pubertad es el momento cuando el niño experimenta cambios físicos, hormonales y sexuales, para lograr la capacidad de reproducirse. La pubertad está asociada con un crecimiento rápido y la aparición de las características sexuales secundarias. La maduración de las glándulas sexuales es la esencia de ésta fase. A partir de los 12 años, los seres humanos empiezan a experimentar una serie de cambios físicos y mentales hasta llegar a la edad adulta (Baldrich, Galbany y Tremoleda, 2001).

Cuando un niño sano tiene entre 9 y 16 años, entra en la pubertad. La edad exacta depende de factores como la herencia y la nutrición y si es niño o niña. En promedio, los niños entran en la pubertad 2 años después que las niñas. En ese momento, la glándula pituitaria y el hipotálamo (glándulas endocrinas) comienzan a enviar nuevas hormonas que disparan los cambios de la pubertad. Entre los cambios generales que se producen en los niños de ambos sexos, se encuentran los incrementos repentinos de estatura y peso, el desarrollo de características sexuales secundarias (aparición de hombre o mujer adulto) y el aumento del interés sexual (impulso sexual). En las niñas, los ovarios comienzan a incrementar la producción de estrógeno y otras hormonas "femeninas", mientras que en los niños, los testículos aumentan la producción de testosterona. Las glándulas sudoríparas se vuelven más activas y el contenido del sudor es diferente al de un niño pequeño (comienza a desarrollar cierto olor). Las glándulas sebáceas también se vuelven más activas y puede aparecer el acné. En este momento, la necesidad de la higiene personal se hace importante y el adolescente comienza a darse cuenta de que el desodorante o antitranspirante para las axilas es una necesidad (Papalia y Olds, 1998).

La pubertad en las niñas tiende a comenzar entre los 9 y los 16 años. El inicio de los períodos menstruales (menstruación) es uno de los signos más visibles de la entrada en la pubertad de las niñas. Antes de la llegada de la primera menstruación, la niña pubescente suele experimentar los siguientes cambios:

- crecimiento rápido, en especial aumento de estatura;
- agrandamiento de las mamas;
- crecimiento de vello en el pubis, axilas y piernas;
- secreciones vaginales claras o blanquecinas;
- ensanchamiento de las caderas.

Los ovarios aumentan su producción de estrógeno y demás hormonas, lo que da inicio al ciclo menstrual mensual, en el que los períodos menstruales son sólo una parte del ciclo. Las niñas nacen con un órgano donde se desarrolla el bebé (el útero), al lado del cual se encuentran dos glándulas pequeñas (los ovarios), que producen las "hormonas femeninas" y comienzan a liberar los óvulos que están almacenados en los ovarios desde el nacimiento. Cada mes, (aproximadamente) un ovario libera un óvulo que viaja a lo largo del conducto que conecta el ovario con el útero (trompas de Falopio) durante unos 3 o 4 días, hasta llegar al útero. Durante este tiempo, la capa que recubre al útero (endometrio) comienza a engrosarse, llenándose de sangre y líquidos, de manera que si el óvulo es fertilizado, éste pueda crecer en esta capa engrosada para alojar al bebé (Papalia y Olds, 1998).

El óvulo puede quedar fertilizado si hay una relación sexual sin protección. Cuando un espermatozoide (de un hombre) se une a un óvulo (de una mujer) tiene lugar un embarazo. Si el óvulo no es fertilizado, se disuelve y el endometrio se desprende del útero y drena por la vagina

produciendo la menstruación. Entre los períodos menstruales, puede haber una secreción vaginal clara o blanquecina, la cual es normal. Los ciclos menstruales duran cerca de un mes (entre 28 y 32 días). Al principio, tienden a ser irregulares, por lo que la niña puede pasar dos meses sin período o tener dos menstruaciones en un mes, pero con el tiempo esto tiende a regularse. En las niñas, la madurez se completa a los 17 años, por lo que cualquier aumento de estatura después de esta edad es poco común. Aunque se ha completado la madurez física, no puede decirse lo mismo de la madurez educacional y emocional, las cuales siguen siendo un proceso continuo a lo largo de la vida.

La pubertad en los niños, tiende a presentarse entre los 13 y los 15 años. A diferencia de las niñas, no hay signos visibles que le indiquen al niño que ha entrado en la pubertad, aunque un niño pubescente suele experimentar:

- crecimiento acelerado, sobre todo de estatura;
- crecimiento del pene y los testículos;
- cambios en la voz;
- crecimiento de vello en el pubis, las axilas y barba;
- eyaculaciones durante la noche (emisiones nocturnas; "poluciones nocturnas").

Los testículos tienen una fabricación constante de espermatozoides, cuyo proceso de producción se llama espermatogénesis. Aunque un volumen de espermatozoides puede ser almacenado en una estructura que se extiende desde el testículo, conocida como el epidídimo, los espermatozoides deben ser liberados cada cierto tiempo, como parte de un proceso fisiológico normal, para poder dar cabida a los espermatozoides nuevos. Esto ocurre de forma automática durante el sueño y es lo que se conoce como emisión nocturna o "poluciones nocturnas" o después de una masturbación o una relación sexual. Las emisiones nocturnas pueden ser una inquietud común para los hombres adolescentes que están entrando en la pubertad, por lo que se les debe informar que son una parte normal del proceso de maduración (Papalia y Olds, 1998).

1.3 Desarrollo Cognitivo

La adolescencia, es la etapa en que mucha gente alcanza el más alto nivel de desarrollo intelectual, el de las operaciones formales. El estadio de las operaciones formales se caracteriza por la habilidad de tener pensamiento abstracto (Papalia y Olds, 1998).

Cambios internos y externos en la vida de los adolescentes se combinan para producir la madurez cognoscitiva de acuerdo con Piaget: las estructuras de su cerebro han madurado y su ambiente social se ha ampliado, dándole más oportunidades para la experimentación por lo que es esencial la interacción entre las dos clases de cambios. Sin embargo, aunque el desarrollo neurológico de los adolescentes sea suficiente para permitirle alcanzar el estadio del razonamiento formal, puede que nunca lo logren si no ha sido motivados por su ambiente cultural y educativo (Mussen, 1985).

Las capacidades cognitivas del adolescente posibilitan que cobre una mayor conciencia de los valores morales y una mayor sutileza en la manera de tratarlos. La capacidad de abstracción, permite al adolescente abstraer e interiorizar los valores universales (Remplein, 1971). En esta etapa, el adolescente puede alcanzar el nivel de moralidad post-convencional de Kohlberg, en donde el sujeto presenta principios morales autónomos y universales que no están basados en las normas sociales, sino más bien en normas morales congruentes e interiorizadas. En la teoría de Kohlberg, el

razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo y de ésta manera, el desarrollo moral se manifiesta en la adolescencia, como la habilidad para pensar en abstracto que los habilita para entender los principios morales universales. Los adolescentes aplican el razonamiento moral a muchas clases de problemas, desde los importantes problemas sociales hasta las elecciones en la vida personal (Mussen, 1985; Papalia y Olds., 1998).

Ya definida su identidad como ser único e independiente del resto, el adolescente puede dirigir su interés hacia la realidad, haciéndose más objetivo y extrovertido esto unido al pensamiento lógico- formal, hace que el adolescente pueda comparar la realidad con "una posible y mejorada realidad", que lo puede llevar a un inconformismo, depresión o rebeldía. Esto también le permite buscar una imagen integrada del mundo, guiado por una tendencia filosófica (Montenegro & Guajardo, 1994). El desarrollo de la conciencia unido al dominio de la voluntad, junto a los valores e ideales definidos, concluye en la formación del carácter definitivo (Mussen, 1985).

1.4 Desarrollo Emocional

El sentimiento deja de ser preponderante sobre la razón y la gran emotividad presente en la pubertad disminuirá, llegando incluso al letargo del sentimiento, exceptuando el periodo del primer amor. Esto también hace que los estados de ánimo sean más constantes, con un marcado optimismo. Sin embargo, en la crisis adolescente, existen altas probabilidades de presentarse una depresión, lo cual puede adoptar una de dos formas: la primera se expresa como "un sentimiento vacío, una falta de autodefinition, que se asemeja según su descripción verbal, a un estado de despersonalización", lo que genera un alto grado de ansiedad. La segunda clase de depresión, tiene su fundamento en repetidas experiencias de derrota a lo largo de un espacio de tiempo. Esto puede deberse a los numerosos cambios que presenta al mismo tiempo la vida de un adolescente. La depresión tiene su índice más alto entre los 16 y 19 años (Mussen, 1985). En general, es dos veces más frecuente entre las muchachas que entre los muchachos adolescentes (Papalia y Olds., 1998).

El suicidio en esta etapa aumenta considerablemente, transformándose en la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Los suicidios reales son más comunes entre los hombres, con una proporción de 3 a 1 en relación a las mujeres empleando métodos más activos como armas de fuego; las mujeres utilizan métodos más pasivos, drogas e intoxicaciones con pastillas para dormir, por lo que muchos no llegan a concretarse, catalogados como "intentos de suicidio" y cuyo índice resulta ser significativamente mayor que el que se presenta en los varones (Muzzo y Burrows, 1987; Craig, 1997).

Entre los factores inmediatos que precipitan al suicidio, se encuentran el rompimiento amoroso, embarazo, conflicto con los padres y el fracaso escolar entre otros; pero por lo general, es la culminación de una serie de dificultades crecientes (Mussen, 1985). Asimismo, las drogas y el alcoholismo, pueden aumentar las probabilidades de que éstos factores lleven al adolescente al suicidio (Muzzo y Burrows, 1987).

1.5 Desarrollo Social

En esta etapa de desarrollo, se espera que el individuo alcance el status primario, que asuma una independencia que le permita dirigirse hacia metas de acuerdo con sus habilidades y posibilidades ambientales y que sea capaz de estructurar las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Es así, que una de las paradojas más grandes de la adolescencia, es el conflicto entre el deseo vehemente de un adolescente de encontrar

una identidad individual para afirmar un Yo único, y el deseo abrumador de ser exactamente como sus amigos, ya que la pertenencia a un grupo tiene un valor muy importante (Hurlock, 1980).

Las amistades cumplen en ésta etapa variadas funciones, tales como el desarrollo de las habilidades sociales que sirven como ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes y a la definición de la autoestima y status, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen. Por ello, las amistades llegan a ser más íntimas y se desarrollan relaciones con el grupo de iguales del otro sexo. Así, los adolescentes emplean la mayor parte de su tiempo con su grupo de iguales. Además, la capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias dependiendo del valor objetivo de su opinión y dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres (Craig, 1997; Montenegro y Guajardo, 1994).

Por otra parte, se identifica como una característica distintiva de la adolescencia a la toma de riesgos: los adolescentes corren riesgos como una parte normal de su crecimiento. Correr riesgos es una herramienta que los adolescentes usan para definir y desarrollar su identidad y una saludable toma de riesgos es una valiosa experiencia; por ejemplo, un comportamiento saludable tomando riesgos que tengan un impacto positivo en el desarrollo adolescente, puede incluir la participación en deportes, el desarrollo de habilidades artísticas y creativas, las actividades voluntarias, los viajes, hacer prácticas laborales, hacer nuevos amigos, hacer constructivas contribuciones a la familia o la comunidad, entre otras; aún cuando la posibilidad de fallar es inherente a todas esas actividades. En contraparte, los comportamientos negativos vinculados con la toma de riesgos y que pueden ser peligrosos para los adolescentes incluyen: beber alcohol, fumar, usar drogas, conducir en forma temeraria, tener actividad sexual insegura, desórdenes de la alimentación, auto-mutilación, huidas, robos, actividades mafiosas, entre otras (Cohn, Macfarlane, Yanez y Imai, 1995).

La toma de riesgos poco saludable en los adolescentes, puede aparecer como una “rebelión”, un gesto de enojo específicamente dirigido a los padres. Sin embargo, correr riesgos saludablemente o no, es simplemente una parte de la lucha del adolescente para definir y probar su identidad, proveyéndose de una propia y separándose de los demás, incluidos los padres. No obstante, algunos comportamientos adolescentes son engañosos. Un adolescente puede genuinamente tratar de correr un riesgo saludable, pero que termina haciéndolo en un comportamiento más peligroso, por ejemplo, muchas chicas adolescentes no reconocen las trampas de hacer dieta y caen en un modelo de alimentación desordenado, en ocasiones desarrollando un trastorno de la alimentación (Cohn et al., 1995).

Las señales de alerta que ayudan a identificar las tomas de riesgos peligrosas pueden incluir problemas psicológicos como una persistente depresión o ansiedad que se esconden bajo la apariencia de los típicos “cambios de humor” adolescentes, problemas en el colegio, participación en actividades ilegales, y señales de comportamientos poco saludables (el fumar, beber, conducir en forma temeraria, los desórdenes de la alimentación, la auto-mutilación, la huida y los robos) (Cohn et al., 1995).

Por otra parte, cabe mencionar que los adolescentes se involucran en conductas de riesgo toda vez que se perciben como invulnerables (pensando que no tendrán consecuencias negativas como resultado de sus conductas riesgosas). Es así, que los adolescentes perciben un menor riesgo, por ejemplo, en el consumo ocasional de alcohol o tabaco. Asimismo, los adolescentes perciben defectuosamente los riesgos como independientes y no acumulativos, es decir, ellos piensan que se deben exponer un número considerable de veces al riesgo, antes de experimentar consecuencias negativas. Un claro ejemplo de lo anterior, es la adolescente que no se protege la primera vez que tiene relaciones sexuales, porque piensa que no es posible quedar embarazada con sólo una vez. A

lo anterior, se le une un fuerte sentimiento de autosuficiencia y una inhabilidad para defender decisiones (Larson y Asmussen, 1991). Estos elementos, conducen a que la percepción del riesgo sea un valor y una norma, evaluando su autopercepción del riesgo por debajo de la de un sujeto medio, con una actitud psicológica de desafío del mismo y con desprecio a las medidas de prevención en las relaciones sexuales, reforzado con las características de espontaneidad e inmediatez de las mismas. Es así, que a menudo los adolescentes perciben el comportamiento de exposición al riesgo como una solución y no como un problema. Más aún, los chicos adolescentes presentan una mayor conducta de riesgo que las chicas, ya que inician su actividad sexual antes que éstas últimas, en muchos casos, por cumplir con el rito social establecido (Montenegro y Guajardo, 1994).

Finalmente, muchas son los factores que se asocian con un mayor riesgo de contagio y embarazo los adolescentes:

- El tener poca o errónea información sobre anticoncepción, embarazo e ITS/SIDA.
- El tener creencias hacia la sexualidad poco fundamentadas.
- Las dificultades que los chicos y especialmente las chicas, tienen para aceptar su propia sexualidad e incluso tener sentimientos de culpa hacia la actividad sexual. Ello, puede llevar a pensar que no se van mantener relaciones sexuales y por tanto, no es necesario el uso de anticonceptivos.
- Las características propias de la adolescencia, que hace que éste período de inseguridad, impulsividad e intereses inmediatos, no sea el momento más apropiado para la conducta sexual protegida, ya que las posibles consecuencias les parecen lejanas y abstractas.
- No tener suficientes habilidades sociales para conseguir información y anticonceptivos, o para hablar sobre el tema con la pareja.
- Tener pobres expectativas hacia el futuro.
- En las chicas, mantener una actitud ambigua o ambivalente ante el embarazo, de forma que, inconscientemente, la maternidad sea vista como algo atractivo que culmina su feminidad.
- Tener una actitud negativa hacia el uso de anticonceptivos (Oliva, 1992).

1.6 Desarrollo sexual

La sexualidad es un proceso vital humano, que no se inicia con la adolescencia, sino que es un elemento inherente al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. La sexualidad constituye un todo con la vida misma y es un elemento integrante fundamental de la personalidad. Es la función que más repercute y está influida por el contexto social en el que se desarrolla (Escaramuza, 1992).

En la adolescencia, es muy importante el logro de la identidad sexual como parte fundamental de la identidad del yo, asumiendo el adolescente los roles, actitudes, conducta verbal y gestual y motivaciones propias de su género. Sin embargo, resulta necesario que esta identidad sea confirmada por otros y por ellos mismos, para asegurar su propia aceptación y adaptación sexual.

Resulta por tanto indispensable para el adolescente, interactuar con el medio externo, es decir, con los otros; porque de ahí se alimenta y constituye su mundo interno, en un intercambio, en un moldeamiento (Mussen, 1985).

Los vínculos de pareja en la adolescencia, juegan un papel fundamental en la consolidación de la identidad de los adolescentes: percatarse de la mirada ajena y encontrarse con ella, cristaliza un reflejo de la propia existencia y juega al eco de reconocerse en el otro. Surge la posibilidad de afianzar una identidad y pertenencia (Barreto, 2004).

Por otra parte, los cambios en el entorno social, económico y cultural, irremediablemente impactan en la estructura de la composición de la pareja, más aún en la adolescencia en donde empiezan a aparecer distintos tipos de relaciones afectivas que se alejan del modo tradicional de concebir a la pareja y que se están constituyendo y proyectando como nuevas formas de relaciones entre adolescentes. En las últimas décadas, se han intensificado una serie de ambigüedades en la negociación con las eventuales parejas, con base en las modificaciones a las representaciones sobre sexualidad femenina, en donde la relación sexual se definía como un encuentro conducente a una relación de pareja, en contraste con el registro masculino que divide los encuentros sexuales en categorías de acuerdo con las intenciones del varón: algunos encuentros se destinan a la búsqueda de placer inmediato, mientras que otros llevan a formar una relación.

Es así, que los adolescentes se ven ante la disyuntiva de inscribirse en una relación que puede alejarse del modelo tradicional que fue introyectado, para ajustarse a los nuevos tipos de vinculación existente en la llamada brecha generacional. No obstante, en una misma generación de adolescentes se establecen diferentes modalidades de vínculo que varían, se acercan y se alejan, de los modelos conocidos. Básicamente, se pueden identificar dos tipos de vínculos que en la realidad actual, establecen los adolescentes: el noviazgo, en donde se puede notar que actualmente no existe un interés explícito por el matrimonio, y en donde el modo de vincularse estará directamente relacionado con las necesidades y expectativas de los adolescentes, y de que la pareja pueda paliar dichas demandas ya sean pulsionales, de pertenencia e identidad, de seguridad; y el “free”, que constituye una modalidad de vínculo que se caracteriza porque las relaciones tengan un corto periodo de vida, con la intención inicial de terminar dicha relación (Barreto, 2004).

Cabe aclarar, que el noviazgo no se puede definir con una categorización única, porque su significado es el que los adolescentes le dan, pero se refiere al modo de llamarle a la persona con la que se establece el vínculo; su nivel de compromiso varía y la tendencia común es que el término se generalice para todos los tipos de vinculación amorosa que se producen en el periodo de soltería. Por otra parte, el tipo de relación informal o “free”, se identifica como una variante del noviazgo y su aceptación desdibuja o relaja la clasificación tradicional que se hace de las mujeres, además de que constituye una modalidad caracterizada por la disociación entre amor y placer. Asimismo, el free sirve como práctica y experiencia para futuras relaciones y conserva el carácter pulsional del amor profano, pues es usado para obtener placer y no amor como en el noviazgo.

Finalmente, cabe resaltar que en éstos tipos de modalidad de pareja: noviazgo y free, existen una serie de diferencias en la negociación con las parejas, con base en los discursos producidos por los adolescentes acerca de la sexualidad: en el noviazgo la relación sexual es usualmente un encuentro conducente a una relación de pareja; en contraste con los frees, los cuales en su mayoría están destinados únicamente a la búsqueda del placer sexual (Barreto, 2004). A éste respecto, cabe aclarar que para fines de éste estudio, se utilizaron dos definiciones que diferencian el tipo de pareja sexual con la que los adolescentes hacen referencia a su actividad sexual: la pareja sexual regular, que se refiere a: “la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por

menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El o ella puede ser tu novio/a, esposo/a, con quien vives, o alguien que no vive contigo”. Por su parte, la pareja sexual ocasional se definió como: “la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año. El o ella pudo haber sido tu novio/a, esposo/a, con quien viviste, o alguien que no vivió contigo” (Villagrán, 1993).

El área de la sexualidad adolescente es el tema central de esta tesis doctoral, por ello en el siguiente capítulo se revisa ampliamente el panorama epidemiológico, conductas de riesgo y consecuencias asociadas a la actividad sexual en los adolescentes.

CAPÍTULO 2: Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

2.1 Introducción

La adolescencia es un período de transición, crecimiento, exploración y oportunidades. La salud sexual en ésta etapa de desarrollo, está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; por tanto, la atención de la salud sexual y reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo (Alcalá, 1995).

Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo; no obstante, su descuido en población adolescente, es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos, el abuso sexual; el contagio de VIH/SIDA; la mortalidad materna; el embarazo adolescente; el crecimiento de la población y el predominio de los adolescentes en los grupos pobres de la sociedad. Así, el derecho a la salud sexual y reproductiva, ha sido reconocido a nivel internacional como parte importante de los derechos humanos de los adolescentes, al evitar y resolver los problemas relacionados con su salud (Alcalá, 1995).

Se sabe que actualmente, en la mayoría de los países, las jóvenes alcanzan la menarquia entre los 12 y 14 años de edad, pero al enfrentar su capacidad reproductiva a edades más tempranas, los adolescentes se encuentran ante la disyuntiva de ejercer su sexualidad también más temprano, en su gran mayoría, sin la formación ni preparación que les permita evitarse consecuencias negativas. Muchos adolescentes cuentan con menos información, experiencia y facilidades para acceder a servicios de planificación familiar y salud reproductiva que los adultos (PATH/Outlook, 1998); en consecuencia, son susceptibles a embarazos no planeados así como a los riesgos de salud asociados al embarazo precoz, abortos en condiciones inseguras y contagio de ITS/SIDA. Es por ello, que a continuación, se presenta el panorama epidemiológico sobre el estado de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

2.2 Inicio de vida sexual

Actualmente, viven más de 500 millones de personas de entre 10 y 14 años en los países desarrollados, donde los estudios reportan, que la edad de la primera relación sexual es baja, variando entre los 9-13 años para los hombres y los 11-14 años para las mujeres (Sedlock, 2000; US Bureau of the Census, 1998).

En México, con la información de las últimas dos décadas, es difícil precisar la edad de inicio de vida sexual. El Instituto Nacional de la Juventud reportó en su Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ, 2000) que el debut sexual se ubica en el rango de 15 a 19 años. Finalmente, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) encontró que la edad promedio de la primera relación sexual de los adolescentes de entre 12 a 19 años, fue a los 15.7 años, sin diferencias por sexo. Se deduce por tanto, que la edad del debut sexual en los adolescentes mexicanos se ubica en un rango de edad aproximado de 16 años.

2.3 Embarazo no planeado

El inicio de la actividad sexual en los adolescentes ha disminuido considerablemente en los últimos tiempos, (ubicándose en el rango de 16 a 19 años de edad), conlleva diversas consecuencias, entre las cuales se cuentan los embarazos no planeados debido en parte, al no uso, o bien, al uso inadecuado de métodos anticonceptivos; ya que a pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no planeado es un problema al que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres adolescentes.

El embarazo adolescente a nivel mundial, se ubica en el rango de edad entre 15 y 19 años (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002). En México, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad, ha descendido desde la década de los setenta. La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo (a) disminuyó de poco más de una de cada siete en 1975, a una de cada doce en 1990, y a una de cada catorce en 1999 (Santos et al., 2003). En el año 2000, ocurrieron en México más de 500, 000 embarazos en adolescentes menores de 19 años, y de éstos, alrededor de 360, 000 llegaron a término, lo que representó el 17% del total de nacimientos el país (CONAPO, 2000).

El embarazo en las adolescentes, resulta particularmente preocupante, debido en parte a los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia. El embarazo y el parto durante la adolescencia, acarrea importantes riesgos. Niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa; ya que tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; específicamente en aquéllas adolescentes por debajo de 15 años de edad, aumenta en 5 veces el riesgo. Entre las causas más comunes es que pueden presentar parto obstruido, parto prolongado, preclampsia y eclampsia. Además, las adolescentes también exponen a su descendencia a un alto riesgo. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños (UNICEF, 1999).

Respecto al riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia, Bendezú (1998) llevaron a cabo un estudio en donde se encontró que, entre los predictores sociales de alto riesgo más frecuentes para un embarazo no planeado en la adolescencia, está el no considerar la salud como un valor prioritario, un razonamiento moral inadecuado en torno a las relaciones sexuales, fuerte tradicionalismo respecto a las creencias de ser mujer y falta de soporte social en situaciones de riesgo. Asimismo, entre las conductas sexuales de mayor riesgo se encontraron: El inicio de la vida sexual antes de los 17 años, así como importantes niveles de desprotección anticonceptiva sexual inicial y actual.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), encontró que los factores asociados al embarazo no planeado en la adolescencia en México son: baja escolaridad, edad de inicio de la actividad sexual a edad temprana, el no usar métodos anticonceptivos y un bajo ingreso económico.

Finalmente, se puede inferir que tal vez los aspectos psicosociales sean más importantes y de mayor repercusión en el embarazo de adolescentes, ya que se ha comprobado, que el parto de la madre adolescente, representa la iniciación de un síndrome de fracaso personal, alteración y truncamiento de su vida. Fracaso para completar la educación, fracaso para desarrollar su propia independencia, fracaso en definitiva para elegir y perfilar su orientación humana y profesional.

Probablemente las mujeres social y económicamente más favorecidas, logren superar la reciente maternidad, acudiendo a centros de planificación familiar, evitando otro embarazo en la adolescencia y consiguiendo incorporarse a los estudios pertinentes. Sin embargo, para otro colectivo, la realidad es muy distinta, ya que abandonan sus estudios, pierden por lo tanto la capacidad de acceso al mundo laboral y profesional, y en definitiva de su autoestima. En otras ocasiones sus puestos de trabajo son poco gratificantes al estar peor remunerados. En definitiva su calidad de vida se sitúa en niveles inferiores a la que hubiera sido esperable de no haberse truncado su vida por la maternidad (Geronimus y Korenman, 1990).

2.4 Aborto

Una de las consecuencias más graves que van ligadas al embarazo adolescente, es el que resulta en un aborto inducido practicado en condiciones inseguras, lo cual representa un problema social y de salud pública en muchos países del mundo. El aborto inseguro es definido como un procedimiento para interrumpir un embarazo no planeado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (OMS, 2003).

La OMS calcula que cada año, ocurren entre 1 millón y 4,4% millones de abortos entre las jóvenes de 10 a 24 años de edad y que la mayor parte de éstos abortos son peligrosos, porque los realizan proveedores no capacitados en condiciones ilícitas y peligrosas. Se estima que hay alrededor de 1000 muertes por cada 100,000 abortos ilegales efectuados en países en donde el aborto es ilegal. Se calcula que cada día, ocurren casi 55,000 abortos en condiciones inadecuadas (OMS, 2003).

En México, la información disponible acerca del aborto inducido muestra que es sumamente difícil establecer con precisión su número efectivo. Una revisión documental muestra que las cifras varían dependiendo de la fuente. CONAPO registra la cantidad más baja de abortos inducidos en el país y el AGI un número mucho mayor para la década de los noventa (IPAS, 2002).

Número de abortos inducidos en México

Fuente	Año	Número de abortos inducidos
CONAPO	1995	110,000
Instituto Alan Guttmacher	1990	533,100

Es importante señalar que, en ambos casos, se trata de estimaciones realizadas por cada una de las instituciones; aunque evidentemente, los resultados son muy diferentes entre sí. Existen otras cifras disponibles que contribuyen a darnos una idea de la magnitud del problema. Por ejemplo, puesto que la proporción de abortos asciende a 21 por cada 100 criaturas nacidas vivas, esto representa 533,100 abortos anuales en México. Se ha calculado, además, que el porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas que habían experimentado un aborto era de 17.8% para 1995 (IPAS, 2002).

2.5 Anticoncepción

En materia de anticoncepción, de aproximadamente 260 millones de mujeres de entre 15 y 19 años que hay en el mundo, casi el 11% son sexualmente activas y no desean quedar embarazadas, pero no usan un método anticonceptivo; además el uso del condón en los adolescentes, no supera el 8% en ningún país en desarrollo (AGI, 2005); no obstante que se ha comprobado que su uso correcto y constante, protege en un 95% del contagio de VIH/SIDA (Pinkerton y Abramson, 1993).

Entre las razones que explican la falta de uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial, diversas encuestas que se han realizado en distintos países, dan algunas indicaciones sobre los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos: la falta de conocimientos sobre anticonceptivos es una de ellas, si bien en los últimos años se menciona menos frecuentemente que antes. En cambio, contribuyen más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente la píldora). Esto resulta de la ausencia total de asesoramiento (esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona calificada) o de un asesoramiento deficiente (AGI, 1994).

Otras razones que explican el poco uso de la anticoncepción, son el temor a los efectos secundarios de los métodos y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas) (Seller, 1997).

Por otra parte, en un estudio retrospectivo en donde participaron 8.450 mujeres de los Estados Unidos, con un rango de edad entre los 15 y 44 años y cuyo objetivo era examinar la relación entre la educación sexual y el uso de la anticoncepción en la primera relación sexual; se encontró que las mujeres que habían recibido instrucción estructurada acerca del uso de anticonceptivos antes de su primera relación sexual tenían más probabilidades de usar un método. Las mujeres que habían recibido información acerca de la anticoncepción el mismo año en que habían comenzado a tener relaciones sexuales, tenían menos probabilidades de usar un método. Una encuesta realizada en 1.800 varones de 15 a 19 años de edad en los Estados Unidos, observó que entre los que habían recibido educación estructurada relativa al SIDA y la planificación familiar, había disminuido el número de compañeros sexuales y había aumentado el uso sistemático de condones (Ku, Sonenstein y Pleck, 1992).

En México, las encuestas señalan que solo un poco más de la mitad de los adolescentes que tienen relaciones sexuales, usan métodos anticonceptivos; siendo los más comunes el condón en los hombres (42.2%); y para las mujeres el DIU (15.4%), el condón (11%) y la píldora (9.5%) (ENJ, 2000).

En diversos estudios que se han centrado en la capacidad de los jóvenes mexicanos para protegerse, se ha encontrado que a pesar de tener cierta información sobre prácticas y métodos anticonceptivos, la mayoría no toman precauciones para prevenir el embarazo ni las ITS durante sus primeros actos sexuales. Un sondeo llevado a cabo en la Ciudad de México en hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad; mostró que solo el 32% de los adolescentes y el 35.8% de las adolescentes usaron medidas anticonceptivas en su primera relación sexual. De ésta proporción de usuarios, sólo el 11.7% de los hombres y el 18.8% de las mujeres usaron métodos modernos; el resto no usó ningún tipo de método anticonceptivo. El otro 28.1% de los hombres y el 30.3% de las mujeres dijeron que no usaron ningún método porque no tenían planeado tener la relación sexual (Amuchastegui, 1996).

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos específicamente en mujeres, existen muchos factores que influyen para que éstas los usen: Su estatus marital y su deseo de tener hijos son parte importante de los determinantes; sin embargo, las expectativas de la familia de la adolescente o las normas de su comunidad, tienen también gran influencia en su decisión. Según datos reportados por GIRE (2003), en México son poco utilizados los métodos anticonceptivos entre las mujeres que mantienen relaciones sexuales; de las adolescentes de entre 15 y 19 años con vida sexual activa y que no utilizan con regularidad un método anticonceptivo, el 99% son solteras y el 64% no están casadas o vive en unión libre. Las adolescentes en esa situación tienen un alto porcentaje de baja escolaridad, la mayoría permanecen solteras y deben encargarse de la manutención de sus hijos. En general, las mujeres que paren antes de los 18 años llegan a tener un promedio de 6,8 hijos, el doble que las que son madres a partir de los 24 años, y casi el 10% de las que han quedado embarazadas entre los 15 y los 19 años ha sufrido un aborto.

Algunas de las razones dadas por los adolescentes para no protegerse con algún método anticonceptivo en su ejercicio sexual han sido confirmadas en otros estudios donde se argumentan que la población adolescente no toma precauciones: 1) por falta de madurez para asumir la responsabilidad; 2) porque piensan que se pierde la espontaneidad sexual; 3) por ser esporádica su actividad sexual; 4) por falta de información sobre los métodos anticonceptivos; y 5) por miedo a ser descubiertos por sus padres (Pérez y Morales, 1996).

En lo que se refiere específicamente al uso del preservativo, los adolescentes pueden tener dificultades para tomar la decisión de usarlos y hacerlo de manera correcta, ya que existen diversos factores que lo dificultan; por ejemplo, se ha observado que la mayoría de la población con múltiples parejas sexuales usa el condón de manera ocasional; el poco uso se puede atribuir a creencias negativas asociadas a su uso tales como la incomodidad, la inconveniencia y la sensación de que limita el placer (Fishbein, 1990); el no utilizarlo por no tener confianza en su efectividad y el considerar a las ITS/SIDA como enfermedades ajenas a su grupo etáreo. Además, se ha observado que el hecho de que la mujer solicite a su pareja utilizar el condón da como resultados que se le califique como una mujer promiscua y desconfiable, que evita la procreación, que ha tenido relaciones sexuales previas, las cuales planea (hecho condenable) y disfruta (Micher y Silva, 1997).

Por otra parte, las actitudes hacia el condón son otro factor asociado a su uso y parecieran llevar implícito que, cuando los adolescentes consideran que las relaciones sexuales son solamente permitidas en la relación matrimonial o pareja habitual, les resulta inmoral usarlo con otras parejas (Díaz-Loving y Torres, 1999).

Continuando con la revisión de las creencias y actitudes hacia el condón, en un estudio con adolescentes universitarios se encontró, que la mayoría de los estudiantes tienen creencias y actitudes favorables, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Villagrán (1993), en su estudio con adolescentes universitarios. Es importante mencionar, que se encontraron diferencias que indican que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales tiene creencias y actitudes más favorables hacia el uso del condón que aquéllos que no las han tenido, los cuales consideran que los condones son difíciles de obtener, van en contra de su religión, hacen las relaciones sexuales menos placenteras, impiden el romance y no siempre se deben usar cuando se tienen relaciones sexuales (Villagrán y Díaz-Loving, 1992)

En un estudio llevado a cabo por Díaz-Loving y Torres (1999) acerca de los conocimientos, actitudes, creencias, percepción de riesgo y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios, se encontró que el uso del condón tanto con la pareja habitual como con parejas ocasionales, está presente siempre, sólo en un 20% de la población sexualmente activa; incluso al cruzar estadísticamente el uso del condón con la percepción de riesgo, no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas indicando con ello una igual percepción de riesgo en personas que usan y no usan condón.

En relación con lo anterior, se ha reportado que aún cuando los estudiantes hombres y mujeres, reconocen que el condón ofrece protección contra el VIH y las ITS, no lo usan porque carecen de las habilidades sociales necesarias para ello; la vergüenza es un factor clave en la determinación de su uso. Los datos de ésta investigación también muestran que los estudiantes reconocen al condón como un método de prevención del VIH/SIDA y aún más, citan que es el método que utilizan con mayor frecuencia; sin embargo, el objetivo de su uso se limita a la prevención de embarazos no planeados, dejando a un lado la prevención del VIH debido a que no se ubican como un grupo social y étéreo en riesgo de infección. Esto sugiere una actitud de omnipotencia y que los adolescentes consideran que el cuerpo joven es un certificado de salud en sí mismo y que la enfermedad es un dominio ajeno a él (Micher y Silva, 1997).

2.6 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La OMS manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de ITS en adolescentes de todo el mundo; cada año, el 15% del total de adolescentes contraen una ITS y se estima que 560,000 jóvenes entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA. Las tendencias actuales señalan que los más afectados se encuentran en el grupo de edad de 15-24 años (UNAIDS,WHO, 2002).

En los Estados Unidos, más de 65 millones de individuos se encuentran viviendo con una ITS, en su mayoría, con infecciones virales incurables. Aproximadamente 15 millones de ITS ocurren anualmente en este país en todos los grupos de edad y particularmente, el grupo de mujeres de 15 a 19 años, presenta la incidencia más alta de clamidiasis y gonorrea (OMS, 2003).

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NOM-039-SSA2-2002).

2.6.1 SIDA

Por lo que respecta al SIDA, a finales del año 2000, ONUSIDA (2000) estimó que a nivel mundial, existían 36.1 millones de personas con VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos, 16.4 millones mujeres, y 1.4 millones menores de 15 años.

En América Latina y la región del Caribe, se estimó que en 1999, se infectaron 567 personas por día, lo cual implica que muchos de esos hombres, mujeres y niños morirán en la siguiente década; uniéndose a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en las últimas dos décadas (MAP.UNAIDS.WHO.PAHO, 2000).

México ocupa el tercer lugar con casos de SIDA en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, considerando la tasa de incidencia anual, se ubica en el décimo cuarto sitio entre el continente americano y el sitio setenta y dos a nivel mundial. Las entidades federativas con las mayores tasas acumuladas de SIDA en nuestro país son: El Distrito Federal, Jalisco y Morelos y las de menores tasas acumuladas son Chiapas, Zacatecas y Guanajuato. (ONUSIDA, 2000).

Cabe destacar, que la vía de transmisión sexual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 61.8% corresponden a hombres que tienen sexo con

hombres y el 38.2% a heterosexuales. El 85.7% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 14.3% a mujeres (ONUSIDA, 2000).

Además, resulta importante resaltar que el SIDA afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos (15-44 años), en donde el 2.4% de los casos corresponden a menores de 15 años, siendo la población más afectada por la epidemia el grupo de jóvenes de 25-34 años edad. En este grupo, la tasa de mortalidad en varones pasó de 3.2 defunciones por cada 100,000 habitantes, en 1988, a 17.2 en 1998. A partir de 1989, el SIDA se situó dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25-34 años y para 1998, representa la cuarta causa de muerte para este grupo de edad (Magis, 1998).

Referente a los factores asociados al contagio del SIDA en adolescentes, se han encontrado diversos hallazgos que hacen referencia a los conocimientos, creencias, actitudes y percepción de riesgo de contagio de la enfermedad. Se ha señalado en trabajos con estudiantes, que aún cuando éstos tienen un buen nivel de conocimientos, sólo una minoría transforma este conocimiento en cambios conductuales, sugiriéndose precisamente a que esto se debe, entre otros factores, al estigma asociado con el SIDA. Diversos estudios en jóvenes estadounidenses señalan que estos continúan estigmatizando a las víctimas, percibiéndolas como merecedoras de la enfermedad, como un castigo por la conducta ofensiva e inmoral (Díaz-Loving y Torres, 1999).

Algunos estudios en América Latina con población adolescente, encontraron que las mujeres presentaban una actitud más negativa a la sexualidad humana, menor apertura a la anticoncepción, así como menos conocimientos sobre sexualidad humana y conocimientos sobre SIDA que los hombres. Asimismo, encontraron que a mayor conocimiento sobre la sexualidad humana y el SIDA, los adolescentes tenían una actitud más positiva hacia la sexualidad y la anticoncepción, mientras que a menor conocimiento sobre estas áreas se manifestaron más creencias machistas, mayor ansiedad en relación al SIDA y una marcada tendencia a discriminar a personas con ésta enfermedad (Díaz-Loving y Torres, 1999).

