



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**TALLER ASERTIVIDAD SEXUAL PARA ADOLESCENTES: PROPUESTA
PSICOEDUCATIVA DE INTERVENCIÓN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA:

P R E S E N T A:

LÓPEZ ALONSO AREMI

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: LIC. ELIÉZER EROSA ROSADO
COMITÉ: LIC. MATEO NOÉ FIGUEROA VEGA
DRA. MA. DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ
MTRO. VICENTE CRUZ SILVA
LIC. IXCHEL TORRES LÓPEZ



Ciudad de México

Junio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Rosy, que me ha dado todo, gracias a su ejemplo y amor, hoy estoy cumpliendo uno de mis propósitos. Me ha gustado mucho aprender a tu lado mamá, y que sé que puedo tomar tu mano y tú la mía en alguna desdicha. Te amo siempre mamá, quiero seguir caminando a tu lado.

A la vida, a Dios, al universo, por todo el camino que se ha forjado hasta ahora. A mis profesoras de vida, todas ellas y sus historias de vida, su profesión y su cosmovisión me han inspirado a tener pasión por lo que amo.

A la UNAM que me ha dotado de las herramientas necesarias para salir, y poder enfrentar el mundo.

A la FES Zaragoza, un lugar maravilloso, donde pude aprender y conocer personas con humanidad, con amor, con sueños, con conocimiento para compartir, que me llenaron de vida y experiencias inolvidables.

DEDICATORIAS

Mis hermanos han sido un gran pilar, Enrique y Zahid son gran parte de lo que soy... Josué me hace sentir siempre segura, es amoroso y uno de mis mejores amigos, me divierte a su lado y lo amo sin igual. Erick, que con su sonrisa misteriosa y mirada seria puedo descubrir que me ama, y que estas palabras jamás alcanzarán a expresar cuanto lo amo yo a él.

A mis amigas:

Angélica, siempre sincera, siempre conmigo, alentándome cuando lo necesito, descubriendo nuevos lugares y emociones, riendo y llorando, está conmigo y yo con ella.

Nancy mi amiga, gracias por estar a mi lado, por pasar las tardes conmigo, escucharme, y decirme sí, adoro los días contigo, dame más de ellos.

A mi hermana Ana Laura por darme su amor siempre, los momentos, la vida, las risas, bailes, fiestas, pijamas, consejos, abrazos, confianza, familia. Te amo, amiga.

ÍNDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA	4
1.1 Cambios biológicos y psicosociales	4
1.2. Sexualidad en la adolescencia.....	5
CAPÍTULO II. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	8
2.1 Salud sexual y reproductiva	8
2.1.1 Conducta Sexual de Riesgo.....	9
2.2 Edad de inicio de la vida sexual.....	10
2.2.1 Uso del preservativo y métodos anticonceptivos	12
2.2.2 Infecciones y Enfermedades de transmisión sexual	13
2.2.3 Embarazo adolescente	15
CAPÍTULO III. COMUNICACIÓN ASERTIVA	17
3.1 Asertividad.....	17
CAPÍTULO IV. ASERTIVIDAD SEXUAL	22
4.1 Asertividad Sexual como factor de protección	24
CAPÍTULO V. PSICOEDUCACIÓN.....	27
5.1 Definición de taller	28
5.1.2 Utilidades de los talleres	29
MÉTODO	30
Planteamiento del problema.....	30
Pregunta de investigación.....	31
Objetivo General.	31
Objetivos específicos.....	31
Variable/Constructo	31
Muestra	32
Escenario	32
Instrumento	33
Procedimiento	33

RESULTADOS	39
Análisis Cuantitativo.....	39
Análisis Cualitativo.....	43
Sesión 1. “Tipos de Comunicación y Asertividad Sexual”.....	43
Sesión 2. “Enfermedades/Infecciones de Transmisión Sexual y Conductas sexuales de riesgo	45
CONCLUSIONES.....	46
Recomendaciones	48
Limitaciones	48
Ventajas.....	49
REFERENCIAS	51
ANEXO A	62

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivos; llevar a cabo un taller sobre asertividad sexual dirigido a adolescentes de una secundaria técnica. Con este propósito se abordaron diferentes temas como: la asertividad sexual y enfermedades / infecciones de transmisión sexual. Posteriormente se describe un análisis cualitativo que describe las principales reacciones y conductas de los adolescentes ante las actividades y temas planteados en el taller; y por otro lado un análisis cuantitativo en donde se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de asertividad sexual aplicada previamente a la intervención.

Palabras clave: adolescentes, asertividad en adolescentes, asertividad sexual, conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, psicoeducación, taller.

ABSTRACT

This work aimed on the proposal of implementing a workshop about sexual assertiveness on a sample of teenagers from a technical secondary school (e.g. jr. High school equivalent). To achieve this goal, the content included sexual assertiveness and sex transmission infections/diseases. The descriptive qualitative analysis exposes the most noticeable emotional and behavioral reactions before the activities and themes presented in the workshop. Also were made quantitative analysis to show the results of the Sex Assertiveness Scale, which was applied beforehand to the realization of the workshop.

Keywords: teenagers, sexual assertiveness, workshop, sex assertiveness, sex transmission infections/diseases,

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de tesis se enfocó en llevar a cabo un taller como intervención psicoeducativa sobre asertividad sexual para de secundaria. Este constructo se analizó como una habilidad social y de comunicación para evitar las conductas sexuales de riesgo. Se considera que los beneficios de un correcto ejercicio de la Asertividad Sexual sirve para negociar encuentros sexuales seguros, tener la posibilidad de tomar decisiones de cuándo tener relaciones sexuales, e incluso marcar parámetros para los encuentros sexuales placenteros, es por ello que se considera que dicha habilidad está vinculada a la interacción de la pareja cuando se inicia la actividad sexual, su negociación y negación (Zerubavel, 2010; Sierra, Santos Iglesias & Vallejo-Medina, 2012). También se llevó a cabo una aplicación de la escala de asertividad sexual de Morokoff, la cual permitió conocer los niveles de asertividad de la muestra previos al taller.

En México hay 22.4 millones de mujeres y hombres de entre 10 y 19 años de edad, que en promedio tienen su primera relación sexual a los 16 años, la mayoría sin utilizar método anticonceptivo alguno (Grupo Fórmula, 2017).

La sexualidad es un elemento importante en la vida de las personas ya que está presente a lo largo de todas sus etapas de vida, es gracias a ésta que los seres humanos logran no sólo el proceso de reproducción sino también es una forma de establecer vínculos con otras personas; implícitamente se ven incluidos aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales (Vargas, Aguilar, y Jiménez, 2012).

Se han implementado estrategias para mejorar la salud sexual de la población, en diferentes países se han realizado estudios e intervenciones tanto desde la perspectiva gubernamental como de tipo independiente en materia de salud sexual considerando diferentes dimensiones de ésta como planificación familiar, negociación del uso del condón, prácticas sexuales seguras, conductas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual, violencia de género entre otras. Cabe mencionar que los estudios e intervenciones han sido abordados desde diferentes disciplinas, sin embargo, a pesar del desarrollo de estas

intervenciones continúan permaneciendo alterados los indicadores de salud sexual tanto a nivel nacional como internacional (Vázquez y Herrera, 2017).

Para reducir las conductas sexuales de riesgo es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre la sexualidad y contar con las habilidades psicosociales para solicitar el uso de métodos anticonceptivos y de protección a la pareja, o bien de negociarlo en caso de conflicto (Pérez y Pick, 2006). Se ha demostrado que adquirir destrezas de asertividad y comunicación sexual promueve un aumento en la comodidad sexual para rechazar comportamientos de alto riesgo (Di Clemente, Santelli, Crosby & Miley, 2009). Se considera que los beneficios de un correcto ejercicio de la Asertividad Sexual sirven para negociar encuentros sexuales seguros, tomar decisiones sobre cuándo tener relaciones sexuales, e incluso marcar parámetros para los encuentros sexuales placenteros, es por ello que se considera que dicha habilidad está vinculada a la interacción de la pareja cuando se inicia la actividad sexual, su negociación y negación (Zerubavel, 2010; Sierra, Santos Iglesias & Vallejo-Medina, 2012).

Por lo tanto, organizar intervenciones tempranas, específicamente diseñadas para un sector de la población, en este caso para los adolescentes, pueden contribuir como una herramienta más de la cual pueden hacer uso las personas, docentes, adultos que trabajen o interactúen de manera cercana con ellos.

De este modo se despliegan dos objetivos, el primero, presentar una un taller sobre Asertividad Sexual para adolescentes y conocer los niveles de asertividad sexual de los participantes que se encuentran cursando el último año de secundaria.

Este trabajo se encuentra dividido en seis capítulos: El primer capítulo titulado Adolescencia, enfocado al bagaje teórico sobre el constructo; El segundo sobre Conductas sexuales de riesgo: donde se exponen las conductas de riesgo en la sexualidad del adolescente, tales como: la edad de inicio de la vida sexual, uso del preservativo y métodos anticonceptivos, enfermedades e infecciones de transmisión sexual; el tercero aborda la Comunicación asertiva; el cuarto capítulo se enfoca en la Psicoeducación; el quinto capítulo de Metodología en donde se especifica el procedimiento del trabajo y Resultados: en el cual

se expone los resultados obtenidos en el análisis del taller de forma cualitativa y el análisis cuantitativo muestra la aplicación de la escala de asertividad sexual.

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico es la adolescencia. Aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios de orden fisiológico, como también el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos (Ríos, Rangel, Álvarez, Castillo, Ramírez, Pantoja, Yáñez, Arrieta y Ruiz, 2008). Estos cambios también pueden verse influenciados por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive (Instituto de la Juventud, 2007).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, se divide en tres etapas: adolescencia temprana (10-12 años de edad), media (14-16 años) y tardía (17-19 años).

Todos estos procesos son interdependientes: los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

1.1 Cambios biológicos y psicosociales

Su inicio la marca la capacidad biológica de reproducirse y su final lo marca la capacidad social de reproducirse. “En esta etapa ocurre un proceso de desarrollo que culmina con un adulto capaz de reproducirse biológica y socialmente” (Turbay Restrepo, 1994, p.120).

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios: testículos y aparato genital masculino, ovarios y aparato sexual femenino; los que se relacionan directamente con la reproducción, entre otros (Argueta, 2009).

Shutt-Aine & Maddaleno (2003) indican que la adolescencia es un proceso diferente en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor en comparación con los varones. En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar; y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de cuatro años.

En los varones, se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma.

La menarquia y la espermarquia son los hitos del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. En ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, de los sentimientos sexuales, el erotismo, y una mayor motivación y atracción sexual.

Además, el adolescente se humaniza, se apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez, que éste los transforma a ellos (Turbay, 1994, p. 120).

Es la etapa de las grandes decisiones, de emociones fuertes, de exaltación de los sentidos, de velocidad, de enamoramientos y desengaños, de ideales y conflictos, de vulnerabilidad ante las presiones del ambiente, de búsqueda de modelos válidos para construir un proyecto de vida; es la edad del peligro y de la osadía (Araujo, 2008).

1.2. Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad humana se define como:

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la

reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales” (OMS,2011).

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Ahora bien, en la adolescencia, como en las otras etapas de la vida, la sexualidad cuenta con características, manifestaciones, necesidades y demandas propias y particulares. “En este período el inicio de la capacidad reproductiva, la transformación del cuerpo y el organismo, la iniciación sexual, el autoerotismo cobran especial importancia en el marco de las complejidades desarrolladas anteriormente” (López, 2005, p. 33).

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada momento evolutivo presenta características diferenciales. En la evolución sexual del adolescente existen factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como hombre o mujer y/o a las reacciones de ignorancia y vergüenza de los padres ante su evolución sexual (Ballester y Gil, 1997).

Su acercamiento a otras personas para establecer amistad y el inicio de relaciones amorosas los hacen verse a sí mismos como un ser sexual, capaz de adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa, cuestiones que valoran como elementos importantes para el logro de la identidad sexual (Silva, 2007).

El ajuste de todos estos cambios en la adolescencia es una tarea del desarrollo para la cual los adolescentes necesitan estar preparados y, en este sentido la sexualidad incluye la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios como un proceso natural. El aumento de la motivación y las inquietudes sexuales acerca de la apariencia física puede ser la

oportunidad para estimular a los jóvenes a que adopten y mantengan estilos de vida que puedan influir en hábitos saludables (Juszczak y Sadler, 1999).

En los adolescentes se puede observar comúnmente la tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. Además, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que impliquen un riesgo (Cohn, Macfarlane, Yanez, y Imai, 1995).

Este es un período crucial para la salud porque existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para ésta. (Benthin, Slovic, y Severson, 1993).

La sexualidad es una faceta de la identidad y el desarrollo sexual saludable es un objetivo importante de la adolescencia. Las decisiones que están asociadas al desarrollo sexual adolescente tienen a menudo importantes implicaciones para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras (Corona, 2015).

CAPÍTULO II. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

2.1 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual, es la capacidad de una persona para disfrutar y expresar su sexualidad sin riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez & Maeso, 2008).

Esta capacidad incide especialmente en cinco aspectos (Lottes, 2000):

- Sexo seguro; son todas las actividades sexuales en pareja en las cuales no hay intercambio de fluidos corporales (semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales), ni contacto con los genitales (Salud y Medicina, 2017).
- Sexo agradable e informado; significa tomar medidas antes y durante las relaciones sexuales que puedan impedir contraer una infección o transmitirla a la pareja (Medlineplus, 2019).
- Sexo basado en la autoestima; pretende prevenir el inicio temprano de las relaciones sexuales (Vargas, Trujillo, Gambará y Botella, 2006).
- Perspectiva positiva de la sexualidad humana; involucra sentirse a gusto con su cuerpo, con su orientación sexual, disfrutando sexualmente de acuerdo a sus valores (Contreras y Chiclana, 2015).
- Respeto mutuo en las relaciones sexuales; garantiza el derecho a la libertad sexual de hombres y mujeres en las distintas etapas del ciclo de vida, sin que para ello tenga que sufrir discriminación, coacción o violencia (Lewis, 2003).

Mientras que la salud reproductiva es la concepción que aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control y fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables (OMS, 2003).

A través del tiempo se ha ampliado el concepto de salud sexual y reproductiva, incluyendo además de los aspectos físicos, patológicos, epidemiológicos, de promoción de la salud; los aspectos emocionales, sociales y culturales (Collazos, 2014).

La conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva está vinculada con los conocimientos que en este sentido posee. Sin embargo, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida (Cabrera y Vázquez, 2006).

Ese tipo de conducta puede ser impulsada por la percepción que tiene el joven sobre lo que hace su grupo de pares o lo que cree ser la conducta esperada (Jessor, 1993).

Tal es el caso de involucrarse en conductas delictivas, consumir tabaco, alcohol y otras drogas, además de presentar conducta sexual de riesgo (Andrade, 2002; Gullone y cols., 2000; Tschann, 2002; Villagrán, 1993).

2.1.1 Conducta Sexual de Riesgo

La conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de infección por enfermedades sexualmente transmisibles (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003). La conducta sexual de riesgo se considera un problema de salud pública nacional, debido a que las enfermedades de transmisión sexual tienen una frecuencia elevada en la población económicamente activa (entre 15 y 49 años de edad). Estas enfermedades, mantienen una estrecha relación con la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Conapo, 2000). Además, los embarazos conocidos como muy tempranos, es decir, en el grupo de edad de 10 a 14 años van en aumento, con casi 27 por ciento de todos los nacimientos (Olguín y Rojas, 2018).

Existen, por lo tanto, los riesgos para la salud física, que pueden originarse como consecuencia del comportamiento sexual sin protección, y los riesgos para el bienestar

psicológico. Este último estaría marcado por las consecuencias negativas del comportamiento, desde los factores que motivan la realización hasta el posible arrepentimiento posterior (Piko, 2001).

La conducta sexual en jóvenes se ve influida por factores externos tales como: el consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas, dificultades de negociación del preservativo y el uso de internet para contactar parejas sexuales (Slater, 2014); que pueden favorecer una disminución del control de la situación y mayor desprotección (Folch, Casabona, Brotons y Castellsagué, 2015).

Los adolescentes comienzan a “experimentar” con el fin de conformar su identidad, pero muchos de los comportamientos que experimentan son riesgosos y la mayoría de las veces no son conscientes de ello ni de las posibles consecuencias de los mismos (Ramos y Cantú, 2003).

Existen varios factores de riesgo, entre éstos se encuentran: la edad de inicio de la vida sexual (Díaz y Alfaro, 1999), la inconsistencia en el uso del condón (Villagrán, 1993; Moscoso-Alvarez, Rosario y Rodríguez 2001), el uso del preservativo con pareja ocasional o regular (Díaz-Loving, 2001), el número de parejas sexuales (Villagrán, Morales y Parelló, 2006). Sin embargo, dichos estudios sólo han tomado en cuenta la práctica sexual vaginal, sin incluir las prácticas sexuales orales y anales.

2.2 Edad de inicio de la vida sexual

Los jóvenes tienden a iniciarse sexualmente durante los años de la adolescencia intermedia (entre los 15 y 19 años), una etapa de desarrollo en la que comparten tiempo con sus pares, y adoptando conductas de riesgo lo cual, puede aumentar el índice de embarazo adolescente, o de infecciones/enfermedades de transmisión sexual (Shutt-Aine, 2003). Comienzan su actividad sexual por la presión de sus compañeros, la necesidad de comunicar afecto, evitar encontrarse en soledad, buscar autoestima y afecto, demostrar su nivel de independencia y el ir en contra de la autoridad (Temple-Smith, Moore y Rosenthal, 2015).

Incluso, están cambiando las relaciones sexuales en cuanto a quién toma la iniciativa sexual. Hasta hace unos años el varón era quien la tomaba, pero en los estudios recientes se evidencia que cada vez son más las mujeres quienes toman la iniciativa (López, 2004).

Los estudios previos a la primera década del 2000 suelen referir que la población adolescente, en general, comienza las relaciones más precozmente, tienen más parejas sexuales y la duración de las mismas es menor, suelen mantener más relaciones con parejas ocasionales, y un mayor número de conductas de riesgo (Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá y Ferrer, 2006).

El informe Durex (2006) señala la tendencia a iniciarse sexualmente a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial en 17, 3 años, casi medio año antes que en la edición anterior.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) el porcentaje de adolescentes que han iniciado la vida sexual alcanza 23%, con una proporción de 25.5% hombres, en relación con el 20.5% de mujeres, (Gutiérrez, Rivera & Shamah, 2012).

El 23% de los adolescentes entre 10 y 19 años y específicamente en la ciudad de México, la iniciación sexual fue a los 15.7 y en el Estado de México a los 15.9 años (ENSANUT, 2012). Otros estudios como el de Muradás, Hernández y Sánchez (2016), reporta que iniciaron actividad sexual coital, entre los 15 y 16 años.

Asimismo, Beadnell, Morrison, Wildson, Wells, Murowchick, Hoppe, Rogers & Nahom (2005), señalan que los adolescentes que debutan sexualmente a menor edad, tienen más probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y de prácticas sexuales sin uso del condón, lo que implica el incremento de embarazos precoces, así como la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida.

2.2.1 Uso del preservativo y métodos anticonceptivos

Los jóvenes que tienen excusas para evitar el uso de condón y dejando a un lado la información que tienen al momento de tomar esa decisión, suelen tener comportamientos sexuales no protegidos. Usualmente, los hombres son responsabilizados de la compra de los preservativos y traerlos consigo, mientras que las mujeres tienen como responsabilidad no quedar embarazadas, siendo responsables mutuos de su comportamiento y previsión sexual. Debido a estas discordancias, cuando ocurre un embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual, entre ellos se cuestionan y culpan por no haber cumplido su deber como pareja sexual. Se muestra una postura de inconformidad y culpabilidad por no haber hecho algo para evitarlo o prevenirlo, aun teniendo un conocimiento previo de la sexualidad y los métodos anticonceptivos (Roche, Alfaro, Aguilera, Sánchez, y Valera, 2006).

El Consejo Nacional de la Población (CONAPO,2000) expone que sólo dos de cada diez adolescentes que inician su vida sexual se protegen con algún método anticonceptivo. En países como Francia e Inglaterra se ha reportado que el uso del condón en la primera relación sexual de jóvenes es de hasta 77%, a diferencia de países como Brasil y México, donde las cifras descienden a 48% y 43% respectivamente (Kocić, Kostić & Cagulović, 2013).

Por otra parte, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), reporta que el 72.4% de las jóvenes de 20 a 24 años y el 90.1% de las de 25 a 29 han iniciado vida sexual y el porcentaje de quienes no usaron algún método en su primera relación representa el 45.8% y 54.4%, respectivamente.

En cuanto a las mujeres, para 2014 el 62.3% de entre 15 a 29 años inició su vida sexual; 49.4% de ellas no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. La razón principal declarada por las jóvenes fue: porque no planeaba tener relaciones sexuales (30.6%); 22.0% deseaba embarazarse; 20.3% no conocía métodos anticonceptivos o no sabía cómo usarlos; 15.9% no creyó que podía embarazarse, y 11.2% mencionó diferentes razones (INEGI, 2016).

Una de cada dos (50.1%) de las mujeres de 15 a 29 años ha sido usuaria de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida; 33.9% es usuaria actual y 16.2% es ex usuaria. La mayor proporción de jóvenes de 15 a 29 años usuarias de métodos anticonceptivos, se encuentra entre las que tienen una situación conyugal de unión (73.0%); 20.5% de las usuarias actuales en este rango de edad nunca ha estado unida y 6.5% es ex unida. Por el contrario, la mayor proporción de jóvenes no usuarias actuales, tiene una situación conyugal de no unión; 73.8% nunca unidas y 4.1% ex unidas. En total, el 22.1% de las jóvenes unidas de 15 a 29 años no usan anticonceptivos; entre las razones por las cuales no usan actualmente algún método destaca que 38.6% no lo necesita o está embarazada, 21.0% no lo usa porque quiere embarazarse y 11.1% tiene o tuvo efectos secundarios (INEGI, 2016).

La ENSANUT (2012), indica que el 23% de los varones de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual. Sin embargo, en una encuesta en 958 estudiantes varones de educación básica y media superior (12-19 años) en cinco entidades con rezago en materia de salud reproductiva, se muestra que solo el 27% ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia (Villalobos, De Castro, Rojas, Allen, 2017). Respecto a las ITS, muestran un conocimiento incompleto, ya que la mayoría refiere que el uso del condón evita su contagio, no obstante, casi la mitad afirma que el uso de óvulos o pastillas anticonceptivas también previene una ITS (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

2.2.2 Infecciones y Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades e infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud que afecta a los adolescentes que han iniciado prácticas coitales. Algunos indicadores nacionales muestran que la prevalencia más alta se encuentra en tres tipos de enfermedades: Virus de Papiloma Humano, herpes genital y gonorrea. En México, las ITS se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años de edad (Norma Oficial Mexicana 039-SSA2-2014, 2002).

A pesar del impacto que han tenido las ETS/ITS en todos los estratos de la población mexicana, se considera que a los adolescentes se les prestó menos atención que a los adultos

y a los niños, el motivo fue que menos del 1% de los infectados tenían entre 13 y 19 años de edad, por lo que el riesgo parecía mínimo; lo que no se consideraba era que los adultos jóvenes que años después desarrollan la enfermedad se contagian precisamente en la adolescencia (Torres,2006).

Por ejemplo, en el caso del SIDA, en los adolescentes se observa un aumento anual importante de la incidencia de infección por VIH. En América Latina, la Organización Panamericana para la Salud, estima que la mitad de los nuevos casos de infección por VIH se dan en personas con edad inferior a 25 años que se han contagiado por vía sexual (Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2000).

Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia (2003) señalan que el riesgo que supone tener relaciones sexuales sin protección se muestra, entre los jóvenes, en la forma de tasas elevadas de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida.

El contagio de ITS y las estadísticas del sector salud estatal reflejan que 35% de los pacientes con sífilis, clamidiasis, herpes genital, candidiasis, hasta infecciones asintomáticas de VIH, son jóvenes de 12 a 17 años. Sólo en 2018 hubo 111 mil 697 personas atendidas por alguna enfermedad de transmisión sexual en el Estado de México (González, 2019).

En cuanto a otras enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual, Díaz (2014), de la Fundación Mexicana para la Dermatología precisa que son cuatro las ITS más comunes entre los mexicanos: sífilis, gonorrea, el virus del papiloma humano (VPH) y VIH. Los cuales son prevalentes entre hombres y mujeres de entre 18 y 30 años de edad, grupo que presenta el mayor número de contagios. Asimismo, al menos 30 por ciento de la población que tiene una vida sexual activa padece o ha padecido alguna ITS. Hasta noviembre de 2015, más de 178 mil mexicanos sabían que tenían VIH. De ellos, más 32 mil son mujeres, según la Secretaría de Salud. En 2013 esa misma dependencia reportó 692 casos de sífilis adquirida.

2.2.3 Embarazo adolescente

Desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno (Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada & la Vara, 2015).

El embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres (Fainsod, 2005).