En México, diversos estudios revelan que la población adolescente tiene un alto conocimiento sobre la etiología del SIDA y comprende que se trata de una enfermedad venérea producida por un virus que ataca las defensas del organismo. Sin embargo, aún piensa en términos de grupos de riesgo en lugar de conductas de riesgo, lo cual ha inducido a pensar que los homosexuales, los drogadictos intravenosos y las prostitutas, son las poblaciones de mayor riesgo y quienes deben usar siempre el condón (Valle, 1999).

Por otra parte, las creencias son otro factor asociado al contagio de SIDA, siendo que éstas pueden tener varias funciones psicológicas ya que proporcionan apoyo emocional, control cognitivo, regulación moral e identidad grupal. La creencia más generalizada sobre el contagio de SIDA, es la que resulta de la pérdida de valores, como la responsabilidad, la higiene y la vida moral, así como de relaciones con prostitutas y múltiples parejas sexuales ocasionales. La gente cree que el SIDA ataca a los que tiene mala suerte, poca inteligencia y conductas no aceptadas, como exceso de sexo y perversión sexual, pues trastocan ciertos valores y son castigados por la iglesia (Díaz-Loving y Torres, 1999).

En otro estudio acerca de las creencias sobre el origen del SIDA, llevado a cabo en estudiantes universitarios (Ramos, Díaz-Loving, Saldivar y Martínez, 1999), se encontró que persisten creencias asociadas que tienen que ver en gran medida con la evaluación moral de su causalidad, particularmente con el hecho de ser una enfermedad transmitida sexualmente.

Por otra parte, la percepción del riesgo es quizá el rasgo psicodinámico más sobresaliente que encabeza los modelos de conducta saludable; y en el SIDA, la asertividad de la percepción de la enfermedad desempeña un papel fundamental. Las percepciones de riesgo se derivan de sistemas de creencias que justifican y refuerzan la conducta socialmente sancionada, además, según la cultura y los grupos sociales, se alertan sobre algunos riesgos con el fin de mantener el control sobre ella (Prochaska, Albrech, Levé, Sigrue, y Kim, 1990).

Se ha observado en trabajos con estudiantes, que aún cuando tienen un buen nivel de conocimientos, solo una minoría lo transforma en cambios conductuales, en parte debido al estigma asociado con el SIDA y al hecho de no personalizar el riesgo de contraerlo. Los estudiantes desechan la posibilidad de infectarse por el virus del SIDA, ya que el contagio de ésta enfermedad se encuentra asociado a una imagen “gay” o al uso ilegal de drogas. Además se observa, que independientemente de la preferencia sexual, adquiere una gran importancia la percepción de riesgo en el grupo de pares y el número de parejas sexuales. Así, existe una mayor percepción de riesgo cuando los pares tienen más de una pareja sexual; sin embargo, cuando se asocia la autopercepción de riesgo con el número de parejas sexuales, el adolescente ya no se percibe en riesgo. De la misma forma, el tener o no relaciones sexuales y el usar o no preservativo, no resulta un indicador significativo (Díaz-Loving y Rivera, 1999).

Finalmente, los estudios epidemiológicos demuestran, que la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH. Los factores del comportamiento, son por tanto, elementos significativos en la adolescencia, en el inicio de la vida sexual con riesgo y en la propagación de la epidemia. Entre ellos, destacan las conductas de riesgo percibidas en los pares, los cambios de conducta con el tiempo (como dejar el uso del condón) y el prestigio que les da el comportamiento promiscuo. También se ha encontrado, que el comportamiento de alto riesgo se relaciona con un pobre apoyo familiar, unido a uso de drogas y problemas escolares (Rasmussen, Hidalgo y Alfaro, 2003).

2.7 Conclusiones

Con base en la revisión del panorama de salud sexual y reproductiva en población adolescente, se evidencia que las conductas de riesgo más importantes en los adolescentes, son las relaciones sexuales sin protección, las cuales conllevan con bastante frecuencia al contagio de ITS incluyendo al VIH/SIDA, así como a embarazos no planeados.

Las ITS son un problema prioritario de salud pública tanto por su elevada incidencia y prevalencia, sus consecuencias sobre la salud de los adolescentes, como porque existen métodos para su diagnóstico y tratamiento. Por tanto, la prevención de ITS/SIDA se considera como una parte fundamental de la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, se identifica la importancia de promover el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes, como medio para prevenir los embarazos no planeados y disminuir también la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo; más aún, cuando la evidencia científica comprueba que los anticonceptivos que actualmente se encuentran disponibles, si son administrados y usados de manera apropiada, son seguros y efectivos para la gran mayoría de los usuarios/as. Desafortunadamente, se identificó que su uso no es tan frecuente como debería serlo entre los adolescentes, en parte debido a la falta de conocimientos sobre éstos, así como a otros factores asociados a su uso, tales como creencias negativas, actitudes desfavorables, baja percepción de riesgo de embarazo y contagio de ITS/SIDA y falta de habilidades para implementar su uso.

En ausencia de vacunas efectivas contra algunas ITS y particularmente contra el SIDA, se ha comprobado que la forma más efectiva para evitar el riesgo de contagio, es el uso correcto y sistemático del condón, ya que protege entre 90 a 95% el contagio de estas infecciones. Así, resulta necesario crear programas de educación sexual y educación para adolescentes, que pongan énfasis en promover el uso del condón.

Por otra parte, se identifica que la información acerca de cómo evitar riesgos que conlleven a un deterioro en la salud sexual y reproductiva, debe ser clara y precisa así como accesible a los adolescentes. Además, para los adolescentes sexualmente activos resulta necesario proporcionar información acerca de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso.

Por último, se presume que una actitud más respetuosa del adolescente y una nueva concepción más libre y natural y responsable de su sexualidad, evitaría los embarazos no planeados y el contagio de ITS/SIDA con los riesgos que esto implica para su salud. Sin embargo, resulta evidente que no sólo es necesario atender los problemas de salud en materia de reproducción e ITS, sino que se debe de promover la salud sexual entendida como aquel cuidado de la salud encaminado al desarrollo de la vida y las relaciones personales, mediante el desarrollo de programas de educación sexual en aquellos grupos que están iniciándose sexualmente, pero sobretodo, en aquellos que aún no han tenido relaciones sexuales, haciendo énfasis en la prevención de conductas de alto riesgo.

CAPÍTULO 3: Programas de educación sexual para adolescentes

3.1 Introducción

Al revisar el panorama epidemiológico de salud sexual y reproductiva en población adolescente, resulta evidente la importancia de trabajar en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Más aún, cuando en un examen encomendado por la OMS, no hay nada que sostenga el argumento de que la educación sexual promueve la experimentación sexual o una mayor actividad sexual: después de analizar más de 1.000 informes sobre programas de educación sexual de todas partes del mundo, se llegó a la conclusión que los cursos de educación sexual no llevaron al inicio temprano de las relaciones sexuales y en algunos casos las retrasaron (Population Reports, 1999).

Por ello en 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), hizo un llamado a las organizaciones a iniciar o fortalecer sus programas para satisfacer mejor las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cinco años después, se reconoció la importancia de la salud de los adolescentes y se crearon numerosos programas para abordar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, ya que éstos pueden ser la única oportunidad que tienen los adolescentes de recibir información exacta acerca de la salud de la reproducción (Alcalá, 1995).

No obstante los esfuerzos realizados durante las últimas décadas, resulta evidente que aún queda mucho por hacer en términos de prevención de embarazos no planeados y contagio de ITS/SIDA en población adolescente; ya que los programas orientados a resolver éstas problemáticas, en muchos de los casos no han sido bien descritos ni han reportado el impacto de sus evaluaciones (Kirby, 2001). A continuación se presenta una revisión de los programas desarrollados en esta materia.

3.2 Programas de abstinencia

Los programas de abstinencia se han enfocado en la importancia de posponer la actividad sexual hasta el matrimonio. Una revisión llevada a cabo por Kirby (2002) acerca de la efectividad de los programas de abstinencia, concluye que no existe evaluaciones publicadas sobre programas de abstinencia escolarizados, donde se reporte que son efectivos en retrasar el inicio sexual, pero considera prematuro escribir conclusiones acerca de su impacto, ya que los programas que son sólo de abstinencia representan un grupo muy heterogéneo; además, muy pocos estudios rigurosos sobre éstos han sido completados: sólo se han reportado tres estudios sobre éstos programas que alcanzan un criterio científico razonable; sin embargo en ninguno de estos estudios se reporta un impacto significativo y consistente en el retraso de la actividad sexual en población adolescente (Population Reports, 1999).

3.3 Programas de distribución de condones

Los programas de distribución de condones se implementaron como una estrategia adicional a los programas escolares de prevención de embarazo no planeado y contagio de ITS/SIDA. Desde 1995, por lo menos en 431 escuelas secundarias de Estados Unidos, han implementado programas para hacer accesibles los condones a los estudiantes que asisten a dichos planteles, en respuesta al temor acerca de la propagación del VIH/SIDA y otras ITS, así como a la alta incidencia de embarazo no planeado en los estudiantes. Estos programas han provocado mucho debate: sus oponentes argumentan que dichos programas hacen creer a los estudiantes, que las escuelas apoyan que se involucren en relaciones sexuales y que los motivan para iniciarse sexualmente. No obstante, los resultados de la evaluación del impacto de estos programas, han

demostrado que no hubo un cambio significativo en el porcentaje de adolescentes hombres y mujeres que tuvieron relaciones sexuales, pero sí aumentó el porcentaje del uso de condones en sus encuentros sexuales de un 37% a un 50%. Más aún, el porcentaje de hombres que reportó usar condones durante su primera relación sexual, se incrementó de un 65% a un 80% (Schuster, Bell, Berry y Kanouse, 1998).

Por lo que respecta a México, Martínez y colaboradores (2004), desarrollaron una intervención para prevención de contagio de HIV mediante la combinación de un taller sobre sexualidad y un programa de distribución gratis de condones en cuatro escuelas de Tijuana, México. Los resultados mostraron que la intervención tuvo un efecto positivo en la reducción de la transmisión de VIH de dos formas diferentes: moderando la iniciación sexual de los estudiantes y aumentando la adquisición de los condones. Por otro lado, el acceso al programa de distribución de condones por sí solo, no tuvo efectos en los correlatos conductuales ni psicosociales de la transmisión del VIH.

3.4 Programas de educación sexual escolarizados

Con base en una revisión minuciosa de los programas existentes en materia de educación sexual desarrollados a partir de la mitad del siglo pasado hasta nuestros días, se sabe que los programas de las escuelas fueron y siguen siendo los primeros programas de gran escala para adolescentes, bajo el título inicial de “Educación para la vida familiar”. Estos programas suministraban información y educación, pero no servicios. En los años sesentas, la preocupación por el veloz crecimiento de la población llevó a que las escuelas incluyeran programas de educación en materia de población. Estos planes de estudio se centraban en la relación entre el crecimiento de la población, la nación y el individuo. Los estudiantes aprendían que lo que ellos decidieran acerca del tamaño de la familia moldearía su futuro y también el futuro de la nación. Los planificadores del desarrollo suponían que esta información motivaría a los adolescentes a limitar el tamaño de la familia. Posteriormente, a finales de los años 80, muchas naciones y sistemas escolares consideraban que la educación para la vida familiar en las escuelas, era una manera rápida y eficiente de informar a los adolescentes sobre el SIDA, por lo que los programas ya existentes añadieron información sobre ésta enfermedad (Population Reports, 1999).

La mayoría de éstos programas bajo el amplio concepto de la educación para la vida familiar, se concentraban en ayudar a los adolescentes a planear vidas productivas. En el material didáctico se examinaba el crecimiento de la población, pero también temas tales como la salud personal y la nutrición, la planificación de la vida, la adopción de decisiones y el respeto por la mujer y el hombre por igual. Algunos programas también trataban la fisiología de la reproducción, la sexualidad y la anticoncepción. No obstante, resulta importante mencionar que en su mayor parte, los programas de educación para la vida familiar no han sido evaluados, ni siquiera descritos en detalle, de modo que se conoce muy poco sobre su impacto (Population Reports, 1999).

Posteriormente, y debido al aumento en las tasas de contagio de ITS/SIDA, se ratificó la necesidad de impartir educación sexual en las escuelas secundarias de Estados Unidos. Es así que en 1999, una encuesta nacional realizada en ése país, reportó que cerca del 93% de las escuelas ofrecían educación sexual y acerca del SIDA (Darroch, Landry y Singh, 2000). De ésas escuelas, entre el 85% y el 100% incluyeron instrucción acerca de las consecuencias de una paternidad/maternidad adolescente, ITS/SIDA, abstinencia y formas para resistir la presión para ser sexualmente activo. Además, entre el 75% y el 85% de las escuelas, proporcionaron instrucción acerca de la pubertad, citas, abuso sexual y métodos anticonceptivos. Los profesores por su parte reportaron que los mensajes en los cuales ellos hacían énfasis eran sobre abstinencia y responsabilidad. En un estudio en paralelo, se encontraron resultados similares al anterior, en el

sentido que por lo menos el 75% de los estudiantes reportaron haber recibido instrucción sobre los mismos temas que en el primer estudio (Hoff, Greene, McIntosh, Rawlings, y D'Amico, 2000).

No obstante lo antes revisado, existe la creencia entre los profesionales del campo que éstos programas conducidos en las escuelas son cortos, difíciles de comprender, que han fallado en cubrir ciertos tópicos importantes y que son menos efectivos de lo que pudieran llegar a ser (Darroch et al., 2000; Hoff et al., 2000; Kirby, 2002). Además, existe muy poca información acerca de si los programas de educación sexual que han probado ser efectivos, se han implementado con fidelidad en otras escuelas.

Finalmente, la evidencia documentada reporta que los programas de educación sexual que enfatizan la abstinencia pero también incluyen información sobre métodos anticonceptivos, no aumentan la actividad sexual ni la frecuencia de la misma, y mucho menos el número de parejas sexuales de los adolescentes. Además, algunos de éstos programas (no todos) retrasan el inicio de la vida sexual, reducen su frecuencia, así como el número de parejas sexuales, o aumentan el uso de condones y otra formas de anticoncepción (Kirby, 2002). Estos programas efectivos, comparten características similares que se detallan en el siguiente apartado.

3.5 Características de los programas efectivos

En una revisión que se llevó a cabo en Estados Unidos, en 49 estudios sobre conducta sexual en adolescentes, los cuales medían los resultados del comportamiento de diversas maneras; se encontró que cuatro programas: “Sé orgulloso, sé responsable”; “Entérate de lo que pasa con el SIDA”; y “¿Cómo reducir el riesgo?”; llevaban a un mejoramiento estadísticamente significativo del comportamiento sexual sin riesgo, mediante la enseñanza de técnicas de comportamiento. Estos programas hicieron lo siguiente:

1. Se dedicaron estrictamente a reducir el hábito de tomar riesgos en la actividad sexual.
2. Se basaron en una teoría de modificación del comportamiento.
3. Eran de por lo menos 14 horas de duración o requerían intensos ejercicios con pequeños grupos.
4. Emplearon métodos de enseñanza en el que participaban los estudiantes.
5. Suministraron información básica y precisa sobre los riesgos del coito sin protección y las maneras de protegerse.
6. Abordaron la cuestión de la presión social para ser sexualmente activo.
7. Reforzaron los valores evidentes y presentaron mensajes que fortalecían los valores.
8. individuales y las normas colectivas contra la actividad sexual sin protección.
9. Presentaron modelos y ejemplos prácticos de las técnicas de comunicación y negociación.
10. Capacitaron a los individuos que llevaron a cabo el programa.

Los otros 45 programas no conducían evidentemente a un comportamiento sexual sin riesgo y no poseían esas nueve características. Los cuatro programas que dieron resultado, se basaban en supuestos semejantes sobre la manera en que las personas aprenden y modifican su comportamiento, y eran parecidos en cuanto al contenido del programa, diseño y énfasis en la capacitación (Population Reports, 1999).

Por otra parte, resulta importante destacar que éstos cuatro programas con efectos positivos en el comportamiento sexual y anticonceptivo, se basaban en la teoría del aprendizaje social, la cual que el comportamiento se aprende observando e imitando a los demás y mediante la educación formal; la teoría de la influencia social, la cual menciona que como el comportamiento se configura por normas y actitudes colectivas e individuales, es útil que las personas reconozcan las presiones sociales y desarrollen entonces los valores individuales y colectivos que apoyan el comportamiento saludable y apropiado; y por último, la teoría de la acción razonada, que afirma que la intención de las personas de adaptar el nuevo comportamiento, pone de manifiesto las creencias y expectativas de esas personas y las normas sociales percibidas.

En lugar de enseñar a los jóvenes a "decir simplemente que no", los programas basados en estas teorías suponen que la decisión de tener relaciones sexuales puede ser una opción individual, pero influenciada por el entorno social. Aunque pueda parecer que los adolescentes deciden tener relaciones sexuales, en realidad algunos tal vez decidan hacerlo porque, por ejemplo, tienen miedo de negarse, anhelan recibir afecto, temen herir los sentimientos de sus compañeros, o necesitan o quieren el dinero o los regalos que reciben. Por eso, los programas escolares de Estados Unidos que han tenido éxito, se concentran en reconocer las influencias sociales, modificar los valores y normas individuales y colectivas y en perfeccionar las habilidades sociales (Population Reports, 1999).

Los cuatro programas estadounidenses que contribuyeron a modificar el comportamiento, también se ocuparon de la presión social ejercida en los estudiantes, para llevarlos a ser sexualmente activos y de los valores y aptitudes apropiados a la edad para ayudarles a practicar la abstinencia sexual o a negociar con la pareja el coito sin riesgos. Los cuatro programas emplearon una variedad de métodos para obtener la participación de los estudiantes y ayudarles a practicar nuevas respuestas frente a situaciones que podrían llevar a una relación sexual peligrosa. En el programa "Cómo reducir el riesgo", los estudiantes hablaron sobre las distintas maneras en que se los podría presionar para llevarlos al coito y aprendieron técnicas para manejar o evitar esas situaciones. Luego practicaron estas técnicas interpersonales mediante ejercicios de dramatización (Population Reports, 1999).

3.6 Conclusiones

Como se ha revisado en éste capítulo, la mayor parte de los programas de educación sexual se han enfocado en proporcionar información asociada con la prevención de una maternidad precoz, mediante la información sobre métodos anticonceptivos; pero han dejado de lado el desarrollo de habilidades específicas asociadas al ejercicio de una conducta sexual más libre de riesgos, como lo reporta el análisis de los programas efectivos de educación sexual en Estados Unidos.

Por otro lado, destaca que aún cuando en los países desarrollados y específicamente en Estados Unidos, aumentan los datos que confirman los éxitos de sus programas, se necesitan más evaluaciones para documentar las estrategias que son eficaces y apropiadas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Por otra parte, se identifica la importancia de que los programas que ofrecen información sobre la salud sexual y reproductiva a los adolescentes, proporcionen acceso o que los deriven a los servicios de contracepción para asegurar que los adolescentes con vida sexual activa, se puedan proteger a sí mismos de un embarazo y/o del contagio de ITS/SIDA, ya que mientras muchos programas ofrecen información, educación y comunicación que promueven la salud sexual y reproductiva; se ha observado que es mucho menos probable que reafirmen ésta información con el acceso a anticonceptivos.

Si como lo demuestra la investigación educativa, la educación sexual de calidad puede producir una postergación en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes (Kirby, 2002); si además permite disminuir la frecuencia de las mismas y posibilita la utilización de métodos anticonceptivos en aquellos casos en los que tal actividad existe; la educación sexual de calidad definitivamente puede transformarse en un factor que contribuya a evitar el embarazo no planeado y el contagio de ITS/SIDA en adolescentes. En consecuencia, puede llegar a ser por sí misma, un factor que contribuya a mejorar sustancialmente las condiciones de vida de las nuevas generaciones (Population Reports, 1999).

Se hace evidente por tanto, la necesidad de que los programas que están trabajando para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, concentren sus esfuerzos en las personas más jóvenes y se aseguren de que reciban información apropiada de acuerdo a su edad, aptitudes y conocimientos de sí mismos, para motivarlos a que tomen decisiones sanas acerca de su sexualidad; ya que las investigaciones muestran que ponerse en contacto con los adolescentes antes de que inicien su vida sexual, aumenta las probabilidades de que cuando decidan iniciarla, adopten modos de comportamientos sanos (Barnett, 1997).

Finalmente, se ha observado que los programas de educación sexual que incluyen actividades para ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades identificadas como precursoras de conducta sexual protegida, tienen más probabilidades de dar buenos resultados, que los programas que dan solamente información acerca de la salud sexual. Es por ello, que en el siguiente capítulo se presenta una revisión de los programas que se han desarrollado en materia de educación sexual, pero que han adicionado otros componentes tales como la facilitación de habilidades específicas, mediante técnicas de enseñanza interactivas.

CAPÍTULO 4: Programas de educación en habilidades para la vida

4.1 Introducción

La educación para la salud y el desarrollo personal en la adolescencia, se consideran aspectos básicos para promocionar estilos de vida que incluyan un mejor cuidado de sí mismo y una mayor competencia personal y social. Desde el punto de vista de la prevención de enfermedades y de la promoción de salud, la preadolescencia y adolescencia son etapas claves en las que se configuran los estilos de vida, individuales y grupales y por tanto, se desarrollan comportamientos saludables o perjudiciales para la salud. La educación para la salud en la adolescencia intervendrá a corto y largo plazo, tanto en la prevención de enfermedades y disminución de muertes evitables en ésta etapa (accidentes, VIH/SIDA, alteraciones nutricionales, infecciones sexualmente transmisibles, drogas, embarazos no planeados), como en la prevención de los factores de riesgo ligados a las principales causas de muerte en la edad adulta. Asimismo, es esperable una repercusión positiva en el ámbito más amplio de afrontar la vida y manejar situaciones vitales de todo tipo de manera saludable (Pérez y Echaury, 2002).

La OMS (1993) plantea que la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones acerca de su conducta sanitaria, es mayor cuando pueden participar en su propio entorno educativo, físico y social; por lo que propone desarrollar la educación para la salud en la adolescencia desde una perspectiva que considere los acontecimientos vitales específicos y el conjunto de la etapa vital en el contexto de la vida cotidiana y que favorezca el que los adolescentes sean agentes activos de su propia educación, su propia salud y su propia vida.

Si un planteamiento educativo activo se considera esencial para el aprendizaje, esto es especialmente importante en esta etapa de desarrollo en la cual se experimentan cambios profundos, rápidos y muy significativos (gran desarrollo intelectual y físico, adquisición de capacidades sociales y sanitarias, vivencias cambiantes respecto a su propio cuerpo y su propia vida, experimentación de sentimientos y actitudes especialmente intensos), que se traducen en una mayor autonomía del sistema familiar, en un inicio de la definición de un proyecto de vida y un proyecto profesional futuro (Pérez y Echaury, 2002).

Para poder contribuir al desarrollo saludable de los adolescentes, se han utilizado diversos enfoques que sustentan el desarrollo de programas. Así, el programa propuesto para evaluación en ésta tesis, se deriva de la propuesta de la OMS (1993) y las llamadas “Habilidades para la vida”. Desde ésta perspectiva, se ha comprobado que el desarrollo de habilidades en áreas específicas, tales como en la prevención del uso de drogas, el manejo de la violencia o la promoción del sexo seguro; promueven la competitividad necesaria en los adolescentes, para lograr una transición saludable hacia la madurez y la adopción de conductas positivas (OMS, 1993).

Dado que el entrenamiento de habilidades para la vida, encuentra su sustento teórico en el enfoque de las habilidades sociales; se presenta una amplia revisión de éste enfoque que ha sido objeto de estudio en las últimas cinco décadas y del cual se han derivado los entrenamientos aplicados en diversas áreas de la salud. Esta revisión incluye sus antecedentes, así como los modelos que se han utilizado, entrenamiento, técnicas y métodos de evaluación.

4.2 Habilidades Sociales

4.2.1 Aproximación conceptual

Las bases teóricas del que se denomina enfoque de habilidades sociales, guardan una estrecha relación con la evolución histórica del mismo, heredando ciertas controversias que en un periodo de desarrollo breve (no superior a tres décadas), aun no han sido totalmente superadas. Los orígenes históricos se centran en dos focos con ubicación geográfica y características diferentes.

Por una parte, en Norteamérica en los años 20, Thorndike y otros autores, realizan una serie de trabajos bajo la etiqueta de inteligencia social, término que servía para hacer referencia a las capacidades necesarias para comprender a los demás y relacionarse con ellos. En la década de los 30, se realizaron los primeros estudios sobre socialización infantil (que incluyen comportamientos que mas tarde serian llamados asertivos) así como una serie de trabajos referidos fundamentalmente a la incompetencia social producida por la deficiencia mental (Gil, León y Jarana, 1995).

Posteriormente, se encuentra el trabajo realizado por Salter (1949) en su obra “Terapia de reflejos condicionados”, que es influida por Pavlov acerca de la actividad del SNC, la cual se refiere a las funciones superiores del cerebro humano, a las cuales Pavlov les reconoció la capacidad de sintetizar señales que afectaban el comportamiento a nivel de los condicionamientos, en un sistema de signos abstractos e inseparables del lenguaje. A este trabajo, le siguió el de Wolpe (1958), quien fue el primero en adoptar el término asertivo, que después fue retomado por Lazarus (1966). En los años 60, otros autores como Eisler (1982) y Goldestein (1988), contribuyeron al desarrollo de las habilidades sociales, mediante la creación de programas para entrenar y reducir el déficit en éstas habilidades.

En si, los términos en Estados Unidos, han evolucionado de tal manera hasta llegar al de habilidades sociales, de la siguiente manera:

Salter (1949) utilizó el término de “personalidad excitatoria”, que Wolpe (1958) cambió por “conducta asertiva”; posteriormente, se utilizaron términos como el de “libertad emocional” propuesto por Lazarus (1966) o el de “efectividad personal” de Liberman (1975). A mediados de los 70, fue cuando tomó fuerza el término de “habilidades sociales”.

Con respecto al otro punto de origen, Europa, cabe reseñar que con algunos precedentes en los años 40, no es sino hasta los 60, cuando el tema cobra especial relevancia, a raíz de la aplicación en el ámbito industrial, del enfoque del procesamiento de la información (tomando como relación la analogía la relación hombre-máquina se aplica a la relación hombre-hombre, bajo la etiqueta de habilidad social. Redundando en ésta idea Argyle y Kendon proponen un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales que incorpora esa analogía (Gil et al., 1995).

Estas aportaciones desde ambos lados del Atlántico, junto al desarrollo de la Terapia de la Conducta y a la elaboración de la Teoría del Aprendizaje Social, establecieron las bases de este enfoque, que a partir de los años 60, quedó definitivamente consolidado, dando lugar a numerosas publicaciones, en las que se recogen tanto investigaciones sistemáticas orientadas a la configuración y validación del procedimiento de entrenamiento, como textos monográficos, divulgadores de estas técnicas (Gil et al., 1995).

Ahora bien, ésta evolución marcó importantes diferencias entre los dos polos de desarrollo antes comentados, diferencias que se recogen de forma resumida, en la tabla siguiente:

<i>Norteamérica</i>	<i>Europa</i>
Enfoque Centrados en la Psicología Clínica y el consejo psicológico	Enfoque Centrados en la Psicología Social e Industrial
Énfasis Asertividad	Énfasis Formación de amistades y atracción interpersonal
Evaluación Empleo predominante de medidas de autoreporte	Evaluación Empleo predominante de medidas conductuales.
Aplicación Pacientes psiquiátricos	Aplicación Ambiente laboral / social
Críticas Metodologías y prácticas	Críticas Teóricas y conceptuales
Contexto de intervención Consideración de variables situacionales	Contexto de intervención Consideración de variables situacionales y culturales.

Gil, et al, 1995.

4.2.2 Concepto de habilidad social

Estas diferentes líneas de acción han implicado, a su vez, el empleo de terminologías distintas para referirse, en buena parte de los casos, a los mismos aspectos; así lo que unos consideran competencia social, para otros sería habilidad social; términos ambos, utilizados para denominar el proceso por el cual la gente se relaciona de forma eficaz o hábil con los demás. Sin embargo, mientras los primeros utilizan el término *asertividad* y *habilidades sociales* como sinónimos, los segundos denominan *habilidades sociales* a los componentes sociales que utilizan en la interacción social, y que contribuyen a una manifestación global de la habilidad social, incluyendo a la asertividad como una más de esas habilidades (dado que no todos los comportamientos sociales implican necesariamente la autoafirmación o defensa de los derechos personales). En cualquiera de los casos, esta diversidad terminológica permanece sin resolver; en general, estos términos se han utilizado de forma equívoca, cubriendo un amplio rango de fenómenos diversos y ofreciendo definiciones a diferentes niveles de abstracción, lo que ha contribuido a crear una notable confusión conceptual (Gil et al, 1995).

No obstante, es posible en lugar de buscar una definición única y válida al concepto del habilidad social, identificar aquellas características más relevantes, y que son mayoritariamente aceptadas por los expertos. La habilidad social, hace referencia y/o integra los siguientes componentes:

- **Comportamientos manifiestos:** Implican capacidades de actuación que se manifiestan en situaciones de interacción social, tales capacidades pueden enseñarse y/o mejorarse a través de experiencias de aprendizaje.

- **Orientación a objetivos:** Se trata de comportamientos orientados a la obtención de distintos objetivos o refuerzos, ya sean del entorno o personales. Estos comportamientos han de estar bajo el control de los sujetos y deben de realizarse, teniendo en cuenta a los interlocutores, como el contexto en que acontecen.
- **Especificidad situacional:** Supone que tanto los componentes conductuales de una conducta social como su calidad y su eficacia, pueden variar en función de las características de la situación. Es fácil observar cómo una persona se comporta de manera hábil en una situación social pero no en otras. Aunque existen diferencias individuales en la tendencia a mostrar altas y bajas habilidades sociales, éstas interactúan con variables situacionales. Por lo tanto, resulta importante evaluar el comportamiento del sujeto en diferentes situaciones, no asumiendo, por ejemplo, que la conducta que se observa en una entrevista, es representativa de la conducta en el medio natural.
- **Componentes de las habilidades:** Pueden ser consideradas a distintos niveles, en función del grado de inferencia y el nivel de análisis que se adopte:
 - a) Nivel molecular: Toma como punto de referencia niveles conductuales específicos y observables de las habilidades sociales; se preocupa por su medición objetiva para lograr las evaluaciones válidas y fiables.
 - b) Nivel molar: Considera a dos o más elementos componentes de las habilidades sociales y a sus interacciones a la hora de configurar la capacidad de actuar con efectividad en una clase de situaciones; sus evaluaciones suelen ser generales y subjetivas, empleándose típicamente escalas sobre el impacto del comportamiento del sujeto en los demás.
 - c) Nivel intermedio: Se centra en la interacción de los juicios globales y de las medidas moleculares, así como en la relevancia social de ciertas respuestas o patrones de conducta y en la especificidad metodológica de su evaluación, es por todo ello, que se postula como la mejor opción en el estudio de las habilidades sociales y su evaluación (Gil et al., 1995).

4.2.3 Supuestos del enfoque de habilidades sociales

El enfoque de habilidades sociales se fundamenta en una serie de supuestos, basados en un conjunto de principios y conocimientos, establecidos y desarrollados en distintas disciplinas científicas. Entre las principales contribuciones se incluyen:

1. Los principios del aprendizaje, específicamente, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977, 1986). En este modelo, se hace hincapié en el hecho de que todo individuo adquiere información importante, a través del aprendizaje observacional y es mediante este proceso, como se presenta la posibilidad de la organización conductual mediante la integración y el procesamiento de la información; en este modelo, el observador construye selectivamente su realidad y este proceso es eminentemente cognoscitivo. Por otra parte, se considera a los constructos personales y las estrategias de codificación, como variables cognitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención e interpretación de la situación social. Es en función de estas variables, que el sujeto reacciona diferencialmente a las condiciones externas e integra la información a los esquemas existentes, mismos que guiarán la conducta futura. Además, se recalca la importancia de la variable expectativa, la cual determina la selección de conductas de la persona de entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada; en general, las expectativas se forman sobre las consecuencias posibles de las conductas potenciales. Un cuarto aspecto que destaca en este

modelo, es el de los valores subjetivos de la persona. La emisión de su conducta, puede depender grandemente del juicio valorativo que individuo haga sobre el producto de esta, lo cual lleva a prestar particular atención a sus preferencias. Finalmente, se advierte la existencia de un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento con crítica o aprobación (Mischel, 1973).

2. Las contribuciones de la Psicología Social, no solo por tratarse de un concepto estrechamente vinculado a la interacción social, sino también porque facilita conocimientos de gran utilidad sobre procesos psicosociales implicados, como los son la percepción social, atracción interpersonal, comunicación no verbal, desempeño de roles, aportando de igual manera, marcos teóricos de indudable utilidad. Desde esta perspectiva psicosocial, como señala Blanco (1981), “el aprendizaje de las habilidades sociales es inseparable de los mecanismos de aprendizaje social y está sujeto a sus mismas contingencias”.
3. La Terapia de la Conducta, que proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social, un conjunto de técnicas con eficacia probada, y un conocido rigor metodológico (que se traduce en un compromiso con la descripción del tratamiento en términos operativos, la evaluación empírica del mismo y de las técnicas que lo componen, lo que permite ser replicado y la evaluación de sus efectos a través de modalidades de múltiples respuestas, con especial atención a las conductas manifiestas susceptibles de ser descritas con precisión, de ser evaluadas y entrenadas).

4.3 Teoría del Aprendizaje Social

En éste apartado se presenta una exhaustiva revisión de esta teoría, ya que se consideró es la que brinda una mayor aportación y mejor describe el enfoque que sustenta el programa propuesto para evaluación, y del cual se deriva la explicación del modelo de adquisición de las habilidades sociales.

Genéricamente bajo esta denominación, se encuentran aquellas tentativas de explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje. El primer esfuerzo sistemático fue el llevado a cabo por Millar y Dollard en 1950; los cuales utilizaron la teoría de Clark Hull para clarificar el desarrollo de la conducta humana normal y patológica, concediendo atención a la imitación como factor socializador. Posteriormente, Bandura y Walters en 1978, resaltan la importancia de la imitación como unidad de análisis del comportamiento. Bandura sostiene que el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes y ambientales. Para este autor, la imitación tiene lugar sin ningún incentivo o refuerzo selectivo de conductas fortuitas, demostrando que el aprendizaje observacional o por imitación de un modelo, se produce aún cuando la acción de este último es castigada. Cabe resaltar que Bandura distingue el aprendizaje observacional de la imitación, porque considera que el ser humano no se limita a imitar, a la manera de los monos, la conducta ajena, sino que por el contrario, se extraen reglas generales acerca de un modo de actuar sobre el ambiente, y se ponen en práctica cuando se supone que con esto se puede obtener el resultado deseado. En este sentido Bandura tuvo muy en cuenta el papel de las expectativas de éxito o fracaso, componentes de su teoría de autoeficacia, es decir, las creencias que un individuo tiene acerca de su posibilidad de actuar eficazmente para alcanzar lo que quiere. Por lo tanto, si bien es verdad que la conducta es controlada en gran medida por factores de origen externo, también es cierto que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas autoimpuestas y consecuencias generadas por ellas mismas (autorreforzamiento) (Caballo, 1993).

4.3.1 Modelo de adquisición de habilidades sociales

Desde esta teoría, las habilidades sociales se entienden como conductas aprendidas; se postula por tanto, que el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión, partiendo de los principios de la Teoría del Aprendizaje. Si somos capaces de especificar la historia del aprendizaje de un individuo, también seremos capaces de comprender su forma de manejar las situaciones, entre las que se encuentran aquellas que requieren respuestas socialmente eficientes. La Teoría del Aprendizaje Social aplicada al desarrollo de habilidades, se basa en los principios del condicionamiento instrumental u operante. El enfoque operante, por su parte, enfatiza la importancia de los antecedentes ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. Asimismo, teóricos como Bandura, Rotter y Mischel, han elaborado principios para referirse a los efectos del aprendizaje vicario (modelado), las expectativas de índole cognitiva, el valor subjetivo del reforzamiento, la especificidad situacional de la conducta y el papel de las conductas cognitivas (tales como autoverbalizaciones y autoinstrucciones) (Caballo, 1993).

Por lo tanto, la conducta es función de la interacción de las presiones externas o situacionales y de los factores personales. Esta estructura de análisis, plantea que la adquisición de las habilidades sociales podría ser el resultado de varios mecanismos de aprendizaje que a continuación se presentan y describen en detalle:

a) Reforzamiento directo

Se refiere al tipo de consecuencia que sigue a una conducta particular, y puede ser positivo (el cual muestra la tendencia a aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta precedente) o bien negativo (el cual muestra la tendencia a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la conducta precedente). Existen una serie de factores que gobiernan la forma en que la historia de reforzamiento personal moldea el desarrollo natural de las habilidades sociales. Por un lado, se tiene el valor subjetivo de los hechos que pueden servir de reforzadores. Un segundo mecanismo que afecta el aprendizaje directo de habilidades sociales, tiene que ver con la especificidad de las circunstancias bajo las cuales se produce el reforzamiento; al respecto, Mischel (1978) destacó que son muy pocas las conductas sociales consistentemente reforzadas a través de todas las situaciones. Consecuentemente, el hecho de que se emita o no un tipo de habilidades a través de diferentes situaciones, puede estar determinado por la historia de reforzamiento del individuo respecto a la conducta en cuestión; en particular, esto resulta significativo cuando las personas afrontan situaciones nuevas para las que no han tenido una experiencia de aprendizaje directa. Así, si un individuo se enfrenta a una situación interpersonal nueva, que percibe y clasifica cognitivamente como similar a otras situaciones pasadas, en la que una determinada respuesta social le resultó efectiva, probablemente se comportará de forma consistente con la conducta que le dio buenos resultados en el pasado y esta forma de generalización de respuesta será adaptativa, en la medida en que esa conducta también tenga éxito en la nueva situación. Por último, la investigación básica sobre contingencias de reforzamiento, ha demostrado que las nuevas conductas se establecen con más eficacia bajo contingencias de reforzamiento consistentes; desafortunadamente, la mayor parte de las habilidades sociales no son reforzadas sobre estas bases cuando empiezan a adquirirse (Caballo, 1993).

b) Experiencia observacional

Otra poderosa fuente de aprendizaje de las habilidades, consiste en la observación de cómo otra persona maneja la situación. Bandura (1977) describió la influencia del aprendizaje observacional o vicario (Modelado) en la conducta social y demostró su efecto a lo largo de un extenso número de

estudios, a partir de los cuales concluyó, que la exposición a un modelo puede conllevar alguno de estos tres efectos: el efecto del modelado, en el que el observador del modelo adquiere una nueva conducta que no emitía previamente; el efecto de la desinhibición, según el cual la exposición al modelo hace que el observador emita con más frecuencia una conducta que ya existía, y por último, el efecto de la inhibición, por el cual el observador, reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes del modelado.