En el año 2003 INEGI en la encuesta Mujeres y hombres en México, contabilizó 403 mil 436 embarazos en mujeres entre los 15 y los 19 años de edad; así como nueve mil 933 casos de embarazos en niñas entre los 10 y los 14 años. Este último dato es de singular preocupación, porque en ese año implicó un promedio de al menos 27 casos diarios, es decir, un nacimiento, cada hora, de niñas y niños cuyas madres a su vez son literalmente niñas que no habían cumplido 15 años al momento del parto. El pico máximo en números absolutos se alcanzó en 2010, cuando el INEGI contabilizó 464 mil 102 embarazos en adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad; así como once mil 682 casos de niñas que se convirtieron en madres antes de cumplir los 15 años (Fuentes, 2014).

En 2012, del total de nacimientos registrados 19.2% corresponde a mujeres adolescentes (Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada y la Vara, 2015). La ENSANUT (2012), reporta que el 52% de adolescentes (12-19 años) con vida sexual han estado alguna vez embarazadas. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), considera que México es el país con la tasa más alta de madres adolescentes entre 15 y 19 años de edad (Moreno, 2017).

El organismo internacional destacó el registro de 11 mil 808 nacimientos entre niñas de 10 a 14 años, en 2016. Por su parte, el INEGI en la encuesta Mujeres y hombres en México, informó que en 2018 se registraron a diario dos nacimientos de madres de 10 y 11 años (Castillo, 2018).

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los varones cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que hace necesario incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo (Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva y Buena-Casal, 2007).

CAPÍTULO III. COMUNICACIÓN ASERTIVA

3.1 Asertividad

La Asertividad es definida como una habilidad social que se basa en los derechos humanos y la autonomía (Blanc, Sosa, Díaz, Pinto & Scolara, 2012). Es un término que se usa por primera vez en 1958 por Wolpe, en su libro *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*, aunque Salter (1949) había planteado, unos años antes, las bases al puntualizar su modelo excitatorio.

Este constructo inició como una técnica terapéutica desde el enfoque conductual alrededor de 1960 donde se consideraba como parte de las habilidades sociales o competencias sociales (Caballo, 1983).

También se conoce como:

“el conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de las otras personas” (Caballo, 1983, pp. 88).

Todos los seres humanos tienen derechos, opiniones y reclamaciones que afectan a otras personas y en diversas ocasiones la única manera de lograr que se escuchen esas opiniones, se satisfagan esas reclamaciones y se respeten estos derechos consiste en levantar la voz y defender lo que a la persona le parece que le corresponde por algún motivo (Neidharet, Weinstein & Conry, 1989).

Lazarus (1973) consideró cuatro aspectos importantes de la asertividad: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos y la capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

El manejo de la asertividad es básico para la concreción adecuada de las relaciones humanas. La conducta asertiva abarca tanto las formas verbales como las no verbales. Desde esa perspectiva, la asertividad implica una doble acepción; las habilidades sociales relacionadas con el auto respeto personal y el respeto al otro; y por otro lado como habilidad social relacionada con la comunicación (Sánchez, 2005).

El comportamiento asertivo facilita que la persona se sienta más satisfecha consigo misma y con las demás. Las experiencias de seguimiento de casos clínicos en los que se ha empleado el entrenamiento asertivo con éxito, confirman una mejora en las relaciones sociales, según evidencia de Güell y Muñoz (2000). Así mismo, se señala que siendo la asertividad una conducta, se puede inferir que puede desarrollarse a través de procesos instructivos (Sánchez, 2005).

Estudios en la comunicación han encontrado que una vez que las personas aprenden a expresarse abiertamente, sienten un alivio y experimentan al mismo tiempo mejoría en sus relaciones personales (Pick et al, 1995).

Las principales áreas en las que se ha estudiado en mayor medida la comunicación son las relaciones de pareja y entre padres e hijos, en donde se ha visto que el lograr expresar de manera clara lo que se siente y se desea, evita malentendidos, generando la satisfacción de necesidades y el establecimiento de relaciones constructivas para todas las personas (Pick et al, 1995).

Dentro de las relaciones interpersonales existe una fuente de satisfacción siempre y cuando preexista una comunicación abierta y clara; poder comunicarse de esta manera es una habilidad que puede ser aprendida mediante un entrenamiento (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo & Vargas, 1995).

Los especialistas en el tema como Pick, Rodríguez, Rodríguez, Collado y Vargas enlistan las características de una persona asertiva:

- Ve y acepta la realidad.

- Actúa y habla con base en hechos concretos y objetivos.
- Toma decisiones propias.
- Acepta sus errores y aciertos.
- Utiliza sus propias capacidades con gusto y no se avergüenza de ellas.
- Es autoafirmativo, y al mismo tiempo gentil y considerado.
- No es agresivo, y está en la mejor disposición para dirigir y dejar que dirijan los otros.
- Puede desarrollarse y tener éxito sin resentimientos, y al mismo tiempo permite esto con los demás.
- Ser asertivo implica saber decir no de acuerdo con lo que realmente se quiere decir (Pick et al.1995).

Por otra parte, comunicarse abiertamente y de manera asertiva implica una serie de factores, a saber:

- Identificar lo que se siente, se piensa y se quiere.
- Aceptar los pensamientos, sentimientos y creencias personales.
- Controlar los sentimientos que impidan la comunicación, evitando el temor y la ansiedad.
- Encontrar el momento oportuno para decir lo que se quiere decir, recordando que el ser asertivo implica la consideración de los otros.
- Ser específicos, hablando de manera clara y directa, sin ideas vagas ni ambiguas.
- Dar respuestas claras y concretas de manera rápida.
- Comunicar lo que se entendió, transmitiendo a la otra persona si se apoya o no lo que se dijo (Pick, 1995).

En la comunicación no asertiva se han identificado dos extremos: agresiva y pasiva. A continuación, se describe a cada una.

La conducta agresiva se enfoca en dañar o lastimar a una persona que está motivada a evadir cierto trato, se manifiesta de muchas maneras y en cualquier contexto; la agresión verbal es una de las principales temáticas en los modelos o constructos de comunicación, la cual se define como la tendencia de agredir el autoconcepto de las personas en cuestión de posición y tema comunicación del momento histórico-contextual (Elizondo, 2000).

Las principales manifestaciones del comportamiento agresivo son la ironía y el sarcasmo, así como no saber escuchar, actuar a la defensiva con frecuencia, sentir la necesidad de tener control, juzgar y culpar a los demás, hacer bromas ridiculizando a los demás y enojarse con facilidad. También se puede señalar los ataques de competencia y carácter, insultos, molestar, maldecir, amenazar y hacer señas o gestos obscenos (Elizondo, 2000).

Cabe mencionar que el tener una conducta agresiva, no implica precisamente algún tipo de manifestación violenta haciendo evidente el hecho de lo importante que es el rol de la comunicación no verbal como complemento de la comunicación verbal; ya que al expresar mediante señas, gestos o lenguaje corporal produce que la comunicación verdadera delegue una secuencia de emociones o sentimientos originando un impacto en el receptor (Tustón, 2016).

En contraste, la pasividad se refiere a dejar que los demás opinen y decidan por uno, lo cual implica la falta de control, frustración e impotencia produciendo al mismo tiempo coraje y obstaculizando el logro de metas (Pick et al. 1995).

Para Blanc (2012), las personas pasivas siempre tienen temor de molestar a las demás, tienen dificultad para afrontar una negativa o un rechazo y sufren de un sentimiento de inferioridad. La persona no-assertiva no defiende los derechos e intereses personales. Respeta a los demás, pero no a sí mismo.

La conducta pasiva no asertiva radica en no comunicar lo que se desea o hacerlo de manera débil con timidez, ocultando lo que realmente se piensa en contenido e intensidad, presenta una nula o muy escasa expresión personal, que puede llegar a ser un obstáculo para el éxito de objetivos cognoscitivos como habilidades y valores (Elizondo, 2000); ya que una persona que expresa conductas pasivas desconoce cuáles son sus derechos o piensa que sus apreciaciones u opiniones no son importantes para los demás (Caballo, 1988).

Para Bandura (1992), las habilidades de comunicación son parte del repertorio de habilidades protectoras del riesgo, las cuales ejercen un control que favorece el autocuidado.

Dentro de la comunicación en cuanto a sentimientos se refiere, es importante saber que todos tienen derecho a expresar lo que sienten, lo que necesitan, lo que piensan, lo que creen. Si no se expresa lo que realmente se siente, es probable que existan incrementos de estrés, de ansiedad, a tener problemas en el trabajo, en las relaciones sociales, familiares, así como problemas en el campo de la sexualidad. Se sabe que una persona cuando es capaz de expresar lo que siente de una manera clara y abierta, es respetada y apreciada por los demás; logrando así reciprocidad en la comunicación (Pick et al. 1995).

CAPÍTULO IV. ASERTIVIDAD SEXUAL

El término Asertividad Sexual surgió cuando distintos autores intentaron comprender las estrategias de comunicación que se utilizan en el contexto de la relación de pareja para llevar a cabo una vida sexual (Morokoff, Quina, Harlow y Gibson 1997; Blanc, Sosa, Díaz, Pinto y Scolara, 2012).

En el entorno académico y científico, existe una multiplicidad de definiciones de asertividad sexual. Painter (1997) la presenta como la capacidad para trasladar la asertividad social a un entorno sexual; desde esta óptica se puede inferir que existe una relación estrecha entre asertividad sexual y habilidades sociales.

Por lo tanto, se define la Asertividad Sexual como la capacidad de dar inicio a la actividad sexual, de rechazar la actividad sexual no deseada, de negociar el uso de métodos anticonceptivos y por tanto de ejercer comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al., 1997).

Gilchrist y Schinke (1983) señalaron que el control de situaciones sexuales de riesgo en adolescentes se relaciona con diferentes habilidades protectoras, destacando el papel de la comunicación clara y efectiva. Robles, Díaz-Loving y Solano (2010) han puesto énfasis en la comunicación con la pareja sobre temas sexuales, ya que se requiere que los jóvenes tengan habilidades conductuales se relaciona con una mayor frecuencia de relaciones sexuales protegidas. La comunicación frecuente y respetuosa promueve la autonomía y auto regulación respecto a la intimidad y actividad sexual (Levine,2011).

Gold, Letourneau y O'Donohue (1995) definieron las habilidades de comunicación en la interacción sexual como aquellas conductas aprendidas que cubren las necesidades de interacción personal en un encuentro sexual. Por ejemplo, tener la capacidad para identificar un conflicto, proponer alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo (Roth, 1986).

Morokoff, Quina, Harlow y Gibson (1997) indican que el que una persona sea asertiva, no quiere decir que en la vida sexual también lo sea; Greene y Navarro (1998) argumentan

que la asertividad es específica para cada situación, por tanto empieza a estudiarse este constructo de una forma separada.

En este sentido, la asertividad sexual, como habilidad comunicativa en el ámbito sexual, muestra su utilidad al generar un espacio de entendimiento sexual, de conexión y comprensión de similitudes, diferencias, deseos, gustos y preferencias. A su vez, es preciso considerar que la asertividad sexual es una habilidad importante en el despliegue y disfrute sexual, y que genera un doble beneficio: el incremento del auto respeto y la autoconfianza para afirmarse a sí mismo; así como el incremento del respeto por parte de los demás (Romero, 1999).

Tomar decisiones acerca de la propia sexualidad, cuando iniciar la actividad sexual, rechazar aquella relación o actividad sexual no deseada, tiene que ver con la negociación de las conductas sexuales deseadas, el uso de diversos métodos y procedimientos de anticoncepción, así como comportamientos sexuales saludables. Estos niveles de asertividad sexual serán posibles si la persona es capaz de expresar lo que siente y desea de manera abierta, sin prejuicios, ni temores, respetándose a sí mismo y a la vez, respetando los sentimientos, deseos y derechos de la pareja (Cannoni, González, Conejero, Merino, y Schulin-Zeuthen, 2015).

La importancia de la Asertividad Sexual en la sexualidad humana ha sido reconocida por la ciencia ya que constituye por un lado un elemento relevante en el funcionamiento y respuesta sexual, y por otro lado es también un factor de protección para la negociación de conductas sexuales saludables. Ser asertivo sexualmente lleva a ser más conscientes sobre la sexualidad, busca darle un significado y responsabilidad a una experiencia, que lleva hacia soluciones adecuadas y una rehabilitación a tiempo en caso de ser necesario. La comunicación verbal, corporal y gestual son un punto clave de este constructo al igual que raciocinio en las relaciones con los demás (Santos Iglesias & Sierra, 2010).

La Asertividad Sexual es muy importante en todas las etapas de la vida, pero existen momentos claves para su desarrollo, tal es el caso de la adolescencia y más adelante en la juventud, en donde se espera que hombres y mujeres ejerzan una vida sexual saludable,

desarrollen habilidades de comunicación para hacerlo, que consideren a su cuerpo de una manera positiva, y que tengan la posibilidad de auto protegerse contra embarazos no deseados e Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), así como evitar la violencia de género (Zerubavel, 2010). También se ha demostrado que el desarrollo de esta habilidad tiene un impacto en el nivel de satisfacción en las relaciones íntimas. (López y Enzlin, 2013).

Se dice que el desarrollo de la asertividad sexual durante, de la adolescencia, no es fácil ya que al iniciar la actividad sexual, tienen poca capacidad de negociación, casi no conocen sus derechos sexuales y reproductivos, se observa una mayor influencia de la presión de grupos y miedo a ser rechazados por la pareja (Crooks y Baur, 2009; Rickert, Sanghvi y Wietmann, 2002; Eskin, 2003; López y Enzlin, 2013).

En México existen estudios como los de Díaz-Loving, Pick y Andrade (1988) que evalúan la asertividad como una característica de personalidad más que como una habilidad. Los resultados de estos estudios muestran que los adolescentes con puntajes altos en asertividad retrasan el inicio de su vida sexual, además de utilizar con mayor frecuencia métodos anticonceptivos en sus encuentros sexuales.

Al respecto, Pérez de la Barrera y Pick (2006) encontraron que la asertividad es el mejor predictor de conducta sexual protegida en adolescentes, pero no hay evidencia empírica que indique cómo influyen las habilidades de comunicación en la interacción sexual y su relación con la conducta sexual de riesgo.

4.1 Asertividad Sexual como factor de protección

Asimismo, la asertividad sexual constituye un componente central de la sexualidad humana, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual, como el deseo y la satisfacción sexual, con menores niveles y frecuencia de victimización y coerción sexual (Santos-Iglesias y Sierra; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008) así como con la ausencia de conductas sexuales de riesgo, hasta el punto de que los principales modelos teóricos de prácticas sexuales de riesgo, tales como la “teoría de comportamiento

planificado” (Ajzen, 1991) y la “teoría cognitiva social del aprendizaje” (Bandura, 2005); asumen la importancia que juega este constructo (Fisher y Fisher, 1992).

Los estudios realizados por Macy, Nurius y Norris (2006) demuestran que la asertividad sexual funciona como un factor de protección frente a la victimización y coerción sexual, ya que es una estrategia eficaz en la reducción de avances sexuales no deseados (Corbin et al., 2001). En cuanto a la victimización sexual, la asertividad funciona como un factor de protección ante conductas sexuales de riesgo (Hardeman et al., 1997).

Los estudios de Baele, Dusseldorp y Maes (2001) indican que la autoeficacia sobre el uso del condón en adolescentes demuestra que una mayor asertividad sexual se relaciona no sólo con el uso del preservativo de forma consistente, sino también con la intención de uso del mismo (Baele et al., 2001) independientemente de si se ha ingerido alcohol (Stoner et al., 2008).

También se ha señalado que las personas con baja asertividad sexual tienen un mayor número de parejas sexuales (Auslander et al., 2007), suelen tener más parejas en riesgo para el contagio por VIH (Dolcini y Catania, 2000), tienen mayor número de relaciones sexuales casuales (Somlai et al., 1998) y evitan pensamientos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Klein y Knäuper, 2003). Además, la asertividad sexual es menor en mujeres que tienen encuentros ocasionales que en aquellas con pareja estable (Caruthers, 2005). Aunque aquí se encuentran resultados contradictorios, pues mientras algunos estudios sostienen una mayor asertividad sexual en varones (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Pierce y Hurlbert, 1999) otros lo hacen en mujeres (Hardeman et al., 1997; Stulhofer et al., 2007), si bien desde una perspectiva de género lo esperable es que las mujeres muestren menos asertividad sexual, pues iniciar interacciones asertivas en situaciones sexuales no es una habilidad que se haya enseñado con frecuencia a las mujeres (Muehlenhard y McCoy, 1991).

Además, algunos estudios demuestran que las mujeres que discuten sus deseos sexuales y toman decisiones basadas en sus propias necesidades corren el riesgo de ser etiquetadas como «zorras» (sluts) (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe y Thompson, 1990). Por ello, sería necesario investigar cuál es el papel real que juega el sexo en la asertividad sexual. Por el

contrario, sí queda claro el papel de las actitudes sexuales y otros factores que favorecen el funcionamiento sexual, como la autoestima, una imagen corporal positiva o la búsqueda de sensaciones sexuales. (Santos y Sierra, 2010; Jiménez et al., 2007; Pérez y Pick, 2006; Trujillo, Henao y González, 2007; Fernández et al., 2013; Moreno, León y Becerra, 2006).

Se considera que los beneficios de un correcto ejercicio de la Asertividad Sexual coadyuvan en la negociación de encuentros sexuales seguros, tener la posibilidad de tomar decisiones de cuándo tener relaciones sexuales, e incluso marcar parámetros para los encuentros sexuales placenteros, es por ello que se considera que dicha habilidad está vinculada a la interacción de la pareja cuando se inicia la actividad sexual, su negociación y negociación (Zerubavel, 2010; Sierra, Santos Iglesias & Vallejo-Medina, 2012).

Por lo tanto, en el diseño de programas preventivos se ha concedido una gran importancia a la comunicación verbal directa como la estrategia más efectiva al negociar prácticas de sexo seguro (Lam, Mark, Lindsay y Russell, 2004).

CAPÍTULO V. PSICOEDUCACIÓN

El abordaje psicoeducacional es un recurso que se ofrece a las personas que están involucradas en alguna situación de riesgo psicológico, también es una propuesta en intervenciones de psicoterapia o con otras iniciativas sanitarias. Hace referencia a la educación o información que se proporciona a los involucrados, cuya meta es que se entienda y sea capaz de manejar la situación, comprendiendo los riesgos que implica.

Se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias de la persona, para hacer frente a la situación, evitar riesgos y contribuir con su propia salud y bienestar (Pujals y Londres, 2007). La psicoeducación trasciende la mera labor informativa, al involucrar a los usuarios en la responsabilidad de tomar acciones de prevención, cuidado, corrección y modificación de factores diversos relacionados directamente con una afección, un trastorno, una enfermedad o una condición de vida, incluyendo no sólo los de índole física, sino también los de influencia social y psicológica.

Los elementos más importantes en la psicoeducación de acuerdo a Pujals y Londres (2007), son:

- Transferencia de información: causas y conceptos
- Descarga emocional: cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos, etc).
- Apoyo para la autoayuda: entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego.

Entre las modalidades de intervención se encuentran los programas psicoeducativos para brindar información y estrategias de afrontamiento, un ejemplo de ello es el taller (Espín,2009).

5.1 Definición de taller

El taller es una alternativa pedagógica que permite aprender – haciendo, dentro de un ambiente lúdico y de participación activa, donde cada miembro del grupo es escuchado y tomado en cuenta (Lara y de Osorio, 1990).

Para Betancourt (2011) el taller integra una variedad de actividades que motivan al grupo y hacen agradable el trabajo por medio de: Dinámicas, tareas individuales y grupales, cine, foros, análisis de lecturas, por mencionar sólo algunas. Aunque el taller presta especial interés al hacer, no descuida la teoría, puesto que ésta fundamenta su aplicación. La responsabilidad del aprendizaje es de todos los participantes, quienes a través de sus reflexiones proponen soluciones a los problemas o tareas planteadas.

Se organiza en torno a un proyecto concreto, cuya responsabilidad de ejecución está a cargo de un grupo de trabajo integrado por: profesores, orientadores, coordinadores y alumnos que participan activa y responsablemente en todas las sesiones o etapas de realización. Aquí la función del coordinador es posibilitar discusiones y conducir con su bagaje teórico; no impone desde un principio su saber porque cerraría toda posibilidad de dialectizar el problema (Caricote, 2004).

Gutiérrez (2005) plantea que la modalidad de taller demanda a sus participantes el desarrollo de la autonomía para realizar actividades individuales y colectivas. Esta es una característica que se desarrolla paulatinamente y que pone en juego una serie de habilidades y actitudes con las que cuentan los miembros que participan en el taller o que desarrollarán paralelamente al trabajo colectivo.

El taller en la concepción metodológica de la educación es un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida (Cano, 2012).

5.1.2 Utilidades de los talleres

Cano (2012) propone que el taller es una metodología apropiada para fines como:

- **Diagnóstico:** análisis colectivo de una situación o problema, a fin de comprenderlo en sus diferentes componentes, su complejidad, su multicausalidad y su dimensión situacional y estructural.
- **Planificación:** organización de acciones y actividades con el fin de operativizar una estrategia dirigida a alcanzar determinados objetivos en un tiempo determinado y valiéndose de determinados recursos.
- **Evaluación:** análisis del grado de cumplimiento de determinados objetivos previamente formulados –línea base-, del logro o no de los resultados esperados, de la emergencia de hechos inesperados, así como del proceso grupal de trabajo colectivo.
- **Sistematización:** el taller puede también ser una metodología a utilizar como parte de una estrategia de sistematización de una experiencia, en tanto permite analizar elementos del proceso de desarrollo de dicha experiencia, en función de determinados ejes de análisis, procurando reconstruir, construir y reflexionar críticamente sobre el proceso realizado, con el fin de objetivar aprendizajes colectivos.
- **Monitoreo o seguimiento:** análisis del desarrollo de determinadas acciones, durante el proceso de su implementación, con el fin de observar obstáculos y facilitadores, visualizar su potencial estratégico en función de los objetivos iniciales y aportar información a fin de tomar decisiones que rectifiquen elementos de la estrategia del trabajo.
- **Análisis de una temática:** abordaje colectivo de una temática para su discusión, por ejemplo, un análisis de coyuntura, el cual puede ser parte de un diagnóstico.
- **Formación:** el taller es también una metodología apropiada para realizar objetivos de formación sobre determinados temas específicos, en tanto al partir de los saberes previos de los participantes, la discusión colectiva, y la integración de teoría y práctica, favorece una mejor apropiación e internalización de los contenidos de formación.

Considerando lo anterior, el siguiente capítulo presenta la estructura de la propuesta de taller.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Durante el 2018 se reportaron en el Estado de México alrededor de 19 mil casos de candidiasis genita, mil sospechas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o SIDA y 85 mil vulvovaginitis, entre otros casos de Infecciones Transmisión Sexual. Ante ello la Secretaría de salud hace un “llamado” para que los jóvenes tengan una vida sexual responsable. Una de las causas de este problema de salud reproductiva es la mala información o la desinformación, incluso la estigmatización de los roles de género (Castillo, 2019). Estos números son también una muestra de la carencia de educación sexual, ya que las prácticas de riesgo siguen siendo una constante, principalmente entre los jóvenes.

Las recomendaciones del sector salud mexiquense es que previo a iniciar una vida sexual activa, se acerquen a pláticas o talleres que organiza tanto el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), como otros órganos gubernamentales y no gubernamentales (González, 2019).

Contemplando los escenarios anteriores, desde una perspectiva multidisciplinaria (psicología, medicina, pedagogía, sexología) expongo una propuesta psicoeducativa organizada en un taller para dirigido a adolescentes para adquirir habilidades de comunicación y psicosociales, llevando a los participantes a la reflexión y deconstrucción de varios conceptos como lo es la asertividad sexual, enfermedades/ infecciones de transmisión sexual.

Pregunta de investigación

¿La aplicación de un taller sobre asertividad sexual permitirá a los participantes conocer sobre la asertividad sexual como herramienta de comunicación para evitar conductas sexuales de riesgo?

Objetivo General.

Aplicar una intervención psicoeducativa a través de un taller diseñado para adolescentes de secundaria sobre diferentes formas de comunicación, haciendo énfasis en el uso de la asertividad sexual como una herramienta ante conductas sexuales de riesgo.

Objetivos específicos

- a) Realizar un registro de la intervención que recoja los hechos más relevantes que ocurran en cada sesión, que ayuden a analizar e interpretar lo que pasa durante la aplicación del taller.
- b) Aplicar una escala de asertividad sexual (Morokoff, 1997), y analizar los niveles de asertividad sexual que presenta la muestra.
- c) Instaurar o fomentar en los adolescentes asistentes al taller la práctica o ejercicio de la comunicación sexual asertiva para el ejercicio responsable de su sexualidad

Variable/Constructo

Adolescencia

La adolescencia es la etapa del desarrollo del ser humano, en la cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; además se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, Wendklos y Duskin, 2005).