En esta área, se han desarrollado diversos estudios los cuales han investigado las circunstancias bajo las que tiene mas probabilidad de ocurrir el aprendizaje por observación de modelos, así como aquellas que hacen más probable que el observador emita una nueva conducta vista en el modelo. Algunos de los factores que parecen facilitar el aprendizaje observacional son:

1. **Edad del modelo:** Sobretudo en la infancia y adolescencia; los niños tienden a imitar más a un modelo de edad similar o ligeramente superior.
2. **Sexo del modelo:** Con modelos del mismo sexo que el observador, la influencia es mayor que con los del sexo opuesto.
3. **Amabilidad del modelo:** los modelos cálidos y afectuosos, influyen más que los de apariencia fría y distante.
4. **Similitud percibida con el observador:** Si un observador percibe que existe cierta similitud entre ambos, se tendrá un grado de aprendizaje imitativo superior.
5. **Consecuencias observadas de la conducta social del modelo:** Cuando el observador ve que el resultado de la conducta social del modelo es positiva, se incrementa la probabilidad de que llegue a imitar su conducta y viceversa.
6. **La historia de aprendizaje particular del observador respecto de situaciones parecidas a las que observa en el modelo:** Si el observador tiene una historia personal de recompensas por conductas similares a las que ahora emite el modelo, es mas probable que emita la conducta social modelada que si hubiese sido castigado por tales conductas (Caballo, 1993).

c) Retroalimentación interpersonal

Un mecanismo importante para el ajuste y refinamiento de habilidades es la retroalimentación. En contextos sociales, la retroalimentación es la información por medio de la cual, la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta, y puede ser de naturaleza positiva o negativa; en el primer caso, se fortalecerán ciertos aspectos de una conducta social, en el segundo caso, actuará debilitando aspectos particulares de la conducta. En este sentido, la retroalimentación podría ser entendida como reforzamiento social (o su ausencia) administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción. Lo ideal es que este tipo de retroalimentación sea directa y aporte información específica a la persona que se dirige. Para ejercer su máximo efecto, se recomienda asociarla con elementos específicos de la conducta y comunicarse de manera verbal y directa al individuo. Entonces, con la información aportada a través de ésta, el receptor estará mejor capacitado para cambiar y aumentar su influencia sobre los demás.

d) Expectativas cognitivas

Este término se refiere a creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación. De acuerdo con Rotter, las expectativas se desarrollan como resultado de las experiencias en esa situación o en otras similares. Según este teórico, los individuos entrarán en situaciones que requieren habilidades sociales si sucede que la consecuencia potencial de la puesta en práctica de estas habilidades, es suficientemente reforzante y el individuo ha desarrollado por experiencia, la expectativa cognitiva que será capaz de desempeñar las habilidades necesarias para afrontar esa situación de forma efectiva.

Estos principios permiten estructurar el entrenamiento en habilidades sociales, de tal modo que se pueden cumplir las siguientes condiciones:

1. Se pueden identificar las conductas que demanda una situación dada,
2. Se tiene la oportunidad de observarlas y ejecutarlas,
3. Se tienen referencias acerca de lo efectivo o no de la ejecución,
4. Se mantienen los logros alcanzados,
5. Las respuestas aprendidas se hacen habituales en el repertorio de conducta de la persona.

Desde esta perspectiva, la incompetencia social podría ser explicada, entre otras razones por lo siguiente:

- La carencia de conductas adecuadas en el repertorio de comportamiento del sujeto, bien por una socialización deficiente, o por la falta de experiencias sociales pertinentes.
- La inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta, debido a presiones tales como la ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran dicha situación y expectativas negativas respecto a la propia competencia social (Caballo, 1993).

4.3.2 Los principios del Aprendizaje Social

El aprendizaje de competencias sociales en el ambiente natural, viene determinado por factores tales como la historia de reforzamiento y de aprendizaje observacional, la retroalimentación, la cantidad de oportunidades para practicar las recién aprendidas y el desarrollo de expectativas de ejecución positivas. Es por ello que se puede afirmar que los mismos principios de aprendizaje se pueden utilizar para enseñar esas habilidades mediante entrenamiento.

Los principios que resultan cruciales para cualquier entrenamiento de las habilidades sociales son los que a continuación se presentan:

1. Instrucciones y explicación del tratamiento teórico

Al principio de cualquier sesión de entrenamiento en habilidades sociales, es importante explicar al cliente qué habilidad o cual de sus componentes, va a recibir tratamiento y argumentar racionalmente su significación e importancia. Su propósito es garantizar que el cliente comprenda cuales son las metas de ejecución concretas.

2. Exposición a modelos

La exposición del cliente a un modelo que desempeña correctamente las conductas que se trata de entrenar, permite su aprendizaje observacional. Aunque las instrucciones presentadas verbalmente o los ejemplos conductuales ofrecidos por el terapeuta pueden perfilar el objetivo inicial de la sesión, la observación directa del modelo transmite mas claramente la naturaleza de la conducta meta. Los modelos durante la sesión pueden presentarse en vivo o mediante su sistema de grabación. Un ejemplo de modelado en vivo, puede ser el de dos terapeutas que interactúan en un juego de roles. Los modelos filmados deberían desempeñar las habilidades que se pretenden desarrollar en los educandos.

3. Practica manifiesta o ensayo conductual

Toda vez que se introduce al cliente en los repertorios que forman parte de una habilidad y que esta la observa en un modelo, resulta importante que la practique. La práctica en el manejo de interacciones embarazosas, introduce nuevos repertorios en la conducta del cliente, mas allá del simple conocimiento de lo que tendría que hacer. El ensayo dentro de una sesión se propone, además, para aproximar lo más posible la actual situación problemática al ambiente natural. Los procedimientos del ensayo dependerán del tipo de habilidades que se estén entrenando, del tipo de específico de situaciones que le resulta problemático al cliente y de la naturaleza de la intervención (grupala, o individual) ya sea a través del juego de roles, práctica estructurada, semiestructurada o no estructurada y el ensayo informal de verbalización.

4. Reforzamiento y retroalimentación para moldear la práctica conductual

Aunque el ensayo de habilidades sociales es un aspecto necesario del entrenamiento, por si solo no es suficiente para mejorar la ejecución. Si el cliente produce mejores ejecuciones durante los ensayos, puede no ser conciente de cómo mejoró hasta que reciba retroalimentación específica y reforzamiento a lo largo de los ensayos.

5. Generalización de la mejora de habilidades al ambiente natural

A pesar del énfasis sobre los ensayos y la práctica, el propósito último del entrenamiento en habilidades sociales, no es ayudar a los pacientes a manejar mas eficazmente la conducta de otros durante interacciones de práctica en el ámbito de la sesión, sino que el terapeuta pretende establecer un cambio durante esa práctica controlada, para después, y por encima de todo, promover la generalización de las nuevas habilidades del cliente a las situaciones problemáticas que se dan en el ambiente natural, ya que si el cliente manifiesta las habilidades sociales durante los ensayos conductuales, pero no lo consigue en el ambiente natural, la intervención no habrá logrado su objetivo clínico. La generalización de los efectos del entrenamiento por tanto se refieren a la aparición de una respuesta o habilidad recién aprendida bajo condiciones distintas a las del aprendizaje inicial, a través del tiempo, a ambientes diversos o a situaciones interpersonales distintas (Gil et al, 1995).

4.4 Entrenamiento de las habilidades sociales

Debido a la constatación de los excelentes resultados que el procedimiento del entrenamiento en habilidades sociales logra en casi todos los niveles de su aplicación, su implantación ha rebasado la prescripción basada exclusivamente en trastornos de naturaleza ortodoxa y ésta ha sido indicada también para el manejo de un creciente número de otros problemas sociales no menos complejos. Sin embargo, dada la potencialidad del entrenamiento en habilidades sociales, se ha identificado la importancia de prestar mayor atención en procurar la aplicación de esta floreciente tecnología, en escenarios menos convencionales, tales como el hogar, la escuela y la comunidad, con el objeto de optimizar el rendimiento social del individuo sin patología aparente (Roth, 1986).

No obstante, resulta necesario mencionar que, la habilidad social debe ser definida primero operacionalmente tal como la colección de comportamientos y de capacidades específicas, antes de que los programas de promoción de habilidades sociales, puedan ser diseñados y llevados a la ejecución. Las intervenciones previstas para el desarrollo de habilidades sociales son a menudo una combinación de programas de prevención y promoción de problemas de salud, tales como programas de entrenamiento en habilidades de la vida, los cuales procuran reducir los comportamientos del riesgo así como promover el ajuste y el sano desarrollo de niños y adolescentes (Botvin, Baker, Dusenbery y Díaz, 1995).

El entrenamiento en competencias sociales que promueven la conducta adaptativa y la salud mental en los adolescentes, es uno de los avances más significativos en la investigación reciente en prevención primaria. En general, los programas que promueven las competencias sociales, han sido diseñados para promover la efectividad personal e intrapersonal y para prevenir el desarrollo de conductas desadaptativas a través de: 1) La enseñanza a estudiantes a desarrollar las habilidades necesarias, 2) El fortalecimiento de valores y 3) La creación de apoyos ambientales para reforzar la aplicación de habilidades en la vida real (Weissberg, Caplan y Sivo, 1989). A continuación se presenta una revisión de los antecedentes, técnicas y evaluación en el entrenamiento en habilidades sociales.

4.4.1 Antecedentes

El entrenamiento de las habilidades para la vida, parte del supuesto que la efectividad, la felicidad y la satisfacción en la vida pueden lograrse a través del crecimiento personal, que proporcionan la instrucción o el aprendizaje. La posibilidad de modificar el comportamiento, logró en un primer momento la aceptación del entrenamiento de las habilidades sociales, percibidas como un vehículo para rehabilitación de pacientes con trastornos de conducta debidos, presumiblemente, al déficit o inexistencia de habilidades. Posteriormente, dicho entrenamiento fue también apreciado, como una opción para la prevención primaria o secundaria de los problemas asociados con la carencia o falta de práctica de alguna habilidad. De esta manera, el entrenamiento en habilidades sociales dejó de ser de interés exclusivo de educadores y moralistas y se convirtió en el tema central de trabajo de psicólogos, sociólogos, médicos y planificadores sociales (Roth, 1986).

Por otra parte, el movimiento de formación de las habilidades sociales, ha estado estrechamente vinculado con la terapia de la conducta, aunque bajo el argumento del entrenamiento asertivo; por esta razón, no es de extrañarse que aquel que haya adoptado los supuestos, el marco teórico general y algunos de los procedimientos y técnicas más ampliamente utilizadas de ésta, sea en el contexto clínico.

Uno de los supuestos teóricos más reconocidos y que atañe directamente al entrenamiento de las habilidades sociales, señala que los trastornos que se encaran, son adquiridos a través de una interacción dinámica con el ambiente social, y que los déficits deben ser interpretados como el producto o la consecuencia de un incompleto o defectuoso proceso de aprendizaje. Consecuentemente, la superación del problema o eliminación del déficit, deben sobrevenir a partir de la aplicación sistemática de procedimientos que optimicen el aprendizaje de los repertorios inexistentes; esto implica lógicamente la utilización de las técnicas conductuales de adquisición y mantenimiento de repertorios.

El entrenamiento de habilidades sociales ha adoptado entonces, diversos procedimientos para el aprendizaje, mismos que se pusieron a prueba con resultados más o menos aceptables desde hace aproximadamente una década. Algunas de las técnicas más empleadas han sido el modelamiento, el juego de roles, el ensayo conductual y la retroalimentación. Cabe mencionar, que si bien estas técnicas fueron capaces por sí mismas de lograr buenos resultados, existe una tendencia a integrarlas para formar con ellas paquetes de entrenamiento altamente efectivos. Por ejemplo, el aprendizaje estructurado, es un paquete tecnológico desarrollado y estudiado por Goldstein en 1981 y constituye una aproximación de gran efectividad para el entrenamiento de una amplia gama de habilidades (Gil et al, 1995).

4.4.2 Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

A lo largo de la extensa literatura sobre el enfoque de habilidades sociales, se pueden encontrar diversos términos para denominar a los procedimientos de intervención derivados del mismo: Behavioral rehearsal (Lazarus, 1966); Structured learning Therapy (Goldstein, 1973); Behavioral Training (Mc Fall y Twentyman, 1973); Personal Effectiveness (Lieberman et al, 1989); Social Skills Training (Trower et al, 1982); y finalmente, el que resulta en objeto de nuestro estudio: Life Skills Training, o Entrenamiento en Habilidades para la Vida (OMS, 1993). Ahora bien, en la práctica, todos ellos vienen a coincidir en lo básico, los entrenamientos en habilidades sociales “EHS” (siendo esta denominación la más habitual y la que engloba a las anteriores) están integrados por un conjunto de técnicas cuya aplicación se orienta a la adquisición de aquellas habilidades que permiten a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación. En resumen, lo que se pretende es que el sujeto:

- Adquiera y domine los componentes de la habilidad social, y que los exhiba en la secuencia correcta, sin ayuda ni supervisión;
- sea capaz de exhibir las habilidades sociales necesarias, después de analizar las diferentes circunstancias de la situación real y la adecuación de su comportamiento a dicha situación;
- sea capaz de reproducir estas habilidades sociales en forma espontánea (no mecánica) en otros momentos y ambientes diferentes (fundamentalmente en situaciones de la vida real).

Además, estos procedimientos representan una serie de ventajas importantes frente a otros tipos de terapias debido a la simplicidad de las técnicas de entrenamiento, a que no requieren años de formación para convertirse en entrenador; a que los entrenamientos pueden ser adaptados fácilmente a las necesidades de las personas y grupos específicos, así como abordar diferentes problemas en situaciones heterogéneas; la duración del proceso es considerablemente breve y permite obtener resultados casi desde el principio, además de que el procedimiento consta de una estructura clara y pasos perfectamente delimitados y se emplean los mismos principios que son aplicados en contextos naturales para la adquisición de otras habilidades (Gil et al, 1995).

Por lo que respecta a las técnicas de que están compuestos los EHS, éstas se encuentran orientadas a distintos objetivos, los cuales están programados a lo largo de una secuencia de intervención, e incluyen los principios derivados del modelo planteado por la Teoría del aprendizaje Social para la adquisición de las habilidades sociales:

- **Instrucciones:** Informan sobre las conductas adecuadas.
- **Modelado:** Implica hacer demostraciones de las conductas adecuadas.
- **Ensayo conductual:** La práctica de las conductas adecuadas.
- **Retroalimentación y reforzamiento:** Moldeamiento y mantenimiento de las conductas exhibidas por el sujeto.
- **Estrategias y técnicas complementarias:** Facilitar la generalización de las conductas aprendidas (Gil et al, 1995).

4.4.3 Evaluación del entrenamiento en habilidades sociales

Anteriormente se ha destacado que el término de entrenamiento en habilidades sociales, es la descripción general de un método de cambio conductual que puede aplicarse a una gran variedad de habilidades interpersonales. Es necesario por tanto, identificar exactamente que tipo de habilidad se trata de desarrollar en una intervención concreta, para así poder llamar a este producto final, habilidad social objetivo, o habilidad social de la intervención.

Así, para poder evaluar hasta qué punto es o no adecuada una habilidad, se tiene que definir primero la conducta que se busca, así como los elementos conductuales que en conjunto, componen el manejo efectivo del tipo de situaciones en que la población meta, se encuentra en dificultades. Referente a ello, cuando se define una habilidad social por las conductas de que se compone, resulta de suma importancia que los componentes se identifiquen lo mas objetivamente posible. Para resumir, el enfoque de análisis de los componentes para la descripción de las habilidades sociales, enuncia que toda habilidad puede dividirse en las conductas que la componen de manera que la descripción conductal más objetiva, se basa en la especificación de estos elementos, tanto verbales, como no verbales. Al diseñar una intervención, es fundamental que se determine no solamente el tipo de habilidad social a entrenar, sino también sus componentes conductuales. Si cada una de las conductas identificadas como componentes de una habilidad es parte necesaria de la misma, será posible observar si las personas manifiestan o no cada una de ellas durante las interacciones de la fase evaluación. Si el entrenado no muestra los componentes básicos en la interacción de evaluación, tales conductas se identificarán como deficientes y por tanto deberán incrementarse (Caballo, 1993).

Por otra parte, resulta importante destacar que, dos de las funciones esenciales de la evaluación de las habilidades sociales, son la indicación y diseño de la intervención y el control de los resultados de dicha intervención. Cabe mencionar que este control no se centra únicamente en los resultados conseguidos al final de la intervención (postratamiento) sino que abarca todo el proceso terapéutico (evaluación durante el tratamiento) extendiéndose mas allá de su propia finalización (seguimiento). Con el seguimiento, se pretende asegurar que los efectos de la intervención hacia momentos no tratados son estables en el tiempo, pero para hablar de éxito terapéutico, no solo debe haber una expansión de los efectos de la intervención hacia momentos no tratados, sino también hacia respuestas no tratadas. En consecuencia, se debe prestar especial

atención, a la evaluación de la generalización de los efectos terapéuticos a la vida cotidiana, lo que constituye el principal reto que se tiene actualmente en el estudio de las habilidades sociales.

Finalmente, cabe mencionar que la evaluación de las habilidades sociales deben abarcar los diversos factores (cognitivos, emocionales, conductuales y sociales) implicados en la expresión de las conductas socialmente hábiles e inhábiles y tratar de captar como interactuar con ellos (Caballo, 1993).

4.5 Entrenamiento de habilidades para la vida

Como bien se ha explicado en el apartado anterior, existen diversas terminologías empleadas para nombrar a los entrenamientos orientados al desarrollo de las habilidades sociales. La Organización Mundial de la Salud (1993), ha utilizado el término de “Habilidades para la vida” para nombrar a aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud en niños y adolescentes. Definido en forma amplia, un entrenamiento en habilidades para la vida, desarrolla destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria; identificándose tres categorías clave en los programas de habilidades para la vida:

1) Habilidades sociales o interpersonales

Incluyen la comunicación, habilidades para negociar/rechazar, confianza, cooperación y empatía. Las teorías que emergen del desarrollo de la juventud, tales como la auto-eficacia y los factores de riesgo o protectores, han considerado a la habilidad social como una dimensión importante del desarrollo del adolescente asertivo. Una comprensión del desarrollo, del mantenimiento y realce de la habilidad social, es útil en la determinación de cómo ayudar a proteger a adolescentes contra influencias negativas y asistirles en alcanzar su óptimo desarrollo. Las interacciones sociales efectivas, son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, la escuela y el trabajo; por lo que desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, la investigación apoya el desarrollo de habilidades de comunicación, asertividad, rechazo y negociación (Mangrulkar et al, 2001).

2) Habilidades cognitivas

Incluyen la solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación. La habilidad o competencia cognitiva, se refiere a la habilidad de desarrollar y aplicar habilidades cognitivas, utilizando los pasos de solución de problemas y toma de decisiones, entendiendo las perspectivas y las normas conductuales de otros; el autocuidado y el tener una actitud positiva ante la vida (Gillham, 2002). La mayoría de los programas de habilidades para la vida para adolescentes, combinan las habilidades sociales con las habilidades cognitivas clave: la toma de decisiones y la solución de problemas.

3) Habilidades para enfrentar emociones

Incluyen el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal. Las habilidades para enfrentar emociones por medio del aprendizaje del autocontrol y el control del estrés, constituyen una dimensión crítica en la mayoría de los programas de habilidades para la vida. La competencia emocional, es la habilidad para identificar y responder a sentimientos y reacciones emocionales personales y de otras personas. Salovey y Mayer en 1990, identificaron 5 elementos de la competencia emocional incluyendo el autoconocimiento de las emociones, el manejo de las

emociones, la propia motivación, el reconocimiento de las emociones en otros y el manejo de relaciones (Gillham, 2002).

La mayor parte de la investigación en esta área se ha enfocado específicamente en la reducción de la ira y en la solución de conflictos. El control de la ansiedad, es otra habilidad importante de enfrentamiento social, se ha identificado que los niños ansiosos tienden a tener percepciones distorsionadas del grado de amenaza presente en ciertas situaciones y carecen de la autoeficacia o las habilidades efectivas de control para manejar su angustia interior (Greenberg, Domotrovich y Bumbarger, 1999).

Los programas que promueven las competencias emocionales son clasificados como tales, si ayudan a desarrollar habilidades en los adolescentes para identificar sus sentimientos en ellos mismos y en los otros, para manejar sus reacciones emocionales o impulsos, o habilidades para construir estrategias de autocontrol, empatía o tolerancia a la frustración (Gillham, 2002).

Los programas que enseñan habilidades cognitivas, emocionales y sociales, han tenido efectos positivos en diversas esferas tales como la disminución de la agresividad en los adolescentes, disminución de suspensiones y expulsiones en la escuela; disminución del uso de drogas y la delincuencia; práctica de sexo seguro; mejora en las calificaciones en los exámenes académicos y aumento de los lazos positivos con la escuela y la familia. De esta forma, se puede apreciar que los programas de habilidades para la vida han sido dirigidos a múltiples conductas, ejerciendo influencia positiva en ellas (Hawkins et al., 1992).

Finalmente, se ha demostrado que los programas que desarrollan éstas tres habilidades en forma efectiva en la adolescencia, pueden ejercer una poderosa influencia en el desarrollo de los adolescentes ofreciéndoles las aptitudes necesarias para su crecimiento. Sin embargo, resulta importante destacar que la adquisición de habilidades en sí misma, no es suficiente ya que debe combinarse con un contenido informativo que aborde las labores sociales y de desarrollo importantes en ésta etapa de la vida. Además, el desarrollo de éstas habilidades debe estar estrechamente relacionado a una pedagogía de aprendizaje activo, por medio de métodos de enseñanza participativos tales como actuación, debates, análisis de situaciones y solución de problemas en forma individual (Mangrulkar et al, 2001).

4.6 Programas de habilidades para la vida en la promoción de la salud

Así, se ha revisado que las habilidades para la vida influyen en múltiples necesidades de salud y en el desarrollo de los niños y adolescentes y que los programas que utilizan este tipo de entrenamiento, promueven habilidades específicas que tienen un impacto positivo en su salud. A continuación se presenta una revisión de estos programas.

4.6.1 Panorama internacional

La enseñanza de las habilidades para la vida, aparece en una gran variedad de programas educativos: en los programas prevención de embarazo adolescente (UNICEF, 2005; UNESCO, 2004); prevención de conductas sexuales de alto riesgo (Kirby, Short y Collins, 1995; Schinke, Bythe y Gilchrest, 1981) y para prevención del rechazo de los pares (Mize y Ladd, 1990).

También existe evidencia de que los programas de habilidades para la vida, pueden retrasar el uso de drogas o inhibir el movimiento hacia el uso de drogas más fuertes; un ejemplo de esto es el programa desarrollado por Botvin (1995) para la prevención de uso de drogas, llamado Life Skills Training Program (LST), el cual es un programa implementado en escuelas de Estados

Unidos, conformado por 30 sesiones impartidas a lo largo de tres años, siendo uno de los pocos programas que ha sido evaluado en numerosos estudios. Su objetivo principal, es prevenir el uso de alcohol y tabaco así como de drogas ilícitas mediante el desarrollo de habilidades para la vida, las cuales han sido consideradas como variables mediadoras: asertividad, autoestima, autoeficacia, ansiedad social y locus de control. Las metas principales del LST, son enseñar información relacionada con la prevención de uso de drogas, promover las normas antidrogas, enseñar habilidades de rechazo de drogas, y fortalecer el desarrollo de habilidades de autocontrol y de habilidades sociales en general en los estudiantes.

Este programa tiene tres componentes principales:

1. Desarrollo de habilidades de resistencia a la presión del grupo de pares y el medio para el consumo de drogas.
2. Desarrollo de habilidades personales de autocontrol, que involucra un examen de su autoimagen y autoconfianza y su efecto en la conducta.
3. Desarrollo de habilidades sociales generales, para enfrentar la vergüenza, comunicarse efectivamente, utilizar comunicación verbal y no verbal efectiva.

El programa trabaja influenciando el conocimiento relacionado con el uso de drogas, las actitudes y normas en el contexto de la enseñanza interactiva y los métodos de aprendizaje. Los resultados del programa han demostrado una reducción en la prevalencia del uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas hasta en un 87% así como un incremento en la autoestima de los estudiantes.

Otro ejemplo de este tipo de programas para prevención de uso de drogas en adolescentes, es el proyecto ALERT, el cual ha demostrado producir un impacto positivo en el uso de tabaco y marihuana, siendo uno de los dos mejores programas prácticos al considerar su costo-efectividad, como programa escolar en educación sobre drogas. Uno de los objetivos principales de este programa es fortalecer la autoeficacia: los adolescentes tienen la creencia de que es capaz de resistir la presión para consumir drogas, así que el programa fortalece a través de la práctica, el reforzamiento y modelamiento. No obstante, cabe resaltar que no existen reportes que hablen acerca de su evaluación o efectividad (Coggans et al, 2003).

Por lo que se refiere a los programas que se han desarrollado en el área de salud sexual del adolescente, se encuentra un estudio que evaluó la reducción de riesgo de contagio de SIDA, mediante un programa de entrenamiento en habilidades para la vida diseñado para adolescentes entre 12 y 16 años, llamado ARREST y cuya duración fue de 90 horas. Los resultados mostraron que los adolescentes que participaron en el programa, tuvieron cambios significativos en el conocimiento y actitudes negativas hacia el SIDA, percepción de riesgo así como un conocimiento adecuado acerca de su forma de contagio. Además, se identificó un aumento significativo en las habilidades conductuales para negociar la prevención y reducir el riesgo de contagio, así como para resistir la presión de los pares relacionada con conductas de sexuales de riesgo (Kipke, Boyer y Hein, 1993).

Por otra parte, un proyecto de prevención de SIDA en adolescentes, cuyo objetivo fue determinar el efecto a largo plazo de un programa de prevención de VIH en escuelas secundarias de Estados Unidos y cuyo contenido involucraba el desarrollo de habilidades de toma de decisiones, autoestima así como la instrumentación de habilidades en actividades relacionadas a la sexualidad, el contagio de ITS/SIDA y embarazo no planeado; demostró que la intervención tuvo un efecto positivo a largo plazo, particularmente para los adolescentes que se encontraban en un rango de menor riesgo (no haber iniciado su actividad sexual) al momento del inicio del programa (Newman, DuRant, Ashworth, y Gaillard, 1993).

Asimismo, un programa llamado “Becoming a Responsible Teen” para adolescentes afroamericanos, implementado en la ciudad de Mississippi; y cuyo objetivo era reducir el riesgo de contagio de SIDA mediante el desarrollo de habilidades de comunicación y autoeficacia y fundamentado en la Teoría del Aprendizaje Social, demostró que los participantes reportaron un mayor uso de condón y una menor frecuencia de actividad sexual sin protección que aquellos adolescentes que conformaron el grupo control (St. Lawrence et al., 1995).

Otro estudio que evaluó los efectos de un programa escolar llama “Safer Choices” para la prevención de embarazo no planeado y contagio de ITS/SIDA mediante el desarrollo de habilidades para la vida en 20 escuelas secundarias urbanas de Estados Unidos; demostró que después de 31 meses de la línea base, los estudiantes entrenados en el programa reportaron haber tenido relaciones sexuales sin protección con pocas parejas. El programa afectó de manera positiva las variables psicosociales y la de las escuelas hacia la prevención del embarazo no deseado y el contagio de ITS. Finalmente, el programa no influyó la prevalencia de la actividad sexual en los adolescentes (Basen-Engquist, 2001).

Finalmente, cabe destacar que el análisis de las intervenciones en escuelas secundarias de Estados Unidos, identificaron a los programas desarrollados en habilidades para la vida, como efectivos en la modificación de conducta de los adolescentes. En estos programas, se hizo énfasis en la adquisición de habilidades en los adolescentes para producir los cambios conductuales deseados. Las estrategias de estos programas permitieron a los adolescentes obtener la nueva información y el conocimiento así como practicar habilidades específicas (toma de decisiones, tolerancia a la frustración, control de impulsos, asertividad y resistencia a la presión de pares). Todos los programas en habilidades para la vida, evidenciaron cambios significativos en los adolescentes con y sin problemas de conducta. Las intervenciones promovieron la salud personal, así como un adecuado manejo de actitudes y conocimientos, mayor asertividad, sociabilidad, solución de problemas y mayor tolerancia a la frustración, además de un aumento en la aceptación de normas sociales relacionado con la prevención del abuso de sustancias y una mayor capacidad para manejar las reacciones conductuales en lo social y las situaciones emocionales, así como un mayor nivel de autoeficacia mediante la solución de problemas y un aumento en la empatía (Gillham, 2002).

4.6.2 Panorama nacional

Por lo que respecta a México, se han desarrollado esfuerzos en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer a los adolescentes servicios de salud sexual; el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) trabaja desde 1978 en el área de salud sexual y reproductiva; contemporánea con la anterior, se encuentra la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), con una amplia trayectoria en el ámbito de la planificación familiar y posteriormente, en los tópicos de sexualidad y salud reproductiva; el Instituto Mexicano del Seguro Social trabaja un programa coordinado para adolescentes, que inició en 1985 con el concepto de fomento a la salud. De este programa se han derivado los Módulos de Atención a la Salud de Adolescentes, en Jalisco, en 1990, y la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, en la misma entidad, en 1993. La Secretaría de Educación Pública, ha puesto en marcha diversas estrategias para la impartición de educación sexual en la escuela básica y secundaria, pero circunscrita a temas relacionados con sexualidad y no al desarrollo de habilidades que permitan a los niños y adolescentes enfrentar, de manera adecuada, las problemáticas relacionadas con el ejercicio de su sexualidad (Preciado, 2003).

Sin embargo, resulta importante mencionar que en general, los programas revisados en el ámbito nacional no reportan resultados de sus evaluaciones ni el impacto o alcance de los mismos y

en muchos casos, ni siquiera se menciona que se haya llevado a cabo una evaluación o bien que ésto sea necesario o pertinente para mejorar o implementar nuevas estrategias que fortalezcan y ayuden a cumplir con los objetivos para los cuales fueron diseñados.

No obstante, cabe mencionar que el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP) desde hace más de veinte años, ha desarrollado investigación aplicada en el área de salud sexual y reproductiva en adolescentes; dando como resultado la creación de un programa de educación sexual y habilidades para la vida llamado “Planeando tu Vida”, el cual ha tenido éxito en la evaluación de sus resultados (Pick, Givaudan y Cohen, 1994). La evaluación de la evaluación de éste programa es el objetivo principal de ésta tesis doctoral; por ello se revisará ampliamente su creación, desarrollo y evaluación del programa en el siguiente apartado.

4.6.3 Planeando tu Vida

4.6.4 Creación del programa Planeando tu Vida

En 1986, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), empezó a desarrollar un curso comprensivo de educación sexual para adolescentes mexicanos. El objetivo principal era identificar la conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes y después diseñar un programa basado en los hallazgos del estudio que pudiera cubrir las necesidades de los adolescentes de manera efectiva.

El primer paso en el proyecto original, fue determinar el nivel de conocimiento general que tenían los adolescentes acerca de la sexualidad así como identificar los factores psicológicos y sociales que determinaban su conducta social y anticonceptiva, para lo cual se llevó a cabo un estudio diagnóstico con 865 adolescentes mujeres con un rango de edad de 12 a 19 años. En el estudio se identificaron los factores asociados a la abstinencia sexual, a la práctica de la anticoncepción y a la evitación del embarazo. Por otra parte, se incorporaron los resultados de las entrevistas efectuadas en dos hospitales públicos de la Ciudad de México con 365 adolescentes que reportaban haber tenido embarazos no planeados. La hipótesis de IMIFAP era que si se tenía un mayor acceso a educación sexual, las adolescentes retrasarían su debut sexual y que al utilizar métodos anticonceptivos, la probabilidad de que se embarazaran sería más baja.

El estudio comparó a los siguientes grupos: Mujeres que habían iniciado su vida sexual contra mujeres que no la habían iniciado; mujeres con vida sexual activa que nunca habían utilizado métodos anticonceptivos contra mujeres con vida sexual activa que si habían utilizado métodos anticonceptivos; adolescentes mujeres en el último trimestre de un embarazo no planeado contra adolescentes mujeres con vida sexual activa que nunca habían estado embarazadas; cabe mencionar, que todas las mujeres pertenecían a un nivel socioeconómico bajo o medio bajo de México.

El estudio duró 18 meses e incluyó seguimientos a los seis y doce meses después de la línea base. El instrumento de evaluación consistió en reactivos previamente validados para adolescentes mexicanos en áreas tales como control, obediencia y habilidad de planeación. Como parte del estudio, un grupo de adolescentes recibió un curso tradicional de educación sexual, mientras que otro grupo recibió un curso de educación sexual que hacía énfasis en ejercicios participativos (juegos y dramatizaciones). Los contenidos de ambos cursos incluían anatomía y fisiología del sistema reproductor humano, la menstruación, métodos anticonceptivos (incluyendo la abstinencia) así como los lugares en los cuales obtener información acerca de éstos métodos; aspectos físicos y fisiológicos de la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y su prevención. El curso no tradicional también incluyó aspectos de autocontrol, entrenamiento asertivo, habilidad para elegir los valores personales, reforzamiento de toma de decisiones y de metas futuras. Las técnicas de

enseñanza empleadas en el curso enfatizaron la participación de los adolescentes mediante ejercicios grupales e individuales diseñados para traducir los temas del curso en acción. Además, los estudiantes debían de efectuar “tarea activa” para desarrollar nuevas habilidades e incorporar los temas del curso en sus estilos de vida (Pick de Weiss, Givaudan y Cohen, 1994).

Los resultados del estudio revelaron que el acceso a la educación sexual tradicional no tenía efecto en la probabilidad de que el adolescente tuviera relaciones sexuales, utilizara métodos anticonceptivos o evitara un embarazo; tampoco tenía efecto en la edad en la que los adolescentes iniciaban su vida sexual. En cambio, los adolescentes que tomaron el curso no tradicional mostraron un aumento en el uso de métodos anticonceptivos. Con base en estos hallazgos, los autores concluyeron que la mera adquisición de conocimiento concerniente a la sexualidad y anticoncepción no era suficiente para prevenir la actividad sexual en edades tempranas, ni el uso de métodos anticonceptivos cuando ya habían iniciado su vida sexual. En contraste, el estudio mostró que ciertas variables tenían un impacto positivo en el retraso de la iniciación sexual y en la conducta anticonceptiva; las variables identificadas son las siguientes:

- Comunicación adecuada y frecuente con la madre acerca de problemas personales de los adolescentes en general y relacionado a sexo y anticoncepción en particular.
- La percepción del adolescente de su relación con ambos padres.
- Actitudes conservadoras con respecto al sexo premarital (identificadas en el grupo que no había tenido relaciones sexuales).
- Actitudes favorables hacia el uso de métodos anticonceptivos.
- Mala opinión acerca de tener un bebé en la adolescencia.
- Percepción de acceso a métodos anticonceptivos (mostrada en el grupo que los utilizaba).
- Percepción de la pareja como conservadora con respecto al sexo y la anticoncepción.
- Aspectos de personalidad tales como elevadas aspiraciones escolares, habilidad para tomar decisiones propias, el sentimiento de tener control sobre eventos en la vida, la habilidad para decir “sí” o “no” de manera firme y la autoestima.

Con base en estos hallazgos, IMIFAP concluyó que la educación sexual debería ser redefinida, enfatizando aspectos de la familia, pareja, comunicación con los pares, clarificación de valores, asertividad, toma de decisiones y redes de apoyo en los adolescentes. Además, estaba claro que para que la educación sexual fuese efectiva, se tenía que incluir a los hombres; por lo que a partir de este estudio, IMIFAP diseñó un curso comprensivo en educación sexual y desarrollo del adolescente que proporcionara los elementos necesarios para tomar decisiones informadas acerca de sexualidad, reproducción y otras decisiones importantes en la vida (Pick de Weiss et al., 1994).

La primera versión del curso Planeando tu Vida incluyó los siguientes temas:

1. Aspectos biológicos de la reproducción humana
2. Alternativas para el ejercicio de la sexualidad

3. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
4. Embarazo y sus consecuencias
5. Anticoncepción
6. Manipulación de afectos y comunicación no verbal
7. Valores
8. Autoestima
9. Autocontrol y toma de decisiones
10. Expectativas futuras

4.6.5 Evaluación del Programa Planeando tu Vida

La segunda fase de la investigación fue la evaluación de la primera versión de “Planeando tu Vida” la cual se llevó a cabo en dos lugares: en las clínicas de Planificación Familiar de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y en escuelas secundarias de la Ciudad de México (Pick de Weiss y Hernández, 1991).

En la primera etapa, fueron comparados dos grupos: el grupo control, conformado por 81 adolescentes los cuales recibieron un curso tradicional en educación sexual y el grupo experimental, con 117 adolescentes quienes tomaron Planeando tu Vida. Los cursos fueron dados por ocho educadores sexuales y la evaluación fue implementada por seis entrevistadores entrenados. En esta segunda etapa, para poder evaluar el efecto del curso en la percepción de acceso y uso de anticonceptivos de los adolescentes, los estudiantes fueron divididos en tres grupos: un grupo control (no recibió el curso), un grupo que recibió un curso de educación sexual tradicional y por último, un grupo que recibió Planeando tu Vida. Los cursos se impartieron dos veces por semana en seis escuelas secundarias con un total de 491 adolescentes: 133 (27.1%) en el grupo tradicional, 159 (32.4%) en el grupo de Planeando tu Vida y 199 (40.5%) en el grupo control. Las variables dependientes medidas en la evaluación incluyeron conocimientos acerca de sexualidad y anticoncepción, calidad de la relación y comunicación con los padres y características de personalidad. La primera evaluación reveló los siguientes resultados:

- No existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad de debut sexual en los siguientes ocho meses de seguimiento después del curso, en los tres grupos.
- El grupo que recibió el curso de Planeando tu Vida mostró un aumento significativo en el conocimiento sobre donde obtener y como utilizar los métodos anticonceptivos.
- El curso Planeando tu Vida ayudó a clarificar los mitos y los aspectos sobre sexo, embarazo y anticoncepción pobremente entendidos.

Después de esta primera evaluación, el curso fue revisado nuevamente, mejorando los contenidos, los ejercicios y la duración del curso; cabe mencionar que en este momento, el libro del curso “Planeando tu Vida” fue publicado (Pick de Weiss y Hernández, 1991). Para la segunda evaluación del curso, IMIFAP llevó a cabo un estudio con 1,637 adolescentes de escuelas

secundarias públicas en México, utilizando un grupo control que no recibió el curso y un grupo experimental que recibió Planeando tu Vida. Se dieron en total 59 grupos con un promedio de 20 estudiantes por clase. Se evaluó el conocimiento de los estudiantes acerca de sexualidad y reproducción antes del curso, a su término y a los seis meses.

Los resultados de la evaluación mostraron que más del 90% de los adolescentes en ambos grupos sabían como se embaraza una mujer, que existen métodos anticonceptivos que pueden prevenir el embarazo, pero solo el 40% de las mujeres y el 25% de los hombres pudo explicar como funcionaba un método específico. Los métodos anticonceptivos más mencionados fueron el condón (31% de los hombres y 20% de las mujeres), el DIU (8% de los hombres y 4% de las mujeres) y los espermaticidas (7% en ambos sexos).

En el seguimiento a los 8 meses, los estudiantes que habían participado en Planeando tu Vida, mostraron un aumento en el nivel de conocimiento sobre reproducción y anticoncepción, pero no influyó en su iniciación sexual. Los adolescentes, especialmente los hombres que tomaron el curso antes de haber tenido su debut sexual, mostraron una mayor tendencia a utilizar métodos anticonceptivos (al ser comparados con el grupo control).