Conductas Sexuales de Riesgo

Exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003);

como es la práctica de relaciones sexuales sin preservativo y mantener relaciones bajo los efectos de sustancias que alteran el estado de conciencia (Fina, Antón y Espada, 2009).

Asertividad Sexual

Es la capacidad de rechazar la actividad sexual no deseada, negociar el uso de métodos anticonceptivos y por tanto de ejercer comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al., 1997).

Muestra

Participantes: Se trabajó con 31 mujeres y 30 hombres adolescentes, que cursaban el nivel básico secundaria en una institución pública, ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Dicha institución se encuentra en una colonia clasificada como de nivel “C” (en este segmento se considera a las personas con ingresos o nivel de vida medio) (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y de Opinión Pública, 2009). Los estudiantes fueron seleccionados de manera no probabilística, y su rango de edad osciló entre los 13 y 15 años.

Escenario

Tanto la aplicación de la escala, como del taller, se realizó en la Secundaria Técnica No. 7 turno mixto, ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México. La escuela cuenta con instalaciones adecuadas, sin embargo, el mobiliario dentro del salón de clases está maltratado.

- El aula donde se llevó a cabo el taller tiene un área aproximada de 25m², cuenta con un total de 30 bancas, sin embargo, algunas de ellas se encuentran maltratadas, hay un pizarrón, cuenta con pizarrón y marcadores; la puerta está golpeada.

Instrumento

Se aplicó la escala de Asertividad Sexual (Sexual Assertiveness Scale, SAS) (Morokoff et al., 1997) antes de comenzar el taller. Es un instrumento breve y autoadministrado, conformado por 18 ítems con 5 categorías de respuesta de tipo Likert (0= nunca; 4= siempre) agrupados en tres dimensiones que corresponden con la definición semántica del constructo:

- Inicio: evalúa la frecuencia con la que se inicia una relación sexual y que ésta se desarrolle de la forma deseada.
- Rechazo: evalúa la frecuencia con la que una persona se niega a tener una relación o práctica sexual no deseada.
- Prevención de embarazos e ITS: evalúa la insistencia en el uso de métodos anticonceptivos de barrera de látex con la pareja.

Cuenta con algunos ítems redactados de forma inversa: 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16 (Sierra, 2011). Se utilizó la versión castellana.

La aplicación de la escala se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Presentación de la ponente
- Entrega de la escala con las siguientes instrucciones: En caso de no haber iniciado vida sexual no es necesario responder la escala, solo deberán llenar la sección de datos sociodemográficos (edad y género).
- Aproximadamente les tomó de 15 a 20 minutos contestar el instrumento, se llevaron a cabo 61 aplicaciones.

Procedimiento

En primer lugar, se hizo un acercamiento con la coordinación de la Escuela Secundaria Técnica para dialogar con ellos sobre la importancia que representa atender la problemática que existe en torno a la sexualidad de los adolescentes y sus habilidades sociales, y se presentó, la propuesta era impartir el Taller Asertividad Sexual para Adolescentes dirigido a

los alumnos de dicha institución. Los integrantes de la coordinación tomaron 15 días para analizar la propuesta, la cual aceptaron y posteriormente se acordaron las fechas de inicio del taller con tres grupos de tercer grado y un grupo de segundo grado turno mixto, cada grupo con su respectivo horario.

En cuanto a los resultados de la aplicación de la escala de asertividad sexual (Morokoff, 1997) previo al taller, se analizaron cuantitativamente, de acuerdo a los resultados se graficaron los puntajes de cada dimensión del instrumento para conocer los niveles de asertividad sexual de la muestra.

También se llevó un registro de la respuesta de los adolescentes en las actividades del taller como parte de un análisis cualitativo.

El taller duró de 2 sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una. Posterior a la aplicación, se dio inicio la primera sesión del taller. A continuación, se describen ambas sesiones.

TALLER: ASERTIVIDAD SEXUAL PARA ADOLESCENTES**SESIÓN 1:** Tipos de Comunicación y Asertividad Sexual**DURACIÓN:** 90 Minutos**INSTITUCIÓN:** Escuela Secundaria Técnica No. 7 “Calmecac”**OBJETIVO:** Los participantes conocerán acerca de los diferentes tipos de comunicación y sus características incluyendo el concepto de Asertividad Sexual.

TEMA	OBJETIVOS	SUBTEMAS	ACTIVIDAD	MATERIAL	DURACIÓN
Evalua ción Diagnó stica Inicial	Conocer niveles actuales de asertividad sexual de los participantes.		Antes de iniciar el taller se proporcionará la Escala de Asertividad Sexual para que los participantes puedan responder de forma individual. Se dará la instrucción que añade excepción de contestar la escala a aquellos sujetos que aún no han iniciado vida sexual.	Escala de Asertividad Sexual (Sexual Assertiveness Scale, SAS) (Morokoff et al., 1997)	20 minutos
Identifi cación y análisis de expecta tivas	Que el ponente pueda conocer e identificar cuáles son las expectativas de los participantes sobre el taller.		Se realizará una entrevista grupal con las siguientes preguntas: ¿Qué esperan del taller? ¿Qué deseo aprender? ¿Qué espero de mis compañeros?	Presentación PowerPoint	10 minutos

Tipos de comunicación		Comunicación pasiva Comunicación agresiva Comunicación asertiva	Role-playing El ponente explicará los diferentes tipos de comunicación y sus características principales, después de la explicación se llevará a cabo un juego de roles en donde al menos una pareja de cada equipo representará diversas situaciones donde podrían figurar su papel inclinado a cualquier tipo de comunicación.	Presentación PowerPoint	35 minutos
Asertividad Sexual			Se les solicitará a los participantes que formen equipos y que hagan una lista de situaciones o frases que involucren el uso del concepto “Asertividad Sexual”, después las compartirán con el grupo, recibiendo retroalimentación del ponente	Hojas blancas	25 minutos

TALLER: ASERTIVIDAD SEXUAL PARA ADOLESCENTES
hombre y mujeres

SESION 2: ETS/ITS, Prevención sexual
DURACIÓN: 60 minutos

INSTITUCIÓN: Escuela Secundaria Técnica No. 7 “Calmecac”

OBJETIVO: Informar a los participantes sobre las características de las ETS/ITS así como exámenes de diagnóstico y tratamiento, integrando el intercambio de ideas sobre prevención sexual desde dos perspectivas de género (hombre-mujer).

TEMA	OBJETIVOS	SUBTEMAS	ACTIVIDAD	MATERIAL	DURACIÓN
Enfermedades e Infecciones de transmisión sexual	Que el participante conozca respecto a la sintomatología, expresión, exámenes de diagnóstico y tratamiento de las diferentes ETS/ITS	Clamidia, VPH, herpes genital, sífilis VIH/SIDA	¿Qué veo? ¿Qué infiero? ¿Qué no veo? Es una estrategia que permite descubrir las relaciones que existen entre las partes de un todo (entorno tema) a partir de un razonamiento crítico, creativo e hipotético. Se caracteriza por tener tres elementos: a) Qué veo: Es lo que se observa, se conoce o reconoce del tema. b) Qué no veo: Es aquello que no está comprendido explícitamente en el tema, pero que puede estar contenido.	Presentación PowerPoint	35 minutos

			c) Qué infiero: Es aquello que se deduce del tema		
Conductas sexuales de riesgo		Prevención sexual: los hombres responsabilizados de la compra de los preservativos, las mujeres se responsabilizan de no quedar embarazadas.	Los alumnos deberán integrarse en equipo, para que al finalizar la discusión puedan compartir sus participaciones y comentarios.	Presentación PowerPoint	25 minutos

RESULTADOS

Análisis Cuantitativo

En esta primera parte se realizó el análisis cuantitativo de los resultados, los datos que se presentan corresponden a los reactivos y dimensiones de la escala. Y sólo se efectuó un análisis descriptivo. Debido a las limitaciones impuestas por las condiciones administrativas incorporadas en los manuales de operación de la SEP a partir del 2017, que señalaron evitar la interrupción del bimestre por el retraso provocado por el temblor sucedido dos meses antes, por lo tanto no fue posible hacer una reaplicación del instrumento para comparar los efectos del taller. Sin embargo, los resultados ofrecen una visión comprehensiva de la situación, conocimiento y actitudes de la muestra estudiada, con respecto con la asertividad sexual.

La composición de la muestra por edad y sexo fue de 30 hombres y 31 mujeres (Figura1).

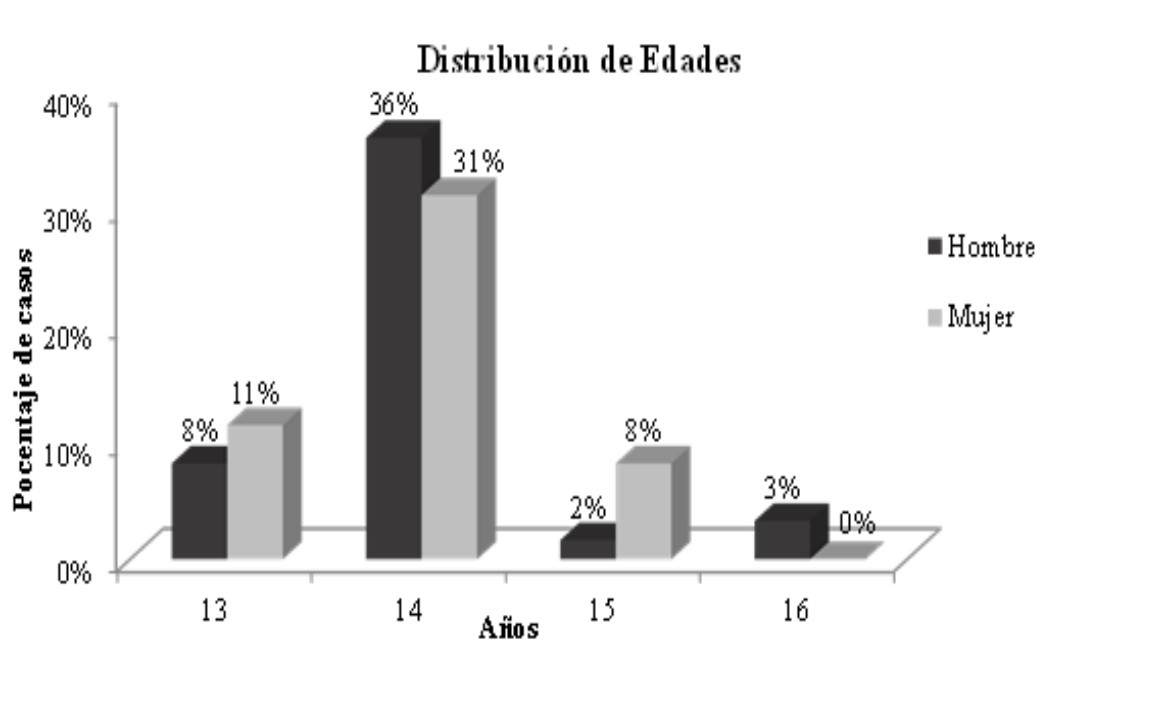


Figura 1. Distribución de edades en hombres y mujeres en los grupos de tercer grado de secundaria

Tabla 1

Descripción del número de alumnos y horario por grupo

Grupos	Número de alumnos	Horarios
3° “I”	20	Matutino
3° “J”	20	Mixto
2° “E”	21	Vespertino

Nota. El taller se presentó para grupos de tercer grado, sin embargo, la coordinación escolar decidió otorgar un horario para un grupo de segundo grado del turno vespertino.

Del total de la muestra, el 40% de hombres y 71% de mujeres indicó no haber iniciado actividad sexual al momento de la aplicación de la escala.

De manera general, se observan valores que corresponden a un nivel bajo de asertividad sexual, sin embargo, existe solo 1% de diferencia en niveles altos de asertividad en favor de los hombres (Figura 2).