4.6.6 Implementación del Programa Planeando tu Vida

Después de las primeras evaluaciones del programa, y en colaboración con la SEP, SEDUE y CONAPO, se desarrolló un programa para impartir educación sexual y para la vida basado en el curso Planeando tu Vida, que se llamó “Adolescencia y Desarrollo”. Se capacitaron a 114 maestros para implementar el curso en 111 escuelas secundarias en México, antes y después del curso, se aplicaron 2,000 cuestionarios a los estudiantes participantes. Los profesores mostraron un aumento significativo en el conocimiento de embarazo, adolescencia, pubertad, sexualidad, autoestima y asertividad (Pick de Weiss et al., 1994).

En estudios posteriores, se mostró un incremento en las habilidades para el desarrollo de la autoestima y autoeficacia y se encontró que si poseían la información antes de haber iniciado su vida sexual, la probabilidad del uso de métodos anticonceptivos aumentaba. Por otra parte, se descubrió que los determinantes del sexo desprotegido eran asimismo predictores del consumo de sustancias psicoactivas (Pick de Weiss y Hernández, 1991). A partir de entonces, se han desarrollado cursos de formación y materiales educativos los cuales se han incorporado al sistema educativo en México, además de ser difundidos en América Latina, Estados Unidos y Grecia.

4.7 Identificación de variables para la conducta sexual protegida

Como se observó en la revisión de los programas de educación sexual internacional y nacional, resulta necesario proporcionar información clara y específica sobre temas sexualidad, embarazo, ITS y anticoncepción, como medio para prevenir embarazos no planeados y contagio de ITS en adolescentes. Asimismo, se identificó la necesidad de favorecer la adquisición de habilidades específicas para lograr la conducta meta en adolescentes. A éste respecto, la literatura reporta a la habilidad de toma de decisiones y la habilidad de comunicación asertiva con la pareja, como potentes predictores de conducta sexual protegida (Basen Engquist, 2001; Kipke et al., 1993; Kirby et al., 1995; St Lawrence et al., 1995; Newman et al., 1993). Es por ello, que en el siguiente apartado se presenta una descripción de ambas habilidades, sus antecedentes, concepto y componentes fundamentales, así como su relación con la conducta sexual protegida en los adolescentes.

4.7.1 Toma de decisiones

4.7.2 Antecedentes

Haciendo un análisis de los diversos significados que asume la decisión o la toma de decisiones, se encontró que etimológicamente decidir viene del griego *decidere* que significa cortar, resolver. Literalmente, decidir significa desprender, o en su contenido práctico, llegar a una conclusión.

La decisión puede entenderse como selección pero no elección frente a una previsión perfecta, no elección frente a una completa ignorancia, la decisión es la elección afrontando una incertidumbre limitada. En cada momento, hay una multitud de posibles alternativas de acción, a cualquiera de las cuales, puede el individuo adaptar algún proceso; el número de alternativas se va reduciendo hasta que surge aquella que ha de llevarse a cabo. La toma de decisiones es la selección de un curso de acción, entre varias alternativas, siendo el núcleo, la planeación.

En un principio, el estudio de la toma de decisiones se originó principalmente de los trabajos de la teoría estadística clásica que propiciaron el desarrollo de diversas hipótesis, que aunque son poco conocidas por los psicólogos, proporcionan un conocimiento importante sobre los procesos de toma de decisiones en general y ofrecen elementos para una mejor comprensión de los elementos de la toma de decisiones; es por ello, que a continuación, se presenta una breve revisión de estas teorías (Olvera, 1990).

a) Teoría de la decisión

La teoría de la decisión estudia cómo las personas eligen entre opciones disponibles, tratando de hacer una descripción ordenada de las variables que influyen en las elecciones, indicando las pautas a seguir ante un problema de decisión. Algunos autores abordaron la exploración de las decisiones intentando predecir cual alternativa elegirán los sujetos de un conjunto de posibilidades, mientras que otras investigaciones consideran la teoría de la decisión útil para explicar el proceso racional empleado en la toma de decisiones.

b) Teoría de la utilidad y preferencias

Esta teoría asume que los individuos toman decisiones para maximizar algo y que quien decide es racional, lo cual implica que es capaz de clasificar y ordenar preferencias entre las alternativas, además de que está totalmente informado de los cursos de acciones disponibles y el resultado de ellos.

c) Teoría estadística

La teoría de la utilidad fue refinada matemáticamente haciendo uso de conceptos estadísticos principalmente sobre las probabilidades que proporcionan los medios para describir una situación de elección determinada, desarrollando un conjunto de modelos matemáticos basados en el supuesto de que un gran número de eventos anteriores pueden ser utilizados para predecir los eventos futuros.

d) Decisiones en condiciones de certidumbre, riesgo e incertidumbre

En condiciones de certidumbre, se toman decisiones conociendo con absoluta certeza los resultados correspondientes a cada una de las estrategias de acción posibles, de manera que cada alternativa

conduce invariablemente a un resultado específico; en condiciones de riesgo, se pueden identificar todos los resultados evaluados como satisfactorios, a los cuales se les pueden asignar varias probabilidades de ocurrencia, por medio de la frecuencia con que la situación ocurrió en el pasado, o bien a través de criterios personales y subjetivos. Las condiciones de incertidumbre, se presentan cuando no se pueden estimar las probabilidades de ocurrencia de los resultados relacionados con cada alternativa disponible, a causa de que no se tienen antecedentes y tampoco se pueden enumerar las consecuencias específicas de cada curso de acción (Gutiérrez, 1998).

e) Teoría tradicional

Varios científicos en el estudio de las decisiones, principalmente administradores, que aplican la teoría de toma de decisiones a situaciones gerenciales, se enfocaron en el proceso de decisión, desarrollando una teoría llamada tradicional o clásica, que asumen que los supuestos básicos de la toma de decisiones se dan a través de una secuencia de pasos que conducen a una elección o solución del problema; las etapas pueden resumirse en las siguientes:

1. **Planteamiento del problema:** Se refiere a conocer que existe un problema para el cual será necesario tomar una decisión, siendo fundamental un análisis de la situación, aclarado y ordenado por prioridad de las metas.
2. **Desarrollo de alternativas:** Se generan las alternativas más adecuadas para resolver el problema.
3. **Evaluación de las alternativas:** Se analizan de manera sistemática y objetiva las opciones, comparándolas con los propósitos preestablecidos para determinar cual cumple más satisfactoriamente los objetivos; también implica alguna predicción de las consecuencias de la decisión, para lo cual es indispensable contar con la información que indique los probables resultados.
4. **Elección de la alternativa:** Se selecciona la alternativa mas conveniente, siendo aquella que mejor satisfaga los requerimientos y cuyas probables consecuencias se ajusten mejor a las metas, es decir, se elige la opción que maximice la ganancia.
5. **Implementación de la alternativa elegida:** Poner en marcha el curso de acción elegido.
6. **Retroalimentación:** Dar seguimiento a la opción implementada, probando la efectividad de la elección frente al curso real de los acontecimientos (Gutiérrez, 1998).

Esta teoría menciona que deben existir ciertas condiciones para que se inicie y lleve a cabo el proceso de toma de decisiones. El primer requisito, es que la persona busca lograr algo, es decir, tiene objetivos (que en caso de varios, necesita jerarquizarlos y determinar prioridades) lo que para algunos autores es la maximización de la ganancia o reducción de los costos.

Ante las diversas metas, se tiene que encontrar la manera de lograrlas, encontrándose en un problema de decisión, que se deberá de solucionar al elegir una manera o curso de acción que permita obtener los propósitos establecidos, pero además, es necesario que existan diversos cursos de acción o alternativas factibles para lograr los fines ya que si solo hubiera una opción, no habría necesidad de decidir.

Asimismo, se reconoce que existen factores que afectan el logro de las metas que están fuera del control de la persona (llamados estados de la naturaleza) que influyen en las

consecuencias de la acción. Por lo mismo, también se considera que ante todo problema de decisión, hay un grado de incertidumbre, ya que no se tiene noción clara de los resultados asociados a las acciones. Finalmente, se estima a la información como fundamental en el proceso, la cual debe de ser ordenada y evaluada racionalmente para ayudar a la toma de decisiones.

La teoría tradicional de la decisión, tiene como objetivo que la elección se base en un proceso de decisión y trata de proporcionar las pautas que indiquen que curso de acción tomar ante una situación incierta que requiere de una solución. Asimismo, juzga de gran importancia la actividad de procesamiento de información de la persona que decide para la evaluación de las alternativas y la elaboración de acción y sus posibles consecuencias (Gutiérrez, 1998).

Finalmente, muchas intervenciones preventivas se han enfocado en promover la competencia cognitiva para prevenir el fracaso académico mediante el fortalecimiento del compromiso hacia la escuela, porque un bajo éxito escolar, es un factor de riesgo para muchas conductas negativas en la juventud, incluyendo el abuso de sustancias y la violencia (Tolan & Guerra, 1994).

4.7.3 Toma de decisiones en la adolescencia

La toma de decisiones, es el proceso de elegir que hacer, considerando las posibles consecuencias de diferentes opciones (Beyth-Marom, Fischhoff, Jacobs-Quadrel y Furby, 1991). Las habilidades de razonamiento son utilizadas en el proceso de toma de decisiones y se refieren a capacidades cognitivas específicas, algunas de las cuales incluyen la probabilidad y la capacidad de pensar de formar sistemática o abstracta (Fischhoff, Crowell y Kipke, 1999).

Existen diversos factores influyen en la forma como los adolescentes toma decisiones (Fischhoff et al., 1999); entre los que se cuentan factores cognitivos, psicosociales, psicológicos, sociales y culturales. Los factores cognitivos se refieren a los procesos mentales de razonamiento y percepción, influenciados por el desarrollo de cerebro del adolescente y la adquisición del conocimiento. Los factores sociales y psicológicos, se refieren a aquellas influencias como la familia del adolescente, el grupo de pares, o las características personales (por ejemplo: autoestima y locus de control). Por su parte, algunos factores culturales que influyen en las decisiones de los adolescentes incluyen las creencias religiosas, las condiciones socioeconómicas y las razas (Gordon, 1996).

La toma de decisiones cobra importancia en la adolescencia, porque es en esta etapa cuando las personas generan una mayor autonomía y cuentan con más alternativas que no dependen de los adultos. Sin embargo, las decisiones que los adolescentes toman, pueden afectar de forma dramática no sólo sus propias vidas, si no también la vida de otros (Ganzel, 1999). Algunas de estas elecciones pueden incluir la elección de la carrera, el inicio de la vida sexual, el uso de anticonceptivos, el consumo de alcohol, cigarros u otras drogas, y el involucrarse o no en otras conductas de riesgo (Fischhoff et al., 1999).

4.7.4 Toma de decisiones en la adolescencia para la conducta sexual protegida

La adolescencia es una etapa que involucra una serie de cambios a nivel físico, cognitivo, social y emocional. Durante ésta etapa, existe un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, razonamiento acerca de premisas que no son ciertas y un aumento en la capacidad de razonamiento no probabilístico. Estas habilidades son relevantes para la toma de decisiones. Un aumento en la capacidad de desarrollar el concepto de probabilidad, debería conducir a un

entendimiento más realista de la oportunidad de ocurrencia de diversos resultados. Un aumento en la capacidad de razonamiento sistemático, debería proporcionar a los adolescentes la habilidad de imaginar futuros resultados y transportarlos al presente, debido a la capacidad de evaluar las consecuencias de sus acciones (Fischhoff et al., 1999).

Para evitar las conductas de riesgo frecuentes en ésta etapa de desarrollo, se han desarrollado programas de prevención y tratamiento que tratan de ayudar a los adolescentes a protegerse mediante la habilidad de toma de decisiones efectiva (Fischhoff et al., 1999). La investigación ha demostrado, que el desarrollo de programas para adolescentes, es exitoso en la promoción de conducta positiva y en la prevención de conducta problemática, cuando estos programas enseñan a los adolescentes a tomar decisiones. Los programas que incorporan en sus contenidos la toma de decisiones, han demostrado su efecto en el retraso del debut sexual, en la reducción de la frecuencia de la actividad sexual y en el aumento de conductas sexuales seguras (Catalano, Arthur, Hawkins, Berglund, y Olson, 1998; Jemmott III, Jemmott, y Fong, 1998; St. Lawrence et al., 1995).

Por último, resulta conveniente no perder de vista el papel de las emociones en la toma de decisiones en los adolescentes. Las emociones afectan como piensa y actúa la gente e influyen a la información a la que prestan atención las personas. Cuando los adolescentes experimentan emociones positivas, tiende a subestimar la probabilidad de consecuencias negativas sobre sus acciones; cuando experimenta emociones negativas, tiende a enfocarse en el corto término y pierden visión del panorama general (Fischhoff et al., 1999).

Finalmente, cabe aclarar que se tomó como base la teoría de la toma de decisiones tradicional, para definir conceptual y operacionalmente a la habilidad de toma de decisiones, ya que resulta útil y práctica para lograr los objetivos que perseguía ésta tesis, es decir, para evaluar la toma de decisiones para la conducta sexual protegida en los adolescentes.

4.7.5 Comunicación Asertiva para la conducta sexual protegida

4.7.6 Antecedentes

El concepto de comunicación define al intercambio de mensajes entre dos o más personas, existiendo el emisor, receptor y un código compartido, el cual hace posible que el mensaje sea elaborado e interpretado. La comunicación real es aquella que se da entre iguales, en un diálogo libre sin manipulaciones, en donde cada uno de los participantes procesa la información recibida en función de su personalidad, expresando en la interacción que se presentó, sus propias emociones, valoraciones e impresiones (SURGIR, 1991).

La buena comunicación se compone de varios elementos, el primero de los cuales es comunicar los sentimientos acerca de algo o alguien, lo cual en ocasiones, resulta difícil. El segundo componente de la buena comunicación, es aceptar los sentimientos y respetar el derecho de cualquier persona de expresar sus sentimientos de una manera apropiada; este concepto ha sido ampliamente difundido en los últimos tiempos y se relaciona con la comunicación de manera directa, o también llamada comunicación asertiva, la cual involucra la defensa de los propios derechos de una manera clara y directa respetando asimismo los derechos de los demás (SURGIR, 1991).

Los teóricos de la efectividad personal inician desde la vertiente psicológica-administrativa de Elton Mayo, quien en su escuela humano-relacionista, precisó que el estado de satisfacción

personal de los empleados, garantizaba una mayor productividad en las empresas o fabricas; así surgió Abraham Maslow quien identificó y jerarquizó las necesidades de los individuos a partir de las necesidades básicas, le continuaron las de seguridad, de pertenencia o identidad, de autoestima, de apreciación estética y de logros intelectuales y finalmente las necesidades de autorrealización (SURGIR, 1991).

Carl Rogers, es por su parte, la figura más socorrida de los sustentos de una educación basada en las personas. El modelo asertivo tiene en Rogers la fuerza que permite considerar importantes a quienes se comunican con nosotros, y en debernos hacia las personas para forzar la atención a una comunicación correcta, exacta y respetuosa (Martínez, 1995).

Dionne y Reig Pintado en su Libro Reto al Cambio, en su modelo vivencial para adoptar y asumir el cambio, habla de una parte o componente de su modelo: "La vivencia de la relación humana es interacción e interacción social se entiende como: La influencia entre los individuos dentro de un grupo y de los grupos entre sí, dando esto como resultado cambios en las conductas, actitudes, opiniones, etc (Barrer y Carvajal, 1990).

Así, la asertividad se incluye en la semántica que trata de "La habilidad de relación en un contacto positivo, entendido como el llegar a convivir fácil y cómodamente con los otros, implica abrirse, expresarse y compartir. Es crear espacio en nuestras vidas para encontrarse con los otros, es estar presentes, si no estamos presentes se deterioran poco a poco nuestras relaciones con los demás y nos ponemos en riesgo de perder contacto" (Martínez, 1995).

4.7.7 Asertividad en la adolescencia

Al abordar el tema de la asertividad en la adolescencia, uno se enfrenta a las dificultades cotidianas de los adolescentes. Siempre se les impulsa a defenderse, pero fuera de los métodos agresivos, ellos no saben cómo hacerlo. Los adolescentes deben definir sus necesidades y anhelos y aceptar sus sentimientos a fin de conocerse a si mismos, ya que son los únicos responsables de su conducta y sus sentimientos. Para ello, también deben de saber manejar la presión del grupo y tener la capacidad de decir no frente a estas presiones y al mismo tiempo hacer una toma de decisiones (Martínez, 1995).

La comunicación juega en este contexto, un papel fundamental, ya que la asertividad, sin una buena percepción y sin saber como comunicar, puede llevar a desastres. En este aspecto, la comunicación en los adolescentes, es de real trascendencia, y es por ello que se les debe enseñar como comunicar sus deseos, aspiraciones y sueños para el futuro, así como en áreas muy sensitivas como su sexualidad (Barrer y Carvajal, 1990).

La educación que recibe el adolescente normalmente no lo adiestra para comunicarse positivamente con los demás, por el contrario, aprende a sentirse inseguro, a ocultar, reprimir o tergiversar los mensajes o a convertir la expresión en francas agresiones que humillan o lastiman haciéndolo sentirse culpable después. Por tal motivo, el educar para la sexualidad es de gran importancia, ya que el ser humano es un ser de relaciones que tiene necesidad de expresarse, de amar y ser amado, de interactuar con personas de uno u otro sexo y de procrear en forma libre, conciente y responsable (Martínez, 1995).

Comunicarse de manera asertiva, implica tener la habilidad de transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (Aguilar-Kubli, 1987).

Los componentes de la comunicación asertiva son los siguientes:

- El ser directo, permite ser claro en el mensaje que se quiere dar, sin rodeos, con el contenido exacto pero respetuoso.
- El ser honesto, significa que la palabra, el creer personal y el hacer, tienen un todo congruente, que no se engaña a las personas, quien engaña pierde por tanto la confianza y rompe la comunicación, siendo inasertivo.
- El ser apropiado, implica conocer la oportunidad exacta en que se tiene que intervenir para decir o hacer, manteniendo un derecho o principio asertivo.
- El control emocional implica, que se puede y quiere acertar en gobernar las emociones propias, desde luego, ante la agresión, la respuesta debe ser defender el propio derecho, la decisión de cómo hacerlo hace necesario no dejarse llevar por la reactividad personal.
- El saber decir, involucra la responsabilidad del manejo de las palabras habladas o escritas, el poder que construye o destruye para el beneficio o perjuicio personal.
- El saber escuchar, es relacionarse con empatía con los demás, es un acto generoso de entrega.
- El ser positivo, envuelve en la intencionalidad de cambio hacia la mejora, hace ser receptivo a detectar las oportunidades y a desechar las amenazas sorteándolas, sin estar desgranándolas siempre.
- El lenguaje no verbal descubre la emoción y sentimiento personal que se involucra con la relación, los gestos corporales no mienten, se debe decir todo o bien gobernar las emociones propias o moderar aquello que se dice, para que lo que se diga sea congruente con aquello que se expresa corporalmente.

La conducta asertiva requiere el manejo armonioso de estos elementos con el fin de lograr una comunicación satisfactoriamente permanente. Ser asertivo, significa poner en práctica las habilidades propias respetando los derechos de los demás, significa tener el valor de usar la comunicación (Aguilar-Kubli, 1987).

Otro componente fundamental de la comunicación asertiva, es la capacidad de decir no frente a las presiones externas que lleven a asumir conductas negativas, ya sea de grupo de referencia, pareja, etc.; esto implica poseer cuatro características:

1. Poseer libertad de expresión para expresar lo que se siente, piensa y/o desea.
2. Adquirir destrezas para comunicarse con personas de todos los niveles, amigos, pareja; extraños y familiares. Esta comunicación debe de ser siempre abierta, directa, franca y adecuada.
3. Tener una orientación activa en la vida, es decir, fijarse metas y luchar por ellas.
4. Aceptar los límites, entendiendo que no siempre se gana.

Por otra parte, también resulta importante reconocer que todas las personas tienen derechos y es preciso luchar por ellos; de no ser así, las otras personas definirán el papel que se debe de asumir, con lo cual se dejará de ser uno mismo. Entre los derechos asertivos, los cuales son puntos a sostener y a hacer valer ante la propia persona y ante los demás, Aguilar-Kubli (1987), considera los siguientes:

- A considerar las propias necesidades.
- A cambiar de opinión.
- A expresar ideas y sentimientos.

- A decir no ante una petición, sin sentirse culpable.
- A ser tratado con respeto y dignidad.
- A cometer errores.
- A pedir y dar cuando así se decida.
- A hacer menos de lo que como humano puede hacer.
- A establecer prioridades y tomar decisiones propias.
- A sentirse bien.
- A tener éxito.
- A la privacidad
- A la reciprocidad.
- A no usar los propios derechos.
- A exigir la calidad pactada.
- A ser feliz

4.7.8 Estilos de comportamiento no asertivos

En este apartado, se considera relevante hacer una diferencia entre las características de las personas asertivas de las que no lo son (Aguliar-Kubli, 1987). Diversos estudios sobre personas que se comunican asertivamente, se han identificado las características comunes en ellas:

- Reducen sus ideas para percibir sus propias emociones.
- Plantean solo una idea y no varias al mismo tiempo.
- Dan énfasis o repiten los aspectos que consideran vitales para entenderse con la otra persona.
- Toman en consideración el marco de referencia de las otras personas y hacen un esfuerzo por utilizar un lenguaje y términos claros.

Por lo que, algunas recomendaciones que puede servir para expresión de los sentimientos, son las que se presentan a continuación:

- Mantenerse abierto para percibir las propias emociones.
- Aceptar las propias emociones sin valorarlas como buenas o malas.
- Analizar sus emociones y descubrir porque se producen y como las maneja (el entenderse asimismo, sirve para entender a los demás).
- Comunicar sus emociones a los demás de forma reflexiva y sensata.

En contraparte, las personas que carecen de esta habilidad presentan las siguientes características:

- No tienen muy claro dónde finalizan sus derechos y comienzan los del prójimo, por lo que habitualmente "ceden terreno" y se dejan manipular por los demás.
- No confía en sus propias fuerzas, por lo que generalmente no presentan batalla. Se sienten derrotados antes de luchar y eluden las discusiones, pues en su fuero interno, están convencidos de su fracaso, ya que al no competir nunca, jamás adquiere experiencia combativa.
- Tiende a estancarse en su vida por temor al riesgo que implica un cambio y llegan a acomodarse a las situaciones más incómodas con tal de no exponerse.

4.7.9 Diferencia entre conducta asertiva, agresiva y pasiva.

a) Conducta asertiva

Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables (Aguilar-Kubli, 1987).

b) Conducta pasiva

Trasgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones, se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas.

Después de varias situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de la otra persona es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva (Aguilar-Kubli, 1987).

c) Conducta agresiva

Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones, de una manera inapropiada e impositiva y que trasgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación; puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas.

El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás.

La conducta agresiva puede traer como resultado a corto plazo consecuencias favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contraagresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante. Las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas (Aguilar-Kubli, 1987).

4.8 Entrenamiento asertivo

4.8.1 Antecedentes

El entrenamiento asertivo es sin duda, el tipo de entrenamiento de las habilidades sociales que más atención ha recibido tanto en la literatura de investigación como en la práctica clínica. Históricamente, el entrenamiento asertivo se apuntaló como una solución aceptable de los llamados trastornos de ansiedad, principalmente los de la ansiedad social, es decir de aquella que es producto de la interacción entre personas en situaciones concretas. En general, los estudios que respaldan la efectividad del entrenamiento asertivo son muchos y muy variados, pero los que informan sobre la eliminación del estado de ansiedad, son más reducidos en su número. El que la ansiedad sea considerada como una característica que constituye una especie de común denominador para muchos de los problemas emocionales, típicos de las situaciones interpersonales, hace de la técnica, un procedimiento de gran valor para el desarrollo de la competencia social; su aporte más significativo, es el establecimiento de las condiciones que hagan posible una interacción social mayormente adaptativa (Roth, 1986).

Otro problema relacionado con la incompetencia social es la agresividad. Saranson y Saranson en 1981, enseñaron habilidades cognitivas a un grupo de estudiantes que presentaban altas tasas de ausentismo y delincuencia. Los sujetos que recibieron entrenamiento especial fueron capaces de pensar de modo más adaptativo en situaciones problemáticas, además demostraron una mayor eficiencia para resolver un problema mediante demostración práctica. Después de un año de seguimiento, los autores observaron un aumento en la tasa de puntualidad y en la disminución de ausentismo así como en las consultas por trastornos de conducta social (Roth, 1986).

Rahaim, Lefebvre y Jenkins, (1980) estudiaron el surgimiento del enojo como preludeo a la conducta agresiva y la fluctuación de sus componentes cognitivos y conductuales como resultado del entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados indican que el entrenamiento en habilidades sociales resulta altamente efectivo no sólo en la producción de cambios en el nivel de los componentes conductuales, sino también en el nivel cognitivo.

De manera similar, Wood (1981) examinó el efecto del entrenamiento asertivo y el de los entrenadores sobre el comportamiento poco asertivo y agresivo de 90 adolescentes. Se contrastó un paquete denominado “aprendizaje estructurado”, con una condición en la únicamente se impartían instrucciones y otra que servía como control, en la que no se daba tratamiento. Los resultados

obtenidos señalan logros muy importantes atribuibles al aprendizaje estructurado impartido por maestros en situación clase.

En los programas de prevención de la violencia, se han enseñado con éxito las habilidades específicas que unen las habilidades de toma de perspectiva y empatía con conductas apropiadas. Los jóvenes muestran un mayor desarrollo de las habilidades para identificar y relacionarse con los sentimientos de otra persona, si un modelo de la vida real, muestra empatía en una situación de aflicción (Feshbach, 1982).

Muchos programas de solución de problemas y prevención de la violencia están dirigidos hacia el desarrollo de habilidades sociales y el conocimiento de alternativas a la violencia. El entrenamiento en habilidades sociales se enfoca entonces, en mejorar las habilidades sociales positivas con las cuales se controlan los inevitables desacuerdos sociales y problemas, por lo que, conforme se emplean estas habilidades, se reduce la ira por medio de mejoras en la comunicación y la consecuencias de la ira no controlada por tanto, disminuyen (Deffenbacher, Lynch, Oetting, y Kemper 1996).

Weissberg, Barton, y Shriver (1996) citan la investigación y resultados de programas sociales, los cuales han demostrado tener efectos positivos sobre las habilidades de solución de problemas de los adolescentes, las relaciones sociales con los pares, el ajuste de la escuela, y las reducciones en comportamientos de alto riesgo.

Por otra parte, en el campo de abuso de sustancias, los programas de prevención se han enfocado en el entrenamiento asertivo y en las estrategias de comunicación para el rechazo y la negociación, combinado con la habilidad para la solución de problemas y la toma de decisiones así como con técnicas de relajación (Botvin, Eng y Williams, 1980).

Finalmente, en el área de prevención de conductas sexuales de alto riesgo, las intervenciones han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo para producir cambios en la conducta anticonceptiva de los adolescentes. Además, se ha encontrado que los problemas relacionados con la sexualidad del adolescente (poco uso de anticonceptivos, contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente) están asociados con la falta de habilidades de comunicación, asertividad y solución de problemas (Nanglen y Hansen, 1993).

A recientes fechas, se ha considerado a la asertividad como un tipo específico de competencia interpersonal. Como ya se ha revisado, la asertividad se ha definido como la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones y creencias o sentimientos, de manera eficaz y sin sentirse incómodo. El propósito de la respuesta asertiva es comunicar de forma eficaz la postura personal y ofrecer al antagonista retroalimentación específica sobre como nos gustaría que se comportara en el futuro. Aunque la respuesta asertiva se hace de manera firme, clara y convincente, ni su tono, estilo ni contenido verbal, son hostiles. La asertividad se constituye de dos componentes principales: La aceptación asertiva que es la habilidad para transmitir calidez y expresar cumplidos a los demás, cuando la conducta positiva de estos lo justifica y la oposición asertiva, la cual difiere de las formas de competencia social en cuanto a que no va dirigida principalmente a establecer nuevas relaciones sociales, mas bien sirve para impedir la pérdida de reforzamiento que de lo contrario, se produciría cuando los demás intenten aprovecharse de nosotros. Su objetivo es comunicar tranquilamente los sentimientos e invitar al antagonista a que cambie su conducta.

Un ejemplo de lo anterior es cuando los individuos se enfrentan a situaciones en que otra persona trata de imponer demandas, aprovecharse o ejercer cualquier otro tipo de control poco razonable o que está violando los legítimos derechos. Si el sujeto cede sistemáticamente a esas demandas, cuando preferiría no hacerlo, es probable que desarrolle sentimientos de indefensión, pérdida de control, disminución de la autoestima o depresión. Por el contrario, cuando una persona aprende a comportarse más asertivamente en situaciones conflictivas, pueden producirse una serie de consecuencias positivas, una de las más importantes, es lograr un cambio de conducta en el antagonista, o al menos una discusión para resolver el conflicto. Finalmente, cabe mencionar que muchos trabajos sobre entrenamiento de la oposición asertiva, versaban sobre el tratamiento de estudiantes universitarios socialmente pasivos, mostrando éxito en el cambio de conducta. Los componentes no verbales de la oposición asertiva son: contacto visual, afecto, volumen de voz. Los componentes verbales descritos por Caballo (1993), son los siguientes:

a) Comprensión de lo que el otro dice: el cual consiste en una expresión por parte de la persona, que indique la existencia y naturaleza de una situación conflictiva o que transmita que entiende el punto de vista del antagonista. Es lo que se denomina “expresiones de entendimiento” o “expresión del problema”. El hecho de que un sujeto inicie una respuesta asertiva con una frase que expresa la naturaleza del conflicto o que indica que es conciente del punto de vista del otro, puede suavizar su respuesta de modo que no se perciba como agresiva y transmitir una comprensión empática al antagonista. Es importante hacer notar que una expresión de entendimiento no es una disculpa ni autodescalificación, ni tampoco una excusa de la conducta del antagonista, sino que es un modo de iniciar la respuesta asertiva de manera no hostil y de asegurarse que el otro sabe hacia donde van dirigidas las objeciones de la persona.

b) Desacuerdo verbal: Se refiere a una frase que exprese desacuerdo con la conducta poco razonable del antagonista; es toda verbalización que indique que la conducta de la otra persona es inaceptable e insatisfactoria y que la persona no está dispuesta a tolerarla, por ejemplo: “No estoy dispuesto a hacerlo”, “No puedo aceptar eso”.

c) Petición de cambio de conducta o propuesta de solución: Como el objetivo último de una respuesta de oposición asertiva es producir un cambio en la conducta del antagonista, también es necesario sugerir una línea de acción más aceptable en el futuro, es decir, una propuesta de una alternativa posible (Caballo, 1993).

4.8.2 Evaluación de la asertividad

La evaluación de la asertividad puede ser de dos tipos, ya sea mediante la evaluación conductual de las habilidades asertivas de la persona entrenada, o mediante autoinformes de la asertividad. Puede hacerse como parte de la evaluación pretratamiento, así como posteriormente más avanzada la intervención, a fin de determinar si se producen cambios en las autopercepciones de funcionamiento asertivo del individuo. Un amplio número de intervenciones publicadas en la literatura, indican que un formato óptimo para las sesiones de entrenamiento de la asertividad, deberían de incluir instrucciones referidas al componente conductual, exposición a modelos, ensayo o representación de una situación que requiera asertividad, retroalimentación del terapeuta e información correctiva cuando sea necesario. Finalmente, se considera pertinente cerrar este apartado destacando que las decisiones entendidas como elección de un curso de acción determinado, son importantes porque de ellas depende el éxito de una empresa, de una carrera profesional, el destino de un país y sobretodo, de la vida futura de los jóvenes de hoy. Si los adolescentes, mediante el modelo asertivo saben qué hacer, la toma de decisiones, les dice cómo hacerlo e implementarlo (Caballo, 1993).

4.8.3 Comunicación asertiva en la adolescencia para la conducta sexual protegida

En diversos estudios, se ha identificado que la falta de habilidad para expresar ideas, pensamientos y actitudes, y exigir derechos (sobretudo en el plano de la sexualidad) en los adolescentes, se traducen en conductas no asertivas que conllevan consecuencias negativas sobre su salud. Al respecto, se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes, sobre todo las mujeres, no se atreven a pedirle a su pareja que usen el condón. Esta falta de asertividad para solicitar el uso métodos anticonceptivos incluyendo al condón, puede estar influenciada por diferentes factores, entre ellos, la creencia fuertemente arraigada en los mexicanos, de que el hombre es quien debe iniciar una relación sexual y es él quien debe de usar el condón, asumiendo la mujer un papel pasivo en la relación sexual. También hay quienes han desarrollado una actitud negativa hacia el uso del condón, basados en la creencia que éste disminuye el placer y se pierde ésa espontaneidad de la relación sexual (Fishbein, 1990; Robles, 2004).

Otro factor relacionado con la falta de uso de métodos anticonceptivos, es la falta de expresión de las emociones. En ocasiones, los adolescentes permiten que el temor, la inseguridad o la ansiedad los invada, lo que les provoca una falta de control emocional. En otras, como consecuencia de buscar permanentemente la aprobación de los demás, los adolescentes ocultan sus más genuinas emociones y de éste modo bloquean sus mensajes (Rickert, Sanghvi y Wiemann, 2002).

Por otra parte, es muy común encontrar en la literatura sobre prevención del VIH/SIDA, reportes que indican que los adolescentes no se perciben en riesgo, ya que creen que a ellos nunca les va a pasar nada (sentimiento de invulnerabilidad), y por lo tanto no se preocupan por protegerse (Robles, 2004).

Sin embargo, a pesar de que éstos factores influyen de manera importante en los adolescentes para no usar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, uno de los aspectos fundamentales en los que se debe poner atención, es el tipo de comunicación que se da entre las parejas. Aquellos adolescentes que acostumbran hablar sobre temas sexuales (por ejemplo: sobre las campañas para promover el uso del condón, sobre el problema del SIDA, discusiones críticas sobre el aborto, planificación de embarazos, búsqueda de placer en las relaciones sexuales, el papel del hombre y la mujer en el terreno sexual) es muy probable que tengan la habilidad para solicitar usar el condón en sus relaciones sexuales, pero quienes nunca abordan estos temas sobre sexualidad, pueden encontrarse ante una situación de riesgo muy difícil de resolver, dejándose llevar por las circunstancias emocionales afectivas (Robles, 2004). Entre los componentes de la habilidad de comunicación asertiva que se relacionan de manera directa con la conducta sexual protegida, se cuentan los siguientes:

- 1) Saber escuchar a su pareja.
- 2) Identificar y saber expresar ideas, pensamientos y actitudes negativas.
- 3) Entender las ideas y pensamientos de su pareja.
- 4) Expresar afecto.
- 5) Saber iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad.
- 6) Saber negociar y llegar a un acuerdo cuando exista un conflicto entre la pareja.

Es así, que al hacer evidente que los adolescentes deben poner atención en esta habilidad, y saber cómo es que pueden aprenderla y practicarla en forma efectiva para mejorar su relación de pareja para preservar su estado de salud; se incluye la habilidad de comunicación asertiva como una variable clave para la instrumentación de la conducta sexual protegida.

4.9 Conclusiones

Como se ha revisado en este capítulo, los programas de educación en habilidades para la vida, pueden ser un gran aporte para aportar a los adolescentes la información relevante sobre sexualidad y a desarrollar las habilidades necesarias para posponer o hacer modificaciones en su conducta sexual. De esta forma, aquellos adolescentes que opten por ser sexualmente activos, podrán estar mejor informados para poder prevenir un embarazo no planeado y protegerse del contagio de ITS/SIDA (OMS, 1993).

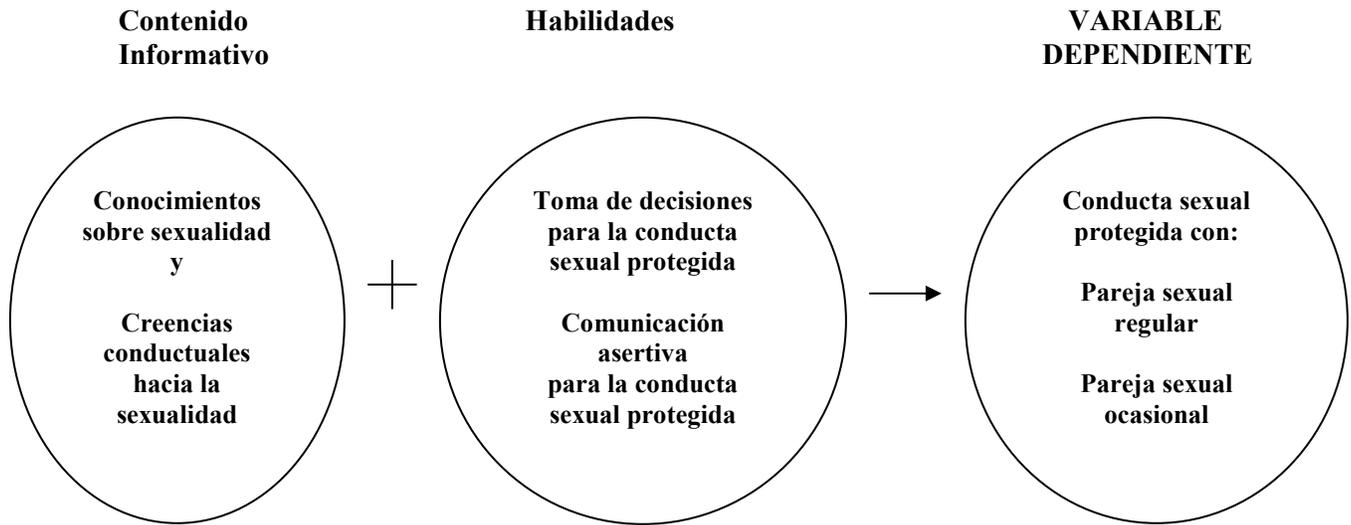
A través de la investigación citada, se puede concluir que las habilidades para la vida son mediadoras de conductas en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas, muestran que el desarrollo de estas habilidades, pueden retrasar el inicio del abuso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo. En resumen, se ha demostrado que un entrenamiento en habilidades para la vida es recomendable, toda vez que incluye componentes esenciales para la promoción y mantenimiento del estado de salud en la niñez y adolescencia (OMS, 1993).

De acuerdo a la evidencia científica antes citada, se identifica que si se desea promover conductas sexuales responsables y libres de riesgo en población adolescente, los programas de educación sexual deben considerar además de incluir un contenido informativo claro y detallado sobre sexualidad, que permita a su vez revertir las creencias negativas asociadas a la sexualidad; el facilitar la adquisición de habilidades específicas relacionadas con la conducta meta: como lo sería en este caso, las habilidades identificadas como precursoras de conducta sexual protegida en adolescentes (OPS, 2001).

Es por lo antes mencionado, que en un intento por presentar un enfoque sistemático para el desarrollo y evaluación de programas de promoción de salud, Pick y colaboradores (2003), proponen un modelo con un marco teórico que considera tres componentes principales: a) el contexto económico, educativo y sociocultural en el cual vive la población meta, b) las demandas situacionales y su efecto sobre las conductas y a largo plazo sobre c) las variables más estables de la persona. Así, para poder lograr cambios en la conducta de los individuos, se plantea que los programas de salud deberán estar dirigidos primordialmente a facilitar las habilidades y conocimientos necesarios para enfrentar cada demanda situacional, así como al contexto inmediato en el cual la conducta tiene lugar.

Dada la importancia de mantener y promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, el objetivo del primer estudio de ésta tesis doctoral, fue probar una parte del modelo propuesto por Pick y colaboradores (2003), que permita predecir la emisión de la conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes mexicanos:

VARIABLES INDEPENDIENTES



El modelo propone que la conducta sexual protegida en adolescentes, se da como consecuencia de la adquisición del conocimiento claro y detallado sobre sexualidad y clarificación de creencias conductuales hacia la sexualidad, y la facilitación de habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja sexual para la conducta sexual protegida; toda vez que se éstas se han identificado como predictoras de conducta sexual protegida en adolescentes (Basen Engquist, 2001; Kipke et al., 1993; Kirby et al., 1995; St Lawrence et al., 1995; Newman et al., 1993). El interés en probar ésta parte del modelo, radica en la importancia que éste otorga a la predicción de conductas; de ésta manera se contribuye a esclarecer los factores relacionados con la conducta sexual protegida. Una vez identificados los predictores de la conducta sexual protegida, estos se incluirían en la adaptación del programa de educación sexual y habilidades, cuyo objetivo es promover conductas sexuales responsables y libres de riesgo; que a su vez ayudaría a prevenir los embarazos no planeados y contagio de ITS/SIDA en los adolescentes.

PARTE 2: INVESTIGACIÓN

5. Metodología

5.1 Objetivo general

El objetivo de esta tesis fue evaluar un programa de educación sexual y habilidades para la conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes mexicanos.

5.2 Preguntas de investigación

1. ¿Los conocimientos sobre sexualidad y las creencias conductuales hacia la sexualidad; la habilidad de toma de decisiones y la habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida, predicen la conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México?
2. ¿Influye un programa de educación sexual y habilidades para la conducta sexual protegida, en la conducta sexual protegida de una muestra de adolescentes de la Ciudad de México?

5.3 Hipótesis

1. Los conocimientos sobre sexualidad y las creencias conductuales hacia la sexualidad; la habilidad de toma de decisiones y la habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida, predicen la conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México.
2. Un programa de educación sexual y habilidades para la conducta sexual protegida, incrementa la conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México.

*Para probar las hipótesis planteadas se llevaron a cabo dos estudios, los que a continuación se detallan.

Estudio 1

5.4 Objetivos específicos

El primer estudio tuvo por objetivo probar una parte del modelo propuesto por Pick et al., 2003; que permitiera identificar el poder de predicción de las siguientes variables: los conocimientos sobre sexualidad y las creencias conductuales hacia la sexualidad; la habilidad de toma de decisiones y habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida en adolescentes. Para ello, fue necesaria la construcción de cinco escalas de medición que midieran dichas variables, las cuales fueron validadas en la primera fase de este estudio.

Fase 1: Construcción de las escalas de medición

5.4.1 Definición conceptual de variables

-Variables de clasificación:

a) Factores Sociodemográficos

Son las variables que intentan conocer las características sociales, económicas y etnográficas de los individuos y de los distintos grupos de las poblaciones estudiadas (Diccionario de la Real Academia Española, 1992).

En el estudio se consideraron las siguientes variables:

- Edad, variable con un nivel de clasificación: Edad de los estudiantes al momento de conducir la investigación.
- Sexo, variable atributiva con dos niveles de clasificación:
 1. Hombres
 2. Mujeres
- Estado civil: variable atributiva con cinco niveles de clasificación:
 1. Soltero/a sin pareja
 2. Soltero/a con pareja
 3. Casado/a
 4. Divorciado/a
 5. Otro _____.

Escolaridad: Variable atributiva con dos niveles de clasificación: Grado escolar que los estudiantes se encontraban cursando al momento de conducir la investigación: Primer y tercer grado de bachillerato.

b) Patrón de conducta sexual: Pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Diccionario de la Real Academia Española, 1992). El patrón de conducta sexual consideró las siguientes condiciones:

- Debut sexual: Con dos niveles de clasificación:
 1. Sujetos que han tenido relaciones sexuales.
 2. Sujetos que no han tenido relaciones sexuales.
- Actividad Sexual: Con dos niveles de clasificación: Activa o inactiva (considerando al tipo de pareja sexual: regular y/u ocasional).
- Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes cuando tienen relaciones sexuales; con cuatro niveles:
 1. Nunca
 2. Pocas veces
 3. Algunas veces
 4. Siempre

*Se consideró el uso de métodos anticonceptivos con la pareja regular y/u ocasional, según se presentó el caso.

Variables independientes

a) Conocimientos sobre sexualidad: “Dicho de lo que se sabe con seguridad que corresponde notoriamente con la realidad” (Diccionario de la Real Academia Española, 1992, p.165). Para efectos de este estudio, se evaluaron los conocimientos de los estudiantes sobre los aspectos biológicos de la reproducción humana, alternativas para ejercer la sexualidad, embarazo y consecuencias, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual (ITS); a partir de las respuestas que los adolescentes dieron a las preguntas contenidas en el instrumento de medición (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

b) Creencias conductuales hacia la sexualidad: “Se refieren a lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias que existen al llevarlas a cabo, existiendo una evaluación en ello” (Fishbein, 1990, p.3). Para efectos de este estudio, se evaluaron las creencias conductuales de los estudiantes sobre los aspectos biológicos de la reproducción humana, alternativas para ejercer la sexualidad, embarazo y consecuencias, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual (ITS); a partir de las respuestas que los adolescentes dieron a las preguntas contenidas en el instrumento de medición (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

c) Habilidades: “Conjunto de capacidades de actuación aprendidas. La capacidad de respuesta tiene que adquirirse y consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. La probabilidad de ocurrencia de la misma está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos” (Gil y León, 1998, p.38). Las habilidades consideradas en el estudio, fueron las que se presentan a continuación:

1.c) Toma de decisiones: se refiere a la habilidad que los adolescentes manifiesten para “analizar las ventajas y desventajas de una acción y sus posibles consecuencias, para la elección responsable de una alternativa” (Mann, 1990, p.107). Para efectos de este estudio, se evaluó la habilidad de los adolescentes de tomar la decisión de llevar a la práctica la conducta sexual protegida. La habilidad fue medida a partir de las repuestas que los adolescentes dieron a las preguntas contenidas en el instrumento de medición (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

2.c) Comunicación Asertiva: se refiere a la habilidad que los adolescentes manifiesten de “emitir conductas que afirmen o ratifiquen su propia opinión, en aquellas situaciones interpersonales en que puedan darse respuestas contradictorias, sin emplear conductas agresivas hacia los demás y resistiendo a la presión del entorno” (Aguilar-Kubli, 1987, p.12). La habilidad fue medida a partir de las repuestas que los adolescentes dieron a las preguntas contenidas en el instrumento de medición (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

3.c) Conducta de Comunicación Asertiva: se evaluó en los adolescentes que tenían una pareja sexual al momento de conducir la investigación y ésta debía darse de manera clara y directa para comunicar su deseo de practicar la conducta sexual protegida. La conducta fue medida a partir de las repuestas que los adolescentes dieron a las preguntas contenidas en el instrumento de medición (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

Variable dependiente

Conducta sexual protegida: “Conducta de uso regular de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no planeado; así como el uso correcto (implica seguir los 8 pasos propuestos por ONUSIDA, 2000 para lograr una mayor eficacia: guardar el condón en lugares frescos y secos; fijarse que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire; no abrirlo con los dientes; presionar la punta para sacar el aire mientras coloca el condón en el pene erecto; sin soltar la punta, desenrollarlo hasta la base del pene; siempre colocarse un condón antes de cualquier contacto sexual; no usar cremas cosméticas, ni vaselinas como lubricantes porque deterioran al

condón; después de eyacular, sujetar el condón por su base y retirar el pene mientras aún está erecto; quitarse el condón cuidando que no se goteé y tirar el condón a la basura anudándolo) y sistemático (esto significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea vaginal, anal u oral, del condón, para prevenir el contagio de ITS/SIDA”(ONUSIDA, 2000, p.8) (Ver anexo 1: Instrumento Piloto).

5.4.2 Consideraciones éticas de la investigación

Para la validación de las escalas en la muestra de estudio elegida, se contactó a una institución educativa privada que facilitó su aplicación. Los alumnos respondieron el cuestionario en sus salones de clase, en horario preestablecido por la escuela, para no alterar sus actividades académicas. Dado que el instrumento era autoaplicable, los dos aspectos éticos implicados fueron: el anonimato y la participación voluntaria para contestar las preguntas. El primer aspecto considerado fue cubierto al asegurarles a los estudiantes que no les sería solicitado su nombre y los resultados serían reportados en términos globales. En relación al segundo aspecto, se les explicó a los estudiantes el objetivo de la investigación y se les preguntó si deseaban colaborar, aquellos que rehusaron hacerlo no fueron obligados a contestarlo. Por lo que respecta a la institución, al establecer el primer contacto y solicitarle su participación en la investigación, se le ofreció entregarle un informe detallado de los resultados. Dicho informe fue entregado y discutido al terminar la primera fase del estudio.

5.4.3 Sujetos

La muestra fue no probabilística intencional y estuvo constituida por 262 hombres y 227 mujeres, que cursaban el bachillerato en una escuela privada ubicada al sur de la Ciudad de México, y cuyo rango de edad osciló entre los 15 y 18 años de edad.

5.4.4 Escenario

Salones de clase con capacidad para 50 alumnos, equipados con mesas, sillas, escritorio y pizarrón, con iluminación y ventilación adecuadas.

5.4.5 Materiales

Se utilizaron pizarrón, marcadores, borrador, cuestionarios, plumas y lápices.

5.4.6 Procedimiento

Se diseñó un cuestionario conformado por 5 escalas que medían las siguientes variables: conocimientos sobre sexualidad y las creencias conductuales hacia la sexualidad; la habilidad de toma de decisiones y la habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida en adolescentes. La elaboración y redacción de los reactivos de cada escala, se llevó a cabo con base en la literatura especializada en el tema de salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida. Los reactivos fueron sometidos a evaluación por 5 jueces expertos en el área; y fueron depurados con base en la retroalimentación recibida. Posteriormente, se llevó a cabo el piloteo del cuestionario. En primer término, se aplicó el cuestionario en una muestra de 30 adolescentes estudiantes de nivel bachillerato, (ésta muestra fue independiente a la que sirvió para validar la versión final del cuestionario) con el objetivo de asegurar que el vocabulario y las instrucciones fueran adecuados para su comprensión; para estimar una primera aproximación respecto al tiempo que se llevaría la aplicación del instrumento final; detectar los reactivos que

fueran respondidos de la misma manera por todos los sujetos o por ninguno y así eliminarlos; para solicitar sugerencias de los sujetos y para afinar y corregir el instrumento.

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de los reactivos de las escalas de conocimientos sobre sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad, y se determinó la confiabilidad y validez de las escalas de habilidad de toma de decisiones y habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida. Cabe aclarar, que para llevar a cabo los análisis estadísticos, se utilizó la misma muestra (n=489) que para probar el nivel de predicción de las variables antes citadas.

5.4.7 Análisis estadístico de los datos

Se llevó a cabo una descripción de las características demográficas y sexuales de la muestra de estudio:

a) Descripción sociodemográfica de la muestra: distribución de frecuencias de las respuestas dadas a los datos generales.

b) Características del Patrón de conducta Sexual en la muestra de estudio: distribución de frecuencias de las respuestas dadas, divididas por sexo.

c) Identificación de diferencias por sexo y debut sexual de la muestra de estudio: para analizar si existían diferencias entre los adolescentes con y sin debut sexual y entre hombres y mujeres.

d) Análisis psicométricos de las escalas:

- Discriminación de reactivos: análisis de distribución de frecuencias de reactivos de las escalas de conocimientos sobre sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad: para eliminar aquellos reactivos que presentaran más del 70% en una sola opción de respuesta.
- Correlación item-total: se correlacionó a cada reactivo con las calificaciones totales, utilizando el método producto-momento de Pearson; se eligieron sólo aquellos reactivos que obtuvieron correlaciones iguales o mayores a .30.
- Se obtuvieron las frecuencias, sesgo y curtosis de los reactivos, eligiendo sólo aquellos cuyos valores se encontraron cercanos a cero.
- Análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para obtener la validez de constructo y explorar la posibilidad de reducción de datos de las escalas de habilidad de toma de decisiones, habilidad de comunicación asertiva con la pareja y conducta de comunicación asertiva con la pareja.
- Cálculo del coeficiente de Alpha de Cronbach para cada factor resultante de las escalas antes citadas.

5.5 Resultados

a) Descripción sociodemográfica de la muestra

edad	semestre	estado civil	sexo
15=24%	1º=59%	solteros/sp*:71%	hombres:53%
16=21%	5º=41%	solteros/cp**:.29%	mujeres: 47%
17=22%			
18=19%			

sp= sin pareja* /cp**= con pareja

Como se aprecia en la tabla 1, la muestra de estudio se distribuyó por sexo de manera homogénea, al quedar conformada por un 53% de hombres y un 47% de mujeres. Por otra parte, la media de edad se ubicó en los 16 años. Respecto a su escolaridad, el 59 % de los estudiantes se encontraban cursando el primer semestre del bachillerato y el 41% restante cursaba el quinto semestre. Referente a su estado civil, el 71% de los estudiantes reportaron ser solteros/as sin pareja al momento de conducir la investigación, en tanto que el 29%, manifestaron ser solteros/as con pareja.

b) *Características del Patrón de Conducta Sexual de la muestra de estudio:* distribución de frecuencias, divididos por sexo.

Tabla 1
¿Has tenido relaciones sexuales?

Debut Sexual	Hombres*	Mujeres**
Sí	113 (44%)	52 (24%)
No	143 (56%)	169 (76%)

N=256; N**=221*

Como se muestra en la Tabla 1, el porcentaje de hombres con debut sexual, es el doble del porcentaje de mujeres con debut sexual.

Tabla 2
¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

Sexo/pareja	Hombres*	Mujeres**
Sí	65 (58%)	29 (60%)
No	47 (42%)	33 (40%)

N=112; N**=52*

Como se aprecia en la Tabla 2, la actividad sexual de los estudiantes con debut sexual, es prácticamente la misma por sexos. Así, se observa que más de la mitad de los hombres y mujeres con debut sexual eran sexualmente activos al momento de conducir la investigación.

Tabla 3
¿Actualmente tienes una pareja sexual regular?

Sexo/pareja	Hombres*	Mujeres**
Sí	44 (68%)	29 (91%)
No	21 (32%)	3 (9%)

N=65; N**=32*

Como se muestra en la Tabla 3, el porcentaje de estudiantes hombres y mujeres que tenían una pareja sexual regular al momento de conducir la investigación es alto.

Tabla 4
HOMBRES
Uso de anticonceptivos

Tipo de pareja	Siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Pareja Regular*	1 (2%)	14 (30%)	30 (64%)	2 (4%)
Pareja Ocasional**	1 (1%)	17 (15%)	79 (72%)	13 (12%)

N=47; N**=110*

Como se observa en la Tabla 4, la frecuencia más alta de uso de anticonceptivos en hombres con pareja regular, se registra en la opción de “pocas veces” con ambos tipos de pareja. Por otra parte, se observa una frecuencia más alta de uso de anticonceptivos en la opción de “algunas veces” con la pareja regular, situación que contrasta con el uso de métodos anticonceptivos con la pareja ocasional, en donde el mayor porcentaje de frecuencia de uso se presenta en la opción de “pocas veces”. Por otra parte, se observa que prácticamente no se presenta frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la opción de “siempre” indistintamente con ambos tipos de pareja.

Tabla 5
MUJERES
Uso de anticonceptivos

Tipo de pareja	Siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Pareja Regular*	0 (0%)	9 (31%)	17 (59%)	3 (10%)
Pareja Ocasional**	3 (6%)	8 (16%)	33 (66%)	6 (12%)

N=29; N**=50*

En la Tabla 5, se aprecia que las mujeres reportan en general un mayor uso de métodos anticonceptivos con sus parejas sexuales ocasionales que con las regulares; siendo la opción de “pocas veces” la que obtiene un mayor porcentaje de frecuencia. Por otra parte, se repite lo observado en el grupo de los hombres, las mujeres no se protegen “siempre” que tienen relaciones sexuales con una pareja sexual regular.

Tabla 6
HOMBRES
Tipo de anticonceptivos usados

Método/ Pareja	Regular*	Ocasional**
Condón	42 (93%)	96 (100%)
Pastillas	24 (53%)	26 (27%)
Retiro	15 (33%)	16 (17%)
Ritmo	13 (29%)	11 (11%)

N=45; N**=96*

En la Tabla 6, destaca el condón como el método más utilizado por los hombres cuando tienen relaciones sexuales, con ambos tipos de pareja. En segundo lugar se ubican las pastillas con un mayor uso con la pareja regular, seguidas por el retiro y el ritmo, ambos con un mayor porcentaje de uso con la pareja regular.

Tabla 7
MUJERES
Tipo de anticonceptivos usados

Método/ Pareja	Regular*	Ocasional**
Condón	26 (90%)	44 (100%)
Pastillas	15 (52%)	21 (48%)
Retiro	6 (21%)	16 (20%)
Ritmo	5 (17%)	7 (16%)

N=26; N**=44*

En la Tabla 7, se aprecia al igual que en el grupo de los hombres, el condón como el método más utilizado por las mujeres cuando tienen relaciones sexuales, seguido por las pastillas, el retiro y el ritmo, igualmente usados con ambos tipos de pareja.

d) ANOVA factorial: Para identificar si el sexo y debut sexual de los estudiantes marcaban diferencias en los puntajes obtenidos en cada una de las escalas.

Tabla 1: Diferencias por sexo

Escalas	X Hombres	X Mujeres	F	P
F1: intención de riesgo	1.8	1.4	36	.000**
F2: intención de protección	3.4	3.5	3.5	.062
F1: Miedo/Vergüenza	1.7	1.4	30	.000**
F2: intención de comunicación	3.2	3.5	26.9	.000**
Conducta C. Asertiva	3.1	3.5	11.8	.001**
Conocimientos sobre sexualidad	.74	.81	25.9	.000**
Creencias hacia la sexualidad	.64	.74	26.7	.000**

*P < a .05.

**P < a .001.

Como se aprecia en la tabla 1, se identifican diferencias entre los estudiantes de acuerdo al sexo:

1. La media de los hombres en la intención de riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, es mayor que la media de las mujeres (1.8 vs 1.4), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=36; gl=1; P= .000).
2. La media de los hombres en el nivel de miedo/vergüenza, es mayor que la media de las mujeres (1.7 vs 1.4), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=30; gl=1; P= .000).
3. La media de las mujeres en la intención de comunicación asertiva con la pareja es mayor que la media de las hombres (3.5 vs 3.2), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=26.9; gl=1; P= .000).
4. La media de las mujeres en la conducta de comunicación asertiva con la pareja, es mayor que la media de los hombres (3.5 vs 3.1), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=11.8; gl=1; P= .001).
5. La media de las mujeres en los conocimientos sobre sexualidad, es mayor que la media de los hombres (.81 vs .74), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=25.9; gl=1; P= .000).
6. La media de las mujeres en las creencias conductuales positivas hacia la sexualidad, es mayor que la media de los hombres (.74 vs .64), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=26.7; gl=1; P= .000).

Tabla 2: Diferencias por Debut Sexual

Escalas	X con debut	X sin debut	F	P
F1: intención de riesgo	1.7	1.5	20.6	.000**
F2: intención de protección	3.4	3.6	6.2	.013*
F1: Miedo/Vergüenza	1.5	1.5	.023	.879
F2: intención de comunicación	3.3	3.5	5.92	.015*
Conocimientos sobre sexualidad	.80	.75	14.08	.000**
Creencias hacia la sexualidad	.72	.66	10.18	.002

***P < a .05.**

****P < a .001.**

Como se aprecia en la tabla 2, se identifican diferencias entre los estudiantes de acuerdo al debut sexual:

1. La media de los estudiantes con debut sexual con intención de riesgo de tener relaciones sexuales sin protección es mayor que la media de los estudiantes sin debut sexual (1.7 vs 1.5), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=20.6; gl=1; P= .000).

2. La media de los estudiantes sin debut sexual con intención de protección en sus encuentros sexuales es mayor que la media de los estudiantes con debut sexual (3.6 vs 3.4), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=6.2 6; gl=1; P= .013).

3. La media de los estudiantes sin debut sexual con intención de comunicación asertiva con la pareja, es mayor que la media de los estudiantes con debut sexual (3.5 vs 3.3), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=5.92 6; gl=1; P= .015).

4. La media de los estudiantes con debut sexual en conocimientos sobre sexualidad, es mayor que la media de los estudiantes sin debut sexual (.80 vs .75), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=14.08 8 6; gl=1; P= .002).

5. La media de los estudiantes con debut sexual en creencias conductuales positivas hacia la sexualidad, es mayor que la media de los estudiantes sin debut sexual (.72 vs .66), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (F=10.18 6; gl=1; P= .002).

*No hubieron interacciones significativas.

d) **Análisis Psicométricos de las escalas:** análisis factoriales para obtener la validez de constructo de las siguientes escalas y explorar la posibilidad de reducción de los datos.

1. **Toma de decisiones para la conducta sexual protegida:** Se dividió en dos factores:

Factor 1: Intención de riesgo: Se refiere a la intención de los estudiantes de tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, y quedó conformado por los siguientes reactivos:

Reactivo	Peso Factorial
1. Si se me presentara la oportunidad de tener relaciones sexuales, lo haría aunque no tuviera un anticonceptivo a la mano.	.820
2. La presión que siento, me impediría animarme a usar condón	.448
3. Aunque se que corro el riesgo de contagiarme de ITS/SIDA, tendría relaciones sexuales sin usar condón.	.532
6. Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar anticonceptivos, aceptaría.	.780

**Alpha de Cronbach: .71 con cuatro reactivos.*

***Porcentaje de varianza explicada: 20%.*

Factor 2: Intención de protección: Se refiere a la intención de los estudiantes de utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por los siguientes reactivos:

Reactivo	Peso Factorial
9. Solo tendría relaciones sexuales, usando el condón en cada ocasión.	.389
10. Usaría métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, para prevenir un embarazo.	.860
11. Usaría el condón al tener relaciones sexuales, para prevenir el contagio de ITS/SIDA.	.878

**Alpha de Cronbach: .73 con tres reactivos.*

***Porcentaje de varianza explicada: 19%.*

2. **Comunicación Asertiva para la conducta sexual protegida:** Se dividió en dos factores:

Factor 1: Miedo/vergüenza: Se refiere a las emociones propias de miedo y vergüenza en los adolescentes, al pensar en comunicarle a su pareja sexual su deseo de usar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por los siguientes reactivos:

Reactivo	Peso Factorial
13. Me daría miedo que mi pareja pensara que le estoy siendo infiel si le pido que usemos el condón.	.725
14. Me costaría trabajo decirle no a mi pareja, si me propusiera tener relaciones sin usar condón	.519
15. Evitaría hablar con mi pareja acerca de usar condón, por temor a que terminara conmigo.	.788
16. Me daría vergüenza hablar con mi pareja acerca del uso de anticonceptivos.	.807
17. Me gustaría decirle a mi pareja que usemos métodos anticonceptivos, pero temo que desconfie de mí.	.774

**Alpha de Cronbach: .78 con cuatro reactivos.*

***Porcentaje de varianza explicada: 28%*

Factor 2: Intención de comunicación: Se refiere a la intención de los adolescentes de comunicar a su pareja sexual su deseo de tener relaciones sexuales con uso de anticonceptivos incluyendo al condón, y quedó conformado por los siguientes reactivos:

<i>Reactivo</i>	<i>Peso Factorial</i>
18. Si mi pareja insistiera en tener relaciones sexuales sin usar condón le explicaría mis razones para usarlo.	.610
19. Si mi pareja me presionara para tener relaciones sexuales sin usar condón, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo.	.785
20. Si tuviera relaciones sexuales con mi pareja, le diría de manera clara y directa que quiero que usemos anticonceptivos.	.743
21. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar ningún tipo de método anticonceptivo, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella.	.816
22. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar condón, no las tendría.	.613

**Alpha de Cronbach: .78 con cuatro reactivos.*

***Porcentaje de varianza explicada: 27%.*

2. Conducta Comunicación Asertiva para la conducta sexual protegida: Se obtuvo un factor:

Factor 1: Conducta: Se refiere a la conducta de los adolescentes de comunicar a su pareja sexual, su deseo de utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por los siguientes reactivos:

<i>Reactivo</i>	<i>Peso Factorial</i>
107. He hablado con mi pareja, de manera clara y abierta, acerca de lo importante que es para mí, que utilicemos el condón cada vez que tengamos relaciones sexuales	.790
108. Le he dicho a mi pareja, de manera clara y abierta, que quiero utilizar métodos anticonceptivos, cuando tengamos relaciones sexuales.	.786
109. Cuando mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, le expreso de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella y no lo hago.	.811
110. Cuando mi pareja me pide que tengamos relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo, le digo que no estoy de acuerdo y no lo hago.	.730.

**Alpha de Cronbach.77 con cuatro reactivos.*

***Porcentaje de varianza explicada: 60%.*

Por último, para las escalas de conocimientos hacia la sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad; se llevó a cabo el análisis de distribución de frecuencias de reactivos, eliminándose aquellos que no cumplieron con una distribución normal. Además, se eliminaron aquellos reactivos que resultaron confusos en su redacción o bien se encontraban repetidos. Las escalas finales quedaron conformadas por los siguientes reactivos:

Conocimientos	Creencias
23. La ovulación ocurre entre los días 20 y 26 antes de que inicie la menstruación.	69. La masturbación produce enfermedad mental.
29. La masturbación permite liberar a las personas la tensión sexual sin exponerse al contagio de ITS/SIDA.	70. La mayoría de las mujeres experimentan mucho dolor en su primer coito.
30. Tener una vida sexual inactiva perjudica la salud.	71. El embarazo hace madurar a las mujeres.
33. Las ITS se pueden volver a contraer después de que ya se está curado.	72. La mujer soltera que se embaraza pierde todo su valor como mujer.
34. El herpes genital es una ITS que puede curarse con tratamiento.	73. El condón solo debe utilizarse con parejas ocasionales.
35. El Virus del Papiloma Humano es una ITS que puede producir esterilidad en las mujeres.	74. Los hombres necesitan tener diversas parejas sexuales al mismo tiempo.
36. La sífilis es una ITS que provoca trastornos en la piel, huesos, corazón y sistema nervioso central.	75. Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio.
37. Orinar después del coito ayuda a prevenir el contagio de ITS.	76. Los hombres sienten más deseo sexual que las mujeres.
39. Hombres y mujeres pueden tener alguna ITS sin presentar ningún síntoma	77. Si una mujer se niega a tener relaciones sexuales con su novio, este terminará abandonándola.
42. El Virus del Papiloma Humano es una ITS relacionada con la aparición del cáncer cervicouterino en las mujeres.	79. Usar condón disminuye el placer en las relaciones sexuales.
44. El ritmo es un método anticonceptivo con baja eficacia para prevenir un embarazo.	80. Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera.
45. El uso correcto y sistemático del condón reduce de manera eficaz la transmisión de ITS/SIDA	81. Usar condón hace que las relaciones sexuales sean menos románticas.
47. Es necesario revisar el buen estado de la envoltura y fecha de caducidad de los condones antes de utilizarlos.	82. Las mujeres que se visten de forma provocativa pueden tener SIDA.
48. La píldora anticonceptiva protege contra las ITS.	83. Sólo las prostitutas pueden contagiar el SIDA.
49. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que previene el contagio de ITS/SIDA.	84. Las mujeres decentes no toman la iniciativa para tener relaciones sexuales.
50. El condón se debe colocar desenrollándolo directamente sobre el pene erecto hasta su base.	85. Los hombres deben tener una amplia experiencia sexual antes de casarse.
51. Los espermaticidas deben aplicarse 15 minutos antes del coito.	86. Las mujeres que toman la iniciativa para tener relaciones sexuales pueden tener SIDA.
53. Los espermaticidas deben aplicarse en la parte superior de la vagina	87. Las ITS son un castigo para las personas que tienen muchas parejas sexuales.
59. La masturbación favorece el retraso mental en quien la practica.	89. Los hombres deben aceptar siempre a un encuentro sexual.
60. Las ITS sólo se presentan en personas que tienen contacto sexual con homosexuales.	91. Cualquier contacto íntimo que no involucre la penetración no tiene chiste.
62. Las mujeres con senos grandes tienen mayor sensibilidad.	92. Las adolescentes que se embarazan, aseguran matrimonio.
64. El uso frecuente de las pastillas anticonceptivas causa esterilidad a largo plazo.	93. El embarazo en la adolescencia dificulta terminar los estudios.
67.El DIU causa infertilidad en las mujeres que lo usan	94. Abortar es una buena solución para un embarazo no deseado.

Finalmente las escalas quedaron conformadas de la siguiente manera:

- **Datos Generales:** Sección que permitió caracterizar a la muestra según sexo, edad, grado escolar y estado civil.
- **Conocimientos sobre sexualidad:** Esta escala quedó conformada por 23 reactivos (medidos a través de una escala con tres opciones de respuesta: “Sí”, “No” y “No sé” donde a mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento, considerando a la última opción como ausencia de información), que evalúan el nivel de información que los adolescentes tienen sobre los siguientes temas:
 - Aspectos biológicos de la reproducción humana: Evalúan la información existente sobre aparatos reproductores femenino y masculino, procesos de menstruación, fecundación, embarazo y parto (conformada por 2 reactivos).
 - Alternativas para ejercer la sexualidad: Evalúan la información existente sobre abstinencia sexual, masturbación, sexo seguro y acto sexual (conformada por 3 reactivos).
 - Embarazo y consecuencias: Evalúan la información existente sobre factores y situaciones que propician un embarazo no planeado en la adolescencia y sus consecuencias biológicas, psicológicas, económicas y sociales (conformada por 1 reactivo).
 - Infecciones de Transmisión Sexual: Evalúan la información existente sobre síntomas, formas de transmisión y prevención del contagio, incluyendo al SIDA (conformada por 6 reactivos).
 - Anticoncepción: Evalúan la información existente sobre métodos anticonceptivos para adolescentes, formas de uso y ventajas y desventajas de cada uno de ellos (conformada por 11 reactivos).
- **Creencias conductuales hacia la sexualidad:** Esta escala quedó conformada por 28 reactivos (medidos a través de una escala con tres opciones de respuesta: “Sí”, “No” y “No sé”, donde a mayor puntaje mayor nivel de creencias verdaderas; considerando a la última opción como ausencia de información); que permiten identificar las creencias en los adolescentes asociadas a los aspectos biológicos de la reproducción humana (conformada por 4 reactivos), alternativas para ejercer la sexualidad (conformada por 5 reactivos), embarazo y sus consecuencias (conformada por 5 reactivos), infecciones de transmisión sexual (ITS) (conformada por 4 reactivos) y anticoncepción (conformada por 4 reactivos).
- **Habilidad de toma de decisiones para la conducta sexual protegida:** Esta escala quedó conformada por dos factores: Intención de riesgo: se refiere a la intención de los estudiantes de tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, y quedó conformado por 4 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”, en donde a mayor puntaje, mayor intención de riesgo) e intención de protección: se refiere a la intención de los estudiantes de utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por 4 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”, en donde a mayor puntaje, mayor intención de protección).

- Habilidad de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida:**
 Esta escala quedó conformada por dos factores: miedo/vergüenza: se refiere a las emociones propias de miedo y vergüenza en los adolescentes, al pensar en comunicarle a su pareja sexual su deseo de usar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por los siguientes reactivos 5 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”, en donde a mayor puntaje, mayor nivel de miedo/vergüenza) e intencion de comunicación: se refiere a la intención de los adolescentes de comunicar a su pareja sexual su deseo de tener relaciones sexuales con uso de anticonceptivos incluyendo al condón, y quedó conformado por los 5 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”, en donde a mayor puntaje, mayor intencion de comunicación).
- Conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida:**
 Esta escala quedó conformada por un solo factor: conducta de comunicación asertiva con la pareja: se refiere a la conducta de los adolescentes de comunicar a su pareja sexual, su deseo de utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón al tener relaciones sexuales, y quedó conformado por 4 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”, en donde a mayor puntaje, mayor conducta) en los adolescentes que tenían una pareja sexual en el momento de la aplicación del cuestionario.
- Patrón de conducta sexual:** Esta sección quedó conformada por 10 reactivos, contruidos en forma de preguntas abiertas y cerradas. Permite identificar las pautas de conducta sexual de los adolescentes, específicamente sobre inicio de vida sexual, actividad sexual actual y uso y frecuencia de uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo al tipo de pareja sexual: regular y/u ocasional (Ver anexo 2: Instrumento final)

5.6 Discusión Estudio 1 Fase 1

5.6.1 Patrón de conducta sexual de la muestra de estudio

En México, las encuestas nacionales reportan que muchos adolescentes tienen embarazos no planeados y están en riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (CONAPO, 2000; Zúñiga et al., 2000). Es por ello que la exploración de la conducta sexual en la adolescencia resulta prioritaria, si se toma en cuenta que es en esta etapa cuando los adolescentes inician su actividad sexual (ENJ 2000, ENSA, 2000); más aún, si se tiene presente que las consecuencias negativas en la salud del adolescente asociadas a conductas sexuales de riesgo, pueden ser prevenidas si utilizan de manera adecuada y sistemática los métodos anticonceptivos. De ahí el interés en explorar las pautas sexuales de los participantes en este estudio.

En primer término, la media de edad de debut sexual de la muestra de estudio (considerando como un solo grupo a hombres y mujeres), fue de 16 años; este dato coincide con lo reportado por el INJ y la ENSA (2000) al respecto de que la edad promedio de la primera relación sexual para los adolescentes mexicanos, se ubica en los 16 años. Este hecho permite comprender mejor, el porqué los adolescentes son un grupo de alto riesgo para el contagio de ITS/SIDA y embarazos no planeados, toda vez que los adolescentes están iniciándose sexualmente a edades más tempranas, y en muchas ocasiones, sin las precauciones que les permitan evitarse consecuencias negativas (PRB/CPO, 1994).

Por otra parte, llaman la atención las diferencias observadas en el debut sexual de acuerdo al sexo: más de la mitad de los hombres habían tenido ya su debut sexual (56%), en contraste con las mujeres, donde solo el 24% de ellas reportó haberlo tenido. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios realizados sobre patrones de conducta sexual en adolescentes, en donde el hombre se inicia sexualmente a edad más temprana que la mujer (Andrade y Díaz-Loving, 1994; Villagrán, 1993). Al parecer, en nuestro país sigue siendo importante que el hombre tenga experiencia sexual prematrimonial, a diferencia de las mujeres, para las cuales existe la premisa sociocultural que indica que deben llegar vírgenes al matrimonio (Díaz-Guerrero, 1982). Asimismo, cabe destacar que datos derivados de encuestas sociodemográficas y de salud indican, que en muchas ocasiones los hombres se inician sexualmente presionados por sus pares (al margen de su deseo) en tanto que la primera relación es considerada como un rito de pasaje e iniciación en el mundo de los varones, lo que lleva a percibir la práctica sexual como una obligación que hay que cumplir socialmente (Castro, 1998; Gayet, 2003). Mientras que en muchas culturas como en la nuestra, lo esperado es la virginidad de la mujer hasta casarse, al hombre se le exige desde temprano adquirir experiencias sexuales, muchas veces dirigidos por sus propios padres y ante la benevolencia de las madres (Rivers y Aggleton 1999).

Por lo que respecta a la actividad sexual de los adolescentes al momento de conducir la investigación, se observó que cuando las mujeres tienen su primera relación sexual, su frecuencia de actividad sexual es igual a la encontrada en el grupo de los hombres; aún cuando en números reales, fue menor el número de mujeres adolescentes que tenían relaciones sexuales y pareja sexual regular al momento de conducir esta investigación. Esta situación llama la atención y contrasta con lo reportado en otras investigaciones (Díaz-Loving y Alfaro, 1995; ENSA, 2000) al respecto de que las mujeres adolescentes tienen una actividad sexual menor que los hombres. Este hallazgo, hace evidente que los hombres y mujeres se están exponiendo al mismo riesgo de contagio de ITS/SIDA y de embarazo no planeado, y puede tener su explicación en la transición de roles sexuales que se vienen experimentando desde hace ya varias décadas, pero que deja constancia en la actividad sexual de los adolescentes de la muestra de estudio. Con base en lo antes revisado, se identifica la

necesidad de promover el uso de métodos anticonceptivos como el mejor medio de prevención de embarazos no planeados y contagio de ITS/SIDA y hacerlo extensivo a ambos sexos, ya que las mujeres han incrementado su actividad sexual en comparación con algunas décadas atrás.

Por otra parte, se observó que hombres y mujeres tenían relaciones sexuales en su mayoría, con una pareja sexual regular. Estos hallazgos difieren de lo reportado en otros estudios (Alfaro, Rivera y Díaz-Loving, 1992; Rivera, Díaz-Loving y Cubas, 1994) en el sentido de que la práctica y actividad sexual es común entre los adolescentes, en el mayor de los casos, con parejas sexuales ocasionales. Este estudio mostró un panorama menos desolador, ya que al tener relaciones sexuales con una pareja sexual regular, los adolescentes se exponen a un menor riesgo, que si tuvieran muchas parejas sexuales ocasionales.

Por otro lado, destaca que aún cuando los adolescentes refirieron usar métodos anticonceptivos, la frecuencia de uso en hombres y mujeres con ambos tipos de pareja sexual, es esporádica. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en otras investigaciones (ENSA, 2000; Menkes y Suárez, 2003) en donde se encontró, que aún cuando el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en los últimos años, todavía continúa siendo una práctica poco frecuente entre los adolescentes. Este hecho llama a reflexionar y resalta una vez más la importancia de la difusión de educación sexual clara y específica sobre métodos anticonceptivos, no sólo en el sentido de la conveniencia de utilizarlos, sino en la importancia de hacerlo de forma correcta y sistemática en cada encuentro sexual y con parejas sexuales regulares y ocasionales.

Por otro parte, se identificó que los métodos anticonceptivos más utilizados por hombres y mujeres con la pareja sexual regular, son el condón, las pastillas, el ritmo y el retiro; y llama la atención, que son los mismos que utilizan con la pareja sexual ocasional. Al parecer, son los métodos que los adolescentes conocen y por ello los usan con ambos tipos de pareja sexual. Cabe mencionar, que estos hallazgos contrastan con lo reportado por Díaz-Loving y Torres (1999) al respecto de que los adolescentes utilizan más el preservativo con las parejas sexuales ocasionales que con las regulares; en esta investigación se identificó que el método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes es el condón, y lo usan prácticamente con la misma frecuencia con ambos tipos de pareja sexual. Asimismo, llama la atención que los métodos del ritmo y el retiro, muestran una importante frecuencia de uso con ambos tipos de pareja. Este hallazgo coincide con lo reportado en estudios anteriores (Menkes y Suárez, 2003; Pérez et al., 2000) y resulta preocupante que los adolescentes recurran a estos métodos de manera tan frecuente, ya que ambos tienen un bajo porcentaje de eficacia y no protegen contra las ITS/SIDA.