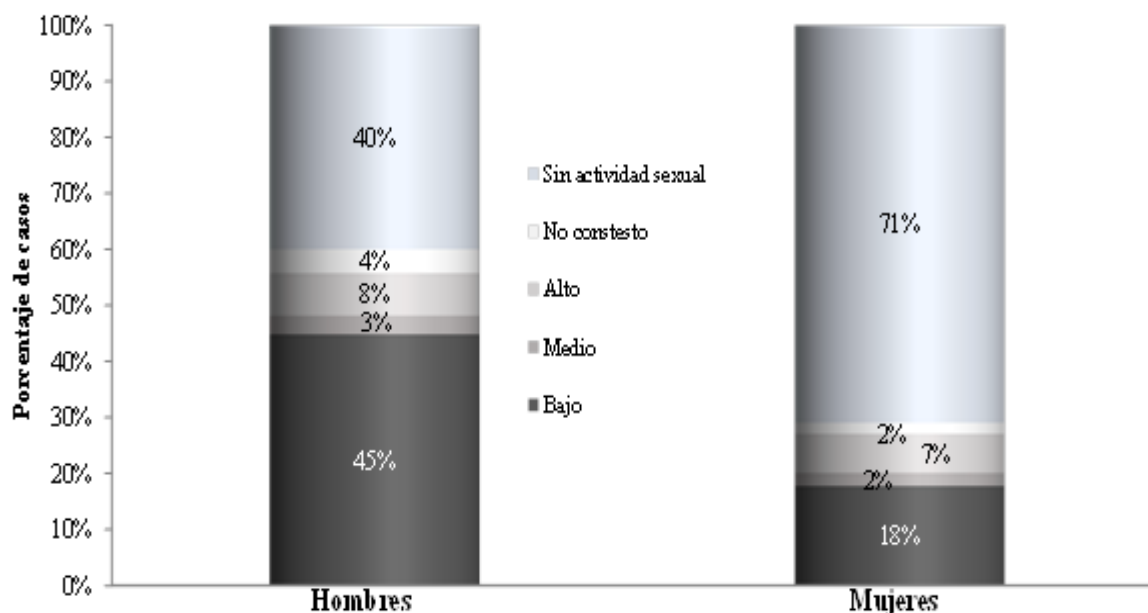


Figura 2. Frecuencia relativa de las respuestas al cuestionario en hombres y mujeres de la Escala de Asertividad Sexual

Los adolescentes que registraron valores en niveles altos de asertividad sexual no rebasan el 15%, es decir que aproximadamente 9 adolescentes del total de los casos llevan a cabo la asertividad sexual.

En cuanto a las diferencias entre géneros, es notable que, en el total de hombres evaluados, la mayoría de los casos que contestaron haber iniciado vida sexual se presentaron niveles bajos de asertividad sexual.

Resultados por dimensión

El indicador de iniciación presenta una diferencia del 30% entre hombres y mujeres en referencia al nivel bajo de asertividad, mientras que en el nivel alto la diferencia solamente es de 1% (Figura 3).

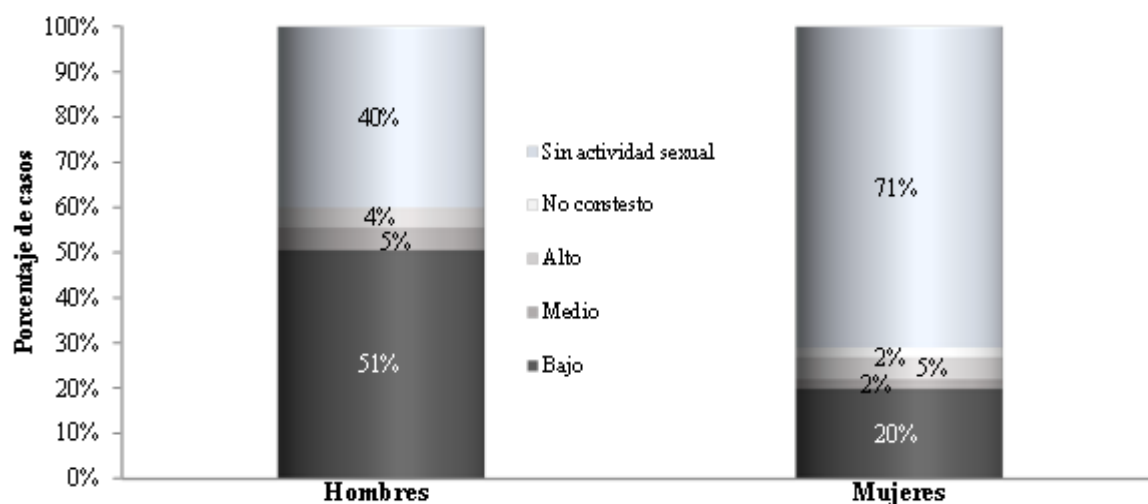
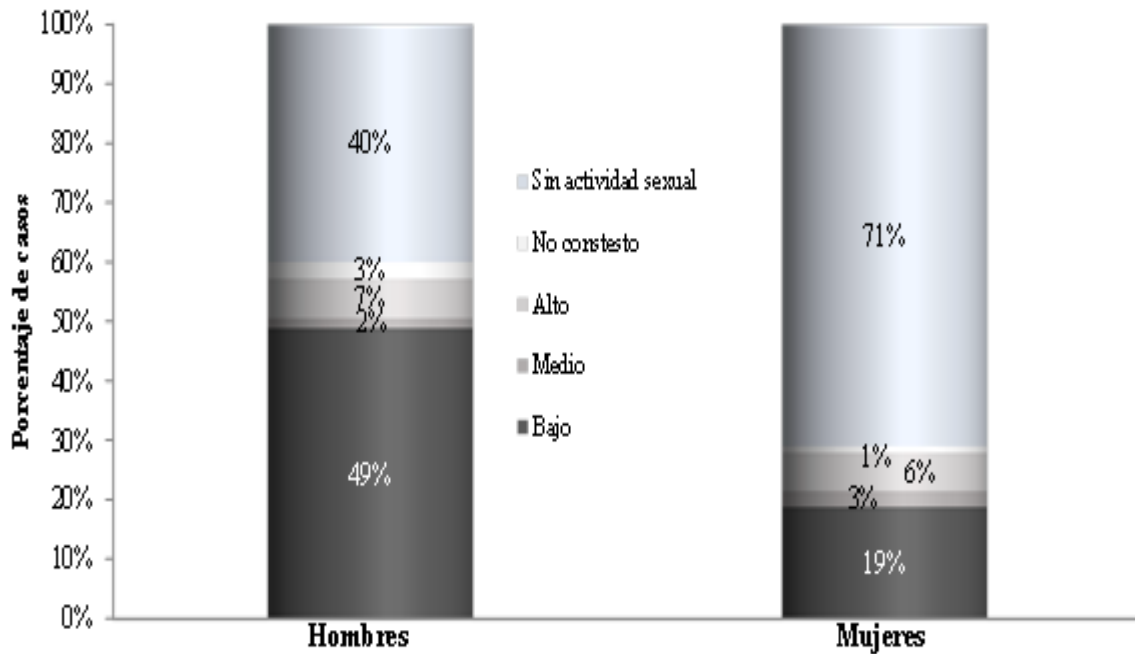


Figura 3. Casos en hombres y mujeres de la Escala de Asertividad Sexual: Indicador de iniciación

Con relación a la frecuencia con la que una persona se niega a tener una relación o práctica sexual no deseada se observa que los valores para el nivel alto de asertividad sexual en el caso de las mujeres es 1% menor en comparación con los hombres (Figura 4).

Figura 4. Casos en hombres y mujeres de la Escala de Asertividad Sexual: Indicador de rechazo



Para la dimensión de prevención de embarazos e ITS los porcentajes en niveles altos de asertividad aumentaron de 4 a 5% en ambos sexos. Aunque precisamente en esta dimensión de la escala también hubo un aumento en ausencia de respuesta en los casos de hombres (Figura 5).

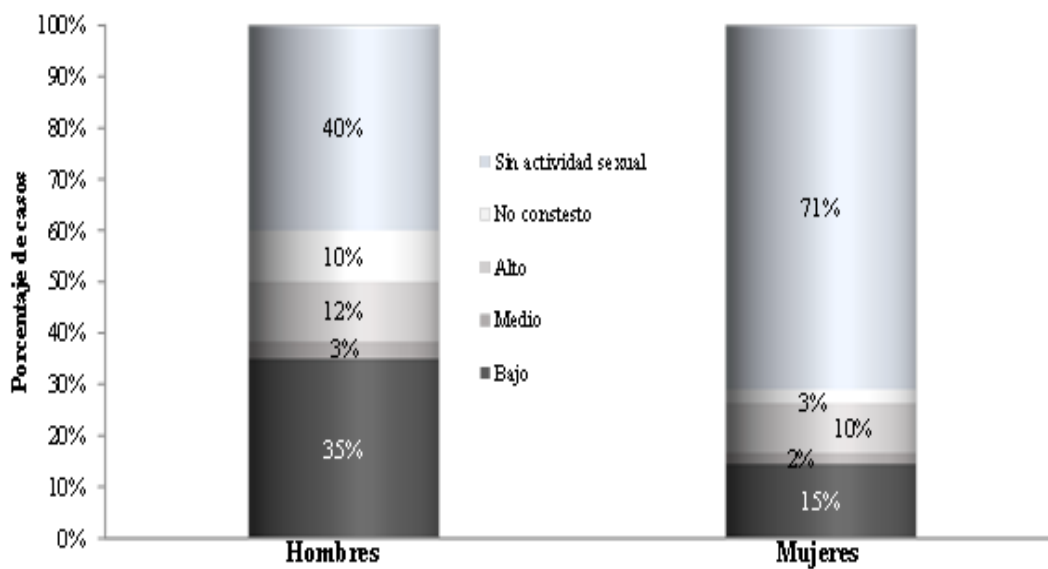


Figura 5. Casos en hombres y mujeres de la Escala de Asertividad Sexual: Indicador de prevención de embarazos e ITS.

Análisis Cualitativo

En esta segunda parte se realizó un análisis cualitativo de cada tema visto en las sesiones del taller, durante el proceso se tomó nota de la conducta de los participantes en cada una de las actividades, tanto para fines de retroalimentación, como de reflexión y como un registro observacional que sirviera de base para un análisis cualitativo. A continuación, se describen las observaciones realizadas en cada sesión. La utilidad de este análisis es llevar a cabo un registro de las principales reacciones emocionales y de conducta de los participantes sobre las actividades del taller.

Sesión 1. “Tipos de Comunicación y Asertividad Sexual”

En la primera sesión los alumnos del tercer grado mostraron una actitud poco participativa durante los primeros minutos; conforme se desarrolló la sesión mostraron confianza para expresarse frente a sus compañeros, de manera paulatina.

La participación de ambos géneros fue igualitaria, en algunos equipos destacaba la participación de las alumnas, pero se compensaba con los equipos en donde los varones estaban más activos. Con frecuencia, se registraron bromas con respecto al tema. Por ejemplo: los varones señalaban o exponían que alguno de sus compañeros pasaba por algún tipo de presión en su relación de pareja, o en la sesión de ETS/ ITS mencionaban que sus compañeros tenían algún síntoma presentado en las diapositivas.

En relación con la actividad de “*role playing*”, las situaciones presentadas por los alumnos y alumnas, ellos tenían la oportunidad de actuar con compañeros/as de su preferencia. Se observaron representaciones que incluyeron parejas del mismo género, específicamente del sexo femenino.

En la segunda actividad, una alumna de tercer grado mencionó el fenómeno “*sexting*” (se refiere al envío de imágenes o videos de contenido sexual a través de *smartphones* o dispositivos electrónicos y que se da de forma voluntaria) (Fundación en Movimiento, 2015), como una situación en la cual se puede expresar la asertividad sexual, el cual, a pesar de su reciente aparición no se integró al contenido de las dinámicas del taller.

La interacción del grupo de segundo grado fue más ordenada; las bromas respecto al tema redujeron y la participación e interés fueron notablemente mayores, por lo cual se pudieron realizar ambas sesiones en un mismo día con una inversión de la mitad tiempo en comparación con los grupos de tercer grado.

Durante la actividad designada para el tema “asertividad sexual”, se recolecto una serie de situaciones o frases en las cuales los participantes expresaron el uso de dicho concepto como herramienta de comunicación.

Las respuestas englobadas en la siguiente gráfica se agruparon en cinco categorías que hacen referencia al tipo de frases o situaciones que los estudiantes anotaron durante el ejercicio. Por ejemplo: coerción sexual; "Una chica les comenta sus amigas que su novio le obliga a tener relaciones sexuales...", uso de métodos anticonceptivos; "Juan y Andrea quieren tener relaciones sexuales, pero Juan no quiere utilizar protección...", inicio de la vida sexual; "En un grupo de amigos se encuentra alguien que no ha iniciado su vida sexual, los demás lo presionan...", deseabilidad social (sexual); "Mis amigos me presionan a hacerlo...", negociación de actividad sexual; "Cuando están a punto de tener relaciones sexuales, negociar el cuidado y la higiene...".