Por otro lado, cabe destacar que el condón obtuvo el mayor porcentaje de uso en hombres y mujeres con ambos tipos de pareja. Desafortunadamente, se observó que un alto porcentaje de los adolescentes sólo usa el condón de manera ocasional o nunca lo utiliza. Este hecho coincide con lo reportado en otros estudios (Micher y Silva, 1997) en el sentido de que el uso del condón es inconstante en esta población. Así, se identifica que éstas conductas sexuales, exponen a los adolescentes a un riesgo potencial de contagio de ITS/SIDA, si se considera que existe epidemia de SIDA en nuestro país y que el grupo más afectado es el de hombres entre 25 a 35 años, (de lo cual se puede inferir que se contagiaron en la adolescencia) (CENSIDA, 2003). De ahí que se identifique la importancia de proporcionar información a los adolescentes, sobre la forma de uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en que el condón es el único método anticonceptivo que además de prevenir un embarazo no planeado, si se usa de forma correcta y sistemática, protege hasta en un 95% del contagio de ITS/SIDA (ONUSIDA, 2000).

Finalmente, con base en los hallazgos del patrón de conducta sexual, se identifica que los adolescentes se encuentran expuestos a graves riesgos de salud debido a las conductas sexuales de riesgo que practican, específicamente a la práctica sexual sin protección, que conlleva un riesgo mayor de embarazos no planeados, abortos en condiciones de riesgo y contagio de ITS, incluido el VIH/SIDA (Population Reference Bureau, 2000). Más aún, si se tiene en cuenta que el debut sexual ocurre cada vez, a edades más tempranas; lo cual hace aumentar el riesgo de contraer ITS/SIDA, ya que cuanto más tiempo tiene una persona relaciones sexuales antes de contraer matrimonio, mayores serán las probabilidades de que el número de compañeros sexuales sea más elevado (AGI, 2005).

Es por todo lo antes mencionado, que se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual para adolescentes, que proporcionen información clara y detallada sobre sexualidad, uso adecuado de métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas de cada método, lugar donde adquirirlos y haciendo énfasis en la importancia del uso del condón, al ser el único método anticonceptivo que previene el contagio de ITS/SIDA; ya que aún cuando en los últimos años se ha incrementado de manera importante, la información sobre métodos anticonceptivos dirigidos a los adolescentes de nuestro país, el conocimiento y uso de estos métodos todavía es deficiente y poco frecuente (Givaudan y Pick, 2005).

5.6.2 Diferencias de acuerdo al sexo y debut sexual de la muestra de estudio

Sexo

Los resultados de este estudio mostraron que los hombres poseen una intención de riesgo de tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, significativamente mayor que las mujeres. Estos hallazgos son consistentes con estudios anteriores, donde se ha comprobado que aún en la realidad actual, impera en los hombres adolescentes el modelo tradicional de masculinidad que dicta ciertos rituales sexuales, entre los que se cuentan mantener relaciones sexuales sin protección y exponerse al riesgo de ser padres sin haberse convertido aún en adultos (Stern, 2003). Asimismo, parecer persistir la creencia de que son las mujeres las responsables de usarlos dado que ellas son las que se embarazan (Martínez, Villaseñor, y Celis, 2000; Poppen, 1994), dando como resultado que los chicos adolescentes presenten una mayor conducta de riesgo que las chicas (Cohn et al., 1995; Montenegro y Guajardo, 1994; Robles, 2004).

Por otra parte, se ha identificado que los adolescentes se involucran en conductas de riesgo, porque se perciben como invulnerables pensando que no tendrán consecuencias negativas como resultado de sus conductas riesgosas. Además, perciben defectuosamente los riesgos como independientes y no acumulativos, es decir, pensando que se deben exponer un número considerable de veces al riesgo, antes de experimentar consecuencias negativas, como en éste caso, que no puede contagiarse de VIH/SIDA con una sola vez que tengan relaciones sexuales sin protección (Larson y Asmussen, 1991).

Finalmente, dado que la percepción de riesgo personal aporta permite predecir patrones de comportamiento de prevención y riesgo prevalente en las personas (Díaz-Loving, 2001), se identifica la imperante necesidad de implementar estrategias que faciliten la comprensión del riesgo en los adolescentes y que les permitan instrumentar las habilidades necesarias para adoptar conductas sexuales saludables.

Por otro lado, se identificó que los hombres experimentan un nivel de miedo y/o vergüenza para comunicar a su pareja sexual su deseo de utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, significativamente mayor que las mujeres. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores (Micher y Silva, 1997; Stern, 2003) al respecto que los hombres adolescentes no usan el condón porque carecen de las habilidades sociales necesarias para ello, siendo la vergüenza un factor clave en la determinación de su uso. En este sentido, se ha identificado que la educación que recibe el adolescente normalmente no lo adiestra para comunicarse positivamente con los demás, por el contrario, aprende a sentirse inseguro, a ocultar, reprimir o tergiversar los mensajes (Martínez, 1995). De ahí que se identifica la importancia de favorecer la adquisición de la habilidad de comunicación asertiva en adolescentes.

Por otra parte, se identificó que las mujeres poseen una intención de comunicación de asertiva con la pareja significativamente mayor que los hombres. Si como se ha comprobado, las adolescentes que se comunican con su pareja tienen intenciones más fuertes de usar condones que las que no se comunican y que el hablar acerca de condones incrementa las intenciones de usarlos en las adolescentes (Orr y Langefeld, 1993; Villagrán y Barocio, 1998; Villaruel et al., 2004); entonces se debería promover una visión menos estereotipada de la relación de pareja y de la comunicación en torno a la sexualidad, en la que es posible construir un nuevo lenguaje más libre y espontáneo para hombres y mujeres; que además les permita una negociación sexual activa como una experiencia que se comparte saludable y satisfactoriamente en la pareja (Quintana, 2005).

Siguiendo con las mujeres, éstas presentaron una conducta de comunicación asertiva con la pareja significativamente mayor que los hombres. Este hallazgo difiere de lo reportado en otros estudios, donde se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes, sobre todo las mujeres, no se atreven a pedirle a su pareja que usen el condón (Fishbein, 1990; Robles, 2004). Si como la literatura reporta (Rickman, Lodico y DiClemente, 1994), la comunicación asertiva con la pareja se asocia con un mayor uso de métodos anticonceptivos (sobre todo cuando la conversación es específica sobre los riesgos de ITS/SIDA o uso del condón); se identifica la necesidad de fomentar la comunicación asertiva con la pareja entre los adolescentes, específicamente en los hombres, para que aumente la probabilidad de que se protejan en sus encuentros sexuales.

Por otra parte, se identificó que las mujeres poseen un nivel de conocimientos sobre sexualidad significativamente mayor que los hombres. Al respecto, otras investigaciones coinciden en que los hombres adolescentes están poco y en muchas ocasiones, mal informados sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva (Stern, 2003), y que las mujeres responden con mayor exactitud que los hombres a las preguntas de las encuestas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Al parecer, las mujeres adolescentes, principalmente las sexualmente activas, están adoptando conductas de salud diferentes a las tradicionales y han asimilado mejor las campañas de salud y la educación impartida en las escuelas (Alfaro, Harada y Díaz, 1998; Villagrán, 1993). Sin embargo, resulta importante no perder de vista, que gran parte de los métodos son controlados por la mujer, y por lo tanto es más probable que ellas sepan realmente cómo se usan. Además, es comprensible que la motivación de las mujeres para protegerse del embarazo es mayor, porque son ellas y no los hombres, las que están expuestas al riesgo de un embarazo no planeado (Population Reports, 2003).

Finalmente, se identificó que las mujeres poseen un nivel de creencias conductuales positivas hacia la sexualidad, significativamente mayor que los hombres. Si como se ha reportado en otras investigaciones (Rosenthal et al., 2002; Villagrán, 1993; Villagrán y Díaz-Loving, 1992) las creencias conductuales positivas acerca del uso de anticonceptivos favorece su uso, y las adolescentes que usan anticonceptivos tienen menor número de creencias negativas hacia sus efectos secundarios que las que no los usan; y en contraparte las creencias conductuales negativas hacia el uso de métodos anticonceptivos y específicamente hacia el uso del condón (por ejemplo

que éste disminuye el placer y que se pierde la espontaneidad de la relación sexual), son barreras para la intención de usarlo (Martínez et al., 2000; Fishbein, 1990; Robles, 2004); destaca el papel de las creencias conductuales positivas hacia la sexualidad como facilitadoras de la conducta sexual protegida en las adolescentes.

Con base en los hallazgos anteriores, se identifica la necesidad de desarrollar estrategias para que los adolescentes hombres y mujeres, tomen conciencia de las consecuencias de sus comportamientos sexuales, sobretodo de los riesgosos, y asuman la responsabilidad que les corresponde a cada uno en la prevención de los riesgos de salud a los que se exponen. Asimismo, se identifica la necesidad de facilitar el acceso de los/as adolescentes a información real sobre las opciones anticonceptivas, y a erradicar las creencias negativas hacia la sexualidad, y en específico hacia los métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en que el condón es el único método anticonceptivo que protege del contagio de ITS/SIDA, si se usa de forma correcta y sistemática.

Debut Sexual

Los estudiantes con debut sexual presentaron una intención de riesgo de tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos incluyendo al condón, significativamente mayor que los estudiantes sin debut sexual. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios (González, Aguirre y Tapia, 2005; Velázquez, 2003) en que la experiencia sexual en los adolescentes, condiciona la intención de usar condón de forma sistemática. Específicamente en el estudio conducido por Velázquez (2003) la intención de usar condón tendió a incrementarse cuando los adolescentes no habían tenido su debut sexual, en tanto que tendió a decrementarse en los adolescentes con debut sexual; no obstante que éstos últimos reportaron mayor número de conocimientos y una actitud más positiva hacia los métodos anticonceptivos en comparación con los adolescentes sin debut sexual. Posiblemente en este caso, las emociones sean mas fuertes que las variables cognitivas; de ahí que se pueda suponer que para los adolescente con debut sexual, pudiera tener mayor importancia disfrutar el momento (Cohn et al., 1995; Robles, 2004).

En contraparte, se identificó que los estudiantes sin debut sexual poseen una intención de protección en sus encuentros sexuales significativamente mayor que los estudiantes con debut sexual. Estos hallazgos pueden tener su explicación en el hecho de que un adolescente sin debut sexual, no conoce en realidad el contexto en el que tiene lugar el uso del condón, y no tiene por lo tanto la práctica suficiente para llevarlo a cabo; de tal forma que no cuenta con ningún parámetro (más que la información sobre su uso en el caso de que la posea) para planear la dirección de su conducta sexual (Velázquez, 2003). Es comprensible que en estas condiciones, la intención manifiesta de usar métodos anticonceptivos incluyendo al condón en los adolescentes sin debut sexual, sea una forma condescendiente con la educación sexual que han recibido y con los mensajes publicitarios que han definido el uso de anticonceptivos como parte de la “conducta sexual saludable” y “responsable” y no el antecedente real de la conducta. Por ello, es discutible la solidez de la variable “sin debut sexual” como determinante de la intención de conducta sexual protegida, dado que esta situación puede cambiar en el momento que un adolescente experto se inicie sexualmente.

Por otra parte, se identificó que los estudiantes sin debut sexual poseen una intención de comunicación con la pareja, significativamente mayor que los estudiantes con debut sexual. A este respecto, se ha documentado ampliamente a la comunicación asertiva con la pareja como una variable predictora de conducta sexual protegida (FHI, 2002). Así, se ha identificado que aquellos adolescentes que tienen la intención de hablar sobre temas sexuales con su pareja (por ejemplo: sobre las campañas para promover el uso del condón, sobre el problema del SIDA y planificación de embarazos) es más probable que tengan la habilidad para solicitar usar el condón cuando tengan relaciones sexuales; pero quienes nunca abordan estos temas, podrían encontrarse ante una situación de riesgo y dejarse llevar por las circunstancias del momento (Robles, 2004). Por ello, se hace evidente que los adolescentes desarrollen esta habilidad y la pongan en práctica de forma efectiva con su pareja sexual para la práctica de la conducta sexual protegida.

Por otro lado, se encontró que los estudiantes con debut sexual poseen un nivel de conocimientos sobre sexualidad significativamente mayor que los estudiantes sin debut sexual. Estos hallazgos son inconsistentes con otros estudios en donde se ha reportado que los adolescentes poseen un conocimiento deficiente sobre temas de sexualidad cuando inician su vida sexual (Barnett, 1997; Menkes y Suárez, 2003). En este estudio, se identificó que los estudiantes con debut sexual se encontraban mejor informados que los estudiantes sin debut sexual. Dado que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es el primer requisito para poder instrumentar su uso (si no un factor determinante); ya que si los adolescentes no cuentan con los conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos, específicamente sobre sus formas de uso, ventajas y desventajas y lugar donde adquirirlos (Díaz-Loving y Torres, 1999), difícilmente los podrán usar, o más aún, usarlos de forma correcta y sistemática cuando tengan relaciones sexuales; resulta necesario brindar información clara y detallada sobre el uso de métodos anticonceptivos a los adolescentes.

Por otra parte, se observó que los estudiantes con debut sexual poseen un nivel de creencias conductuales positivas hacia la sexualidad significativamente mayor que los estudiantes sin debut sexual. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con otros estudios, en donde se reporta que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen creencias más favorables hacia el uso del condón que aquéllos que no las han tenido, los cuales consideran que los condones son difíciles de obtener, van en contra de su religión, hacen las relaciones sexuales menos placenteras, impiden el romance y reducen la sensibilidad (Díaz-Loving y Torres, 1999; Villagrán, 1993). De ahí que se identifique la importancia de clarificar creencias conductuales hacia la sexualidad en los adolescentes, preferentemente antes de que se inicien sexualmente, toda vez que las creencias conductuales positivas hacia la sexualidad, y específicamente hacia el uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón, se ha identificado como un factor que ayuda a la prevención de embarazo no planeado y contagio de ITS/SIDA en adolescentes (Hingson et al., 1990; Poppen, 1994).

Finalmente, los hallazgos de este estudio ponen de relieve la necesidad de brindar información objetiva y detallada sobre sexualidad, clarificar creencias negativas asociadas a ésta y facilitar la adquisición de habilidades que promuevan que los adolescentes identifiquen los riesgos de salud asociados a una práctica sexual sin protección y asuman la responsabilidad de los comportamientos asociados a ella, anticipándose a la posibilidad de tener relaciones sexuales y tomando las medidas necesarias para evitar situaciones no deseadas (Quintana, 2005). En consonancia con la OPS (2001) y la OMS (1993) se recomienda la educación sexual sea implementada preferentemente antes de que los adolescentes se inicien sexualmente, ya que se ha comprobado que ponerse en contacto con los adolescentes antes de que tengan su debut sexual, aumenta las probabilidades de que cuando éste tenga lugar, adopten conductas sexuales saludables y libres de riesgos (Barnett, 1997; FHI, 1997; Santos et al., 2003). Además, se recomienda el

desarrollo de programas de educación sexual dirigidos a adolescentes que ya se han iniciado sexualmente, así como para aquellos que aún no se inician, dado que se comprobó que existen diferencias sustanciales entre ambos grupos con y sin debut sexual.

5.6.3 Construcción de las escalas de medición.

El objetivo de la primera fase del estudio 1, fue construir un cuestionario compuesto por escalas con las variables que serían sometidas a análisis para probar su poder de predicción de conducta sexual protegida. Las escalas que conformaron el cuestionario final son las siguientes: escala de conocimientos sobre sexualidad, escala de creencias conductuales hacia la sexualidad; escala de habilidad de toma de decisiones para la conducta sexual protegida; escala de habilidad de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida; escala de conducta de comunicación asertiva para la conducta sexual protegida con la pareja. Además, se incluyó una escala que exploraba el patrón de conducta sexual de los adolescentes.

En primer término, resulta importante destacar la importancia de construir escalas que evaluaran las variables de forma específica, con base en las definiciones de constructo seleccionadas para cada una de ellas. La necesidad era aún mayor, al pretender evaluar las variables de habilidad de toma de decisiones y habilidad y conducta de comunicación asertiva, ya que si bien es cierto que existen diversas escalas que miden la toma de decisiones y la asertividad en la cultura mexicana (Flores-Galaz, 1993), éstas no han considerado en su definición de constructo, el concepto de *habilidad*, entendida como: “Conjunto de capacidades de actuación aprendidas. La capacidad de respuesta tiene que adquirirse y consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. La probabilidad de ocurrencia de la misma, está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos” (Gil, et al., 1998, p.38); ni su relación con la conducta meta de esta investigación, es decir, con la conducta sexual protegida.

Por otra parte, resulta importante resaltar que las habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida, fueron evaluadas en este estudio como intenciones, ya que no era posible evaluar la conducta que reflejara la habilidad como tal, en aquellos adolescentes que aún no habían tenido debut sexual y/o no tenían pareja sexual al momento de conducir la investigación. A éste respecto, Azjen y Fishbein (1980) mencionan que las intenciones preceden a la conducta y el predictor más exacto de la conducta de una persona es por tanto su intención de llevar a cabo esa conducta (Díaz-Loving, 2001); el indicador de que la intención estaba presente llevaría a considerar que muy probablemente en el futuro y cuando las demandas situacionales lo facilitaran, los adolescentes que habían reportado tener la intención de practicar la conducta sexual protegida (habilidad de toma de decisiones), o bien de comunicar a su pareja de forma asertiva su deseo de protegerse; instrumentarían esas conductas. Asimismo, se tomó en consideración lo que estos autores mencionan referente al nivel de especificidad en el cual se midan los conceptos (que en éste caso son las habilidades), el cual debe ser similar con el objeto de lograr la predicción; donde las medidas de las intenciones conductuales se deben referir exactamente a la misma conducta observable para lograr una adecuada predicción de conductas (Díaz-Loving, 2001). Así, en este estudio se cumplió con dicha condición, ya que las habilidades fueron medidas de forma específica de acuerdo a las definiciones de constructo elegidas.

Por otra parte, resulta pertinente mencionar que la definición conceptual utilizada para medir la habilidad de toma de decisiones para la conducta sexual protegida, fue la que se deriva de la Teoría tradicional que plantea a la toma de decisiones como un proceso que involucra una secuencia de pasos que conducen a una elección o solución de un problema: el proceso de decisión se basa en la

elección y trata de proporcionar las pautas que indiquen qué curso de acción tomar ante una situación incierta que requiere de una solución; asimismo, juzga de gran importancia la actividad de procesamiento de información de la persona que decide para la evaluación de las alternativas y la elaboración de acción y sus posibles consecuencias (Gutiérrez, 1998). Fue a partir de esta definición, que se construyeron los reactivos de la escala cuyo objetivo fue evaluar la intención de practicar la conducta sexual protegida, o en su caso la intención de no practicarla.

Siguiendo con las escalas de habilidad de toma de decisiones y de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida, cabe destacar que ambas arrojaron dos factores como resultado del análisis factorial, permitiendo identificar así las características propias de cada habilidad y cada factor alcanzó un adecuado nivel de confiabilidad.

Por otro lado, resultar importante resaltar que la escala de conducta de comunicación asertiva representa un intento por medir de manera clara y objetiva, la conducta de comunicación asertiva con la pareja sexual en aquellos estudiantes que ya habían tenido su debut sexual y que eran sexualmente activos al momento de conducir la investigación.

Por lo que respecta a la escala de conocimientos sobre sexualidad, ésta fue construida para medir los conocimientos básicos necesarios para poder identificar los riesgos asociados a prácticas sexuales y las formas de prevenirlos. La escala de creencias conductuales hacia la sexualidad, evaluó las consecuencias que los estudiantes pensaban que tendrían al llevar a cabo ciertas conductas sexuales, existiendo una evaluación en ello (Fishbein, 1990). Es por ello, que si se pretenden utilizar estas escalas en futuras investigaciones, se recomienda adaptarlas a la población meta, considerando la escolaridad, así como las diferencias culturales con respecto a la muestra participante en esta investigación; ya que es un hecho que el contenido informativo puede variar de manera significativa, de una población a otra.

Finalmente, cabe destacar que la construcción de un instrumento de medición, es siempre una tarea laboriosa factible de ser perfeccionada en un futuro.

5.7 Estudio 1 Fase 2: Identificación de variables predictivas de conducta sexual protegida.

El objetivo de ésta segunda fase, fue identificar el poder de predicción de: los conocimientos sobre sexualidad y las creencias conductuales hacia la sexualidad; la habilidad de toma de decisiones y la habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida en adolescentes, por sexo y tipo de pareja sexual: regular y/u ocasional. Para ello, se utilizó la misma muestra que para la validación de las escalas de medición (n=489).

5.7.1 Tipo de Estudio

EL estudio fue correlacional, ya que se observaron las relaciones existentes entre las variables; de campo, ya que el instrumento se aplicó en el lugar natural de los sujetos; y transversal ya que no existió un seguimiento de los estudiantes participantes en el estudio.

5.7.2 Tipo de Diseño

Correlacional multivariado ya que se tienen variables predictoras y dependiente, además de que se desea observar la relación entre ellas.

5.7.3 Procedimiento

Se aplicó el cuestionario conformado por las 5 escalas de medición construidas en la primera fase de este estudio, en la muestra seleccionada. Posteriormente, se llevaron a cabo los análisis estadísticos que se detallan en el siguiente apartado.

5.7.4 Análisis Estadístico de los datos

e) Análisis de Regresión Múltiple (ARM): Para poder tener un análisis indicativo de la magnitud de la predicción de cada una de las variables implicadas en el modelo empírico (variables predictoras), sobre la conducta sexual protegida en los adolescentes, se sometieron a los datos a un Análisis de Regresión Múltiple (por pasos).

Las variables independientes consideradas fueron los conocimientos sobre sexualidad, creencias conductuales hacia la sexualidad, habilidad de toma de decisiones, habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida; como variable dependiente se consideró a la frecuencia de conducta sexual protegida, por sexo y tipo de pareja sexual: regular y/u ocasional.

5.8 Resultados

e) Análisis de Regresión Múltiple (ARM) entre las variables del modelo, para identificar al mejor predictor (es) de la conducta sexual protegida, de acuerdo al sexo (hombres/mujeres) y tipo de pareja sexual (regular y ocasional).

1) Con referencia a la conducta sexual protegida en los hombres con la pareja sexual regular, se observa en la Tabla 9, a la habilidad de comunicación asertiva en su factor uno, es decir, la intención en los estudiantes de comunicarse asertivamente con su pareja sexual regular, como el mejor predictor de esta conducta ($R_m=.347$, $R^2=.120$, $R^2_{aj}=.096$); seguido por la habilidad de toma de decisiones en su factor uno, es decir, la intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida ($R_m=.485$, $R^2=.235$, $R^2_{aj}=.192$).

Tabla 9: ARM para la predicción de conducta sexual protegida con la pareja sexual regular

Predictor	B	EEB	Beta	t	SIG. t
Intención de Comunicación Asertiva con la pareja	-.335	.151	-.347	-2.219	.033
Intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida.	.410	.179	.445	2.295	.028

2) Por otra parte, cabe destacar que no se identificó a ningún predictor de conducta sexual protegida en hombres con la pareja sexual ocasional.

3) Con referencia a la conducta sexual protegida en las mujeres con la pareja sexual regular, se observa en la Tabla 10, a las creencias conductuales hacia la sexualidad, como el único y mejor predictor de esta conducta ($R_m=.423$, $R^2=.179$, $R^2_{aj}=.143$).

Tabla 10: ARM para la predicción de conducta sexual protegida con la pareja sexual regular

Predictor	B	EEB	Beta	t	SIG. t
Creencias conductuales hacia la sexualidad	1.162	.519	.423	2.240	.035

4) Con referencia a la conducta sexual protegida en las mujeres con la pareja sexual ocasional, se observa en la Tabla 11, a la habilidad de toma de decisiones en su factor uno, es decir, la intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida, como el único y mejor predictor de esta conducta ($R_m=.310$, $R^2=.096$, $R^2_{aj}=.075$).

Tabla 11: ARM para la predicción de conducta sexual protegida con la pareja sexual ocasional

Predictor	B	EEB	Beta	t	SIG. t
Intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida.	.511	.242	.310	2.117	.040

5.9 Discusión : Identificación de variables predictivas de conducta sexual protegida.

Hombres

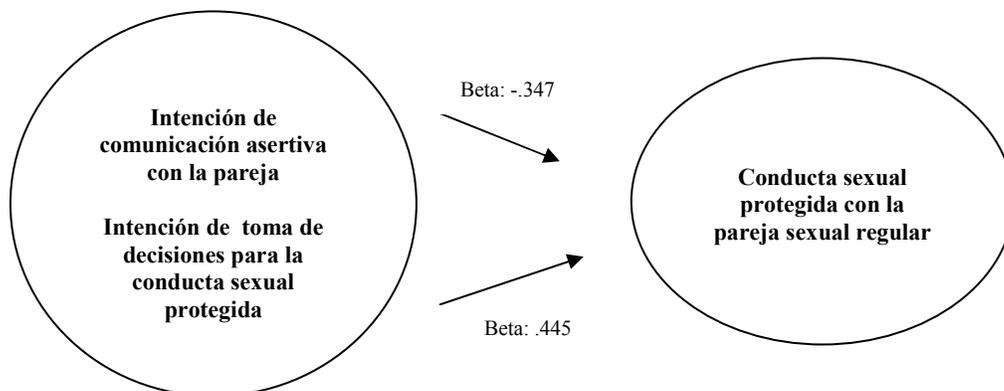
En este estudio, se encontró como el mejor predictor de conducta sexual protegida en hombres con pareja sexual regular, a la habilidad de comunicación asertiva en su factor de intención de comunicación asertiva con la pareja. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado previamente en México (Pick et al., 2000; Rojas, 2002) así como en otros países (Klein et al., 2004; Rickert et al., 2002) en el sentido que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual regular, aumenta la probabilidad de que los adolescentes se protejan en sus encuentros sexuales. Al parecer, los adolescentes con pareja sexual regular, poseen un mayor nivel de confianza en la relación con su pareja sexual, situación que los motiva a hablar de manera clara y directa sobre su deseo de llevar a la práctica la conducta sexual protegida. A su vez, es menos frecuente que la comunicación asertiva se dé con las parejas sexuales ocasionales, al ser encuentros en su mayoría, no planeados (Pile, Bumin y Ciloglu, 1999). Como evidencia adicional, otros estudios reportan (FHI, 2002; Hirsch y Nathanson, 2001) que las parejas estables muestran un mayor grado de compromiso y preocupación por evitar las consecuencias negativas asociadas a una vida sexual

activa sin protección. Se puede concluir por tanto, que dado que la intención de comunicación asertiva con la pareja sexual regular, es un factor clave para lograr la conducta sexual protegida en los hombres, los programas de promoción de salud sexual deberían considerar la formación de esta habilidad en los adolescentes que atienden.

Por otra parte, se identificó como el segundo mejor predictor de conducta sexual protegida en hombres con pareja sexual regular, a la habilidad de toma de decisiones en su factor de intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida. Estos hallazgos, destacan el papel relevante de la toma de decisiones para la conducta sexual protegida en hombres; y coincide con lo reportado en otros diversos estudios (Godin, Maticka-Tyndale y Adrien, 1996; Morrison, Rogers, Gillmore y Baker, 1995; Van der Velde y Van der Pligt, 1991), los adolescentes adoptarán una conducta saludable, como en este caso, el uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón; sólo cuando estén convencidos que sus beneficios pesan más que las desventajas: cuando los beneficios estimados del uso métodos anticonceptivos incluyendo al condón son más altos, la probabilidad de que las precauciones sean tomadas aumentan (Necchi y Schufer, 1999).

En otro estudio conducido por Kelly y Kalichman (1995), se encontró que la decisión de los estudiantes de practicar conductas sexuales protegidas con una pareja sexual regular, se relaciona directamente con los atributos percibidos en la pareja tales como calidez y cortesía; en contraste, variables relacionadas con el riesgo actual, tales como información concerniente a la historia sexual de la pareja, tiene una influencia menor en las prácticas sexuales en una relación estable. Además, se ha identificado que el tener relaciones sexuales para compartir intimidad, se relaciona positivamente con el sexo protegido. Al parecer, aquellos adolescentes que le confieren un sentido de intimidad y que tienen una confianza mutua en la pareja, son más propensos a considerar las consecuencias de tener sexo sin protección y por tanto que instrumentan la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular (Sanderson y Cantor, 1995). De ahí la importancia de considerar variables mediadoras, entre las habilidades y las conductas meta, como lo son las características propias de la pareja sexual regular, que en este estudio resultaron positivas y facilitadoras de la conducta sexual protegida en los hombres. Es así, que al haber identificado como el segundo mejor predictor de conducta sexual protegida en hombres, a la intención de protección para la conducta sexual protegida; se identifica la importancia de favorecer la adquisición de la toma de decisiones para la conducta sexual protegida en los adolescentes. En la figura 1, se muestra el modelo resultante:

Figura 1: Predictores identificados con la pareja sexual regular en hombres



Por otra parte, no se identificó ningún predictor de conducta sexual protegida, cuando los hombres tienen relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional. Diversos estudio reportan, que en materia de anticoncepción, el conocimiento que tienen los hombres sobre los métodos anticonceptivos incluyendo al condón, no necesariamente indica que los utilizan. Al parecer, los hombres no usan anticonceptivos por diversas razones, entre ellas la falta de acceso a éstos, la creencia de que las mujeres son las responsables de estas decisiones, la falta de comunicación con la pareja, o creencias y temores erróneos acerca de los métodos (Population Reports 1998; Roye y Seals 2001). Asimismo, se han identificado otros factores tales como la percepción de invulnerabilidad y el hecho de no haber planeado el encuentro sexual (Flórez, 2005; Necchi y Schufer, 1999); el llamado factor oportunidad (la falta de planeación con que se dan muchos encuentros sexuales entre adolescentes) que dificultan adoptar el uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón (Cohen et al., 1995; Robles, 2005).

Por otro lado, resulta importante resaltar que estos hallazgos difieren de lo ampliamente reportado en la literatura, al respecto de que los hombres practican menos las conductas sexuales protegidas con parejas regulares que con las ocasionales (Bimbela, Gutierrez, Alfaro y March, 2002; Misovich, Fisher y Fisher, 1997). En este estudio, no se identificó ningún predictor de conducta sexual protegida cuando los hombres tienen relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional. Ello resulta preocupante, si se considera que los hombres están más expuestos al contagio de ITS/SIDA cuantas más relaciones sexuales tengan sin protección; más aún en encuentros con parejas sexuales ocasionales. Así, se identifica que los adolescentes se encuentran en un alto riesgo de contagiarse de una ITS/SIDA, o bien de verse involucrados en una paternidad no planeada. De ahí la necesidad de favorecer la adquisición de las habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja en los hombres, para que instrumenten conductas sexuales responsables y libres de riesgos con parejas sexuales ocasionales, toda vez que se identificaron como predictores de conducta sexual protegida con la pareja regular.

Mujeres

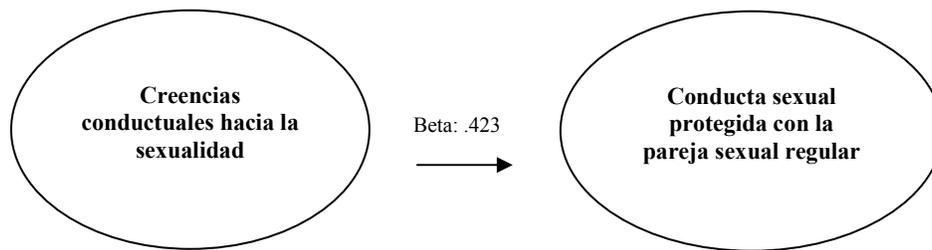
Por lo que respecta al grupo de mujeres, se identificó como el mejor predictor de conducta sexual protegida con la pareja sexual regular, a las creencias conductuales hacia la sexualidad. Los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado en otros estudios (Rosenthal, Biro, Succop, Baker y Stanberry, 2002), en el sentido de que las creencias conductuales positivas acerca del uso de condones, favorece su uso. Esto confirma estudios previos con adolescentes mexicanas, en tanto que las creencias negativas, específicamente hacia el uso del condón, son barreras para la formación de la intención de usarlo (López, 2000); por lo tanto, cuando las creencias conductuales negativas son revertidas, se aumenta la probabilidad de uso de anticoncepción en las adolescentes (Amuchástegui, 2001; Villaseñor et al., 2003).

Al parecer, aquellas adolescentes que usaban condones con su pareja sexual regular, refirieron disfrutar del sexo con condones como una razón para usarlos. Estos hallazgos dan cuenta de la importancia de la relación que los adolescentes establecen con la pareja sexual y sus creencias acerca del uso del condón. Además, el uso de condones en mujeres con la pareja sexual regular, se encuentra relacionado con la creencia de que el uso del condón ayuda a construir la confianza en la pareja; más aún, si la pareja sexual regular apoya el uso del condón, las intenciones de usarlo se incrementan de forma significativa así como su uso de forma consistente. Finalmente, el tener una pareja sexual se ha relacionado fuertemente con la intención de usar condones con otras parejas sexuales (Santelli et al., 1996).

Así, se identifican a las creencias conductuales positivas hacia la sexualidad, como el mejor predictor de la conducta sexual protegida en las mujeres cuando tienen relaciones sexuales con una

pareja sexual regular. Al parecer, la evaluación de las consecuencias de tener conductas vinculadas directamente con su vida sexual, tales como las creencias positivas en el sentido que el uso de condón es efectivo en la prevención de embarazo no planeado y de contagio de ITS/SIDA (OMS/Fondo de Población de Naciones Unidas, 2000) y que no existen grupos de riesgo sino conductas de riesgo para el contagio (Díaz, 2001; Flores-Palacios y Leyva-Flores, 2003); es lo que determina que lleven a la práctica este tipo de conducta con la pareja sexual regular. Parecería ser que basta con creer que es importante protegerse de ITS/SIDA y prevenir un embarazo, para que las adolescentes implementen la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular (Hingson et al., 1990; Poppen, 1994). En la figura 2, se muestra el modelo resultante:

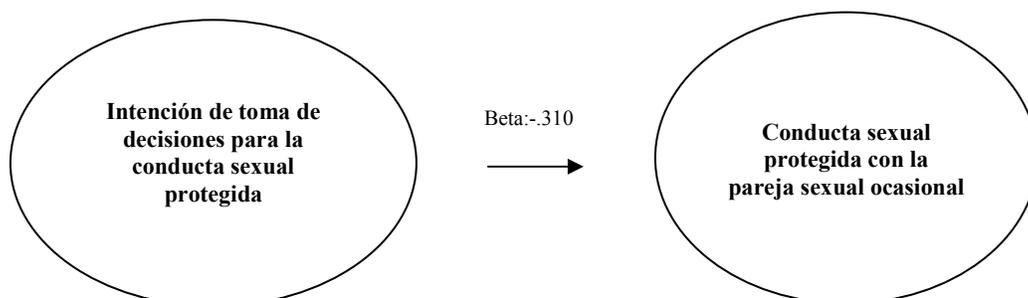
Figura 2: Predictores identificados con la pareja sexual regular en mujeres



Por otra parte, se identificó como el único y mejor predictor de conducta sexual protegida, cuando las mujeres tienen relaciones con una pareja sexual ocasional, a la toma de decisiones en su factor de intención de tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida. Al respecto, Azjen y Fishbein (1975) consideran que las intenciones preceden a la conducta, por lo tanto el predictor más exacto de la conducta de una persona, es su intención de llevar a cabo esa conducta. Al parecer, si se tiene la intención de realizar la conducta, muy probablemente se tendrá un deseo de realizarla. Ante la intención es más factible que el deseo de realizar la conducta se vislumbre como una meta a alcanzar (Díaz-Loving y Torres, 1999); entonces se esperaría que en un futuro y cuando las demandas situacionales lo faciliten, ésta intención de protección, se traducirán en conducta sexual protegida en mujeres.

Con base en estos hallazgos, se hace evidente la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan que las adolescentes asuman su sexualidad y los comportamientos asociados a ella, anticipándose a la posibilidad de tener relaciones sexuales y tomando las medidas necesarias para evitar situaciones no deseadas (Pérez et al., 2000). Ello implica, el desarrollo de la habilidad de la toma de decisiones, toda vez que se ha identificado como el mejor predictor de conducta sexual protegida cuando las adolescentes tienen relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional. En la figura 3, se muestra el modelo resultante:

Figura 3: Predictores identificados con la pareja sexual regular en mujeres



Finalmente, cabe destacar que el tipo de pareja sexual (regular u ocasional) con la que los adolescentes mantuvieron la práctica sexual, tuvo una gran relevancia. Esto corroboraría aportaciones realizadas al respecto en los últimos años, (Winifred, Gebhardt, Kuyper y Gwen, 2003), y destaca que la variable “tipo de relación entre las parejas sexuales”, es decir, si la pareja es regular u ocasional, debe incorporarse a los modelos para lograr un poder explicativo adicional (Bimbela et al., 2002); ya que los factores relacionales han recibido menor atención que los individuales, como factores de correlación con la conducta sexual protegida (Civic, 1999).

No obstante lo anterior, se identifica claramente la necesidad de facilitar en los adolescentes los factores identificados como predictores de conducta sexual protegida con ambos tipos de pareja, ya que el riesgo de embarazo y contagio de ITS/SIDA, está presente siempre que se tengan relaciones sexuales sin protección, independientemente del tipo de pareja sexual (ONUSIDA, 2000).

Con base en los hallazgos de este estudio, se acepta la hipótesis planteada, el modelo da cuenta de la importancia de clarificar creencias conductuales hacia la sexualidad, así como de favorecer la adquisición de habilidad de toma de decisiones y habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual, para la conducta sexual protegida en adolescentes.

La salud sexual y reproductiva en población adolescente representa un reto para los estudiosos de este campo; queda claro que el camino es largo y que esta área de estudio es campo fértil para todos aquellos interesados en promover la salud sexual y reproductiva en esta población. Los resultados de este estudio evidencian de manera muy concreta, algunos factores predictores de conducta sexual protegida se debe incidir con adolescentes. El siguiente paso sería desarrollar campañas y programas educativos enfocados al desarrollo de los factores identificados en este estudio.

6 Estudio 2: Evaluación del programa de intervención.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia del programa de intervención propuesto, mediante las escalas de medición construidas en el primer estudio.

6.1 Consideraciones éticas de la investigación

El aspecto ético considerado fue la confidencialidad de la información que los alumnos proporcionarían durante el taller así como en el instrumento que les aplicó para la evaluación de programa. La asistencia al taller fue considerada para la materia de Orientación Educativa que formaba parte de la currícula escolar. Los alumnos que no pudieron asistir al taller por motivos de fuerza mayor (enfermedad o actividades escolares paralelas) no fueron sancionados por su inasistencia.

6.2 Sujetos

La muestra fue no probabilística intencional y estuvo constituida por 143 hombres y 145 mujeres, que cursaban el bachillerato en una escuela privada ubicada en el sur de la Ciudad de México y cuyo rango de edad osciló entre los 14 y 21 años, siendo la media de edad de 16 años. Por lo que se refiere a su patrón de conducta sexual, del total de los estudiantes que conformaron la muestra de estudio, el 37% (N=97) habían tenido ya debut sexual, en tanto que el 63% (N=165) no lo habían tenido. En este apartado, cabe aclarar que sólo se analizaron los datos de los estudiantes con debut sexual.

6.3 Escenario

Salones de clase con capacidad para 25 alumnos, equipados con mesas, sillas, escritorio y pizarrón, con iluminación y ventilación adecuadas.

6.4 Materiales

Se utilizaron pizarrón, gises, borrador, hojas blancas, lápices, retroproyector de acetatos y apoyos didácticos específicos para el contenido de cada sesión, tales como rotafolios y esquemas.

6.5 Tipo de Diseño

El diseño del estudio fue de cuatro grupos de Solomon:

- Grupo Experimental con mediciones antes y después.
- Grupo Control con mediciones antes y después.
- Grupo Experimental con mediciones después.
- Grupo Control con mediciones después.

O	X	O
O		O
	X	O
		O

Se eligió este diseño experimental ya que resulta poderoso y fuerte. Las exigencias de comparación quedan bien satisfechas con las dos primeras líneas y las dos segundas. La aleatorización incrementa la probabilidad de equivalencia estadística de los grupos y la historia y madurez están controladas con los dos grupos experimental y control con mediciones antes y después. El efecto de interacción debido a una posible sensibilización de los participantes en condiciones de las mediciones antes, está controlado por las tres primeras líneas. Al añadir la cuarta línea, se pueden

controlar los efectos temporales que pueden haber ocurrido entre las mediciones antes y después. (Kerlinger, 1991).

6.6 Procedimiento

El programa de educación sexual y habilidades para la conducta sexual protegida en adolescentes, se diseñó utilizando parte del programa “Planeando tu Vida” (Pick de Weiss et al., 1995); que en su versión completa cuenta con 17 sesiones, que incluyen: valores, roles de género, manejo del afecto, nutrición y prevención de consumo de drogas así como una serie de habilidades para la vida que se dan en 40 horas. Para esta versión resumida y adaptada del programa (los cambios efectuados a la versión original se presentan en el Anexo 5: Versión adaptada del programa) sólo se consideraron las variables que se habían identificado como precursoras de conducta sexual protegida en el primer estudio: conocimientos sobre sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad, toma de decisiones, habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida.

El programa resumido quedó conformado por 8 sesiones de dos horas de duración cada una. Las primeras 6 sesiones formaron parte del contenido informativo del programa y abarcaron temas sobre aspectos generales de anatomía y fisiología de aparatos sexuales femenino y masculino, procesos de menstruación, fecundación, embarazo y parto; ITS/SIDA y anticoncepción. Las últimas dos sesiones facilitaron la adquisición de las habilidades para la toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida. En cada sesión, se utilizaron técnicas vivenciales tales como juegos de roles, lluvias de ideas y socio dramas; (por ejemplo, en la sesión sobre embarazo y sus consecuencias, se pidió a los participantes que llevaran a cabo una representación de una pareja adolescente con un embarazo no planeado; a los participantes restantes, se les pidió que observaran dicha situación después de la cual, se llevó a cabo una discusión sobre las consecuencias que tiene un embarazo en la adolescencia). Finalmente, se incluyó un apartado en el cual se clarificaron las creencias negativas más comunes hacia la sexualidad. Se impartieron 8 talleres en cuatro horas semanales, cada tercer día, a lo largo de un mes, en horario vespertino; por 6 facilitadoras con amplia experiencia.

Los talleres fueron impartidos en las instalaciones de la institución educativa que facilitó la muestra de estudio. El primer grupo experimental estuvo constituido por un total 75 alumnos, al cual se le aplicó el cuestionario antes y después del programa. El segundo grupo experimental recibió el programa y solamente fue evaluado al finalizar el mismo (n=75). El primer grupo control no participó en el programa, sólo se le aplicó el cuestionario en las mismas fechas que al primer grupo experimental; finalmente al segundo grupo control sólo se le aplicó el cuestionario en la misma fecha que al segundo grupo experimental (n=75).

6.7 Análisis Estadístico de los datos

t de Student para conocer si hay diferencias entre los cuatro grupos del diseño:

- 1) *t de Student para muestras relacionadas:* para contrastar las hipótesis referidas a las diferencias entre las dos medias relacionadas de cada grupo con mediciones antes y después, con y sin programa en estudiantes con debut sexual.
- 2) 1) *t de Student para muestras independientes:* para contrastar las hipótesis referidas a las diferencias entre las medias independientes de cada grupo con mediciones antes y después, con y sin programa, en estudiantes con debut sexual.

1.8 Resultados

Tabla 1: Comparaciones del diseño en estudiantes con debut sexual

Grupo	Calificaciones	Toma de decisiones	Comunicación Asertiva	Conducta Comunicación Asertiva	Conocimientos sobre sexualidad	Creencias Conductuales hacia la sexualidad
Experimental con mediciones antes y después	X	Antes/Después 23.2 23.5	Antes/Después 33.2 35.3	Antes/Después 33.2 13.3	Antes/Después 35.4 34.8	Antes/Después 37.2 35
	D.E	5.02 3.9	2.7 3.7	3.2 2.60	4.01 4.5	7 3.7
	N	19 19	19 19	15 15	19 19	19 19
	SIG. t	.81	.05*	.3	.62	.13
Control con mediciones antes y después	X	Antes/Después 23.4 23.04	Antes/Después 31.7 33.4	Antes/Después 13 15	Antes/Después 32.5 33	Antes/Después 37.2 35
	D.E	3.6 4.6	5.32 5.9	2.8 1.6	4 4.6	5.5 4
	N	23 23	23 23	7 7	23 23	23 23
	SIG. t	.72	.27	.24	.70	.19
Experimental vs Control de mediciones antes	X	Exp/Control 23.2 23.4	Exp/Control 33.2 31.7	Exp/Control 12.1 12.4	Exp/Control 35.4 32.5	Exp/Control 37.7 37.2
	D.E	5.02 3.5	2.7 5.3	3.3 3.9	4.01 4.05	6.7 5.5
	N	19 23	19 23	16 10	19 23	19 23
	SIG t	.87	.24	.85	.03*	.81
Experimental vs Control de mediciones después	X	Exp/Control 23.1 23	Exp/Control 34.4 33.5	Exp/Control 13.2 13.5	Exp/Control 34.8 33	Exp/Control 34.5 35.1
	D.E	3.9 4.6	4.8 5.9	2.5 3.2	4.3 4.6	3.7 4
	N	21 23	21 23	20 20	21 23	21 23
	SIG t	.97	.56	.74	.2	.60
Experimental vs Control entre mediciones después	X	Exp/Control 25.2 24.7	Exp/Control 36.6 34.7	Exp/Control 13.9 14.2	Exp/Control 34.4 32.6	Exp/Control 34.8 33.5
	D.E	2.7 3.5	3.9 4.8	2.7 3.08	4.3 3.7	2.7 4.6
	N	28 25	28 25	26 24	28 25	28 25
	SIG. t	.51	.13	.73	.11	.24
Control con mediciones antes y después vs Control con mediciones después	X	Control/Control 23 24.7	Control/Control 33.5 34.7	Control/Control 13.5 14.2	Control/Control 33 32	Control/Control 35.1 33.6
	D.E	4.6 3.5	5.9 4.8	3.2 3	4.6 3.7	4 4.6
	N	23 25	23 25	20 24	23 25	23 25
	SIG. t	.17	.43	.49	.74	.23

P= .05*; P= .001**

-El grupo experimental con mediciones antes y después, mostró diferencias estadísticamente significativas en la habilidad de comunicación asertiva con la pareja (P= .05*).
(La media de la evaluación inicial es inferior a la media de la medición final).

-Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos sobre sexualidad (P= .03*) entre el grupo experimental con mediciones antes y después y el grupo control con mediciones antes y después.
(La media del grupo control con mediciones antes y después es superior a la del grupo experimental con mediciones antes y después).

Tabla 2: Conducta sexual protegida en estudiantes con debut sexual

Grupo	Calificaciones	Pareja sexual Regular	Pareja sexual Ocasional
Experimental con mediciones antes y después	X	Antes/Después 1.6 1.4	Antes/Después 1.1 1.1
	D.E	.79 .53	.36 .36
	N	7 7	14 14
	SIG. t	.73*	.73
Control con mediciones antes y después	X	Antes/Después 1.5 1	Antes/Después 1.1 1.4
	D.E	.70 .00	.35 .52
	N	2 2	8 8
	SIG. t	.50	.35
Experimental vs Control con mediciones después	X	Exp/Control 1.2 1.2	Exp/Control 1.2 1.2
	D.E	.53 .42	.48 .55
	N	19 10	24 20
	SIG. t	.96	.60
Control con mediciones antes y después vs Control con mediciones después entre mediciones después	X	Control/Control 23.3 24.2	Control/Control 32.8 32.6
	D.E	4.02 3.7	5.5 6
	N	44 40	44 40
	SIG. t	.31	.88

P= .05*; P= .001**

*No se identificaron diferencias en la conducta sexual protegida en ninguno de los grupos.

6.9 Discusión de la evaluación del programa de intervención

En primer término, se identificó un aumento significativo en el nivel de habilidad de comunicación asertiva con la pareja en los participantes con debut sexual que atendieron el programa. Es así que los participantes fueron formados en la habilidad de comunicarse de forma clara y directa con su pareja sexual, para que en el caso de tener relaciones sexuales, lo hicieran de manera protegida. Si la habilidad de comunicación asertiva con la pareja se ha identificado como un factor que promueve el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes (FHI, 2002; Villaruel et al., 2004; Zamboni et al., 2000); se recomienda procurar programas que faciliten una comunicación asertiva con la pareja en los adolescentes.

Por otra parte, se identificó que los participantes del grupo experimental con mediciones antes y después, registraron un nivel significativamente mayor en su nivel inicial de conocimientos sobre sexualidad; sin embargo, no se identificaron diferencias en el resultado de su medición final con respecto a los participantes del grupo control con mediciones antes y después. Con esto se comprueba la influencia de la variable “madurez” en los participantes del grupo control que mostraron un incremento en su nivel de conocimientos con el paso del tiempo, el cual dio como resultado que no se obtuvieran diferencias en su comparación final con el grupo experimental (Kerlinger, 2001). De ahí se identifica la influencia de variables extrañas, como en éste caso, la madurez de los participantes en este tipo de programas con mediciones a lo largo del tiempo.

Por lo que respecta a los conocimientos sobre sexualidad, las creencias conductuales hacia la sexualidad, la habilidad de toma de decisiones para la conducta sexual protegida, la conducta de comunicación asertiva con la pareja para la conducta sexual protegida y la conducta sexual protegida, cabe destacar que no se identificó un aumento significativo en éstas variables en los participantes en el programa. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por expertos en el área (UNESCO, 2004), en el sentido que la educación de habilidades para la vida es un proceso de aprendizaje, que requiere de un entrenamiento cíclico e intensivo. De ahí que se identifique, que la educación en habilidades para la vida requiere de una gran inversión de tiempo e instrucción para que los participantes practiquen sus nuevas habilidades y puedan así adquirirlas, discutir las y realizar un trabajo de reflexión personal y colectivo para poder identificarse con ellas y traducirlas en conductas (ICE, 2005). Es por todo ésto, que se deduce que la duración del programa resultó insuficiente para que los componentes del programa aumentaran de forma significativa en los participantes. Queda así de manifiesto, la pertinencia de implementar intervenciones largas e intensivas para lograr impactar en los participantes en este tipo de programas.

Si como las recomendaciones emitidas por la ONU y la OMS, mencionan la importancia de instrumentar la educación basada en habilidades para la vida, dada su utilidad en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual incluyendo al SIDA (UNICEF, 2005); se identifica la necesidad de construir e implementar programas que permitan operacionalizar y monitorizar sus evaluaciones; ya que la experiencia muestra que si éstas habilidades para la vida no son evaluadas, no serán enseñadas correctamente (ICE, 2005). Por consiguiente, se requiere formar docentes y educadores competentes que faciliten la educación en habilidades para la vida para promover y mantener el estado de salud de los adolescentes (UNESCO, 2004).

Finalmente, se ha identificado que la educación en habilidades para la vida debe incluir un contenido que incluya un balance sobre conocimientos y habilidades; utilizar técnicas de enseñanza interactiva; considerar el desarrollo del cambio conductual como una parte de sus objetivo; estar basada en las necesidades de los participantes (basado en el análisis de una situación relacionada con la vida real) (UNESCO, 2004), e incluir un entrenamiento cíclico e intensivo para facilitar que estas habilidades, se conviertan en repertorio conductual en sus participantes. Además, se

recomienda considerar una serie de pasos lógicos en su metodología, los cuales incluyen: 1) definir una meta, 2) establecer los objetivos, 3) definir el contenido relevante para estos objetivos, 4) desarrollar métodos de enseñanza aprendizaje y combinarlos, y 4) orientar a los maestros y educadores (UNESCO, 2004). Los interesados en el área pueden así vislumbrar un camino a seguir para desarrollar e instrumentar programas en el área de promoción de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, que se traduzcan en comportamientos sexuales saludables y libres de riesgos en ésta población.

7. Limitaciones y sugerencias

Construcción del instrumento de medición

- Una limitación del instrumento, fue el no haber incluido una escala de deseabilidad social, ya que la información referente a la vida sexual de los adolescentes, se pudo haber visto influenciada por los tabúes sociales que aún prevalecen en la cultura mexicana y que limitan la exploración de la vida sexual de las personas.

Evaluación del Modelo Empírico

- Se sugiere llevar a cabo más investigación, que permita identificar nuevos predictores que orienten sobre la mejor manera de prevenir los riesgos de salud asociados a conductas sexuales de riesgo en adolescentes.
- Con base en los hallazgos de esta investigación, se identifica que una educación sexual integral para los adolescentes, debe brindar elementos para crear opciones futuras de vida y no sólo información y habilidades relacionadas con la prevención de embarazo no planeado y contagio por ITS/SIDA. Se hace necesaria por tanto, una educación emocional sumada a la educación sexual. Los interesados en la materia, pueden vislumbrar un nuevo camino que guíe futuras investigaciones.

Instrumentación del programa

- La deserción de los estudiantes del programa, fue una limitante en términos de poder recaudar una muestra más amplia, toda vez que las condiciones climatológicas y de horario no fueron las deseadas.
- Es necesario tener presente, que variables extrañas tales como la confianza el anonimato, la sensibilidad a que fueran comentados los resultados de los participantes con la escuela o los padres de familia, pudieron haber influido directamente sobre los resultados de la evaluación del programa. Por ello se recomienda que éstas variables sean consideradas en éste tipo de investigaciones donde se explora la vida sexual de los adolescentes.
- Es recomendable la estandarización de la capacitación de los facilitadores que repliquen el programa, toda vez que el nivel de conocimientos y aptitudes y sobre todo, la motivación que éstos tengan para facilitar el programa, se puede ver directamente reflejada en el resultado de la evaluación del programa.

Evaluación del programa

- Muchos de los estudiantes no habían tenido su debut sexual y/o no tenían pareja sexual regular en el momento de conducir la investigación; esta condición limitó el poder evaluar con una muestra representativa de casos, la conducta de comunicación asertiva con la pareja y la conducta sexual protegida de los estudiantes. Por lo tanto, se recomienda incluir un número mayor de adolescentes con debut sexual y pareja sexual actual, para poder evaluar las conductas sexuales.

- Se identifica la necesidad de que los programas de educación sexual, sean diseñados teniendo en cuenta la población meta, es decir, las características específicas de los adolescentes a los cuales van a estar dirigidos, y más aún, desarrollarlos específicamente para adolescentes que ya se han iniciado sexualmente, y otros para los que aún no se inician, toda vez que la variable “debut sexual” marca diferencias entre los adolescentes, y por lo tanto, necesidades específicas de atención para cada condición.

- Se recomiendan futuras investigaciones con muestras más amplias y variadas, que permitan un análisis más completo de las conductas sexuales en adolescentes, sin perder de vista la necesidad de considerar las diferencias culturales y económicas de los participantes, las cuales pueden actuar como variables extrañas con influencia sobre los resultados.

8. Referencias

- Aggleton, P., & Rivers, K. (1998). Behavioural interventions for adolescents' in L.Gibney, R. DiClemente and S. Vermund (eds.) *Preventing HIV Infection in Developing Countries*. New York: Plenum Publications.
- Aguilar-Kubli, E. (1987). *Asertividad: Sé tú mismo sin sentirte culpable*. México: Pax
- Alan Guttmacher Institute (AGI) (1994). *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute (AGI) (2005). *Hacia un Nuevo Mundo*. Disponible: http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_span.html. Recuperado: 20 de noviembre de 2005.
- Alcalá, M. J. (1995). "Definición de conceptos y derechos", en Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. *Family Care International*, 2, 16-17.
- Alfaro, B., Rivera, S., y Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y el SIDA en estudiantes de preparatoria. *La Psicología Social en México*, 4, 95-100.
- Amuchástegui, A. (1996). El significado de la Virginidad y la iniciación sexual, un relato de investigación en *Para comprender la Subjetividad*, Ivonne Szasz, Susana Lerner, México: El Colegio de México.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México: EDAMEX, Population Council.
- Andrade, P., y Díaz-Loving, R. (1994). *Patrones de conducta sexual como predictores de conductas preventivas de contagio de SIDA*. Memoria del XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, México.
- Azjen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baldrich, P., Galbay, D., y Tremoleda, M. (2001). *Manual para padres: Niñez y Pubertad*. Santiago: Salvador.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Eglewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social findings of thought and action*. Eglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Barnett, B. (1997). Factores que influyen en los servicios. *Network en Español*, 17(2). Disponible: www.fhi.org. Recuperado: 2 de septiembre de 2005.

- Barrer, E., y Carvajal, C. (1990). *Como planear mi vida*. Unión para el desarrollo de la Juventud de la Asociación demográfica Costarricense. Washington, DC.
- Barreto, A. M. (2004). *Perspectivas de la vida en pareja de los adolescentes cuyos padres se encuentran separados*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Basen-Engquist, K. (2001, April). Schoolwide effects of a multicomponent HIV, STD and pregnancy prevention program for high school students. *Health Education and Behavior*, 28(2), 301-315.
- Bendezú, G. A. (1998). *Los estereotipos de género y el riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia*. Tesis no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Beyth-Marom, R., Fischhoff, B., Jacobs-Quadrel, M., & Furby, L. (1991). *Teaching decision making to adolescents: A critical review*. In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents*, (pp. 19-60). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bimbela, J. L., Jiménez, J. M., Alfaro, N., Gutiérrez, J., & March, J. C. (2002, July-August). Condom use among young engaging in vaginal intercourse. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), 298-307.
- Blanco, A. (1981). *Evaluación de las habilidades sociales*. Madrid: Pirámide.
- Botvin, G. J., Eng, A., & Williams, C. L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Burazeri, G., Roshi, E., & Tavanxhi, N. (2004, December). Does knowledge about sexually transmitted infections increase the likelihood of consistent condom use? *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 1077-9.
- Caballero, M. C. (1996). Conocimiento y comportamiento de riesgo de infección por VIH en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11, 41-55.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Castro, R. (1998). Uno de hombre con la mujer es como la corriente eléctrica: Subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos. *Debate Feminista*, 18(9), 105-130.
- Castro, V. G. (2000). Masculinity and condom use among Mexican teenagers. The escuela Nacional Preparatoria N 1. *Gender and Education*, 12(4), 479-492.
- Catalano, R. F., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Berglund, L., & Olson, J. J. (1998). Peer groups and peer cultures. Pp. 171-196 in *At the Threshold: The Developing Adolescent*. S.S. Feldman and G.R. Elliott, eds. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) (2003). *Epidemiología del VIH en México en el año 2003: Datos al 1 de noviembre del 2003*. México: Secretaría de Salud.
- Civic, D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS, 11*(4), 343-52.
- Coggans, N., Cheyne, B., & McKellar, S. (2003). *The life skills training drug education programme: a review of research. effective interventions unit*. Scottish Executive Drug Misuse Research Programme. University of Strathclyde.
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology, 14*(3), 217-222.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1998). *La situación demográfica en México*. México: Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000). *La situación actual de las y los jóvenes en México*. México: Consejo Nacional de Población.
- Craig, G. (1997). *La situación demográfica en México*. México: CONAPO.
- Darroch, J. E., Landry, D. J., & Singh, S. (2000). Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools, 1988-1999. *Family Planning Perspectives, 32*, 204-211.
- Deffenbacher, J., Lynch, R., Oetting, E., & Kemper, C. (1996). Anger reduction in early adolescence. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 400-405.
- Díaz, A. (2001). *Representación social del SIDA en un grupo de jóvenes*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, Morelos.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *La Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH-SIDA. *Revista Interamericana de Psicología, 35*(2), 25-39.
- Díaz-Loving, R., y Alfaro, M. L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. *Revista Interamericana de Psicología, 29*(2), 215-226.
- Díaz-Loving, R., y Rivera, A. S. (1992). Prevención y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica, 2*(1), 27-38.
- Díaz-Loving, R., y Torres, M. A. (1999). *Juventud y SIDA: Un enfoque psicosocial*. México: UNAM/Porrúa.
- Diccionario de la Real Academia Española (1992). México: Trillas.
- DiClemente, R. J. (1992). *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage Publications.

- Edwards, S. R. (1994). The role of men in contraceptive decision-making: Current knowledge and future implications. *Family Planning Perspectives*, 26(2), 77-82.
- Eisler, R. (1978). Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 295-299.
- Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) (2000). *Resultados Generales*. México: SEP, Instituto Nacional de la Juventud.
- Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2000). *Resultados Generales*. México: Secretaría de Salud.
- Escaramuza, R. (1992). *Estudios Psicológicos avanzados*. Madrid: Ediciones Contemporáneas.
- Family Health International (FHI) (1997). *Dialogue: Expanding the response to HIV/AIDS: A resource guide*. Arlington, VA: Family Health International AIDSCAP Project.
- Family Health Internacional (FHI) (2002). Cuando la pareja dialoga, disminuye el riesgo. *Network en español*, 21(4). Disponible: fhi.org. Recuperado: 10 de octubre de 2005.
- Feshbach, N. D. (1982). *Studies of empathic behavior in children*. En: Esienberg N. The Development of Prosocial Behavior NY: Academic Press.
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6(1-2), 1-16.
- Fischhoff, B. (1992). *Risk taking: A developmental perspective*. In J.F. Yates (Ed.), Risk-Taking Behavior, (pp. 133-162). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Fischhoff, B., Crowell, N. A., & Kipke, M. (1999). *Adolescent Decision Making: Implications for prevention programs*. Summary of a workshop. Washington, DC: National Academy Press.
- Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panameña de Salud Pública*, 18(6), 105-115.
- Flórez-Galaz, R. (1993). *Hacia un modelo predictivo del uso del condón*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Flores-Palacios, F., y Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5), 624-631.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (2002). *Acciones clave para el futuro*. Reporte de la mesa redonda en salud sexual y reproductiva, celebrada en Nueva York, 14-17 de abril, 1998.
- Ganzel, A.K. (1999). Adolescent decision making: The influence of mood, age, and gender on the consideration of information. *Journal of Adolescent Research*, 14, 289-318.

- Gayet, C., Juárez, F., et al. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), 632-640.
- Geronimus, A. T., & Korenman, S. (1990). The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Research Reports*. Population Studies Center, University of Michigan.
- Gil, F., León, J., y Jarana, L. (1995). *Las habilidades sociales y la salud*. Madrid: Pirámide.
- Gillham, J. (2002, June). Positive youth development, prevention and positive psychology: Commentary on positive youth development in the United States. *Prevention and Treatment*, 5(18), 110-122.
- Givaudan, M., y Pick, S. (2005). Evaluación del programa escolarizado para adolescentes: “Un equipo contra el VIH/SIDA”. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 339-346.
- Godin, G., Maticka-Tyndale, E., & Adrien, A. (1996). Cross-cultural testing of three social cognitive theories: An application to condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1556–1586.
- Goldestein, A. P. (1973). *The prepare curriculum: Teaching prosocial competences*. Champaign, IL, Research Press.
- González, R. (1994). *Conservadurismo y sexualidad. Como propagar el SIDA*. Rayuela: México.
- González, M. M., Aguirre, M. L., y Tapia, C. J. (diciembre, 2005). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 76(6), 573-579.
- González, G., Rojas, R., Hernández, M., y Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31, 561-584.
- Greenberg, M., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (1999). *Preventing mental disorders in school aged children: A review of effectiveness of prevention programs*. PRCPHD: College of Health and Human Development. Pennsylvania State University.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2003). *El Aborto en México*. Disponible en línea en: www.gire.com.mx. Recuperado: 10 de octubre de 2005.
- Gutiérrez, M. (1998). *El proceso de toma de decisiones vocacionales*. Tesina no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hawkins, D., Catalano, R., Morrison, D., O'Donnell J., Abbott, R., & Day, L. (1992). The Seattle Social Development Project: In the Prevention of Antisocial Behavior in Children. NY. *Guilford Publications*, 2, 139-161.

- Herrera, G. (2001) "Los estudios de género: entre el conocimiento y el reconocimiento". En Herrera (comp.) *Antología de Estudios de Género*. Quito: FLACSO-ILDIS.
- Hingson, R. W., Strunin, L., Berlin, B., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health, 80*, 295-299.
- Hirsch, J. S., & Nathanson, C. A. (2001). Some traditional methods are more modern than others: rhythm, withdrawal and the changing meanings of sexual intimacy in Mexican companionate marriage. *Culture, Health & Sexuality, 3*(4), 413-28.
- Hoff, T., Greene, L., McIntosh, M., Rawlings, N., & D'Amico, J. (2000). *Sex education in America: A series of national surveys of students, parents, teachers, and principals*. Menlo Park, CA: The Kaiser Family Foundation.
- Hoppe, M. J., Graham, L., Wilsdon, A., Wells, E. A., Nahom, D., & Morrison, D.M. (2004 October). Teens speak out about HIV/AIDS: focus group discussions about risk and decision-making. *The Journal of Adolescent Health, 35*(4), 27-35.
- Hurlock, E. (1980). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- ICE (2005). *Workshop "Quality Education and Competences*. 15th International Conference on the capability approach, education, responsibility, collective agency, knowledge and public action. Paris, France, 11-4 September, 2005.
- IPAS (2002, diciembre). *El aborto en México*. Boletín de información. Disponible: www.ipas.org. Recuperado: 10 de noviembre de 2005.
- Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association, 279*(19), 1529-1536.
- Kelly, J. A., & Kalichman, C. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 63*, 907-918.
- Kerlinger, F. (1991). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill
- Kerstin, E., Schroder, S., Hobfoll, S., Jackson, A., & Lavin, J. (2001). Proximal and distal predictors of AIDS risk behaviors among inner-city African American and European American women. *Journal of Health Psychology, 6*(2), 169-190.
- Kipke, M. D., Boyer, C., & Hein, K. (1993). An evaluation of an AIDS risk reduction education and skills training (ARREST) program. *Journal of Adolescence Health, 14*(1), 533-539.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on Programs to Reduce Pregnancy*. Washington, D. C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2002, February). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research, 39*(1), 27-33.

- Kirby, D., Short, L., & Collins, J. (1995). School based programs to reduce sexual risk behaviours: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 2. Disponible: www.infoforhealth.org/pr/prs/sm17/m17creds.shtml. Recuperado: 10 de enero 2005.
- Ku, L, Sonenstein, F., & Pleck, J. (1994). The dynamics of young men's condom use during and across relationships. *Family Planning Perspectives*, 26(6), 246-51.
- Larson, R., & M. Richards (1994). Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions. in *Adolescent Stress: Causes and Consequences*, M.E. Colten and S. Gore, eds. New York. Pp. 21-4.
- Larson, R., & Asmussen, L. (1991). Transitions in social influence at adolescence: Who induces cigarette smoking? *Developmental Psychology*, 18, 359-368.
- Lazarus, R. (1966). Behavioral rehearsal vs non-directive therapy vs advice in affective behavior change. *Behavior rehearsal and therapy*, 4, 209-212.
- Liberman, S. (1989). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. New York: American Psychiatry Press.
- López, M. (2000). *La personalidad y su relación con la percepción de riesgo en relación al SIDA*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Magis, R. C. (1998, noviembre-diciembre). La situación del SIDA en México a finales de 1998. *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, 18(6), 236-244.
- Magnussen, L., Ehiri, J. E., Ejere, H. O., & Jolly, P. E. (2004, October-December). Interventions to prevent HIV/AIDS among adolescents in less developed countries: Are they effective? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(4), 303-23.
- Mahler, H. (1996). *Descriptive analysis of AIDSCAP/Haiti BCC Projects*. Arlington, VA: Family Health International AIDSCAP Project.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Mann, L. (1990). *Elementos de Psicología Social*. México: Paidós.
- MAP.UNAIDS.WHO.PAHO. (2000, November). *HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces*. Final Report.
- Martínez, J. A. (2000). *El autoconcepto en jóvenes universitarios con diferentes niveles de protección coital*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez, L. (1995). *La importancia de la autoestima y la asertividad en una población de estudiantes en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Zellner, J., Sipan, C. L., Blumberg, E. J., y Carrizosa, C. (2004, August). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-78.
- Martínez, R. A., Villaseñor, F. M., y Celis, R. A. (2000). El condón masculino y su eficacia. *Revista Médica IMSS*, 40(1), 35-41.
- Martins, L. B., Costa-Paiva, L.H., Osis, M.J., de Sousa, M.H., Pinto-Neto, A.M., & Tadini, V. (2006, February). Factors associated with condom use and knowledge about STD/AIDS among teenagers in public and private schools in Sao Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 315-23.
- Mc Fall, R. M., & Twentyman, R. (1973). Four experiments of relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of abnormal psychology*, 81, 199-218.
- Merani, A. (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Grijalbo.
- Menkes, C., y Suárez, L. (2000). *Educación sexual, conocimiento sobre la biología de la reproducción y funcionamiento de métodos anticonceptivos en Guanajuato*. Ponencia presentada en la VII Reunión de Investigación Demográfica en México, Guadalajara.
- Micher, C. J., y Silva, B. J. (1997, agosto-octubre). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para Enfermedades de Transmisión Sexual. *Revista SIDA/ETS*, 3(39), 68-73.
- Milicic, A., Alcalay, C. y Torreti, E. (1994). *Ser mujer hoy y mañana de Sudamérica*. Santiago: Salvador.
- Mishel, M. (1973). Assertion training with handicapped persons. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 238-241.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *General Psychology Review*, 1, 72-107.
- Mize, J., & Ladd, E. (1983). A cognitive social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.
- Montenegro, E., y Guajardo, S. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago: Salvador.
- Morrison, D. M., Rogers, M., Gillmore, C., & Baker, S. A. (1995). Determinants of condom use among high-risk heterosexual adults: A test of the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 651-676.
- Moscoso-Álvarez, M. R., Rosario, R. V., y Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), 79-91.
- Mussen, P. (1985). *Desarrollo de la personalidad del niño*. México: Trillas.

- Muzzo, E., y Burrows, D. (1987). *El adolescente chileno*. Santiago: Universitaria.
- Nanglen, D., & Hansen, D. (1993). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Necchi, S., & Schufer, M. (1999). Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción. *Archivos Pediatricos Uruguayo*, 97(2), 101-108.
- Newman, C., DuRant, R. H., Ashworth, C. S., & Gaillard, G. (1993). An evaluation of an school-based AIDS/HIV education program for young adolescents. *AIDS*, 5(4), 327-339.
- Nguer, R., Niang, C. I., & Katz, K. (1999). *Identifying ways to improve family life education programs. senegal*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- NOM-039-SSA2-2002. Norma Oficial Mexicana: *Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. México: Secretaría de Salud.
- Núñez, R. M., Hernández, B., García, C., González, D., y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45(1), 92-102.
- Oliva, C. (1992). Conducta sexual y contraceptiva entre jóvenes andaluces. *Apuntes de Psicología*, 35, 53-66.
- Olvera, J. L. (1990). *El entrenamiento asertivo en la calidad de la toma de decisiones*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- ONUSIDA (2000, Diciembre). *La epidemia del SIDA: Situación en diciembre del 2000*. México: Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. División de Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Estadísticas de Salud sexual y reproductiva*. Disponible en: www.who.com. Recuperado: 16 de octubre de 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *La epidemia del SIDA: Un breve resumen*. Disponible: www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index1.html. Recuperado: 18 de noviembre de 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2000, marzo). *Doble protección contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo al SIDA y el embarazo no deseado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Autor.

- Orr, D. P., & Langefeld, C. D. (1993). Factors associated with condom use by sexually active male adolescents at risk for sexually transmitted diseases. *Journal School of Health*, 63(2), 91-96.
- Papalia, D., y Olds, S. (1998). *Desarrollo humano*. México: Mc GrawHill.
- PATH/ Outlook (Program for Appropriate Technology in Health) (1998, December). Adolescent reproductive health: making a difference. Disponible: www.path.org/outlook/html/16_3.htm#Feat. Recuperado: 3 de agosto de 2005.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(1), 61-79.
- Perelló, M., Villagrán, G., y Barocio, S. (1998). Predictores del uso de condón en mujeres. *La Psicología Social en México*, 7, 318-323.
- Pérez, F., Quintana, A., y Hidalgo, C. (2000). *Factores asociados a la adopción de comportamientos sexuales protegidos en mujeres adolescentes y jóvenes*. Perú: Instituto de Educación y Salud.
- Pile, J., Bumin, Ç., & Çiloglu, A.(1999). *Involving Men as Partners in Reproductive Health: Lessons Learned from Turkey*. AVSC Working Paper, No. 12. New York: AVSC.
- Pérez, J., y Echaury, C. (2002). *Educación para la Salud*. Universidad de Navarra España. Disponible en: www.semfyec.es. Recuperado: 12 de marzo de 2005.
- Pérez, P., y Morales, A. (1996). "Sexualidad y salud reproductiva" en CORDERA, Rafael (et al.) (coordinadores) *México joven: políticas y propuestas para la discusión*. México: Secretaría de Asuntos Estudiantiles, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pick, S., y Givaudan, M. (1998). *Yo quiero, Yo puedo*. Series de preescolar a noveno grado. Mexico: Ideame.
- Pick, S., Poortinga, Y., & Givaudan, M. (2003). Integrating Intervention theory and strategy in culture sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and practice*, 34(4), 422-429.
- Pick de Weiss, S., y Hernandez, J. C. (1991). *Prueba operativa para institucionalizar la educación para la vida familiar en las escuelas secundarias en México*. Proyecto presentado a la Secretaría de Educación, México.
- Pick de Weiss, S., Andrade, P., & Townsend, J. (1994). Evaluation of the effect of a sex education program on knowledge, sexual behavior and contraception in adolescents. *Salud Mental*, 17(1), 25-31.
- Pick de Weiss, S., Givaudan, M., & Cohen, S. (1994). *Sex and Family Life Education. Fundamentals of Development, Implementation and Evaluation*. Reporte Final. México: IMIFAP.

- Pinkerton, S. D., & Abramson, P. R. (1993). Evaluating the risks: A Bernoulli process model of HIV infection and risk reduction. *Evaluation Review*, 17, 504-528.
- Poppen, J. (1994). Adolescent contraceptive use and communication: Changes over a decade. *Adolescence*, 29(115), 503-514.
- Population Reference Bureau and Center for Population Options (PRB/CPO) (1994). *The World's Youth 1994: A special focus on reproductive health*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Population Reference Bureau. (2000). *The World's Youth 2000*. Washington: Population Reference Bureau.
- PRB/CPO (1994). Population Reference Bureau Options. *The World's youth 1994: A special focus on reproductive health*. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Population Reports (1998). Publicación del Population Information Program. Center for Communication Programs. *The Johns Hopkins School of Public Health*, 26(2). Disponible: www.infoforhealth.org/pr/prs/sm17/m17creds.shtml. Recuperado: 21 de enero 2006.
- Population Reports (1999). Publicación del Population Information Program. Center for Communication Programs. *The Johns Hopkins School of Public Health*, 28(2). Disponible: www.infoforhealth.org/pr/prs/sm17/m17creds.shtml. Recuperado: 10 de enero 2006.
- Population Reports (2003). La revolución reproductiva continúa. Center for Communication Programs. *The Johns Hopkins School of Public Health*. Disponible: www.infoforhealth.org/pr/prs/sm17/m17creds.shtml. Recuperado: 22 de noviembre de 2005.
- Preciado, J. (2003). La salud de adolescentes: Cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. *Salud Pública de México*, 45(1), 153-165.
- Prochaska, T. R., Albrech, G., Levé, A., Sigrue, N., & Kim, J. H. (1990). Determinants of self-perceived risk of AIDS. *Journal of Health on Social Behavior*, 2, 384-394.
- Quintana, A. (2005). *Mujeres jóvenes y sexualidad: entre la negociación sexual y el VIH*. Instituto de Educación y Salud. Experiencias Innovadoras, Boletín 5. Disponible: <http://www.redsidaperu.org/Experiencias/exp%20bol5-1.html>. Recuperado: 20 de diciembre de 2005.
- Rahaim, S., Lefebvre, C. & Jenkins, J. D. (1980). The effect of social skills training on behavioral and cognitive components of anger management. *Journal of Behavioral Therapy and experimental Psychiatry*, 11, 3-8.
- Ramos, L., Díaz-Loving, R., Saldivar, G., y Martínez, I. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Mental*, 6, 123-135.

- Rasmussen, C. B., Hidalgo, S. A., y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Publica de México*, 45(1), 81-91.
- Real Academia de la lengua Española (1992). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Real Academia de la lengua Española.
- Remplein, H. (1971). *Tratado de psicología evolutiva*. Barcelona: Labor.
- Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (July/August 2002). Is Lack of Sexual Assertiveness Among Adolescent And Young Adult Women a Cause for Concern? *Perspectives on sexual and reproductive health*, 34(4), 178-183.
- Rickman, R.L., Lodico, M. & DiClemente, R. J. (1994). Sexual communication is associated with condom use by sexually active incarcerated adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 15(5), 383-88.
- Rivera, S., y Díaz-Loving, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. *La Psicología Social en México*, 5, 628-635.
- Rivera, S., Díaz-Loving, R. y Cubas, C. (1994). Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados del gobierno de la Ciudad de México. *La Psicología Social en México*, 5, 546-553.
- Robles, S. (2004). Cuida tu Salud. Promoviendo la salud sexual entre los jóvenes. *Gaceta CUC*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rojas, O. L. (2002). *Aproximación al comportamiento reproductivo de los varones. Un estudio de dos sectores sociales y dos generaciones de la Ciudad de México*. Ponencia presentada en el IV taller de investigaciones sociales sobre salud reproductiva y sexual. El rol del varón en la salud sexual y reproductiva en países de América Latina y el Caribe. Buenos Aires.
- Romero, M. I. (2003). *Sexualidad y Embarazo*. Pontificia Universidad de Chile. Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2>. Recuperado: 12 de septiembre de 2005.
- Rosenthal, S. L., Biro, F. M., Succop, P. A., Baker, J.G., & Stanberry, L. R. (2002). Reasons for condom utilization among high-risk adolescent girls. *Adolescence*, 37, 83-92.
- Roth, E. (1986). *Competencia Social: El cambio de comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Roye, C., & Seals, B. A. (2001). Qualitative Assessment of condom use by minority female adolescents who use hormonal contraception. Annual Meeting of CUNY Nurse Researchers, New York, NY. April 6, 2001.
- Rutter, M. (1987, julio). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

- Salter, S. (1949). *Terapia de la Conducta*. Bilbao: DDB.
- Sanderson C. A., & Cantor, N. (1995). Social dating goals in late adolescence: Implications for safer sexual activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1121–1134.
- Santelli, S., et al. (1996). Stage of behavior change for condom use: The influence of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family Planning Perspectives*, 28(3), 101-107
- Santos, P. J., Villa., B. J., García, A. M., León, A. G., Quezada, B. S., y Tapia, C. R. (2003). La transición epidemiológica en adolescentes de México. *Salud Pública de México*, 4(1), 140-152.
- Sepúlveda, J., Valdespino, L., García, J., Izázola, R., y Rico, B. (1988). Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. *Salud Pública de México*, 30, 513-527.
- Schinke, S., Blythe, B., & Gilchrest, L. D. (1981). Cognitive Prevention of Adolescent Pregnancy. *Journal of counseling psychology*, 28, 451-454.
- Schuster, A., Bell, R., Berry, S., & Kanouse, D. (1998). Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Family Planning Perspectives*, 30(2), 67-62.
- Sedlock, L. (2000, January). Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs. *In Focus*, 2, 210-215.
- Séller, S. (1997). Las presiones influyen en el uso de anticonceptivos. *Network en español*, 17 (3). Disponible: fhi.org. Recuperado: 12 de marzo de 2005.
- Singh, S. (1998). Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Studies in Family Planning Perspectives*, 29(2), 117-36.
- Sontag, S. (1989). *El SIDA y sus metáforas*. Barcelona: Munchnik.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R., y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 45(1), 34-43.
- Stevens-Simon, C., & White, M. (1991). Adolescent pregnancy. *Paediatrics Annularies*, 20, 112-122.
- St Lawrence, J.S. (1993, February). African-American adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual behavior, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV infection. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence*, 61(1), 04-12.
- St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., O'Bannon III, R. E., & Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221-237.

- SURGIR (1991). *Prevención de la farmacodependencia: Técnicas para el trabajo con jóvenes*. Colombia: Corporación colombiana contra el alcohol y la farmacodependencia.
- Tolan, P., & Guerra, N. (1994). *What works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field*. Boulder, CO: Institute for behavioral Science.
- Trower, P. (1982). *Social skills training and social anxiety*. Handbook of social skills training and research, New York.
- UNAIDS/WHO (2000). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: December 1998. Disponible: www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/wad1998/wadrp98e.doc .Recuperado: 10 de octubre de 2005.
- UNICEF (1999). Programming for adolescent health and development. Report of UNICEF study group on programming for adolescent health and development. *Technical Report Series, 886*.
- UNICEF (2005). *Life Skills*. Disponible: www.unicef.org/lifeskills/index_8799.html . Recuperado: 16 de agosto de 2006.
- UNESCO (2004). Report of the Inter-agency working group on Life Skills in EFA. Paris, France, 29-31 March. 2004.
- U.S. Bureau of the Census World Population Profile. (1998). *Technical Report WP/98*. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. Disponible: www.census.gov/ftp/pub/ipc/www/wp98.html. Recuperado: 13 de octubre de 2005.
- Valle, G. M. (1999). *Autoestima y conocimientos sobre SIDA*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Van der Velde, F. W. & Van der Pligt, J. (1991). AIDS-related health behavior: Coping, protection motivation, and previous behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 14 , 429-451.
- Velázquez, O. G. (2003). *Uso de condón en adolescentes*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Villagrán, V. G. (1993). *Hacia un modelo predictivo del uso del condón*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villagrán, V. G., y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA. Prácticas sexuales y actitudes hacia el condón en estudiantes universitarios. *Psicología Social en México*, 9 83-92.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. 3rd, Jemmott, L. S., Ronis, D. L. (2004, May-June). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-81.

- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A., y Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 173-180.
- Weissberg, R. P., Barton, H. A., & Shriver, T. P. (1996). *El programa social de la promoción de la capacidad para los adolescentes jóvenes*. Albee, G. W., Y Gullotta, T. P. (eds.). Trabajos primarios de la prevención, (pp. 268-290). Mil Robles, Ca: Publicaciones Sabias.
- Weissberg, R. P., Caplan, M. Z., & Sivo, P. J. (1989). A new conceptual framework for establishing school-based social competence promotion programs. In L. A. Bond & B. E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools* (pp. 255-296). Newbury Park, CA: Sage.
- Winifred, A., Gebhardt, L., Kuyper, B., & Gwen, G. (2003, September). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 154-164.
- Winter, L., & Goldy, A. (1993). Effects of prebehavioral cognitive work on adolescents' acceptance of condoms. *Health Psychology*, 12(4), 215-220.
- Wolpe, C. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon
- Wood, M. A. (1981). The contribution of individual differences to assertion training outcome in adolescents. *Journal of counseling psychology*, 26, 459-461.
- Zabin, L. S., Hirsch, M. B., Smith, E. A., Street, R., & Hardy, J. B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, 119-126.
- Zamboni, B. D., Crawford, I., & Williams, P. G. (2000, December). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 12(6), 492-504.
- Zúñiga, E. (2000). *Tendencias recientes del embarazo en México*. Ponencia presentada en Comisión Nacional de la Mujer. Foro embarazo en adolescentes, avances y retos. México, Secretaría de Gobernación.

ANEXOS

Totalmente de acuerdo = 1
De acuerdo = 2
En desacuerdo = 3
Totalmente en desacuerdo = 4

Escribe en el recuadro de la derecha, el número que corresponda a tu elección de respuesta.

PREGUNTAS	RESPUESTA
1. Si se me presentara la oportunidad de tener relaciones sexuales, lo haría aunque no tuviera un anticonceptivo a la mano.	
2. La presión que siento, me impediría animarme a usar condón.	
3. Aunque se que corro el riesgo de contagiarme de ITS/SIDA, tendría relaciones sexuales sin usar condón.	
4. No me he preocupado en analizar las desventajas de embarazarme/embarazar a alguien.	
5. Si me embarazara/embarazara a alguien no sabría que hacer.	
6. Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar anticonceptivos, aceptaría.	
7. Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar condón, me negaría.	
8. Aunque he decidido usar condón, me costaría trabajo llevarlo a la practica.	

Totalmente de acuerdo = 1
De acuerdo = 2
En desacuerdo = 3
Totalmente en desacuerdo = 4

PREGUNTAS	RESPUESTA
9. Solo tendría relaciones sexuales, usando el condón en cada ocasión.	
10. Usaría métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, para prevenir un embarazo.	
11. Usaría el condón al tener relaciones sexuales, para prevenir el contagio de ITS/SIDA.	
12. Se que el condón es la única manera de prevenir el contagio de ITS/SIDA, por eso lo utilizaré cada vez que tenga relaciones sexuales.	
22. Me daría miedo que mi pareja pensara que le estoy siendo infiel si le pido que usemos el condón.	
23. Me costaría trabajo decirle no a mi pareja, si me propusiera tener relaciones sin usar condón.	
24. Preferiría no decirle a mi pareja que usemos condón, para evitarme una discusión.	
25. Evitaría hablar con mi pareja acerca de usar condón, por temor a que terminara conmigo.	
26. Me daría vergüenza hablar con mi pareja acerca del uso de anticonceptivos.	
27. Me gustaría decirle a mi pareja que usemos métodos anticonceptivos, pero temo que desconfíe de mi.	
28. Si mi pareja insistiera en tener relaciones sexuales sin usar condón le explicaría	

mis razones para usarlo.	
29. Si mi pareja me presionara para tener relaciones sexuales sin usar condón, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo.	
30. Si tuviera relaciones sexuales con mi pareja, le diría de manera clara y directa que quiero que usemos anticonceptivos.	
31. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar ningún tipo de método anticonceptivo, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella.	
32. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar condón, no las tendría.	

III. Por favor, contesta las siguientes preguntas con “SI”, “NO” o “NO SÉ” de acuerdo a lo que sabes o piensas; si no sabes la respuesta, no adivines, recuerda que esto no es un examen.

PREGUNTAS

SÍ

NO

NO SÉ

PREGUNTAS	RESPUESTA
33.La ovulación ocurre entre los días 20 y 26 antes de la iniciación de la menstruación	
34.Una vez que una mujer ha tenido su primera menstruación, puede embarazarse si tiene relaciones sexuales sin protección.	
35.Una mujer puede embarazarse si tiene relaciones sexuales sin protección durante los días que está menstruando.	
36.Una mujer puede embarazarse la primera vez que tiene relaciones sexuales.	
37.La masturbación produce daño físico a quien la practica.	
38.Los abrazos, besos y caricias son suficientes para expresar sentimientos a otra persona.	
39.La masturbación permite liberar a las personas la tensión sexual sin exponerse al contagio de ITS/SIDA.	
40.Tener una vida sexual inactiva perjudica la salud.	
41.La masturbación es una actividad saludable en la vida sexual de los adolescentes.	
42.Las ITS se pueden volver a contraer después de que ya se está curado.	
43. El herpes genital es una ITS que puede curarse con tratamiento.	
44. El Virus del Papiloma Humano es una ITS que puede producir esterilidad en las mujeres.	
45. La sífilis es una ITS que provoca trastornos en la piel, huesos, corazón y sistema nervioso central.	
46. Orinar después del coito ayuda a prevenir el contagio de ITS.	
47.El sexo seguro incluye besos, abrazos y caricias íntimas que no impliquen intercambio de sangre, semen o secreciones vaginales.	
48. Hombres y mujeres pueden tener alguna ITS sin presentar ningún síntoma.	
49.Cualquier persona que tiene relaciones sexuales sin usar condón puede contraer una ITS.	
50. El herpes genital es curable.	
51. El Virus del Papiloma Humano es una ITS relacionada con la aparición del cáncer cervicouterino en las mujeres.	
52.Una persona puede estar infectada por el virus del SIDA y no saberlo.	
53. Una persona que parece saludable puede estar contagiada de SIDA.	
54. Una persona infectada por el VIH que no presenta ningún síntoma puede infectar a otros.	
55. Una persona puede ser portadora del VIH sin desarrollar el SIDA por varios años.	
56. Una persona puede infectarse de SIDA en su primera relación sexual.	
57. Sacar el pene de la vagina antes de eyacular o “venirse”, es un método eficaz para prevenir un embarazo.	
58. El ritmo es un método anticonceptivo con baja eficacia para prevenir un	

embarazo.	
59. El uso correcto y sistemático del condón reduce de manera eficaz la transmisión de ITS/SIDA.	
60. El óvulo anticonceptivo se debe aplicar inmediatamente después del coito vaginal.	
61. Es necesario revisar el buen estado de la envoltura y fecha de caducidad de los condones antes de utilizarlos.	
62. La píldora anticonceptiva protege contra las ITS.	
63. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que previene el contagio de ITS/SIDA.	
64. El condón se debe colocar desenrollándolo directamente sobre el pene erecto hasta su base.	
65. Los espermaticidas deben aplicarse 15 minutos antes del coito.	
66. Los condones lubricados con non-oxinol-9, brindan mayor protección al contagio del SIDA.	
67. Los espermaticidas deben aplicarse en la parte superior de la vagina.	
68. A las mujeres les hace daño bañarse cuando están menstruando.	
69. La masturbación favorece la aparición de acné en los adolescentes.	
70. El SIDA se puede transmitir a través de la saliva.	
71. Si el hombre se excita, es necesario que tenga una relación sexual de lo contrario se enfermará.	
72. Una persona puede contagiarse de SIDA por usar el mismo excusado que una persona infectada	
73. Solo las personas que tienen muchas parejas sexuales pueden contagiarse de SIDA.	
74. La masturbación favorece el retraso mental en quien la practica.	
75. Las ITS solo se presentan en personas que tienen contacto sexual con homosexuales.	
76. Las pastillas de anticoncepción de emergencia son abortivas.	
77. Si una mujer utiliza anticonceptivos de manera regular, puede tener bebés con malformaciones.	
78. Las mujeres con senos grandes tienen mayor sensibilidad.	
79. La ausencia del himen en las mujeres es señal de que ya han tenido relaciones sexuales.	
80. El uso frecuente de las pastillas anticonceptivas causa esterilidad a largo plazo.	
81. Los condones pueden quedarse atorados en el estomago.	
82. Una persona puede contagiarse de SIDA por la picadura de un mosquito.	
83. El DIU causa infertilidad a las mujeres que lo usan	
84. El verdadero placer sexual se consigue solo a través de la penetración.	
85. Los adolescentes emocionalmente inmaduros son los que no se atreven a tener relaciones sexuales.	
86. La masturbación produce enfermedad mental.	
87. La mayoría de las mujeres experimentan mucho dolor en su primer coito.	
88. El embarazo hace madurar a las mujeres.	
89. La mujer soltera que se embaraza pierde todo su valor como mujer.	
90. Las personas que usan condones tienen muchas relaciones sexuales.	
91. El condón solo debe utilizarse con parejas ocasionales.	
92. Los hombres necesitan tener diversas parejas sexuales al mismo tiempo.	
93. Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio.	
94. Los hombres sienten más deseo sexual que las mujeres.	
95. Si una mujer se niega a tener relaciones sexuales con su novio, este terminará abandonándola.	
96. Es responsabilidad de la mujer no embarazarse cuando tiene relaciones sexuales.	
97. Usar condón disminuye el placer en las relaciones sexuales.	
98. Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera.	

99. Usar condón hace que las relaciones sexuales sean menos románticas.	
100. Las mujeres se contagian más de SIDA que los hombres.	
101. Las pastillas de anticoncepción de emergencia favorecen la irresponsabilidad sexual en los adolescentes.	
102. Las mujeres que se visten de forma provocativa pueden tener SIDA.	
103. Sólo las prostitutas pueden contagiar el SIDA.	
104. Las mujeres decentes no toman la iniciativa para tener relaciones sexuales.	
105. Los hombres deben tener una amplia experiencia sexual antes de casarse.	
106. Las personas que tienen muchas parejas sexuales son las que están en riesgo de contagiarse de ITS.	
107. Las mujeres que toman la iniciativa para tener relaciones sexuales pueden tener SIDA.	
108. Las ITS son un castigo para las personas promiscuas.	
109. Todos los contactos físicos, deben conducir al coito.	
110. Tener relaciones sexuales es una expresión del amor que se siente hacia la pareja	
111. Los hombres no deben negarse a un encuentro sexual.	
112. Si dos personas se aman, deben tener relaciones sexuales.	
113. Cualquier contacto íntimo que no involucre la penetración no tiene chiste.	
114. Las adolescentes que se embarazan, aseguran matrimonio.	
115. El embarazo en la adolescencia dificulta terminar los estudios.	
116. Abortar es una buena solución para un embarazo no planeado.	
117. Es preferible abortar que usar anticonceptivos.	

IV. Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu vida sexual, recuerda que tus respuestas son confidenciales y anónimas por lo que te pedimos que contestes de forma sincera.

118 ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí ____ No _____

*Si no has tenido relaciones sexuales, por favor entrega tu cuestionario.

119 En la primera relación sexual, ¿tú y/o tu pareja, hicieron algo para prevenir un embarazo?

- Sí
 No

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 125.

120 ¿Que hicieron para prevenir el embarazo?

_____.

121. Actualmente, ¿tienes relaciones sexuales?

- Sí
 No

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 130.

122 ¿Actualmente, tienes una pareja sexual regular?

- Sí
 No

**Con el término “Pareja sexual regular”, nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El o ella puede ser tu esposo/a, con quien vives, o alguien que no vive contigo.*

Las siguientes preguntas se refieren a la relación con tu pareja sexual regular; si no la tienes, por favor pasa a la pregunta 130.

123 ¿Cuándo tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular utilizas algún método anticonceptivo?

- Sí
- No

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 130.

124 ¿Cuándo tienes relaciones sexuales con una pareja sexual regular con que frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

- Siempre
- Algunas veces
- Pocas veces

125 ¿Cuál? (tacha todos los que utilices)

- Condón o preservativo
- Pastillas
- Ritmo
- Óvulos, jaleas, espermaticidas
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Inyecciones
- Retiro o coito interrumpido

126 ¿Cuándo tienes relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional, utilizas algún método anticonceptivo?

- Sí
- No

**Con el término “Pareja sexual ocasional”, nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año. El o ella pudo haber sido tu esposo/a, con quien viviste, o alguien que no vive contigo.*

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 133.

127 ¿Cuándo tienes relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional, con que frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

- Siempre
- Algunas veces
- Pocas veces

128 ¿Cuál? (tacha todos los que utilices)

- Condón o preservativo
- Pastillas

- Ritmo
- Óvulos, jaleas, espermaticidas
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Inyecciones
- Retiro o coito interrumpido

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones; por favor indica si estas de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones son las siguientes:

Totalmente de acuerdo = 1

De acuerdo = 2

En desacuerdo = 3

Totalmente en desacuerdo = 4

PREGUNTAS	RESPUESTA
129. He hablado con mi pareja, de manera clara y abierta, acerca de lo importante que es para mí, que utilicemos el condón cada vez que tengamos relaciones sexuales.	
130 he dicho a mi pareja, de manera clara y abierta, que quiero utilizar métodos anticonceptivos, cuando tengamos relaciones sexuales.	
131 Cuando mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, le expreso de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella y no lo hago.	
132 Cuando mi pareja me pide que tengamos relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo, le digo que no estoy de acuerdo y no lo hago.	
133. Cuando mi pareja me pide que tengamos relaciones sexuales sin usar condón, le digo que no estoy de acuerdo con el/ella.	

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones; por favor indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones son las siguientes:

Totalmente de acuerdo = 1

De acuerdo = 2

En desacuerdo = 3

Totalmente en desacuerdo = 4

Por favor, tacha el número que corresponda a tu elección de respuesta.

TOTALMENTE EN
DESACUERDO
EN DESACUERDO
DEACUERDO
TOTALMENTE DE
ACUERDO

PREGUNTAS

- 13. Si se me presentara la oportunidad de tener relaciones sexuales, lo haría aunque no tuviera un anticonceptivo a la mano..... 1 2 3 4
- 14. La presión que siento, me impediría animarme a usar condón. 1 2 3 4
- 15. Aunque se que corro el riesgo de contagiarme de ITS/SIDA, tendría relaciones sexuales sin usar condón.....1 2 3 4
- 16. Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar anticonceptivos, aceptaría.....1 2 3 4
- 17. Solo tendría relaciones sexuales, usando el condón en cada ocasión.....1 2 3 4
- 18. Usaría métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, para prevenir un embarazo..... 1 2 3 4
- 19. Usaría el condón al tener relaciones sexuales, para prevenir el contagio de ITS/SIDA. 1 2 3 4

TOTALMENTE EN
DESACUERDO
EN DESACUERDO
DEACUERDO
TOTALMENTE DE
ACUERDO

PREGUNTAS

- 20. Me daría miedo que mi pareja pensara que le estoy siendo infiel si le pido que usemos el condón.....1 2 3 4
- 21. Me costaría trabajo decirle no a mi pareja, si me propusiera tener relaciones sin usar condón.....1 2 3 4
- 22. Evitaría hablar con mi pareja acerca de usar condón, por temor a que terminara conmigo.....1 2 3 4
- 23. Me daría vergüenza hablar con mi pareja acerca del uso de anticonceptivos.....1 2 3 4
- 24. Me gustaría decirle a mi pareja que usemos métodos anticonceptivos, pero temo que desconfie de mi.....1 2 3 4
- 25. Si mi pareja insistiera en tener relaciones sexuales sin usar condón le explicaría mis razones para usarlo.....1 2 3 4
- 26. Si mi pareja me presionara para tener relaciones sexuales sin usar

- condón, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo... 1 2 3 4
27. Si tuviera relaciones sexuales con mi pareja, le diría de manera clara y directa que quiero que usemos anticonceptivos.....1 2 3 4
28. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar ningún tipo de método anticonceptivo, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella.....1 2 3 4
29. Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar condón, no las tendría.....1 2 3 4

II. Por favor, contesta las siguientes preguntas de acuerdo a lo que sabes o piensas; las opciones son las siguientes:

- SÍ: 1**
NO: 2
NO SÉ: 3

Si no sabes la respuesta, no adivines, recuerda que esto no es un examen.

- | PREGUNTAS | SÍ | NO | NO SÉ |
|---|-----------|-----------|--------------|
| 18. La ovulación ocurre entre los días 20 y 26 antes de que inicie la menstruación..... | 1 | 2 | 3 |
| 19. La masturbación permite liberar a las personas la tensión sexual sin exponerse al contagio de ITS/SIDA. | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tener una vida sexual inactiva perjudica la salud. | 1 | 2 | 3 |
| 21. Las ITS se pueden volver a contraer después de que ya se está curado. | 1 | 2 | 3 |
| 22. El herpes genital es una ITS que puede curarse con tratamiento. | 1 | SÍ | NO SÉ |
| PREGUNTAS | | | |
| 23. El Virus del Papiloma Humano es una ITS que puede producir esterilidad en las mujeres. | 1 | 2 | 3 |
| 24. La sífilis es una ITS que provoca trastornos en la piel, huesos, corazón y sistema nervioso central. | 1 | 2 | 3 |
| 25. Orinar después del coito ayuda a prevenir el contagio de ITS. | 1 | 2 | 3 |
| 26. Hombres y mujeres pueden tener alguna ITS sin presentar ningún síntoma..... | 1 | 2 | 3 |
| 27. El Virus del Papiloma Humano es una ITS relacionada con la aparición del cáncer cervicouterino en las mujeres. | 1 | 2 | 3 |
| 28. El ritmo es un método anticonceptivo con baja eficacia para prevenir un embarazo. | 1 | 2 | 3 |
| 29. El uso correcto y sistemático del condón reduce de manera eficaz la transmisión de ITS/SIDA..... | 1 | 2 | 3 |

30. Es necesario revisar el buen estado de la envoltura y fecha de caducidad de los condones antes de utilizarlos.	1	2	3	
31. La píldora anticonceptiva protege contra las ITS.	1	2	3	
32. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que previene el contagio de ITS/SIDA.	1	2	3	
33. El condón se debe colocar desenrollándolo directamente sobre el pene erecto hasta su base.	1	2	3	
34. Los espermaticidas deben aplicarse 15 minutos antes del coito.	1	2	3	
35. La masturbación favorece el retraso mental en quien la practica.	1	2	3	
36. Los espermaticidas deben aplicarse en la parte superior de la vagina.	1	2	3	
37. Las ITS solo se presentan en personas que tienen contacto sexual con homosexuales.	1	2	3	
38. Las mujeres con senos grandes tienen mayor sensibilidad.	1	2	3	
39. El uso frecuente de las pastillas anticonceptivas causa esterilidad a largo plazo.	1	2	3	
40. El DIU causa infertilidad a las mujeres que lo usan.	1	2	3	
41. La masturbación produce enfermedad mental.	1	2	3	
42. La mayoría de las mujeres experimentan mucho dolor en su primer coito.	1	2	3	
43. El embarazo hace madurar a las mujeres.		1	2	3
44. La mujer soltera que se embaraza pierde todo su valor como mujer.		1	2	3
PREGUNTAS				
45. El condón solo debe utilizarse con parejas ocasionales.	1	2	3	
46. Los hombres necesitan tener diversas parejas sexuales al mismo tiempo.	1	2	3	
47. Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio.	1	2	3	
48. Los hombres sienten más deseo sexual que las mujeres.	1	2	3	
49. Si una mujer se niega a tener relaciones sexuales con su novio, este terminará abandonándola.	1	2	3	
50. Usar condón disminuye el placer en las relaciones sexuales.	1	2	3	
51. Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera.	1	2	3	
52. Usar condón hace que las relaciones sexuales sean menos románticas.	1	2	3	
53. Las mujeres que se visten de forma provocativa pueden tener SIDA.	1	2	3	
54. Sólo las prostitutas pueden contagiar el SIDA.	1	2	3	

1 2 3
 SÍ NO SE

55. Las mujeres decentes no toman la iniciativa para tener relaciones sexuales.....1 2 3
56. Los hombres deben tener una amplia experiencia sexual antes de casarse.....1 2 3
57. Las mujeres que toman la iniciativa para tener relaciones sexuales pueden tener SIDA.....1 2 3
58. Las ITS son un castigo para las personas que tienen muchas parejas sexuales..... 1 2 3
59. Los hombres deben aceptar siempre a un encuentro sexual.1 2 3
60. Cualquier contacto íntimo que no involucre la penetración no tiene chiste.....1 2 3
61. Las adolescentes que se embarazan, aseguran matrimonio.1 2 3
62. El embarazo en la adolescencia dificulta terminar los estudios.1 2 3
63. Abortar es una buena solución para un embarazo no planeado.1 2 3

III. Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu vida sexual, recuerda que tus respuestas son confidenciales y anónimas, por lo que te pedimos que contestes de forma sincera.

64 ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí ____ No _____

*Si no has tenido relaciones sexuales, por favor entrega tu cuestionario.

65 En la primera relación sexual, tú y/o tu pareja, ¿hicieron algo para prevenir un embarazo?

- Sí
- No

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 67.

66 ¿Que hicieron para prevenir el embarazo?

_____.

67 Actualmente, ¿tienes relaciones sexuales?

- Sí
- No

*Si contestaste **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 69.

68 ¿Actualmente, tienes una pareja sexual regular?

- Sí
- No

**Con el término “Pareja sexual regular”, nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El o ella puede ser tu novio/a, esposo/a, con quien vives, o alguien que no vive contigo.*

Las siguientes preguntas se refieren a la relación con tu pareja sexual regular; si no la tienes, por favor pasa a la pregunta 72.

69 Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular, ¿utilizas algún método anticonceptivo?

- Sí
- No

Si contestaste **No a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 72.*

70 Cuando tienes relaciones sexuales con una pareja sexual regular, ¿con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

- Siempre
- Algunas veces
- Pocas veces

71 ¿Cuál? (tacha todos los que utilices)

- Condón o preservativo
- Pastillas
- Ritmo
- Óvulos, jaleas, espermaticidas
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Inyecciones
- Retiro o coito interrumpido

72 Cuando tienes relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional, ¿utilizas algún método anticonceptivo?

- Sí
- No

**Con el término “Pareja sexual ocasional”, nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año. El o ella pudo haber sido tu novio/a, esposo/a, con quien viviste, o alguien que no vive contigo.*

Si contestaste **No a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 75.*

73 Cuando tienes relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional, ¿con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

- Siempre
- Algunas veces
- Pocas veces

74 ¿Cuál? (tacha todos los que utilices)

- Condón o preservativo
- Pastillas
- Ritmo
- Óvulos, jaleas, espermaticidas

- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Inyecciones
- Retiro o coito interrumpido

IV A continuación te presentamos una lista de afirmaciones; por favor indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones son las siguientes:

Totalmente de acuerdo = 1

De acuerdo = 2

En desacuerdo = 3

Totalmente en desacuerdo = 4

**TOTALMENTE EN
DESACUERDO
EN DESACUERDO
DE ACUERDO
TOTALMENTE DE
ACUERDO**

Por favor, tacha el número que corresponda a tu elección de respuesta.

PREGUNTAS

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 75. | He hablado con mi pareja, de manera clara y abierta, acerca de lo importante que es para mí, que utilicemos el condón cada vez que tengamos relaciones sexuales..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. | Le he dicho a mi pareja, de manera clara y abierta, que quiero utilizar métodos anticonceptivos, cuando tengamos relaciones sexuales..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. | Cuando mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, le expreso de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con el/ella y no lo hago..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. | Cuando mi pareja me pide que tengamos relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo, le digo que no estoy de acuerdo y no lo hago..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

ANEXO 3

Experiencia de Campo

Estudio 1

En este apartado, se tiene a bien relatar las vicisitudes durante el campo en este primer estudio; esto con el ánimo de aportar información que puede ser útil a los investigadores en el área. En primer término, resulta importante hacer mención especial, de las facilidades prestadas por la institución educativa en la cual se condujeron los dos estudios que conformaron ésta tesis doctoral. Así, el primer contacto con dicha institución fue mediante una entrevista con la coordinadora de bachillerato, quien al explicarle las características del estudio que se pretendía conducir, solicitó una carta de presentación de la institución educativa en donde se cursaba este doctorado, que avalara la ética y compromiso del estudio, así como el protocolo de investigación del mismo.

La carta fue solicitada a la jefatura de la División de Posgrado de la Facultad de Psicología, quien prontamente la facilitó y fue así, que en una segunda entrevista, se entregó la carta a la coordinadora, conjuntamente con el protocolo solicitado. Asimismo y durante ese segundo encuentro, la escuela asignó los horarios disponibles para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios y tuvo a bien otorgar el horario destinado para asesoría por parte de los coordinadores a cada grupo.

Cabe destacar, que la aplicación del instrumento fue llevada a cabo por la misma autora de ésta tesis, condición que favoreció la aclaración de las dudas surgidas en los alumnos al leer y responder el cuestionario. Además, facilitó la identificación de los reactivos que consecutivamente fueron referidos por los estudiantes como difíciles de comprender. Asimismo, se controló que los estudiantes no copiaran las respuestas entre sí, y al entregar el cuestionario se revisó que hubieran contestado todas las preguntas. Por otra parte y desde un primer momento, se comunicó a los estudiantes que participaron en este estudio, que se mantendría el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Finalmente, resulta importante hacer mención, de la importancia de hacer rapport con los estudiantes, para lograr una mayor cooperación y obtener una recolección de información más fidedigna y apegada a su realidad.

Posteriormente, el instrumento fue aplicado a lo largo de una semana. Conforme se aplicaron los cuestionarios, se empezó a capturar la información, situación que facilitó que se identificaran las características de la muestra. Con base en éstos primeros hallazgos, hubo necesidad de hacer un cambio en los grupos asignados; ya que en un principio, se solicitaron alumnos de primer semestre de bachillerato; pero después de la captura, se identificó que estos estudiantes, en su mayoría, no referían haber tenido aún su debut sexual; así que como era necesario tener una muestra homogénea en términos de actividad sexual, es decir, estudiantes con y sin debut sexual, se solicitó a la coordinación facilitara grupos de sexto semestre, al inferir que era mayor la probabilidad de que los alumnos de más edad, hubiesen iniciado ya su vida sexual. Asimismo, se controló que en la medida de lo posible, respondieran el cuestionario el mismo número de hombres y mujeres. Por tanto, la institución facilitó los grupos más homogéneos por sexo de acuerdo a su control escolar. Por último, al tener la muestra completa, se finalizó la captura y se procedió con el análisis de resultados descritos en el apartado correspondiente. Cabe mencionar que estos resultados fueron entregados y analizados con la institución educativa.

Finalmente, resulta importante destacar que los estudiantes colaboraron de buena manera al contestar este cuestionario y reitero mi agradecimiento hacia ellos por su invaluable cooperación.

Estudio 2

Al finalizar el primer estudio, se acudió a la institución educativa que había facilitado la muestra del primer estudio. El objetivo era solicitar por segunda ocasión, su cooperación para aplicar el programa en los alumnos que acudían a dicho plantel. Cabe mencionar, que desde el primer contacto, se había explorado la posibilidad de tener acceso a las muestras requeridas para conducir los dos estudios. Este hecho, resultaba conveniente para los fines que perseguía esta investigación, toda vez que si se validaba el instrumento en los estudiantes que asistían a esta institución educativa, y además se identificaban los factores predictores de conducta sexual protegida en dicha población, los cuales serían considerados para la adaptación del programa propuesto para evaluación; resultaba necesario que los adolescentes participantes en ambos estudios, compartieran características similares.

La institución educativa tuvo a bien facilitar la muestra para este segundo estudio, así como las instalaciones para que se llevara a cabo la evaluación del programa, y todas las facilidades necesarias para lograrlo. En este apartado, me gustaría hacer una mención especial de

agradecimiento hacia dicha institución, ya que su colaboración fue sumamente valiosa y gracias a ella se pudieron cumplir los objetivos de esta tesis doctoral.

Una vez establecidos los horarios y salones para impartir el programa, condiciones que se revisaron directamente con los dos coordinadores a cargo de los grupos que participarían en el taller; se acudió a los salones de clase para sensibilizar a los alumnos que asistirían al taller, e informarles respecto a las características generales del taller mismo.

Una semana después de la sensibilización, el taller dió inicio con la participación de seis facilitadoras: cuatro facilitadoras y dos co-facilitadoras que trabajaron con las facilitadoras que tenían una experiencia más amplia. Los talleres se impartieron en un horario de cuatro a seis de la tarde, dividiendo así a la muestra experimental en cuatro grupos, con un promedio de 25 alumnos por grupo. El primer día, se trabajó con los grupos experimentales Pre-Post test; a los cuales y en esa primera sesión, se les aplicó el instrumento de medición. Cabe mencionar, que para poder garantizarles el anonimato y la confidencialidad de la información, hubo necesidad de foliar los cuestionarios de acuerdo al número de lista, para posteriormente poder ubicar y comparar los resultados de cada uno de los estudiantes en sus dos evaluaciones. Así, la información recolectada se trabajó de manera confidencial y únicamente se reportaron los resultados globales de la evaluación del programa.

Por otra parte, resulta importante destacar que desde un primer momento, hubo que trabajar arduamente en el rapport con los estudiantes, toda vez que presentaron cierta resistencia a la participación en el taller. La experiencia fue diversa de acuerdo a los grupos y características de las facilitadoras; pero definitivamente es una variable extraña muy importante a tener en cuenta, ya que tiene un impacto directo sobre el resultado de la evaluación de la intervención. Asimismo, cabe mencionar, que la estación del año durante la cual se aplicó el taller, fue en primavera y los salones de clase carecían de una adecuada ventilación por lo que los alumnos resintieron el calor, así como el horario, ya que en algunos casos interfería con su hora de comida y el agotamiento era evidente.

Por lo que respecta a la impartición del taller, me gustaría mencionar que si bien en un primer principio existió cierta resistencia hacia el mismo por parte de los alumnos, en parte debido a que se exploraba una faceta que aún en nuestros días sigue siendo un tabú: la vida sexual; y por otra parte existía el temor de que no se guardase la confidencialidad entre ellos mismos ya que eran compañeros de clase, se logró mediante técnicas diversas, y se logró que los alumnos expresaran sus opiniones, ideas, sentimientos y experiencias relacionadas con esta faceta de su vida. Así, la experiencia resultó por demás enriquecedora, no sólo para ellos mismos, sino también, en mi caso particular como facilitadora, considero que el haber trabajado con adolescentes, es una experiencia profesional muy gratificante.

Al término de la cuarta semana, el taller llegó a su fin y se llevó a cabo la aplicación del Post test, para posteriormente realizar el cierre del curso del cual se derivaron los hallazgos de investigación ya descritos en sus apartados correspondientes de esta tesis, así como algunos más que se discuten el apartado de sugerencias y limitaciones. Finalmente, se entregaron las constancias de participación a los estudiantes; y al tener el análisis completo de los resultados, se entregó y discutió el informe con los coordinadores.

ANEXO 4

Versión adaptada del programa

Los cambios generales efectuados a la versión original del programa Planeando tu Vida (Pick de Weiss et al., 1995) son los que se presentan a continuación:

Sesión 1: Evaluación del programa

Esta sesión tuvo por objetivo llevar a cabo la presentación, evaluación inicial e integración del grupo. Se solicitó a los participantes que contestaran el instrumento que permitiría evaluar el programa. Se excluyó el apartado de la comunicación con los padres que se presenta en la versión original, ya que no era objetivo del estudio.

Sesión 2: Aspectos biológicos de la reproducción humana

Contenido temático de la Sesión

La información sobre sexualidad fue actualizada de acuerdo a los hallazgos científicos más recientes.

Actividades Prácticas

Se incluyó el ejercicio llamado “¿Qué es sexualidad?”; cuyo objetivo es ayudar a los adolescentes a elaborar una definición del término sexualidad, que sea más amplio que la actividad sexual genital o la reproducción.

Sesión 3: Alternativas para ejercer la sexualidad

Se excluyó como alternativas para ejercer la sexualidad a la pornografía y la prostitución.

Actividades Prácticas:

Se incluyó el ejercicio llamado “La intimidad”, cuyo objetivo es que los adolescentes identifiquen las diferentes alternativas que existen para expresar sus emociones y sentimientos a lo largo de su vida.

Sesión 4: El embarazo y sus consecuencias

Se invirtió el orden de ésta sesión con la siguiente, que originalmente la antecedía.

Sesión 5: Infecciones Sexualmente Transmisibles (ITS).

Se incluyó el ejercicio llamado “¿Qué comportamiento presenta riesgo?” cuyo objetivo es ayudar a los adolescentes a reconocer que pueden ser infectados por ITS y a identificar estrategias para prevenir el contagio.

Sesión 6: La anticoncepción

Se exhibieron físicamente los siguientes métodos anticonceptivos: DIU, pastillas anticonceptivas, óvulos anticonceptivos y condones.

En el ejercicio “Paso a pasito para el uso del condón” , cuyo objetivo es que los participantes aprendan a utilizar un condón correctamente, se llevó a cabo una demostración de los 8 pasos necesarios para su uso correcto, utilizando un pepino. Posteriormente, se repartió un condón a cada participante y se supervisó que cada uno llevara a cabo la tarea hasta realizarla exitosamente.

Como tarea en casa, se utilizó el ejercicio “cacería de condones”, que consiste en dar la oportunidad a los adolescentes, de obtener condones. Se preparó una lista accesible donde podían adquirirlos, y se les pidió que completaran la hoja de trabajo.

Sesión 7: Controlar y decidir tu vida

El objetivo general de ésta sesión es facilitar en los participantes la adquisición de la habilidad de la toma de decisiones específicamente para la conducta sexual protegida. Por ello, tanto el contenido temático como las actividades prácticas fueron dirigidas a la conducta sexual protegida. Cabe mencionar que se utilizó el modelo tradicional de toma de decisiones para la conducta sexual protegida en los adolescentes.

Actividades Prácticas

Se incluyó el ejercicio llamado “Dramatizaciones”, cuyo objetivo es facilitar en los adolescentes la oportunidad de hacer conciencia respecto al ejercicio de una sexualidad y analizar las consecuencias de la falta de conciencia al tomar una decisión en esta área de su vida.

Sesión 8: Comunicación Asertiva

Se excluyó el tema de la comunicación no verbal, por lo tanto, se modificó el título de la sesión. Se definió el concepto de comunicación asertiva, que incluye los conceptos de comunicación verbal y la asertividad en uno mismo.

El objetivo general de ésta sesión es facilitar en los participantes la adquisición de la habilidad de comunicación asertiva con la pareja específicamente para la conducta sexual protegida.

Los participantes practicaron conductas para mejorar la comunicación asertiva con la pareja y evitar la manipulación en la práctica de una sexualidad responsable y libre de riesgos.

Actividades Prácticas

Se incluyó el ejercicio llamado “Resistiendo a la presión”, cuyo objetivo es entrenar a los adolescentes a practicar las diferentes formas de decir “no” a la presión de su pareja para tener relaciones sexuales en el caso de que no desearan hacerlo, y/o en su caso de tener relaciones sexuales sin protección.

Se llevó a cabo la evaluación final del programa como parte del contenido de esta sesión.

Además, se llevaron a cabo las siguientes modificaciones:

- El cuestionario de medición utilizado es inédito, y fue producto del estudio 1 de esta tesis doctoral; conformado por cinco escalas que miden el desempeño de los participantes en cada una de las sesiones que conformaron el programa. Por ello, los contenidos temáticos de todas las sesiones incluyeron los temas que medían cada escala.
- En el apartado de clarificación de creencias conductuales hacia la sexualidad de cada sesión, se trabajaron específicamente las creencias que contenía cada escala del cuestionario.
- Se excluyeron todas las sesiones de la versión original que no iban a ser evaluadas en el cuestionario.