Respuestas a la actividad para el tema "Asertividad sexual"

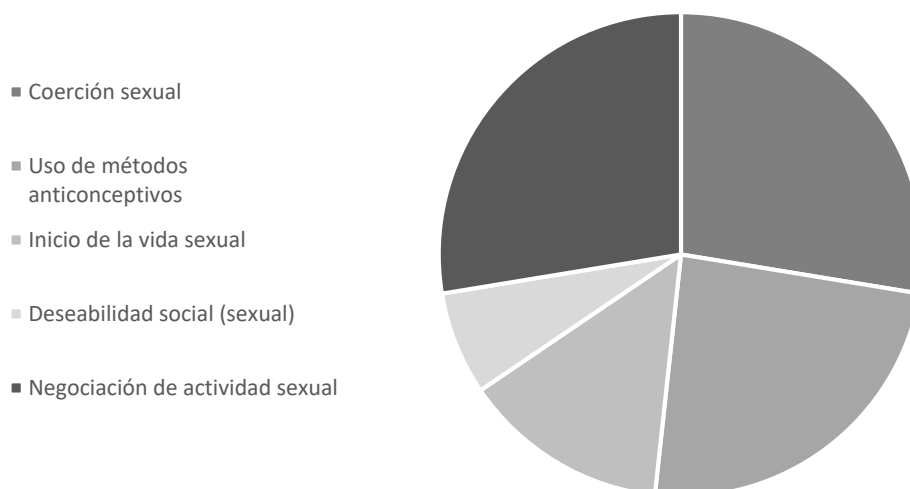


Figura 4. Representación gráfica de las respuestas a la Asertividad Sexual

Sesión 2. “Enfermedades/Infecciones de Transmisión Sexual y Conductas sexuales de riesgo”

Las participaciones de los grupos en general describieron de las características de los órganos sexuales infectados (enrojecimiento, hinchazón, manchas, protuberancias, deformidades). Al responder a la pregunta de qué era lo que no veían, los participantes dirigían sus comentarios a las características que no encontraban. Por ejemplo, órganos sexuales sanos: limpieza, apariencia estética, buen aspecto.

En referencia a la pregunta ¿qué infiero?, los participantes no tenían mucho que aportar al respecto, más que alguna descripción de cómo tal vez podría sentirse físicamente presentar alguno de los síntomas.

Debido al contenido explícito de las imágenes mostradas, los participantes mostraron tres tipos de reacciones: la más usual entre los grupos era ocultarse o taparse los ojos, haciendo expresiones verbales sobre “asco”, aproximadamente la mitad del total de los alumnos se expresó de esta manera. En algunos otros adolescentes se observó la aceptación del tema y apertura a hablar y expresar dudas, aunque este tipo de respuesta fue mínima (2 o 3 alumnos) por grupo. Sin embargo, algunos alumnos no podían dejar de lado las burlas y las bromas

que le provocaba ver este tipo de imágenes y por lo tanto, perdían concentración en la actividad (7 de cada 20 participantes del sexo masculino).

Para la actividad final, los participantes no debatieron, sólo compartían sus puntos de vista. Esta reacción probablemente se debe a la pérdida de interés en el tema por el cambio de clase o la hora de salida de la escuela.

CONCLUSIONES

La propuesta del taller tuvo como objetivo que el adolescente aprendiera e identificara los tipos de comunicación y cómo podrían llevar a la práctica cada uno de ellos en su sexualidad; enfatizar la asertividad como un modo de comunicación que protege su salud sexual, y prevenir conductas sexuales de riesgo como el uso de sustancias nocivas para la salud durante encuentros sexuales, o el no prever un encuentro sexual como la causa de evitar el uso de métodos de protección.

Los estudiantes respondieron al taller en general de manera positiva, atenta, interesada y activa. Se detectó que en la mayoría de los casos no conocían el concepto de Asertividad Sexual, sin embargo, en cada una de las actividades desarrolladas para conocer y practicar ejercicios en torno a la asertividad sexual, la actitud y conducta de los adolescentes fue provechosa.

El tema que causó más “controversia” entre los estudiantes fue el de Enfermedades e Infecciones de transmisión sexual, el cual fue la parte informativa del taller, con el fin de generar debate en torno al grado de conocimiento de los síntomas y las pruebas especializadas en detectar dichas ETS / ITS. Los adolescentes mostraban reacciones de asco y burla que denotan la inseguridad que tienen para hablar y conocer más sobre ETS/ITS.

Sólo en dos grupos (3° “J” y 2° “E”) hubo presencia de los docentes correspondientes a la materia del horario que marcaban. La figura de autoridad que representaban fungió como un control de la actitud y conducta del grupo, es decir, en caso de que no quisieran poner

atención, o las bromas no permitieran continuar con el tema, el docente intervenía con advertencias sobre consecuencias administrativas como el reporte” en la oficina de “Trabajo social” (la cual se encarga del historial en el acta de conducta emitida por la institución).

El siguiente objetivo fue analizar los niveles de asertividad de los adolescentes, de lo cual se concluye que hombres y mujeres sexualmente activos manifiestan niveles bajos de asertividad sexual en cada una de las dimensiones de la escala aplicada. Lo que coincide con la negociación del uso del preservativo en hombres y mujeres adolescentes, en 2017 Villalobos, de Castro, Rojas y Allen señalaron que el 24.9% señalaron no haber usado ningún método anticonceptivo (81.1% en hombres y 74.1% en mujeres).

A pesar de que no hubo un buen escenario para poder hacer una reaplicación de la escala, debido a la situación de la escuela, la SEP y el país en ese momento (noviembre del 2017, dos meses después del temblor del 19 de septiembre del 2017), la recolección de “situaciones o frases” para ser asertivo en el ámbito sexual pueden describir una comparación entre los conocimientos previos y posteriores sobre este constructo.

La educación sexual es parte de la formación integral del ser humano, trabajar este aspecto a lo largo de cada etapa de la vida puede ayudar a prevenir y evitar situaciones de riesgo. Por ello es fundamental la formación de actitudes y conductas responsables. Las personas cercanas a los grupos de adolescentes (docentes, consejeros, terapeutas, facilitadores) pueden ayudar a crear escenarios donde no sólo se transmitan conocimientos sino también brinden herramientas a través de la psicoeducación que permitan mejorar, en este caso, las habilidades de comunicación.

El papel del psicólogo es fundamental para el desarrollo de estrategias que ayuden a los adolescentes a favorecer su bienestar, la propuesta psicoeducativa que se diseñó y se llevó a cabo en el presente trabajo, aportó a mi formación profesional ya que me permitió conocer y reflexionar sobre la situación en la que se encuentra la educación sexual en la actualidad en México. En efecto, han evolucionado los planes y programas de estudio en esta área debido a la integración de temas de sexualidad en las actualizaciones de los planes de estudio a nivel

básico; sin embargo, la mayoría continúan limitándose a la entrega de información, dejando en otra instancia la importancia de la formación de habilidades psicosociales, tales como comunicarse de manera efectiva y asertiva, desarrollar destrezas para enfrentar situaciones y solucionar conflictos.

La educación sexual en México se ha visto deteriorada en el sentido que los altos mandatarios no han puesto énfasis en modificar las estrategias hasta ahora utilizadas para el control natal o las altas tasas elevadas de embarazos adolescentes, incluyendo el porcentaje de jóvenes infectados con alguna ETS /ITS. En el discurso político a nivel nacional o internacional se hace una mención pobre para los países “en vías de desarrollo”.

Recomendaciones

Durante el proceso del taller se lograron identificar las siguientes limitaciones y algunas ventajas.

Limitaciones

Al impartir el taller, las limitaciones que se encontraron fueron las siguientes:

- Algunos alumnos no pudieron participar adecuadamente ya que el exceso de comentarios en “broma” y la limitación de parte del profesor como medida de control de su conducta, a fin de no perjudicar el clima de trabajo y evitar respuestas de huida y evitación, debidas a un papel demasiado directivo o de autoridad.
- Los horarios asignados para la segunda sesión fueron durante las horas finales del día escolar, algunos alumnos se mostraban cansados, fastidiados o desesperados por irse a casa.
- El material visual explícito hacía que las participaciones de alumnos se inhibieran, debido al impacto de las imágenes, ellos prefirieron permanecer con desagrado ante lo que vieron (expresando su asco o manteniendo la boca y ojos tapados).
- La escuela no proporcionó ningún recurso como: proyector o copias, lo cual se debe en parte al nivel socioeconómico.

- El tiempo designado por la escuela para abordar los temas del taller no son suficientes para dotar a los adolescentes de las herramientas de comunicación, en este caso “asertividad”, para enfrentar situaciones de riesgo reales.
- Debido a la situación que había en el país con respecto al temblor del 2017, no hubo una reaplicación de la escala posterior al taller.

Ventajas

Algunas ventajas que se dieron fueron:

- En los grupos la participación de los alumnos y alumnas se dio de manera voluntaria.
- Reunirse en equipos facilitaba la lluvia de ideas al momento de compartir opiniones y comentarios.
- El nombre del tema y las imágenes que lo acompañaban mantenían la atención e interés.
- El tema permitió la expresión de las dudas de los alumnos, que fueron aclaradas a lo largo de la sesión.

Este trabajo puede servir como modelo para futuras propuestas de intervención en el ámbito de la educación sexual, o podría añadirse el tema siendo parte de las habilidades psicosociales para prevenir conductas sexuales de riesgo.

Para futuras investigaciones sugeriría ampliar los temas y tiempos del taller, añadiendo las causas de la atracción sexual, y enfatizar romper los estereotipos del amor “romántico”, ya que este concepto se considera como una de las principales causas de la omisión de factores de protección en la sexualidad adolescente. También sería factible añadir la flexibilidad de los temas para hacer talleres, para diferentes sectores de la población; desde aquellos con limitaciones cognitivas y físicas, hasta todos los sectores definidos en edad.

El plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, me permitió tener la oportunidad de conocer cómo se combina la teoría con la práctica, como en la modalidad de práctica supervisada de todas las áreas en donde la cercanía a los problemas reales me dieron

las herramientas para poder aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de mi trayectoria académica en contextos cercanos, por ejemplo, en este caso con los altos índices de embarazos en adolescentes en el municipio Nezahualcóyotl.

REFERENCIAS

- Adolescente, Área Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS. (2006). Descubriendo las voces de las Adolescentes: Definición de Empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área Salud Familiar y Comunitaria. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49409/ca-empoderamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Alfaro, L. B. (1999). Conocimientos, creencias, conductas, percepción de riesgo y temor al contagio del VIH en estudiantes de preparatoria. En R. Díaz Loving. y K. Torres, (coords.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (77-90). México: Porrúa
- Araujo, A. (2008). *Adolescencia*. Bogotá: Universidad de la Sabana.
- Argueta Lorenzana H. (2009). *Análisis jurídico y social sobre las capacitaciones laborales que ofrecen las instituciones no gubernamentales en el país para el adolescente con problemas de drogas y alcohol*. (Tesis pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Auslander, B.A., Perfect, M.M., Succop, P.A. y Rosenthal, S.L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-162
- Baele, J., Dusseldorp, E. y Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1997). Salud sexual II: estudio de actitudes sexuales en nuestro contexto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (68), 181-209
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. En R. DiClemente (comp.), *Adolescents and AIDS a generation jeopardy* (, pp. 89-116). California: Sage Publications.
- Beadnell, B., Morrison, D. M., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Rogers, G. M., y Nahom, D. (2005). "Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risktaking", *Journal of Sex Research*, 42(3), pp. 192-202
- Blanc, A., De Sosa, M., Díaz, L., Pinto, E y Scolara, M. F. (2012). *Asertividad sexual en mujeres y hombres heterosexuales en pareja*. (Tesis maestría). Instituto Kinsey. Indiana.

- Benthin, A., Slovic, P. E., & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of Adolescence*, *16*, 153-168.
- Blumberg, E. J., Hovell, M., Werner, C., Kelley, N., Sipan, C., Dirham, S., y Hofsetter, R. (1997). Evaluating AIDS-Related social skills in anglo and latino adolescents. *Behavior Modification*, *21*(3), pp. 281-307.
- Boyer, C., Shaffer, M., y Tschann, J. (1997). Evaluation of knowledge and cognitive behavioral skills-building intervention to prevent STDs in high school students. *Adolescence*, *32*(125), pp. 25-43.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, *106*, 676-713.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: definición y dimensiones. *Estudio de Psicología*, *13*. 52-62
- Caballero-Hoyos, H., & Villaseñor-Sierra, A. (2000). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, *35*(6), 531-538.
- Caruthers, A.S. (2005). «Hookups» and «Friends with benefits»: Nonrelational sexual encounters as contexts of women's normative sexual development. (Tesis doctoral). University of Michigan, Michigan
- Christopher, J., Nangle, D., y Hansen, D. (1993). Social skills intervention with adolescents. *Current Issues and Advanced in Social Skills*, *17*(3), pp. 314-318.
- Cohn, L., Macfarlane, S., Yanez, C. E., & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, *14*(3), 217-222.
- Corbin, W.R., Bernat, J.A., Calhoun, K.S., McNair, L.D. y Seals, K.L. (2001). The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 297-311
- Crooks, R y Baur, K. (2009). Nuestra Sexualidad [Our Sexuality]. Mexico: Cengage Learning.
- De Jesús-Reyes, D., & Menkes-Bancet, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*, *20* (79), 73-97.

- DeGue, S. & DiLillo, D. (2005). Si me amaras: hacia una mejor comprensión conceptual y no físico etiológico de la coerción sexual masculina. *La agresión y conductas violentas*, 10. 513-532.
- Díaz-Loving, Rolando (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/sida. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), pp. 25-39.
- Di Clemente, R. J., Santelli, J.S., Crosby, R. A., & Miley, J.S. (2009). Comportamientos para entender y evitar riesgos: Salud de los adolescentes. Recuperado de <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Dolcini, M.M. y Catania, J.A. (2000). Psychosocial profiles of women with risky sexual partners: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4(3), 297-308.
- Durex Sexual Welbeing (2006). *Informe durex sobre bienestar sexual*. Recuperado el 8 de noviembre de 2011 de <http://www.durex.com/es-es/flashrepository/documents>
- Dunn M, Lloyd E, Phelps G. Sexual assertiveness in spinal cord injury. *Sexuality and Disability*. 1979; 2(4): 293-300
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (2014). Síntesis metodológica, INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075255>
- Espada, J. P., Escribano, S., Orgilés, M., Morales, A., & Guillén-Riquelme, A. (2015). Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: Comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 27(6)783-788. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.996516>
- Espada-Sánchez, J. P., Quiles-Sebastián, M. J., & Méndez-Carrillo, J. M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-15.
- Fitzpatrick, M. (1987). A typological approach to communication in relationships [Una aproximación a su tipología a la comunicación en las relaciones] En B. Rubin (Ed.) *Anuario de Comunicaciones*. (277-313). Bunswick, Nueva Jersey: Libros de transacciones.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Alcántar, E., Navarro, C., y Blanco, J. (2000). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 22(4), pp. 14-19.

- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 12, 227-232.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*, 111(3),455-474
- Fondo De Población De Las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). El embarazo en adolescentes limita tu proyecto de vida. Recuperado de <http://bolivia.unfpa.org/content/elemparazo-en-adolescentes-limita-tu-proyecto-de-vida>
- García, B. R. (2006) *Infección por VIH y SIDA en Colombia: estado del arte 2000-2005*. Bogotá: -ministerio de la protección social de Colombia
- García, J. y Figueroa, J. (1992). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*,34(4), 413-426.
- Gilchrist, L. D. y Schinke, S. P. (1983). Coping with contraception: cognitive and behavioral methods with adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 7(5), pp. 379-388.
- Godínez. (2007). Piden menores saber más sobre sexo, adicción y Sida. México: Cimac.
- Gold, S., Letourneau, E., y O' Donohue, W. (1995). Sexual interaction skills. En W. O'Donohue (comp.), *Handbook of psychological skills training: clinical techniques and applications* (pp. 229-246). Nueva York, Stanford University.
- González, C., Rojas, R., Hernández, M. & Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2005/sal053d.pdf>
- Güell M. (2005) *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?*. Barcelona: GRAO
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Recuperado de https://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
- Gutierrez, M. O., Bermúdez, M. P., Teva, I., y Buena-Casal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human

- immunodeficiency virus (HIV) infection among. *Psicothema*, 19(4). 661-666.
Recuperado de <http://www.psicothema.com/PDF/3413.pdf>
- Hardeman, W., Pierro, A. y Mannetti, L. (1997). Determinants of intention to practice safe sex among 16-25 years-olds. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(5) 345- 360.
- Hernández, M. F., Tapia, G. Alarcon, X y Muradás, M. (2015). Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014. La situación demográfica de México 2015. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones_al_nivel_de_la_fecundidad_en_Mexico_1990-2014.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2006). *Encuesta Nacional de la Juventud 2005*. Recuperado de: http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/oe_20060523_ENJuventud2005.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2008). Estadísticas de Suicidio de los Estados Unidos Mexicanos 2008. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/creas/inegi.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Principales resultados de la encuesta Intercensal 2015. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espano/lbvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48(2), 117-126.
- Klein, R. y Knäuper, B. (2003). The role of cognitive avoidance of STIs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(3),137-149
- Kocić, B., Kostić, M., & Cagulović, T. (2013). Internet-Based Promotion of Safer Sex and Condom Use among Young People. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine*, 30(3), 111-116.
- Lam, A., Mark, A., Lindsay, P. y Russell, S. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 160-171.

- Lazarus, A. (1973). On assertive behavior: a brief note. *Behavior Therapy*, 4(5), 697-699.
- López, S. y Enzlin., P. (2013). Factors associated with the development of sexual assertiveness in women: A Literature Review. Katholieke Universiteit Leuven Faculty of Medicine. Leuven.
- Lock, S. y Ferguson, S. (1998). Communication of sexual risk behavior among late adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), pp. 273-295
- López, F. (2004). Conducta sexual de mujeres y varones: iguales y diferentes. En E. Barberá y M. MartínezBelloch (Eds.), *Psicología y Género* (pp. 145-170). Madrid: Prentice Hall.
- López, & otros. (2005). *Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay*. Montevideo: UdalaR.
- Lottes, I. (2000). New researchs on sexual health. En I. Lottes O. Kontula (Eds.), *New views on sexual health: The case of Finland*. Helsinki: Population Research Institute.
- Macy, RJ., Nurius, P.S. y Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping whit acquaintance sexual aggression. *Violence Against Women*, 12(5), 478-500.
- Mariño, Ma. Del Carmen et al. (2000). *Juventud y adicciones, en Jóvenes: la evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México 1986-1999. Tomo II*. México: Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud.
- Martín Alfonso, L., & Reyes Díaz, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 183-187.
- Menkes C., Suárez L., Núñez L. y González S. (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación media superior en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí*. Recupe4rado de <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Salud%20reproductiva%20de%20los%20estudiantes.pdf>.
- Ministerio español de sanidad, política social e igualdad (2010). *Interrupciones voluntarias de embarazo*. Recuperado de www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm

- Ministerio de ciencia e innovación. (2011). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España*. Recuperado de: http://www.msps.es/novedades/docs/InformeVIH-sida_Junio2011.pdf
- Morales, F. y Parelló, M. (2006). Percepción de adquirir VIH/sida y su relación con el patrón sexual. En R. Sánchez., R. Díaz-Loving, y S. Rivera, (eds.), *La psicología social en México* (pp. 197-204).
- Morokoff, P., Quina, K., Harlow, L., Whitmire, L., Grimley, D., Gibson, P., et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804.
- Morris, L. (Agosto de 1993). Determining male fertility through surveys: young adult reproductive health surveys in Latin American. En *Unión internacional para el Estudio Científico de la población (UIECP)*. Conferencia llevada a cabo por el congreso internacional de la población. Montreal, Canadá.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15(3), 395-400
- Neidhardt, Joseph; Weinstein, Malcolm y Conry, Robert. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid: Deusto
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies S. (2008) Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(1),142-50. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100022>
- Olaiz, F.G., Rivera, D. J. Shamah, L. T., Rojas R., Villalpando H.S., Hernández A.M. y Sepúlveda. A. J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)(1998). *Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997- 2000*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/saludintegral.pdf>
- Painter C. (1997). *Sexual health assertiveness and HIV*. Cambridge: Daniels Publishing;
- Papalia, D., & otros. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.
- Pérez de la Barrera, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.

- Perinat, A & Moreno, A. (2007). *La adolescencia. La primera infancia*. Barcelona: UOC
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51(2), 223-235.
- Pérez de la Barrera, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 3(40), pp. 243-254
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / sida ONUSIDA (UNAIDS) (2016). Informe de brechas en Prevención. <https://goo.gl/WHPf9K>
- Ramos, M. y Cantú, P. (2003). El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 4(4), 1-8. Recuperado de <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/118/100>
- Ríos, B. P., Rangel, A., Álvarez, R., Castillo, A., Ramírez, G., Pantoja, J. P., Yáñez, B., Arrieta, E. M. y Ruiz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 6(4). 147-153
- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: Programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. (Tesis de doctorado no publicada). UNAM: México
- Roche, R., Alfaro, A., Aguilera, L., Sánchez, M. y Valera, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista cubana de Medicina General Integra*, 22(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100003
- Rodríguez C., A., y Álvarez Vázquez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de salud pública*, 32(1), 1-9. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.pdf
- Romero, L. (1999). Autoestima personal y educación sexual del adolescente. *Revista Latinoamericana de Sexología*. 9(1). 22-53
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Wellness Institute
- Sánchez C, Carreño J, Martínez S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum*. 19(3-4)152-160. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372005000300004

- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática [The role of sexual assertiveness in human sexuality: a systematic review]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/337/33714079010/>
- Santos J; Villa J; García M; León G; Quezada S. y Tapia R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018
- Satir, V. (1986). *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Pax México
- Sello, D.W. y Ehrhardt A., A. (2004). HIV-prevention-related sexual health promotion for heterosexual men in the United States: Pitfalls and recommendations. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3):211–222. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129040>
- Secretaría de Salud y Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2008). *El VIH/SIDA en México*. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2008/Nov06/panoramadic06.pdf>
- Secretaría de Educación Pública (2001). *Programa Nacional de Educación 2001-2006*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Sierra, J. C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008). Un Estudio Psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en Mujeres Hispánicas. *Terapia psicológica*, 26(1), 117-123. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100010>
- Silva Diverio, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Instituto de la juventud
- Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Recuperado de https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493
- Somlai, A.M., Kelly, J.A., McAuliffe, T.L., Gudmundson, J.L., Murphy, D.A., Sikkema, K.J. et al. (1998). Role play assessments of sexual assertiveness skills: Relationships with

- HIV/AIDS sexual risk behavior practices. *AIDS and Behavior*, 2(4), 319-328.
Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022622108917>
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>
- Tapia, R. (2003). Norma oficial mexicana nom-039-ssa2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/nomits2002.pdf>
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., y Campos de Paula, M. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 282-290. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/7f89/80b2d1b944ffe486327b8cb558e9e738781.pdf>
- Temple-Smith, M., Moore, S., & Rosenthal, D. (2015). *Sexuality in Adolescence: The Digital Generation*. Recuperado de <http://doi.org/10.4324/9781315849348>
- Tulloch, H., McCoul, K., Millenberger, R. y Smith, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6) 263-267. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134100>
- Turbay Restrepo. (1994). *Por la dignidad de Adolescentes y Jóvenes: Reflexiones en torno a la prevención de la violencia sexual y la explotación sexual comercial infantil*. Colombia: UNICEF.
- Ulin, Patrice (1992). African women and AIDS: negotiation behavioral change. *Journal of Social Sciences Medicine*, 34(1), pp. 63-73. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953692900682>
- Villagrán V. G. (1993). *Hacia un modelo predictivo de la percepción del riesgo*. (Tesis de maestría) Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Villaseñor, S. A., Caballero, H. R., Hidalgo-San Martín, A., y Santos, P. J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Publica de Mexico*, 45(1), 73-80. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700010
- Whitaker, J. y Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*,

15(2), 251-273. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/247721473_Parent-Adolescent_Discussions_about_Sex_and_CondomsImpact_on_Peer_Influences_of_Sexual_Risk_Behavior/download.pdf

Zerubavel, N. (2010). *Barriers to sexual assertiveness in college women: a focus on fear of sexual powerlessness and emford*, Ohio: Miami University

ANEXO A

Sexual Assertiveness Scale (SAS) de Morokoff

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Edad: ____ Sexo: Hombre ____ Mujer ____

¿A qué edad iniciaste tu vida sexual? _____

¡ATENCIÓN! SI AÚN NO HAS INICIADO TU VIDA SEXUAL NO CONTESTES EL
CUESTIONARIO COMPLETO, ESPERA EL TIEMPO ASIGNADO PARA
ENTREGARLO JUNTO CON TODO EL GRUPO.

Instrucciones: Marque con una X indicando la respuesta que más se acerque a sus
preferencias.

0 NUNCA
1 A VECES

2 LA MITAD DE LAS VECES
4 SIEMPRE

	0	1	2	3	4
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.					
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo					
3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales					
4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo.					
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.					
6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo.					
7. Si mi pareja me persona, cedo y le beso, incluso cuando no me apetece.					
8. Si mi pareja lo desea, estimulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece					

9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste.					
10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea.					
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque lo genitales, aunque me presione.					
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso cuando mi pareja insiste.					
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera usarlos					
14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera					
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex.					
16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex					
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiere no usarlos.					
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex					