

EFFECTO DIFERENCIAL DE LA PRESENCIA DE DOCENTES, PADRES Y  
MADRES DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDO A LA  
MODIFICACIÓN DEL RIESGO PERCIBIDO, LA AUTOEFICACIA Y LAS  
NORMAS SUBJETIVAS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LA  
LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES EN BOGOTÁ

Catalina Gómez Villamizar

Trabajo Final para optar título de Maestra en Psicología con énfasis en  
Psicología y Salud

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas  
Maestría en Psicología  
2008

EFFECTO DIFERENCIAL DE LA PRESENCIA DE DOCENTES, PADRES Y MADRES DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDO A LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO PERCIBIDO, LA AUTOEFICACIA Y LAS NORMAS SUBJETIVAS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES EN BOGOTÁ

Catalina Gómez Villamizar

Trabajo Final para optar título de Maestra en Psicología con énfasis en  
Psicología y Salud

Dirigido por:

Luis Enrique Flórez Alarcón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Maestría en Psicología

2008

### Agradecimientos

A Luis Enrique Flórez Alarcón por ser guía y ejemplo profesional y personal.

A Pablo Alfonso Sanabria, María Elvia Domínguez y Eduardo Aguirre por fortalecer y orientar esta labor investigativa.

Al IED Panamericano, el IED República Bolivariana de Venezuela y el IED Agustín Nieto Caballero por participar en la investigación.

Dedicatoria

A Nelly Beatriz, Hugo Alberto y Samuel Felipe, las tres personas más importantes de mi vida, que con su apoyo y dedicación me han alentado a alcanzar esta meta

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
Justificación .....	10
Definición del Problema .....	12
Objetivos .....	12
<i>General</i> .....	12
<i>Específicos</i> .....	13
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	15
Modelo Bioecológico del Desarrollo Humano .....	18
Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención .....	20
Aspectos de la Sexualidad en Adolescentes .....	25
Política de Salud Sexual .....	30
Estadísticos del Comportamiento Sexual en Colombia .....	32
Antecedentes Empíricos .....	36
MÉTODO .....	50
Diseño .....	50
Participantes .....	54
Instrumentos .....	55
Procedimiento .....	60
RESULTADOS .....	64
<i>Estadísticos Descriptivos</i> .....	64
<i>Estadísticos Inferenciales</i> .....	71

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	77
Limitaciones.....	83
Recomendaciones .....	84
REFERENCIAS .....	85
ANEXO 1 .....	91
ANEXO 2 .....	94
ANEXO 3. ....	96
ANEXO 4. ....	97
ANEXO 5 .....	98
ANEXO 6 .....	100
ANEXO 7 .....	103
ANEXO 8 .....	106

#### LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características Generales de los Participantes.....	55
Tabla 2. Análisis de Varianza de los grupos experimental y el grupo control aplicación pre del instrumento .....	68
Tabla 3. Análisis prueba t para muestras pareadas en las aplicaciones pre y post para cada uno de los grupos experimentales y el grupo control .....	72
Tabla 4. Análisis de Varianza de los puntajes de las subescalas riesgo percibido, autoeficacia y norma subjetiva, en aplicación post según género. .....	75

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escalera psicológica de la prevención/promoción.....	23
Figura 2. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y al grupo control .....	66
Figura 3. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.....	67
Figura 4. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y el grupo control, género masculino.....	67
Figura 5. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control.....	69
Figura 6. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.....	70
Figura 7. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.....	71

## RESUMEN

En la actualidad se hace énfasis en la sexualidad de los y las adolescentes, debido al incremento de las gestaciones y a la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual en esta población, así como la indiferencia del rol de padres y docentes en la educación sexual. El presente estudio evaluó el impacto de la presencia de padres, madres y docentes en un programa de educación sexual, teniendo en cuenta las variables propuestas por la Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención como son el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas, en los y las adolescentes pertenecientes a la localidad de Los Mártires del Distrito Capital. Se contó con un n= 104 participantes. El estudio mostró que un programa de educación sexual con la presencia de padres, madres y docentes presenta un nivel de efectividad superior en relación a la ausencia de intervenciones y a los programas de educación sexual tradicionales, dicha efectividad se evidencia en el incremento del riesgo percibido de los y las adolescentes para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y gestaciones inoportunas, así como el incremento en la autoeficacia sexual percibida y la disminución de la norma subjetiva en relación con su comportamiento sexual.

*Palabras clave:* Sexualidad, Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención, autoeficacia, riesgo percibido, norma subjetiva, adolescencia.



## ABSTRACT

In the current context is emphasized sexuality of adolescent due to the increasing numbers of pregnancies and the incidence of Transmitted Diseases Sex in this population, as well as the indifference of the role of parents and teachers on sex education. The present study evaluated the impact of the presence of parents and teachers in a sex education program, taking into account the variables proposed by the Psychological Dimension of the Promotion and Prevention such as the perceived risk, self-efficacy and subjective norm about Sexually Transmitted Infections (STI) and pregnancies, at young people in the Localidad Los Mártires of Distrito Capital. It was n = 104 participants. The study showed that a sex education program with the presence of parents and teachers presents a higher level of effectiveness in relation to the absence of interventions and traditional sex education programs, this effectiveness is evident in the increase in the perceived risk of male and female adolescents for the acquisition of sexually transmitted diseases and pregnancies and the increase in the perceived sexual self-efficacy and decreasing the subjective norm with regard to their sexual behaviour.

*Keywords:* sexuality, Psychological Dimension of the Promotion and Prevention, self-efficacy, perceived risk, subjective norm, adolescence.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión de interés para todo ser humano, ya que la sexualidad hace parte de nuestro ser integral, y hasta ahora, ha sido tratada como algo místico, rodeada de tabúes y mitos que desfiguran su esencia.

Aunque hablar de educación sexual significa hablar de un proceso que se inicia en el momento de la concepción de un nuevo ser y culmina con su muerte, el presente estudio pretende que nuestros adolescentes reciban una adecuada educación sexual en la escuela, que les permita conocer y expresar de forma responsable y saludable su sexualidad, enmarcada en el contexto histórico, cultural y socioeconómico de nuestro Distrito Capital.

### Justificación

En el contexto holístico de la promoción de la salud, en nuestro ámbito se evidencia el desconocimiento de la realidad psicosocial de los grupos poblacionales, entre ellos los y las adolescentes, quienes atraviesan una etapa de búsqueda y construcción de su identidad y subjetividad, que tienen un pensamiento de múltiples concepciones; sus relaciones urbanas se caracterizan por ser efímeras e individualistas, con circuitos de comunicación poco íntimos, rápidos y basados en la oferta y la demanda; su posicionamiento es transformador y crítico hacia la situación sociopolítica; “nada es para siempre”; los y las adolescentes valoran la corporeidad, la ternura, buscan la no uniformidad, son críticos de la subordinación y demandan la autonomía.

En la realidad actual del Distrito Capital, se evidencia un gran interés en el estudio y abordaje de la realidad de los y las adolescentes, quienes se encuentran en un momento de búsqueda de identidad, enfatizando en la importancia que tiene el inicio de las relaciones sexuales, la curiosidad, el querer conocer y explorar nuevas experiencias, la baja autoestima, el aprovechar la confianza de los padres, ser autosuficientes y autónomos; es por esto que se necesita de comprensión, afecto y confianza para socializar las dudas en torno al inicio y desarrollo de la vida sexual, en un espacio marcado por el respeto.

Infortunadamente esta realidad, está influenciada por condiciones de conflicto familiar y social, la falta de dialogo, presión directa o indirecta de los pares significativos, la influencia de los medios de comunicación, la educación sexual realizada por adultos sin perspectivas del joven y sin una aproximación adecuada, cargada de tabúes, morbo, ignorancia, entre otros; originando entre los y las adolescentes gestaciones inoportunas, adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), abortos, frustración, deserción escolar, y otros comportamientos y eventos específicos.

La adopción de una salud sexual y una salud reproductiva es condicionada por factores tales como el machismo, la falta de autonomía de hombres y mujeres frente al manejo de su sexualidad, el maltrato emocional experimentado por los y las adolescentes ante el abandono. La desvalorización y la violación de la privacidad y la intimidad de la pareja, el temor de expresar claramente lo que piensan o sienten ante la sociedad, constituyen entre otras razones, factores que potencian los riesgos de

prostitución, drogadicción, delincuencia juvenil, tabaquismo, vandalismo, gestaciones prematuras y no planeadas, alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA, maltrato y otro tipo de trastornos sociales concomitantes a la pobreza crítica, a los bajos niveles y condiciones de vida.

En este sentido, se requiere fortalecer e involucrar a los y las adolescentes en el desarrollo de proyectos encaminados a disminuir factores tales como el machismo, la falta de autonomía de hombres y mujeres frente al manejo de su sexualidad, el maltrato emocional, la soledad, y desamor que son predisponentes y potencializan la aparición de adolescentes con gestaciones no planeadas e inoportunas.

#### Definición del Problema

¿Cuál es el impacto sobre el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas, en los y las adolescentes pertenecientes a la localidad de Los Mártires, de un programa de educación sexual que incluye la presencia de padres y docentes?

#### Objetivos

##### *General*

Evaluar el impacto de la presencia de padres y docentes sobre los resultados de un programa de educación sexual que se fundamenta en las habilidades para la vida, dirigido a modificar el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas en

los y las adolescentes pertenecientes a la localidad de Los Mártires de Bogotá.

*Específicos*

- Diseñar un programa de educación sexual dirigido solamente a los y las adolescentes pertenecientes a una Institución Educativa Distrital de la localidad de Mártires de Bogotá, cuyo énfasis sea el entrenamiento de habilidades para la vida en relación con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y las gestaciones inoportunas y no planeadas.

- Diseñar un programa de educación sexual dirigido a los y las adolescentes, padres, madres y docentes pertenecientes a una Institución Educativa Distrital de la localidad de Mártires de Bogotá, cuyo énfasis sea el entrenamiento de habilidades para la vida en relación con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y las gestaciones inoportunas y no planeadas.

- Diseñar una escala que permita medir el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes de la localidad de Mártires de Bogotá.

- Aplicar una escala que evalúe el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes de la localidad de Mártires de Bogotá, antes y después de implementar el programa de educación sexual.

- Comparar los resultados obtenidos en los dos programas de educación sexual y evaluar cuál de ellos tiene más impacto en el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes de la localidad de Mártires de Bogotá.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La sexualidad humana es algo natural que se relaciona con el propio ser, con el comunicarse con otros y con sentir, expresar y vivir el amor. Aprender sobre sexualidad es un proceso de toda la vida, desde que es concebido el nuevo ser, al darle un nombre, al socializarlo dentro de un marco sociocultural determinado; educar sobre sexualidad es ayudar al ser humano en la adquisición de conocimiento, las habilidades y el desarrollo de su autonomía para que gocen de una salud sexual y procreativa en todo su ciclo vital (UNICEF, 2005; González, 2002).

Según Vargas (2005), aún no hay una definición científica de sexualidad que sea convencionalmente aceptada; sin embargo, se asume que la sexualidad es un aspecto característico del ser humano, que se constituye de cinco factores. El primer factor, el biológico relacionado con las características genéticas, fisiológicas y anatómicas que distinguen las mujeres de los hombres, es decir, nuestro sexo genital es la base de la construcción de nuestra sexualidad. El segundo factor, los aspectos socioculturales, se relaciona con la construcción social del rol que cada hombre y mujer desempeña en la sociedad, determinado por las normas y expectativas que la sociedad tiene de las personas por el hecho de ser varón o mujer, es decir, la construcción del género. En cuanto al género, Leal (1998), dice que existen modelos arraigados en las sociedades, tanto para lo masculino como para lo femenino. En relación con el género masculino se le asignan características tales como la rudeza, no exteriorización de

sentimientos, decisivos, protectores, proveedores y arriesgados, mientras que al género femenino se le asignan características casi opuestas a las masculinas, las cuales incluyen la sensibilidad, expresión de sentimientos, ternura, necesitan protección y seguridad y se preocupan por ayudar a los demás. Las mujeres y las niñas son sensibles, tiernas en sus relaciones, expresan con facilidad sus sentimientos, se inclinan a ayudar a las demás personas.

Estas características propias de cada género, que se construyen en la cotidianidad propia del desarrollo del ser humano, desde que se concibe, establece diferencias inter e intragénero.

El tercer factor, el afecto se relaciona con las motivaciones y emociones de los individuos, las motivaciones se refieren al deseo sexual, son las que dan direccionamiento a nuestros comportamientos; las emociones se relacionan con las reacciones a estímulos internos y externos que provocan cambios cognitivos, físicos y comportamentales; las emociones proveen al individuo de información sobre el entorno y sobre el propio comportamiento, ya que depende de la emoción si se evalúa como apropiado y apetitivo o no dicho estímulo (Vargas, 2005).

El cuarto factor se refiere a la cognición, dentro de la cual se incluye la información, las creencias, las actitudes, el conocimiento, las ideas y las valoraciones que cada persona realiza sobre su propia sexualidad a lo largo de su vida (Vargas, 2005).

Por último, el quinto factor se refiere al comportamiento, es decir a todas las cosas que hace un individuo y son observables. El comportamiento



sexual se puede ver desde diferentes perspectivas: a) los comportamientos característicos del rol de género que el individuo asume; b) los comportamientos de la actividad sexual de la persona (uso o no de preservativo, promiscuidad, comportamientos de autocuidado, entre otros); c) los comportamientos de acercamiento al otro como la conquista, el establecimiento de relaciones interpersonales, manifestaciones de afecto, entre otros (Vargas, 2005)

La educación sexual se debe conceptualizar desde una perspectiva integral, que incluya el instruir en sexualidad y el preparar para la vida, teniendo en cuenta los cinco factores que constituyen la sexualidad humana, de esta forma, se educa a nuestros adolescentes en un contexto libre de tabúes y desinformación o malinformación en donde se encuentran inmersos. El contexto, en materia de sexualidad, de nuestro país aún se ve marcado por las concepciones tradicionalistas derivadas de las creencias judeocristianas.

La sexualidad debe entenderse como un proceso socialmente estructurado y no como comportamientos guiados por los cambios biológicos, de esta forma el modelo teórico que recoge de forma integral los aspectos de la sexualidad es el modelo bioecológico, así como la dimensión psicológica de la prevención y la promoción en relación con el fomento de factores protectores para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y gestaciones no planeadas e inoportunas en adolescentes. Luego se abordarán los aspectos de la sexualidad que caracterizan a la adolescencia; además, es de vital importancia realizar una revisión de la Política de salud

sexual y reproductiva, así como una revisión de las estadísticas relevantes en materia de salud sexual y reproductiva, y, finalmente, el abordaje de estudios empíricos acerca de las diferentes metodologías utilizadas para la educación sexual.

### Modelo Bioecológico del Desarrollo Humano

Existen diferentes aproximaciones teóricas al desarrollo humano, sin embargo el modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner involucra todos los ámbitos en el que los adolescentes se desenvuelven, y por tanto, constituye una propuesta integral para abordar la promoción y la prevención de la salud.

Para entender el desarrollo humano se debe tener en cuenta a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y, por ello, influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive; la interacción entre ambiente y persona es bidireccional y recíproca (García, 2001).

Bronfenbrenner (1987), concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente, propone cinco sistemas en los que se desenvuelve el individuo, estos sistemas son:

- 1) El microsistema: es el entorno en el que vive y se desenvuelve el individuo y tiene lugar la mayoría de interacciones directas con los agentes sociales, incluye el ámbito familiar, escolar, barrial, laboral y otros ámbitos relevantes para el individuo. En el microsistema, el individuo ayuda a construir los ámbitos en los que se desarrolla.

- 2) El mesosistema: son las relaciones o conexiones existentes entre los diferentes microsistemas.
- 3) El exosistema: se refiere a cuando las experiencias en otro contexto social en el que el individuo no participa activamente, influye en el contexto inmediato en el que se desenvuelve el individuo (micro o mesosistema).
- 4) El macrosistema: se refiere al contexto social, económico y cultural en el que vive inmerso el individuo.
- 5) El cronosistema: se refiere al patrón de los acontecimientos ambientales y las circunstancias sociohistóricas que experimenta la comunidad en un lapso de tiempo determinado.

Según García (2001) los modelos ecológicos del desarrollo humano plantean el imperativo de articular los apoyos funcionales, sociales, políticos y culturales que se pueden generar en los diferentes sistemas, siendo esto determinante para identificar el espectro de factores comportamentales, ambientales, culturales y políticos que afectan a las posibilidades futuras del individuo en los diferentes aspectos de su vida, incluyendo la sexualidad.

Un programa de educación sexual dirigido a los y las adolescentes, debe incluir acciones más allá del nivel individual, por ello esta investigación pretende influir en los microsistemas y el mesosistema de los y las adolescentes para modificar la autoeficacia, el riesgo percibido y las normas subjetivas que éstos tienen acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas, de tal forma que se incluye a los padres, madres y docentes.

En este sentido, las variables psicológicas que se pretenden modificar hacen parte de la escalera psicológica de la promoción y la prevención propuesta por Flórez (2005; 2007) en la *Dimensión psicológica de la promoción y la prevención*, dichas variables psicológicas presentan barreras, las cuales deben ser superadas para que se siga ascendiendo en la escalera psicológica.

#### Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención

La Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención (DPPP) constituye una estructura conceptual para el análisis de las variables psicológicas propuestas en los modelos teóricos ya existentes, variables que toman importancia relativa dependiendo del momento del proceso de aprendizaje y ejecución del comportamiento saludable, y que su presencia “protagónica” en determinado momento configura la escalera psicológica de la promoción y la prevención (Flórez, 2005).

La escalera psicológica nos muestra tres características del aprendizaje y ejecución de un comportamiento saludables, la primera característica es la presencia de etapas sucesivas a través de las cuales aumenta la probabilidad de ejecución del comportamiento saludable; la segunda característica es la presencia de barrera que dificultan la transición de una etapa a otra; y la tercera característica es la progresión de la probabilidad de ejecución del comportamiento saludables a medida que se avanza en la escalera y se sobrepasan las barreras (Flórez, 2005, 2007) (Ver Figura 1).

El presente estudio pretende evaluar el impacto en el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de

Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas de dos programas de educación sexual en los y las adolescentes, por tal razón, nos centraremos en las variables psicológicas de interés.

Según Flórez (2005, 2007), la amenaza percibida es concebida desde la DPPP como las creencias acerca de los riesgos y la susceptibilidad personal de los mismos, la amenaza percibida hace parte de la barrera expectativa de reforzamiento resultado de la escalera psicológica.

La variable psicológica de amenaza percibida es presentada por el Modelo de Creencias en Salud propuesto por Rosenstock y es concebida como la relación entre la percepción de severidad del riesgo y la vulnerabilidad personal a éste y por el Modelo de Motivación a la Protección propuesto por Rogers en el cual la amenaza percibida es concebida dentro de un contexto determinado por la interacción de factores que favorecen o inhiben la ejecución de un comportamiento adaptativo o desadaptativo, mediado por la evaluación de afrontamiento que hace la persona; la amenaza percibida genera motivación a actuar por reforzamiento negativo, y en este sentido, la forma de superar esta barrera es dar información adecuada de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos. Sin embargo, en el presente estudio sólo se tuvo en cuenta la variable riesgo percibido.

En relación con la prevención de ITS y gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes, el riesgo percibido incrementa en la medida que los y las adolescentes tengan información certera y adecuada sobre las situaciones de riesgo para adquirir una ITS o quedar en embarazo.

En cuanto a la autoeficacia, Bandura (1986), propone la capacidad de autorreflexión, la cual permite al individuo analizar sus experiencias y reflexionar sobre sus cogniciones, alcanzando un conocimiento integral sobre si mismo y el mundo que lo rodea, facilitando de esta forma la evaluación y modificación de sus pensamientos. Esta capacidad involucra además la autoeficacia, la cual se define como las expectativas que tiene el individuo acerca de la eficacia de sus propios actos; estas expectativas se presentan antes de la ejecución del comportamiento y se comparan con los resultados del mismo, generando en el individuo una autoevaluación de la eficacia que éste presenta en determinados comportamientos, permitiendo así que la persona realice una predicción, basado en ejecuciones pasadas, de cual será su eficacia en acciones futuras. Cuando los individuos se perciben a si mismos como eficaces se reducen sus inseguridades y sus inhibiciones, afectando los esfuerzos que se realizan para afrontar las situaciones, ya que permite mantener la esperanza de que se alcanzará el éxito en el comportamiento emitido (Bandura, 1977).

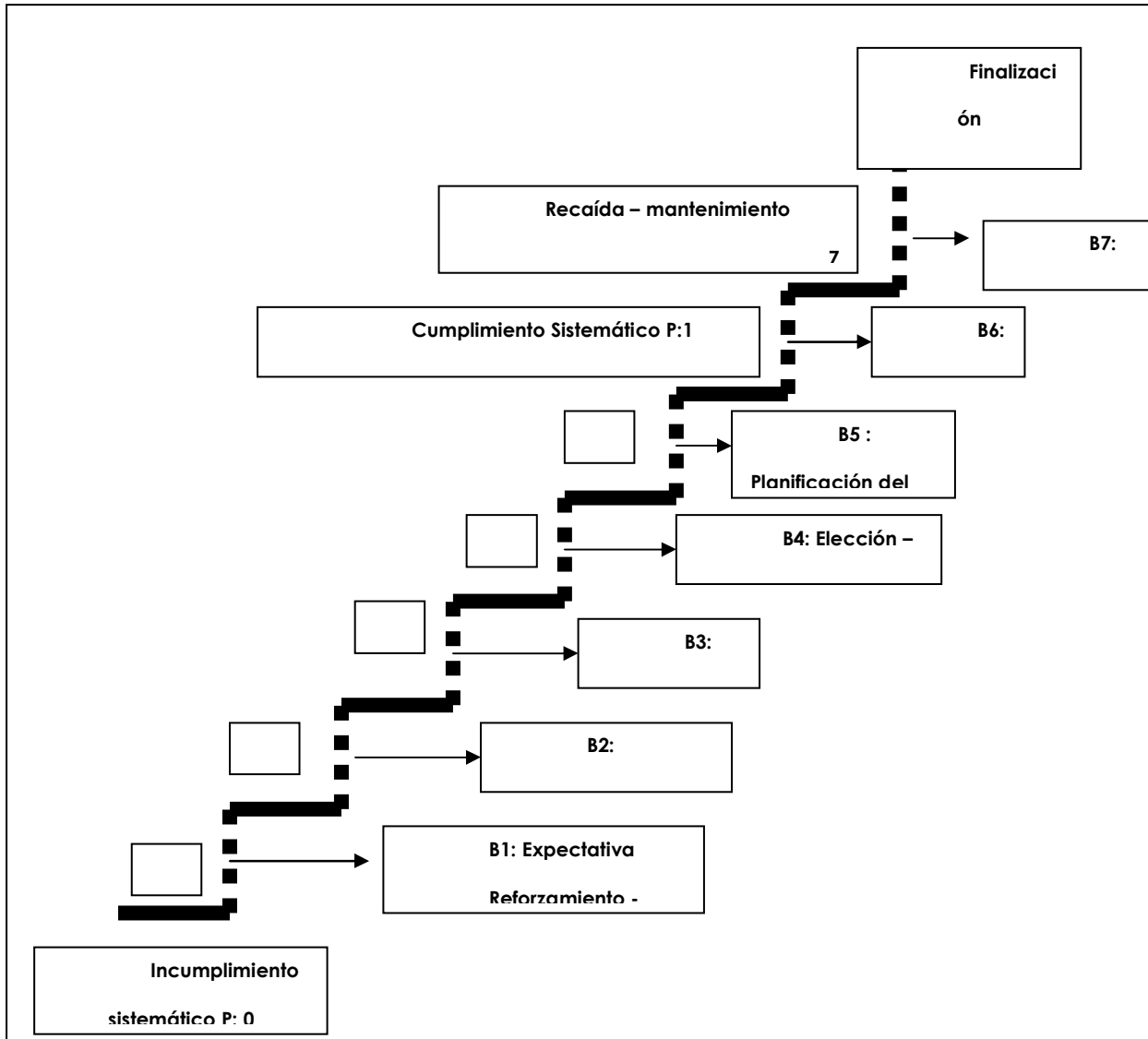


Figura 1. Escalera psicológica de la prevención/promoción. Tomada de Flórez, 2005.

La autoeficacia se basa en diferentes fuentes de información, las cuales son: a) logros de ejecución, es la fuente más fiable porque se basa en las experiencias personales, donde los éxitos la aumentan y los fracasos la disminuyen; b) experiencia vicaria, el individuo al ver que otros ejecutan comportamientos con éxito se persuade a si mismo de que también es capaz

de conseguir realizar la acción satisfactoriamente; c) persuasión verbal, mediante la sugestión que produce la persuasión verbal las personas creen que pueden enfrentar con éxito diferentes situaciones; y, d) excitación emocional, los individuos se basan en su activación fisiológica para evaluar su ansiedad, una activación alta debilita la autoeficacia mientras que una baja activación aumenta las expectativas de éxito (Bandura, 1982).

Según Flórez (2005, 2007), un programa de promoción y/o prevención exitoso debe incluir acciones, a través de diferentes técnicas, que fomenten la controlabilidad percibida, apoyada en el fortalecimiento de la autoeficacia. En relación con la adquisición de ITS y gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes, la autoeficacia percibida establece una diferencia importante entre los y las adolescentes respecto al inicio de su actividad sexual, a tener comportamientos de riesgo y a quedar en embarazo; es por ello que las intervenciones dirigidas a los y las adolescentes deben procurar por el incremento de la autoeficacia percibida a través de técnicas de resolución de conflictos y de problemas, así como en habilidades de aserción, negociación y comunicación (Vargas, 2005).

Respecto a las normas subjetivas, son entendidas como aquellos determinantes sociales que favorecen o inhiben el comportamiento saludable. Las normas subjetivas son concebidas como la presión social percibida, derivada de las creencias sobre las expectativas de los demás hacia el comportamiento y la motivación por satisfacer estas expectativas, lo cual establece actitudes y comportamientos acordes a las expectativas facilitando la incorporación al grupo. De esta forma, un programa de



promoción y/o prevención debe contemplar acciones que impacten en la influencia social, a través de la generación de responsabilidad que la persona tiene en sus comportamientos y en el fomento de habilidades en el control de la presión social (Flórez, 2005). Al igual que la autoeficacia, si se interviene en las normas subjetivas, a través de habilidades de comunicación, negociación y de resolución de problemas y de conflictos, se puede disminuir los efectos que la presión de grupo ejerce sobre la sexualidad de los y las adolescentes (Vargas, 2005).

En este sentido, la presente investigación pretende afectar las barreras de los tres primeros peldaños de la escalera psicológica de prevención/promoción, los cuales corresponden a la barrera expectativa de reforzamiento – resultado; la barrera de controlabilidad percibida (autoeficacia) y la barrera de actitudes normativas; de tal forma que las intervenciones se diseñaron acordes a la superación de dichas barreras, y están basadas en la metodología de habilidades para la vida.

#### Aspectos de la Sexualidad en Adolescentes

En la adolescencia hay situaciones que pueden ser comunes entre muchos adolescentes como la búsqueda de autonomía, mayor interés por la imagen corporal, búsqueda de espacios de intimidad y el experimentar mayor deseo sexual e interés hacia experiencias placenteras: masturbación (autoestimulación), sueños eróticos, fantasías sexuales y la posibilidad de vivir la primera relación sexual.

Según Pulido (1998), la adolescencia es una etapa en la cual se enmarca el proceso de autoconocimiento, de la búsqueda de una identidad

personal y sexual, que se ve influenciada por los cambios corporales, los cuales pueden generar en el adolescente inseguridad y confusión acerca de su propio ser.

En la adolescencia surgen los conflictos familiares como consecuencia de esa búsqueda de identidad e independencia de sus padres, dada la construcción de su ser, en esta etapa es cuando la búsqueda de redes de apoyo en los adultos se hace primordial, sin embargo, los sentimientos de ambivalencia hacia los adultos, especialmente hacia los padres, en los cuales los adolescentes saben que necesitan de su apoyo pero el saber que los padres pueden ejercer influencia sobre él, hace que el adolescente genere una brecha entre él y sus padres.

Para el(la) joven, su grupo de pares constituye una fuente de información acerca del mundo externo a la familia; el pertenecer a un grupo le provee al joven la oportunidad de fomentar las habilidades de resolución de conflictos, generar relaciones de amistad y construir una red de soporte social con sus pares. Sin embargo, las experiencias dentro del grupo de pares no son siempre positivas, ya que las consecuencias de un rechazo pueden acarrear problemas de salud mental, así como una dinámica intragrupal que conlleva a la presión para el consumo de sustancias psicoactivas, actos delictivos, y otros comportamientos que no son aceptados en nuestro contexto sociocultural (Santrock, 2004)

En la adolescencia, además, surge el primer amor, el cual se vive como si fuese una experiencia única y definitiva, las mujeres caracterizan al primer amor con matices románticos, mientras que los hombres lo consideran una

experiencia novedosa que le permite aprender a manejar sus emociones. Además, en la adolescencia se comienza el fortalecimiento de lazos amistosos, los cuales se dan inicialmente con identificaciones con pares en aspectos de sus vidas, y luego se van afianzando hasta concretarse como amistades que se convertirán en sus principales redes de apoyo y puntos de referencia para la adquisición de conocimientos respecto a su sexualidad (Pulido, 1998).

Según Santrock (2004) cuando se habla de sexualidad adolescente, generalmente se hace énfasis en los aspectos negativos, tales como gestaciones adolescentes y de ITS, dejando de lado los otros aspectos de la sexualidad en la adolescencia. Dentro del desarrollo del adolescente, se puede ubicar la adopción de una identidad sexual, proceso que es multifacético, el cual implica aprender a manejar sensaciones, desarrollar nuevas formas de intimidad y aprender habilidades de autorregulación del comportamiento sexual. La identidad sexual incluye la orientación sexual y las actividades, intereses y estilos de comportamientos relacionados con la sexualidad, así como las actitudes sexuales del adolescente.

Las actitudes sexuales del adolescente se deben analizar desde la orientación sexual de éste. El establecimiento de los roles sexuales, las diferencias existentes entre los roles femeninos y masculinos pueden generar confusiones en los adolescentes a medida que vayan construyendo su identidad sexual. Los imaginarios adolescentes acerca de las relaciones sexuales siempre se refieren al amor, en el momento de una relación genital, los adolescentes toman la iniciativa y presionan a las adolescentes y éstas

ceden y establecen límites (Santrock, 2004).

Cuando se habla de heterosexualidad y homosexualidad, no se establece como polos opuestos de orientación sexual, sino que se establece un continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva, hasta la homosexualidad exclusiva, pasando por diferentes modalidades de bisexualismo. Los homosexuales adolescentes no gozan de los beneficios de los homosexuales adultos, ya que éstos están en el proceso de asumir su orientación homosexual, por tanto se pueden evidenciar una serie de factores que se presentan en este proceso, son: sensibilización, conciencia con confusión, negación, culpa y vergüenza, para llegar a la aceptación de su orientación (Santrock, 2004).

Según Santrock (2004) una vida sexual activa en la adolescencia constituye un condicionante para adquirir enfermedades de transmisión sexual y gestaciones inoportunas y no planeadas; la actividad sexual precoz se asocia a consumo de SPA, comportamientos delictivos y dificultades escolares, así como la deserción. El inicio temprano de la vida sexual está relacionado a factores contextuales como lo son el nivel socioeconómico y las circunstancias familiares, así como la desinformación o mal información sobre la sexualidad; además entre más joven es el (la) adolescente sexualmente activo, menos precauciones toma, se evidencia un sesgo optimista no realista potencializado por la posible pérdida de la pareja. En diversos estudios se han establecido factores que pueden estar relacionados con comportamientos sexuales de riesgo como lo son el nivel socioeconómico bajo, la edad, no tener una pareja estable, escasas

habilidades de afrontamiento, falta de visión de futuro, elevada ansiedad, escaso ajuste social y actitud negativa hacia los anticonceptivos. Según Muñoz, Antonio, Muñoz, & Castellanos, (1999) quienes desarrollaron un proyecto de educación sexual en la Institución Educativa Distrital Gustavo Restrepo, el cual consiste en un grupo de adolescentes multiplicadores de educación sexual en su comunidad juvenil, se determinaron algunos factores que propician las relaciones genitales prematuras, éstos dependen de las diferentes variables y actores que componen el entorno de los adolescentes, en este sentido los factores relacionados son:

- ⇒ En los adolescentes las variables involucradas son la curiosidad, la novedad, la deficiencia en los valores, la rebeldía y la tendencia a liberarse de la sociedad conservadora, manipulan y aprovechan la confianza y apertura de los padres.
- ⇒ Los factores relacionados con los padres son la ambivalencia en las pautas de crianza, condiciones laborales que acortan el tiempo para la familia y los cambios de actitud.
- ⇒ Las características de la educación sexual, ya que es impartida por adultos sin la perspectiva del joven, con visión anatómica y fisiológica, sesgada según criterios del adulto, enseña sexo seguro pero no como retardar el inicio de las relaciones genitales, no hace énfasis en valores y el uso de metodologías poco participativas (magistrales).
- ⇒ En el grupo de pares prevalece la presión de grupo.

⇒ Los medios masivos de comunicación generan mensajes confusos que culminan creando necesidades y expectativas entorno a la corporeidad y sexualidad.

En cuanto a las gestaciones adolescentes, se suponen un riesgo para la salud materna y neonatal, además de la deserción escolar, trabajos mal pagos, ocupar puestos menos prestigiosos, menores ingresos, si se compara con aquellos que retrasan la paternidad. Las gestaciones adolescentes, están relacionadas con bajo nivel socioeconómico y un bajo desempeño escolar. Uno de los aspectos importantes en las gestaciones adolescentes y que ha recibido poca atención, es la inmadurez cognitiva, evidenciada en la poca capacidad de anticipar las consecuencias de sus comportamientos, es por esta razón que los programas de educación sexual que mayor éxito han tenido, son los que se basa en enfoque evolutivos y ajustan su dinámica al grupo adolescente particular que se desea intervenir, además de la implicación de la comunidad en la que se encuentran insertos los adolescentes padres (Santrock, 2004).

#### Política de Salud Sexual

Las políticas de salud sexual se desprenden del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100/93), el cual contempla acciones en el campo de las Salud sexual y salud reproductiva a través de diferentes planes, lo cual pretende garantizar que la población sea beneficiaria de los servicios de salud que necesiten y se promueva el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En la ley 100/93 se contempla que el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) están obligados

a desarrollar programas de información y educación en salud sexual y reproductiva, especialmente para la población adolescente (López , 1999).

La política integral de salud sexual y reproductiva tiene como objetivos principales el mejoramiento de la salud sexual, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, de las gestaciones no planeadas y abortos en adolescentes y la disminución del impacto de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Para dar cumplimiento a esto, una de las estrategias adoptadas por el gobierno fue implementar un Plan Nacional para la Educación Sexual, en cual los colegios públicos y privados deben elaborar planes para enseñar educación sexual a todos los estudiantes de bachillerato; en donde se abarque temáticas tales como el papel de los géneros, el embarazo en adolescentes, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y los derechos reproductivos. Este desarrollo de planes encaminados a un mejoramiento en la salud sexual y reproductiva, en nuestro país se mantienen problemáticas sociales que afectan la salud sexual y reproductiva, tales como la violencia intrafamiliar, pobreza y marginación social, inequidad, y la diversidad cultural, educativa, étnica, y territorial (Organización panamericana de la Salud Colombia, 2004).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2004), la salud sexual se concibe como el completo estado de bienestar que le permite al individuo relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual.

En cuanto a La Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva, parte del principio que tiene el Estado de *garantizar a todos los individuos y a la*

*comunidad el ejercicio de los derechos humanos y los sexuales y reproductivos*, lo que se constituye en su principio fundamental.

#### Estadísticos del Comportamiento Sexual en Colombia

Para propósitos de nuestro estudio, se tomaran en cuenta estadísticos acerca de la edad de inicio de las relaciones sexuales, las gestaciones adolescentes, conocimiento y uso de métodos de anticoncepción, conocimiento de las ITS y morbilidad de VIH/SIDA en Bogotá.

*Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales.* En una investigación realizada por Alzate (1980, citado por Uribe, 2001), se encontró que el 90 % de los hombres, tenían su primera experiencia sexual a los 16.5 años en promedio; mientras que el 33.6 % de las mujeres, tenían su primera experiencia sexual a los 20.1 años en promedio. En un estudio realizado por Fuentes (1991, citado por Uribe, 2001) demostró que el porcentaje de mujeres que iniciaron su actividad sexual antes del matrimonio incrementó a un 77.3% para 1990, mientras que los hombres se mantuvieron estables.

En el estudio del Centro Nacional de Consultoría (1993, citado por Uribe, 2001), se encontró que el 44% de los hombres tuvo su primera experiencia sexual antes de los 15 años, mientras que un 40% entre los 15 y los 18 años y el 12% entre los 19 y los 23 años; en contraposición, el 11% de las mujeres tuvo su primera experiencia sexual antes de los 15 años, un 31% entre los 15 y 18 años y un 44% entre los 19 y los 23 años.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) es un proyecto desarrollado por Profamilia desde 1990, este estudio ofrece información sobre la salud de las mujeres en edad fértil, su historia reproductiva y su



entorno familiar. El último estudio se realizó en el 2005, en el cual indagaron sobre las características generales de los hogares, de la población colombiana, de las mujeres en edad fértil, y sobre los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar, fecundidad, morbilidad materno infantil, ITS, lactancia, entre otros. Esta encuesta, muestra que el 12.3% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 75.3 % de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, siendo la edad de inicio en promedio 18.4 años a nivel nacional, en Bogotá la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es 17.8 años.

*Gestaciones Adolescentes.* El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), anualmente muestra las cifras de nacimientos vivos según el grupo de edad y la ciudad de residencia, es así como en el 2003 en Bogotá nacieron 480 niños en el grupo de edad de 10 a 14 años; en el grupo de edad de 14 a 19 años nacieron 19612 niños. En el 2004 en Bogotá, según cifras preliminares, nacieron 310 niños en el grupo de edad de 10 a 14 años, y para el grupo de edad de 14 a 19 años nacieron 12371 niños (DANE, 2005).

Según la ENDS (2005), en Bogotá el 22.6 % de las adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez han estado embarazadas, de las cuales el 17.1 % ya son madres y el 5.5% se encuentran embarazadas de su primer hijo.

Conocimiento sobre métodos de anticoncepción. Según Profamilia (2005), se encontró que el 99% de las mujeres entre los 15 y los 49 años manifiestan conocen algún tipo de método de anticoncepción, sin embargo,

en el grupo de edad de 15 a 19 años se encontró que sólo el 57.2 % utilizan algún método de anticoncepción si se encuentran unidas, y el 79.4% utilizan algún método de anticoncepción son sexualmente activas pero no hay vínculo conyugal formal.

Respecto a la percepción de las mujeres con relación a la actitud de sus cónyuges sobre la planificación familiar; en Bogotá las mujeres aprueban la planificación familiar en un 95.8% cuando el cónyuge también lo aprueba, el 1.9% de las mujeres aprueba la planificación familiar así su cónyuge esté en desacuerdo y el 1.1% de las mujeres aprueban la planificación familiar sin conocer la actitud de su cónyuge; el 0.5 % de las mujeres no aprueban la planificación familiar así sus cónyuges aprueben el uso de métodos de planificación familiar y el 0.3% de las mujeres desaprueba el uso cuando su cónyuge también lo desaprueba (Profamilia, 2005).

En cuanto a las razones para no usar métodos anticonceptivos, para el grupo de edad entre 15 y 29 años, las principales razones son: el 27.8% desea más hijos, el 13% está histerectomizada, el 9.1 % de las mujeres son infértiles, el 2% su cónyuge es infértil, el 1% se opone a la planificación familiar, el 6% el cónyuge se opone a la planificación familiar, el 1.6% alude no usar métodos anticonceptivos porque se lo prohíbe la religión, el 6.4% por problemas de salud, el 11.5% por los efectos colaterales, el 2.2% porque interfiere con el organismo y el 18.4% refiere otras razones para no utilizar métodos anticonceptivos (Profamilia,2005).

*Conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual y morbilidad de VIH/SIDA en Bogotá.* Según Profamilia (2005), el 21.7 % de las adolescentes

entre 15 y 19 años desconoce la existencia de ITS diferentes al VIH/SIDA; en cuanto al conocimiento de los síntomas de ITS en hombres, el 32.5 % no menciona ningún síntoma, el 19.7% menciona un síntoma, el 26.1% menciona más de dos síntomas. En relación con el conocimiento de los síntomas de ITS en las mujeres, el 31.9% no menciona síntomas, el 20.1% menciona un síntoma y el 26.3% menciona dos o más síntomas. En Bogotá, el 11,1% de las mujeres no conoce ITS diferentes al VIH/SIDA.

En cuanto a VIH/SIDA, el 97.7 de las adolescentes entre 15 y 19 años has oído sobre VIH/SIDA, en cuanto al conocimiento de prácticas seguras de evitar el sida, el 1.1% menciona no tener penetración, el 10.2% abstenerse de sexo, el 80.2 % usar condones, el 10.5% ser mutuamente fiel, el 1.6% evitar sexo con trabajadoras sexuales, el 1.5% evitar sexo con personas promiscuas, el 0.7% evitar sexo con homosexuales, el 13.4% evitar sexo con infectados, el 0.9% evitar sexo con drogadictos, el 9% exigir transfusiones de sangre certificadas, y el 112.% no ser promiscuos. Las mujeres con mayor índice de desconocimiento acerca de ITS y de formas de prevención del contagio son las que se ubican en el grupo de edad de 15 a 19 años, mujeres sin educación y residentes en áreas rurales (Profamilia, 2005).

Con respecto al VIH en Bogotá, para el año 2002, se reportaron en la ciudad 858 nuevos casos, la menor proporción está representada en el grupo de 10 a 14 años con el 0.12% (n = 9) del total de casos, de los cuales el 25% (n = 3) fueron captados como adolescentes viviendo con el virus; el 50% (n = 6) se captaron en fase de SIDA y el 25% restante (n = 3) no fueron clasificados. El grupo de 15 a 19 años representa el 2.6% (n = 210) del total

de los casos, con el 72.8% (n= 153) captados como adolescentes conviviendo con el virus, el 18% (n= 38) en fase de SIDA y el 9% (n = 19) se hallaron sin clasificar. Para el mismo año, de un total de 407 fallecimientos por causa de esta enfermedad, el 0,5% fue de adolescentes entre los 15 y 19 años, el 5,0% de adolescentes entre 20 y 24 años y el 14,5% de personas entre los 25 y los 29 años. El SIDA constituyó la segunda causa de mortalidad en el grupo de 15 a 44 años con 304 casos, después del complejo trauma violencia (Secretaria Distrital de Salud, 2003).

#### Antecedentes Empíricos

Como el Objetivo central de esta investigación es evaluar el impacto de la presencia de padres y docentes de un programa de educación sexual sobre la amenaza percibida, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas en los y las adolescentes, se presentarán a continuación la conceptualización de la educación sexual y algunos estudios realizados que, de una u otra forma, comparan la efectividad de diversos programas de educación sexual.

Por educación sexual se entiende la búsqueda de una visión positiva de la sexualidad en pro de una salud sexual y reproductiva tendiente al desarrollo y realización integral del ser humano; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por salud sexual *“la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de un ser sexual, de maneras positivamente enriquecedoras y que realzan la personalidad, la comunicación y el amor... todas las personas tienen el derecho a recibir*

*información sobre la sexualidad y considerar la aceptación de las relaciones sexuales tanto por placer como con fines de procreación". Entonces, la educación sexual se podría definir como "un proceso que dura toda la vida y que está dirigido a adquirir información, formar actitudes, convicciones y valores sobre la identidad, las relaciones y la intimidad. Este proceso incluye el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal y el género sexual. La educación sexual concierne las dimensiones biológicas, socio-culturales, psicológicas y espirituales desde el dominio cognitivo, el dominio afectivo, y el dominio del comportamiento, incluyendo las habilidades de comunicación efectiva y la toma de decisiones responsables" (Grupo Especial de Trabajo para la Adaptación Hispana/Latina, 1995).*

Una propuesta de educación sexual debe estar sustentada en un trabajo transdisciplinario para llegar al conocimiento de las necesidades de los adolescentes. Una educación sexual integral debe trascender los espacios académicos y formales, para involucrarse en cotidianidad de los adolescentes (Mejía, 1999).

Uribe (2001) propone que la educación sexual, que ha existido desde siempre, presenta cuatro problemas fundamentales que dificultan un adecuado desarrollo de metodologías adecuadas y efectivas. El primer problema se relaciona con la metodología utilizada tradicionalmente, la cual se construyó en base a mitos, secretos, distorsiones y silencio, lo cual transforma a la sexualidad en un aspecto negativo del desarrollo humano.

El segundo problema se relaciona con los contenidos que son

transmitidos, los cuales se basan en prejuicios, discriminación y creencias de carácter puritano. Un tercer problema se relaciona con la desarticulación y descontrol de los agentes responsables de la difusión de los contenidos, es decir, en nuestro país los principales agentes difusores de educación sexual son los pares, la pornografía, la prostitución, el cine y la televisión, los cuales tienen acceso libre y sin supervisión, esto conlleva a la distorsión de los contenidos y generación de mitos y tabúes entre los adolescentes. La televisión se ha convertido en un agente de educación sexual que juega un papel primordial en el establecimiento de roles sexuales, en un estudio realizado por Ward y Rivadeneyra (1999), muestran que el efecto en las actitudes y expectativas de los programas de televisión dirigidos a los adolescentes, con contenidos sexuales, depende de varios factores como las motivaciones que tienen los adolescentes para ver el programa, lo realista que el programa sea, el contenido relevante para la vida del adolescente y la identificación que tiene el adolescente con los personajes del programa. Los programas de televisión reflejan estereotipos en cuanto a roles de género y relaciones interpersonales, mostrando la actividad sexual como romántica, espontánea y libre de riesgo y transmitiendo actitudes discordantes en cuanto a tópicos como lo son la virginidad y la orientación sexual; hecho que se contradice con las propagandas institucionales encaminadas a la reducción de gestaciones no planeadas y la adquisición de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) por medio de la promoción de la abstinencia sexual.

El último problema se relaciona con el tiempo en el cual se inicia la educación sexual, es común escuchar expresiones como “en el momento

adecuado le hablaré de eso a mi hijo(a)” siendo que la educación sexual es inherente al desarrollo biopsicosocial del ser humano, lo que sugiere que no se debe iniciar en la adolescencia, sino desde la infancia (Uribe, 2001).

El Grupo Especial de Trabajo para la Adaptación Hispana/Latina (1995) propone cinco tópicos claves para que un programa de educación sexual sea efectivo, los cuales son: a) Desarrollo humano desde una perspectiva fisiológica y en relación con el autoconocimiento y la construcción de una autoimagen corporal coherente con su identidad y orientación sexual; b) Relaciones humanas en donde se diferencien y delimiten las relaciones familiares, amistosas, de pareja y se evidencien las diferentes etapas del ciclo afectivo, las cuales van desde el enamoramiento, pasando por el matrimonio y la crianza de los hijos hasta la vida en pareja como adulto mayor; c) Habilidades personales las cuales buscan que el desempeño en la vida sea integral y busque un bienestar, dichas habilidades son la asertividad, la negociación, resolución de problemas y conflictos, así como el fortalecimiento de redes de apoyo; d) Comportamiento sexual desde una perspectiva erótica del comportamiento sexual, en donde se muestre con claridad todas las respuestas fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales de la actividad sexual; e) Salud sexual la cual incluye la información correcta y precisa sobre métodos de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, aborto, abuso sexual y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En relación con esto, según Apter, Cacciatore, & Hermanson (2004), el incluir información sobre el uso de anticonceptivos para la prevención de las gestaciones y la promoción de la

utilización de doble protección (uso de un anticonceptivo más el condón), da como resultado en la población adolescente una reducción en la incidencia de gestaciones y de ITS en esta población; y f) Aspectos socioculturales en relación con la sexualidad, en donde se integran diferentes saberes como el arte, la ley, la religión, entre otros, en búsqueda de una identificación de los roles de género que identifican a la sociedad en donde se encuentra inmerso el individuo.

En relación con las temáticas, un estudio realizado en Mongolia por Roberts, Oyun, Batnasan y Laing (2005), en el cual por medio de métodos cualitativos exploraron y describieron el contexto social y cultural en el cual el comportamiento sexual se negocia entre los estudiantes de una escuela secundaria en Ulaanbaatar, Mongolia. En el análisis del contenido temático se evidenciaron siete tópicos de interés, éstos son la presencia de vergüenza en las relaciones interpersonales, la carencia del conocimiento, los conceptos del sexo, las creencias y opiniones acerca del condón, los roles del género, las normas subjetivas y la influencia del consumo de alcohol en la actividad sexual. Estos resultados constituyen un insumo invaluable para los programas de promoción de la salud sexual y la prevención de ITS y VIH /SIDA.

Otro estudio realizado en Jamaica por Smith, Roofe, Ehiri, Campbell, Jolly & Jolly (2003), utilizando métodos cualitativos encontraron algunas creencias y normas diferenciales entre géneros, es así como la abstinencia de las relaciones sexuales en mujeres es culturalmente aceptada, mientras que en los hombres no es lo deseable; tanto los hombres como las mujeres



consideraron que la familia tiene una fuerte influencia en sus comportamientos sexuales. En cuanto a la vulnerabilidad personal y la severidad de los riesgos se encontró que los conocimientos que tiene sobre el tema a menudo son erróneos. Este estudio muestra que las actitudes y el comportamiento sexual de los y las adolescentes están determinados por las normas culturales.

Un estudio realizado por Vargas y Barrera (2002) con 90 adolescentes con promedio de edad de 15.5 años, escogidos aleatoriamente en 5 colegios de Bogotá de los grados octavo, noveno y décimo; reencontró que los y las adolescentes que perciben una baja aceptación de los padres, una baja supervisión y una comunicación cerrada inician su actividad sexual tempranamente. Se encontró que los y las adolescentes a quienes sus padres habían desarrollado habilidades de toma de decisiones y quienes tenían un estilo de comunicación clara y abierta con ellos, retrasaban su inicio de actividad sexual.

Otro estudio realizado por Vargas y Barrera (2003) con 326 adolescentes de Bogotá, con una edad promedio de 15.9 años, estudiantes de secundaria se encontró que la autoeficacia sexual y romántica eran predictores para que los y las adolescentes manejaran mejor sus relaciones de pareja, de tal forma que los y las adolescentes que presentan mayor autoeficacia de actividad sexual y romántica presentan menor número de actividad sexual penetrativa; otra variable relevante es el grado de autonomía, la aceptación y el estilo de comunicación dados por los padres, así una autonomía alta, una buena aceptación y una comunicación abierta

eran predictores de la postergación del inicio de actividad sexual penetrativa. Además se encontró que la actividad sexual de los y las adolescentes penetrativa estaba relacionada con la norma subjetiva, es decir que las opiniones que los padres y amigos tienen sobre la actividad sexual y la prevalencia de ésta entre sus amigos inciden en el inicio de la actividad sexual penetrativa y no penetrativa de los y las adolescentes.

En cuanto a los programas de promoción y prevención en materia de salud sexual, el Centro de Estudios para la Prevención del SIDA (2005) enuncia tres programas de educación sexual implementados en Estados Unidos que han tenido buenos resultados en la población adolescente. El primero, denominado "Reducing the Risk", es un programa para adolescentes escolarizados en áreas rurales y urbanas de California, en donde el objetivo principal era reducir las relaciones sexuales sin protección, este objetivo se alcanza por medio del fortalecimiento de la autoeficacia; como resultado se encontró que los adolescentes sexualmente activos incrementó el uso de protección, mientras que los no sexualmente activos permanecieron abstemios. El segundo programa, "Postponing Sexual Involvement", es un programa cuya población objetivo son los adolescentes y cuyas estrategias principales era el manejo de la presión de grupo; los resultados del programa se enfocan hacia el mantenimiento de la abstinencia y el mayor uso de anticonceptivos para los sexualmente activos. Un estudio realizado en Santiago de Chile por Cabezón, Vigil, Rojas, Leiva, Riquelme, Aranda & García (2005) basado en este programa de educación sexual, encontraron que el posponer el inicio de las relaciones sexuales correlaciona

con un decremento en las tasa de gestaciones adolescentes. El tercer programa, "Healthy Oakland Teens", es un programa dirigido a preadolescentes y cuyo objetivo principal es el fomento de valores individuales, toma de decisiones, comunicación y habilidades de uso de anticonceptivos; los resultados de este programa van encaminados a la reducción del inicio de prácticas sexuales y al incremento en el uso de anticonceptivos.

Fernández-Esquer y Cols (2004), realizaron un estudio con inmigrantes latinos a Estados Unidos, en donde identificaron que los comportamientos sexuales riesgosos están vinculados a la herencia cultural latina. En la investigación, el propósito de la investigación es explorar la influencia del nivel de autoeficacia para el uso del condón, medido por una escala que determina la relevancia a la valoración de auto-eficacia tanto para hombres como para mujeres; y el uso de condón en inmigrantes Latinos a Nueva York. Los resultados señalaron que una alta autoeficacia para el uso del condón y el uso adecuado del condón del condón están relacionados, sin embargo, aunque exista una alta autoeficacia en el uso del condón, pero si existe una relación de pareja estable a lo largo del tiempo, la utilización del condón disminuye.

En un estudio realizado por Peltzer y Promtussananon (2003), con 3150 estudiantes de una Escuela de Soul City en Sur Africa, encontraron que el entrenamiento en habilidades sociales es un buen predictor de la adopción positiva, por parte de los adolescentes, de una adecuada imagen corporal, de un conocimiento certero y una actitud preventiva frente el VIH, así como una

actitud positiva acompañada de la práctica del uso del preservativo, aunque su principal impacto fue en el incremento de la autoeficacia en la actividad sexual, así como el aplazamiento del inicio de la actividad sexual en los adolescentes beneficiados por este programa.

Otro estudio realizado por Magnani y Cols (2005), con 2222 adolescentes nacidos en KwaZulu, Sur Africa, encontraron que la población expuesta a programas escolares en habilidades para la vida presentaban mayor capacidad de comunicación de los conocimientos y mayor generación de habilidades encaminadas en la reducción de comportamientos de riesgo para adquirir VIH, que aquellos adolescentes que no habían estado expuestos a éstos programas.

Un estudio realizado por Scaramella, Conger, Simons, & Whitbeck (1998), en cual evaluaron un modelo de influencias del contexto social en el riesgo para la gestación adolescente, el estudio se realizó con una muestra de 368 adolescentes distribuidos equitativamente por género. En la investigación se indagó acerca de las relaciones interpersonales con sus madres, padres, y hermanos. Los resultados del estudio mostraron que las afiliaciones parentales caracterizadas por ser calurosas y sobreprotectoras aumentaban el riesgo de gestaciones adolescentes, ya que reducían las probabilidades de contacto con los pares; así como los estilos parentales desinteresados y permisivos, ya que no se involucraban en el desarrollo y actividades de sus hijos.

En general, se puede decir que los diferentes estudios empíricos acerca de programas de educación sexual sólo involucran a uno de los actores, a los

adolescentes, dejando de lado a los padres y madres de y a los docentes, quienes son los agentes de educación primordiales y más cercanos e influyentes en la vida cotidiana de los y las adolescentes. Estos programas de educación sexual tienen como objetivo la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, el uso del condón, así como la postergación en el inicio de la vida sexual.

En Colombia se han desarrollado muchos programas de intervención basados en la realización de una línea base respecto a las necesidades que expresan los adolescentes en relación con su salud sexual y reproductiva, un ejemplo de esto fue un estudio realizado por Meza (1996), en el cual desarrolla una propuesta de educación sexual para adolescentes adolescentes, en donde realiza un diagnóstico y un tamizaje de las temáticas de interés de los adolescentes, en relación con la sexualidad y el proyecto de vida. Encontró que los intereses temáticos de los adolescentes entre 6º y 8º estaban relacionados con los cambios fisiológicos corporales que experimentan, así como la utilización de anticonceptivos de forma correcta; sin embargo, no muestran interés en temas relacionados con la autorrealización. Los Grados superiores (9º a 11º) tienen un interés centralizado en el proyecto de vida y los aspectos sociales de sus relaciones afectivas. Este planteamiento de educación para una sexualidad responsable es un gran aporte para el desarrollo de futuros proyectos encaminados a la prevención de ITS y gestaciones precoces en adolescentes.

Aunque en nuestro país, en el gobierno del presidente Cesar Gaviria, se formuló el Plan Nacional de Educación Sexual, el cual tenía como objetivo principal la adopción de herramientas y habilidades para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en nuestro país, el cual se instituyó con la ley 115 o ley General de Educación, por medio de la cual se inicia la educación sexual en la escuela con carácter obligatoria para todos los grados del colegio, sin embargo, los colegios no adoptaron la educación sexual como una cátedra, si no como un proyecto que sería integrado al proyecto educativo institucional (PEI), planteamiento que en un inicio se evidenció en los PEI, pero que en la actualidad no se refleja en ninguna acción institucional que se refiera a la educación sexual (Pulido, 1998).

El objetivo de los proyectos de educación sexual en las Instituciones Educativas es el mejoramiento de la calidad de vida de la población, enfatizando en el tema de valores, autoestima, la responsabilidad, la autonomía, el respeto, la tolerancia y la equidad de géneros; pretende abarcar todos los grados de formación escolar, dando prioridad a la población juvenil, fortaleciendo sus grupos y convirtiéndolos en multiplicadores en los grupos de pares, siendo piezas principales en los procesos de información y educación en salud sexual y reproductiva, generando metodologías participativas que respondan a las necesidades e intereses de este grupo poblacional. Los componentes del proyecto de salud sexual y reproductiva son: 1) gestión y administración; 2) formación; 3) investigación; 4) comunicación y 5) Evaluación (Polanco, 1999).

Además, en la educación sexual se debe involucrar a los padres de familia dado el rol de ésta como principal agente socializador, permitiendo que los hijos establezcan adecuadamente sus primeras relaciones con el entorno, integren valores, se desarrollen integralmente. Desde siempre ha existido una educación sexual al interior de la familia desde las actitudes hacia la sexualidad que muestran los padres frente a los hijos, que en muchas ocasiones no es la adecuada, ya que constituye una visión cerrada de la sexualidad al relacionarla con anatomía, fisiología y coito, es decir se limita a la genitalidad. Ante este panorama se han desarrollado propuestas pedagógicas que involucran a toda la comunidad educativa, incluyendo a los padres de familia y docentes, ya que éstos son agentes educadores no alienados del proceso educativo de los hijos. Dentro de esta propuesta pedagógica se encuentra el fortalecimiento de la escuela de padres, siendo éste un espacio propicio para capacitar a los padres como educadores sexuales dentro de una visión amplia de la sexualidad que incluya el fortalecimiento de la autonomía, la autoestima, la responsabilidad, el respeto por sí mismo y por los demás, las relaciones de género, entre otros. De esta forma se involucra a los padres en la educación sexual de sus hijos, no dejando este papel solo a la escuela (Contreras, 1999).

Desafortunadamente, en Colombia los Proyectos de Educación Sexual en las Instituciones Educativas se refieren a acciones en temas de salud sexual y reproductiva que se reducen a actividades puntuales relacionadas con el uso del preservativo, dejando de lado el proceso educativo inherente al desarrollo de la sexualidad, adicionalmente, éste desarrollo se asocia a al

adolescencia siendo que la sexualidad se construye a lo largo del ciclo vital a través de la interacción con el entorno, lo cual genera discrepancia entre los programas de educación sexual dirigidos exclusivamente a los y las adolescentes, desde un enfoque de riesgo y desconociendo el contexto en el que se encuentra inmerso la población; es decir, los programas de educación sexual están pensados con unos objetivos ideales sin considerar el proceso de la construcción de la sexualidad y el contexto en el que ese proceso se desarrolla.

En este sentido, los programas de educación sexual, entendiendo sexualidad como una construcción que ocurre a lo largo del ciclo vital, deben iniciar en los primeros años y continuar a lo largo de la vida, involucrando a todos los actores que interactúan en el entorno o ámbito en el que transcurre su vida e inciden en el desarrollo adecuado de la salud sexual y reproductiva, en este caso, de los y las adolescentes.

Esta investigación pretende involucrar a los padres, madres y a los docentes, para que la intervención con los y las adolescentes se fortalezca. En relación con los padres y madres, se pretende mejorar los estilos de comunicación y de vínculo con sus hijos para que éstos sean retroalimentados sobre sus acciones, así como darles información adecuada sobre los comportamientos de riesgo, de forma tal que puedan transmitírselas a sus hijos fomentando el riesgo percibido de éstos y transformando las actitudes de los padres que pueden generar normas subjetivas erróneas por parte de los y las adolescentes acerca de su sexualidad.



En relación con los docentes, se pretende que éstos involucren en sus cátedras temas de sexualidad, de tal forma que se cambie la percepción de genitalidad que se tiene de ésta y se aborde de una forma integral, procurando que los docentes incrementen la autoeficacia de los y las adolescentes a través de la retroalimentación de sus comportamientos, logros y dificultades; adicionalmente, se busca que los docentes den información adecuada sobre los comportamientos de riesgo, de tal forma que se incremente el riesgo percibido en los y las adolescentes acerca de situaciones de riesgo para la adquisición de ITS o quedar en embarazo. Al igual que con los padres, se pretende que los docentes transformen sus actitudes hacia la sexualidad, de tal forma que no presenten connotaciones que puedan perjudicar la construcción de las normas subjetivas respecto a la sexualidad por parte de los y las adolescentes.

## MÉTODO

### Diseño

La investigación es de carácter cuantitativo, sincrónico y siguió un diseño cuasiexperimental de tres grupos independientes, donde la población es asignada a conveniencia para los grupos experimentales y de control. Las variables dependientes fueron el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas y la variable independiente la implementación de dos programas de educación sexual dirigido a los y las adolescentes de la localidad de los Mártires del Distrito Capital, basados en la metodología de habilidades para la vida (Hernández, Fernández, Baptista, 2007).

Las variables dependientes se midieron a partir del instrumento diseñado, el cual se aplicará en forma pre intervención y post intervención a los dos grupos experimentales y al grupo control.

La variable dependiente riesgo percibido se entiende como las diferentes situaciones de riesgo a las que los y las adolescentes se pueden enfrentar tanto para adquirir ITS como para las gestaciones inoportunas y no planeadas.

La variable dependiente autoeficacia de la actividad sexual es entendida como la percepción que los y las adolescentes tienen para afrontar situaciones de riesgo en las que existe la posibilidad para adquirir una ITS o para quedar en embarazo.

La variable dependiente norma subjetiva se entiende como las percepciones que los y las adolescentes tienen de las actitudes y percepciones que otros tienen sobre su propia sexualidad, es decir, lo que los padres, docentes y amigos piensan sobre la sexualidad del participante.

La variable independiente la constituye los programas de intervención, los cuales están basados en la metodología de habilidades para la vida. El primer programa se implementó en el grupo experimental A sólo con la participación de los y las adolescentes, y, el segundo programa se implementó en el grupo experimental B, incluyendo a los y las adolescentes, a los padres y madres de familia y a los educadores. Adicionalmente, se contará con un grupo de adolescentes, quienes no recibirían intervención, el cual constituiría el grupo control.

La metodología de habilidades para la vida ha formado parte de programas dirigidos a adolescentes alrededor del mundo, ya sea dentro de la formación de valores, prevención de gestaciones, planificación de la vida, aprendizaje social y emocional, educación para la salud o iniciativas para la prevención del abuso de las drogas. La toma de decisiones hace ya mucho tiempo que es parte de los modelos de prevención de gestaciones, las habilidades de rechazo se consideran críticas en la prevención del abuso de las drogas, y las habilidades de comunicación se han utilizado para ayudar a adolescentes agresivos o antisociales. Pero, al trasladarse hacia concepción más amplia que considera múltiples aspectos del desarrollo, la metodología de habilidades para la vida está comenzando a ser reconocido como un efectivo

marco de trabajo unificador. Innovadores programas para adolescentes alrededor del mundo incorporan el desarrollo de habilidades a temas de derechos, y ciudadanía y solución creativa de conflictos. Muchas agencias internacionales, incluyendo la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han apoyado programas locales en su trabajo. La Organización Mundial de la Salud ha sido un patrocinador dedicado, desarrollando documentos conceptuales y planes de estudios, y congregando a grupos de trabajo y capacitación para agencias gubernamentales y no gubernamentales en todo el mundo. La iniciativa global para la salud escolar y la red de trabajo en las escuelas para promover la salud han adoptado las habilidades para la vida como una estrategia prioritaria para la salud escolar en muchas partes de Latinoamérica y el Caribe (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

Un programa enmarcado en metodología de habilidades para la vida, debe contemplar el desarrollo de habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el control de las emociones. Dentro de las habilidades sociales podemos encontrar las habilidades de comunicación, de negociación/rechazo, de aserción, de cooperación, las habilidades interpersonales para el desarrollo de relaciones sanas, la empatía y toma de perspectivas; las habilidades cognitivas incluyen las habilidades de toma de decisiones/solución de problemas, la comprensión de las consecuencias de las acciones, la determinación de soluciones alternativas para los problemas, las habilidades de pensamiento crítico, el análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación, el análisis de las propias percepciones de las

normas y creencias sociales y la autoevaluación y clarificación de valores. Finalmente, las habilidades para el control de las emociones contemplan la autorregulación emocional, control de sentimientos y control de estrés (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

En el campo de salud sexual y reproductiva, los programas han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo, en diversas investigaciones se ha determinado que los problemas relacionados con la actividad sexual de los y las adolescentes (poco uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y gestaciones no planeadas) están asociados con la falta de habilidades de comunicación, habilidades de aserción y habilidades para la solución de problemas, lo anterior se ve reflejado en el incremento de la autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo a las que se ven expuestos los y las adolescentes, así como en el adecuado manejo de la presión de grupo, lo cual está relacionado con las normas subjetivas que los y las adolescentes perciben de los otros respecto a su sexualidad. Los programas basados en habilidades para la vida, dirigidos a la promoción de la salud sexual y reproductiva deben ser desarrollados con un componente informativo, lo cual se ve reflejado en el riesgo percibido que tienen los y las adolescentes ante las situaciones de riesgo. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el contenido informacional debe enmarcarse en temas como la información acerca de infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA, mitos y concepciones equivocadas acerca de VIH/SIDA, mitos acerca de los roles del

género, la imagen corporal perpetuada por los medios de comunicación, equidad del género (o falta de ella) en la sociedad, influencias sociales con relación a la sexualidad, noviazgos y relaciones interpersonales, métodos alternativos de regulación de la fecundidad, derechos sexuales y reproductivos, localización y búsqueda de servicios (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

### Participantes

La investigación se realizó con adolescentes de noveno grado de tres Instituciones Educativas Distritales (IED) de la localidad de Mártires del Distrito Capital; con un  $n=104$ , los participantes fueron captados mediante asignación conveniente de las directivas de los tres colegios. El grupo experimental A estuvo integrado por un  $n=31$ , con una edad promedio de 15,39 años, a quienes se le implementó un programa de educación sexual dirigido a adolescentes, cuyo énfasis fue el entrenamiento de habilidades para la vida en relación con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y las gestaciones inoportunas y no planeadas. El grupo experimental B estuvo integrado por un  $n= 33$ , con una edad promedio de 14,61 años; a quienes se implementó un programa de educación sexual dirigido a adolescentes, padres, madres y docentes, cuyo énfasis sea el entrenamiento de habilidades para la vida en relación con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y las gestaciones inoportunas y no planeadas. Finalmente, el grupo control integrado por un  $n= 40$ , con una edad promedio de 15,63 años; este grupo fue constituido por individuos interesados en la investigación más no en la intervención, a

quienes se les aplicó el instrumento de evaluación simultáneamente con las aplicaciones pre y post realizadas a los grupos experimentales (ver Tabla 1).

Tabla 1.

*Características Generales de los Participantes*

Variables sociodemográficas	Control	Experimental A	Experimental B
<b>Género</b>			
Femenino	45%	51.6%	48,5%
Masculino	55%	48.8%	51,5%
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	97,4%	100%	100%
Separado	2,6%	0%	0%
<b>Estrato Socioeconómico</b>			
1	8,6%	6,7%	15,2%
2	28,6%	30,0%	12,1%
3	51,4%	50,0%	57,6%
4	11,4%	13,3%	12,1%
Edad promedio	15,63 años	15,39 años	14,61 años

### Instrumentos

En esta investigación se diseñó un instrumento para evaluar el impacto en el riesgo percibido, autoeficacia y normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas de dos programas de educación sexual en los y las adolescentes pertenecientes a

la Localidad Mártires de Bogotá (Ver anexo 1).

El instrumento se divide en 4 secciones, la primera sección pretende recoger los datos sociodemográficos y relacionados con la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes; la segunda sección se relaciona con el nivel de autoeficacia percibida de los y las adolescentes respecto a las gestaciones inoportunas y las ITS; la tercera sección evalúa el riesgo percibido en los y las adolescentes; y finalmente, el cuarto apartado evalúa las normas subjetivas de los y las adolescentes respecto a su salud sexual y reproductiva.

Este instrumento se elaboró retomando la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, la Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27) y las directrices planteadas para elaborar ítems sensibles para medir Norma Subjetiva (Ajzen, 2002), consta de 4 partes.

La primera parte del instrumento consta de 11 preguntas, las cuales permiten conocer variables sociodemográficas, en las que se incluyen hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y preferencias sexuales.

La segunda parte del instrumento, retomada de la Escala de Autoeficacia para Prevenir el Sida (SEA-27) consta de 12 ítems, en los cuales se evalúa la percepción que tienen los y las adolescentes de sí mismos como personas competentes para manejar adecuadamente situaciones de riesgo.

Cada pregunta indaga sobre qué tan seguros se sienten de manejar cada una de las situaciones que se les presenta (1 = nada seguro, 5 = muy seguro); la primera situación indaga sobre la seguridad que percibe el (la) adolescente de decir no cuando le proponen tener relaciones sexuales con alguien conocido



hace 30 días o menos, la segunda pregunta sobre tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida, la tercera pregunta sobre tener relaciones sexuales con alguien cuya historia de drogas es desconocida, la cuarta situación plantea tener relaciones sexuales con alguien que ha sido pareja anteriormente, la quinta pregunta indaga sobre tener relaciones sexuales con alguien que ya ha sido su pareja y se desea estar de nuevo, la sexta situación plantea tener relaciones con quien ya se ha tenido relaciones sexuales previamente, la séptima pregunta plantea tener relaciones sexuales con alguien que lo presiona a tener relaciones sexuales, la octava pregunta indaga sobre tener relaciones sexuales con alguien que ha estado bebiendo alcohol, la novena situación plantea tener relaciones sexuales con alguien que ha estado utilizando drogas, la décima pregunta plantea tener relaciones sexuales cuando el nivel de excitación es muy alto, la undécima situación plantea tener relaciones sexuales sin utilizar preservativo y la duodécima pregunta indaga sobre tener relaciones sexuales y no sentirse preparado.

López Rosales y Moral de La Rubia (2001), encuentran en la validación de esta escala, un primer factor (STF1), el cual explica 25.82% de la varianza total y presenta una consistencia interna muy elevada, de 0.92. Los ítems pertenecientes a este factor son los utilizados en el presente instrumento.

Para el tercer y cuarto apartado del instrumento, se realizó una prueba piloto con una muestra de N= 85, cuya edad promedio era de 15.19 años, el 47.1 % eran mujeres y el 52.9% hombres.

La tercera parte del instrumento está compuesta por 22 ítems, los cuales

evalúan el riesgo percibido de los y las adolescentes respecto a comportamientos sexuales de riesgo, las 16 primeras indagan sobre la percepción de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual y las 6 últimas indagan sobre el riesgo percibido de una gestación inoportuna.

Se realizó una prueba de correlación de Spearman para medir validez de constructo de los 16 ítems que miden riesgo percibido para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, teniendo en cuenta una correlación superior a 0,4 con un nivel de significancia de 0,01 entre cada uno de los ítems y la puntuación total de esta subescala (ver Anexo 2). Los ítems que no cumplieron con este requisito son eliminados del instrumento (P12, P13 y P15); adicionalmente se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de los ítems, encontrando un índice de 0,7486.

Los ítems que indagan sobre riesgo percibido para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, el primero se relaciona con tener relaciones sexuales sin condón o preservativo, el segundo sobre recibir transfusiones de sangre, la tercera situación sobre ser infiel a la pareja, la cuarta tener relaciones penetrativas anales, el quinto ítem se relaciona con tener relaciones sexuales por presión social, la sexta situación se relaciona con combinar el alcohol y las relaciones sexuales, el séptimo ítem se relaciona con tener relaciones sexuales estando drogado, la octava pregunta indaga sobre tener más de un(a) compañero(a) sexual, la novena situación indaga sobre tener relaciones sexuales ocasionales, la décima pregunta plantea tener relaciones sexuales con otra persona basándose en su apariencia saludable, el

ítem undécimo plantea tener relaciones homosexuales, el ítem decimosegundo indaga sobre tener relaciones sexuales por placer y el ítem decimotercero plantea la no existencia de situaciones de riesgo para el (la) adolescente.

Se realizó una prueba de correlación de Spearman para medir validez de constructo de los 6 ítems que miden riesgo percibido para gestaciones inoportunas, teniendo en cuenta una correlación superior a 0,4 con un nivel de significancia de 0,01 entre cada uno de los ítems y la puntuación total de esta subescala (ver Anexo 3). Los ítems que no cumplen con este requisito son eliminados del instrumento (P17 y P21); adicionalmente se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de los ítems, encontrando un índice de 0,45.

Los ítems que indagan sobre riesgo percibido para una gestación inoportuna, el primero se relaciona con tener relaciones sexuales durante la menstruación, el segundo plantea tener relaciones sexuales y no utilizar ningún método anticonceptivo, el tercer ítem se relaciona con practicar el coito interrumpido y la cuarta situación plantea tener relaciones sexuales cuando la mujer ovula.

Finalmente, el cuarto apartado del instrumento consta de 9 preguntas, las cuales pretenden indagar sobre la percepción que los y las adolescentes tienen de la opinión que sus amigos, docentes y padres respecto a su actividad sexual. Frente a cada afirmación, los y las adolescentes deben responder si están de acuerdo o no (1= totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo).

Se realizó una prueba de correlación de Pearson para medir validez de constructo de los 9 ítems que miden norma subjetiva, teniendo en cuenta una correlación superior a 0,4 con un nivel de significancia de 0,01 entre cada uno de los ítems y la puntuación total de esta subescala (ver Anexo 4), además se realizó un análisis factorial, encontrando un primer factor que explica el 42,76 % de la varianza total; adicionalmente se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de los ítems, encontrando un índice de 0,8276.

### Procedimiento

El estudio se realizó en cuatro etapas, tanto para el grupo experimental como para el grupo control. La primera etapa consistió en la aplicación del instrumento diseñado a una muestra representativa de adolescentes de la localidad de Los Mártires, lo cual constituyó en la prueba piloto del instrumento; la segunda fase constituye la aplicación pretest del instrumento a los y las adolescentes, tanto a los dos grupos experimentales como al grupo control.

La tercera etapa radicó en la intervención a los y las adolescentes de los grupos experimentales, dado que el objetivo del proyecto fue evaluar el impacto en el riesgo percibido, autoeficacia y normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas de dos programas de educación sexual en los y las adolescentes pertenecientes a la Localidad Mártires de Bogotá, se utilizará intervenciones basadas en la metodología de habilidades para la vida.

En el Grupo Experimental A, la intervención estuvo dirigida solamente a

los y las adolescentes de dos cursos de una IED perteneciente a la localidad de Los Mártires; en el Grupo Experimental B, la intervención estuvo dirigida a los y las adolescentes, padres y madres de familia y docentes de dos cursos de una IED perteneciente a la localidad de Los Mártires. El grupo control estuvo constituido por dos cursos de una IED perteneciente a la localidad de Los Mártires, este grupo no recibió ninguna intervención (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; Flórez, 2005).

La intervención a los grupos de adolescentes se dividió en cuatro módulos, en los cuales se hará énfasis en la salud sexual y reproductiva. En el primer módulo se dio información acerca de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales de la sexualidad, así como de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos, con este módulo se pretende superar la barrera de el riesgo percibido. En el segundo módulo se hizo un entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales, con este módulo se pretende afectar la barrera de normas subjetivas. En el tercer módulo se hizo énfasis en el entrenamiento de habilidades cognitivas como lo son las habilidades en la toma de decisiones y solución de problemas, así como en el análisis de la influencia de los pares y medios de comunicación y el análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales, con este módulo se pretende afectar las barreras en norma subjetiva y en autoeficacia. Finalmente el cuarto módulo se centrará en el entrenamiento de habilidades de control emocional, con este módulo se afectó barreras en relación con la

autoeficacia (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; Flórez, 2005).

En el grupo experimental B, adicionalmente se realizó intervención con los padres y madres de familia y con los docentes. La acción dirigida a los padres de familia constó de de dos módulos; en el primer módulo se dio información acerca de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales de la sexualidad adolescente, así como de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos. En el segundo módulo se hizo un entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales. Lo anterior busca complementar la intervención en los y las adolescentes al involucrar los espacios de la vida cotidiana a su educación sexual, es decir, la intervención se realizó en el microsistema en la que se desenvuelven los y las adolescentes.

La intervención a los docentes se implementó en tres módulos; en el primer módulo se dio información acerca de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales de la sexualidad, así como de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos. En el segundo módulo se hizo un entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales; y finalmente en el tercer módulo se buscaron estrategias pedagógicas para transversalizar la educación sexual a los contenidos específicos de cada materia, para de esta forma reforzar la intervención en los y las adolescentes en su vida cotidiana afectando su microsistema educativo.

Finalmente, la cuarta fase radica en la aplicación posttest del instrumento a

los grupos experimentales y al grupo control.

## RESULTADOS

Se utilizaron estadísticos descriptivos para las variables de caracterización de los grupos, así como para cada una de las variables dependientes riesgo percibido, autoeficacia y norma subjetiva, en cada uno de los dos grupos experimentales y el grupo control; tanto en la fase pre intervención como en la aplicación post intervención.

Para el análisis estadístico inferencial se utilizó el análisis de varianza (ANOVA post hoc Tukey) en la aplicación post intervención de las variables dependientes para los grupos experimentales y el grupo control para establecer comparaciones intergrupales; para la comparación intragrupal se realizó una prueba t para muestras pareadas.

### *Estadísticos Descriptivos*

A continuación se realizará una caracterización de la población, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, género del primer compañeros sexual, número de compañeros sexuales, edad promedio de inicio de relación sexual y preferencia sexual (Ver Anexo 5).

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, se puede decir que la sustancia más consumida por los y las adolescentes es el alcohol, especialmente en el grupo experimental B. En cuanto al número de compañeros sexuales, la gran mayoría de personas que ya iniciaron su actividad sexual han tenido un solo compañeros sexual, cabe resaltar que en el



grupo experimental B se halló un participante masculino que ha tenido más de 5 compañeras sexuales.

Respecto a la preferencia sexual, la mayoría de los participantes reporta ser heterosexual, sin embargo, en el grupo experimental B se refieren casos de bisexualidad, tres mujeres y un hombre, correspondiendo al 12.1% del grupo. En relación con la edad promedio de la primera relación sexual se encontró en el grupo experimental A una edad promedio de 13.12 años con un dato extremo de 9 años, en el grupo experimental B se encontró una edad promedio de 13.9 años y en grupo control se encontró una edad promedio de la primera relación sexual de 12.46 años con dos datos extremos de 8 y 9 años respectivamente.

A partir de la aplicación pre del instrumento para evaluar el impacto en el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas de en los y las adolescentes pertenecientes a la Localidad Mártires de Bogotá, se encontró que las puntuaciones en las tres subescalas son similares para cada uno de los grupos, tanto experimentales como control (ver Figura 2).

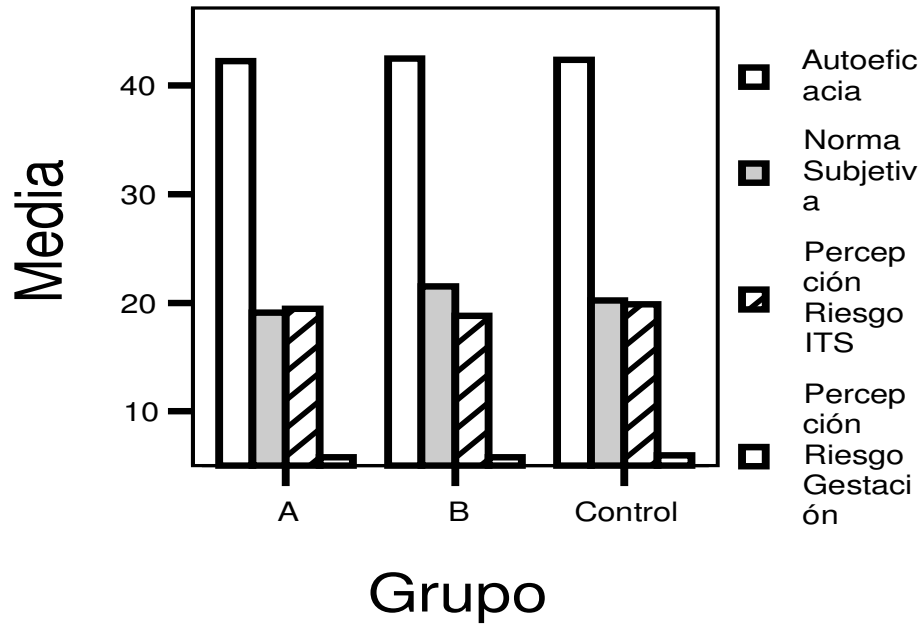


Figura 2. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y al grupo control.

Adicionalmente, se realizó una comparación de las puntuaciones en las diferentes subescalas, dependiendo del género, encontrando que en la subescala de autoeficacia, las adolescentes presentan mejores puntuaciones que los adolescentes (□ femenino= 46.48, □ masculino= 38.46), respecto a la subescala de norma subjetiva, se encuentra que los adolescentes tiene una mayor influencia del medio y de los microsistemas a la hora de tomar decisiones (□ masculino= 21.37, □ femenino= 19.11), en relación con el riesgo percibido para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (□ femenino= 18.93, □ masculino= 19.78) y gestaciones (□ femenino= 5.65, □ masculino= 6.03), no se encuentran diferencias entre género (ver Anexo 6, Figura 3 y Figura 4).

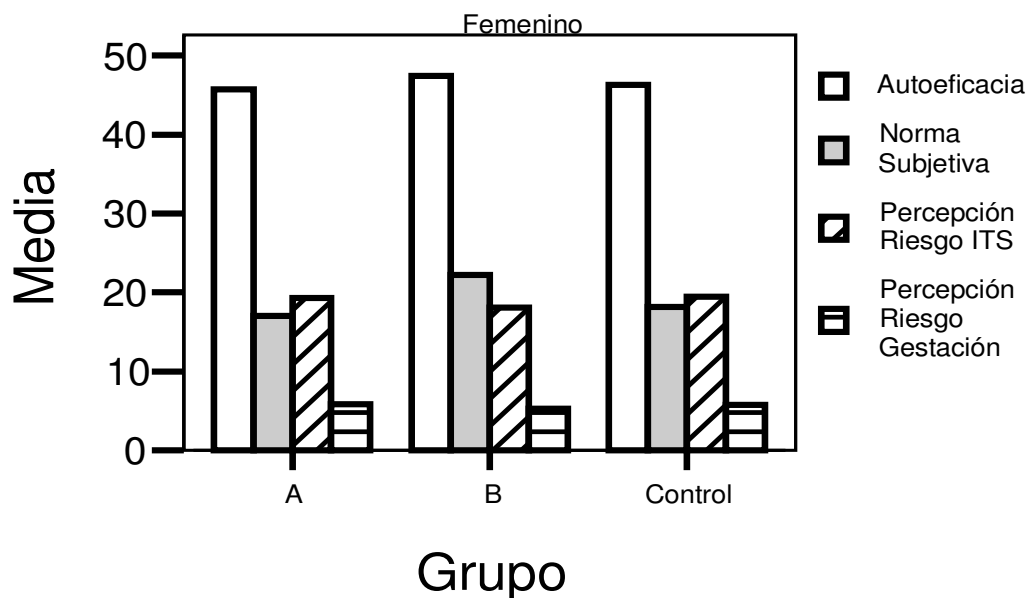


Figura 3. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.

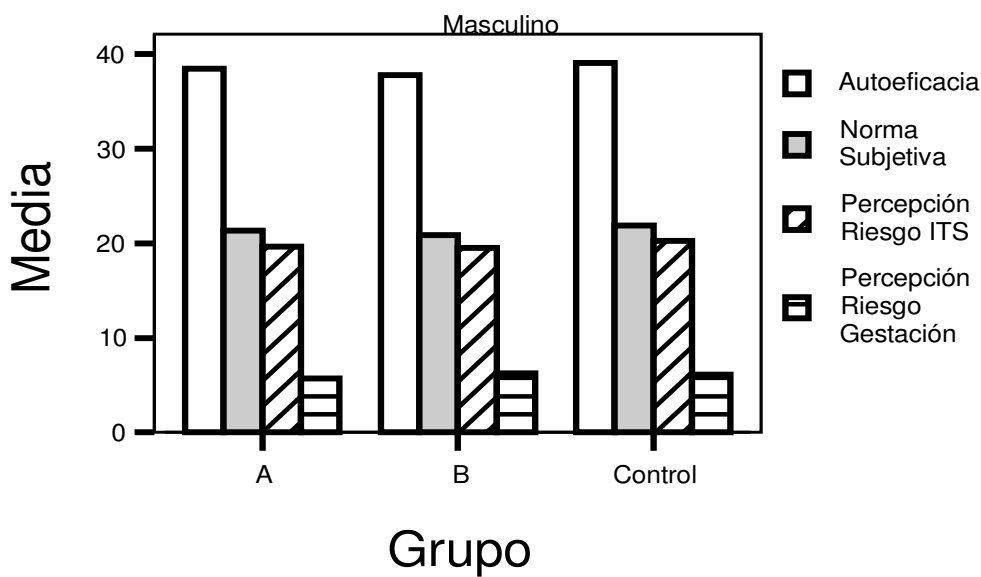


Figura 4. Media de cada una de las subescalas aplicación pre en los dos grupos experimentales y el grupo control, género masculino.

Para establecer la homogeneidad de los tres grupos, en relación con la aplicación pre del instrumento, se realizó un análisis de varianza (ANOVA), encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas (Autoeficacia  $\alpha=0.992$ , Norma Subjetiva  $\alpha=0.466$ , percepción de riesgo ITS  $\alpha=0.378$ , percepción de riesgo gestación  $\alpha=0.759$ ), lo cual indica que se puede asumir que tanto los grupos experimentales, como el grupo control son comparables entre sí (ver tabla 2).

Tabla 2.

*Análisis de Varianza de los grupos experimental y el grupo control aplicación pre del instrumento*

		Sumatoria		Media de		
		de	df	Cuadrados	F	Sig.
		Cuadrados				
Autoeficacia pre	Intergrupar	1,102	2	,551	,008	,992
	Intragrupar	7330,437	101	72,579		
Norma Subjetiva Pre	Intergrupar	93,833	2	46,916	,770	,466
	Intragrupar	6151,927	101	60,910		
Percepción Riesgo ITS Pre	Intergrupar	21,589	2	10,795	1,160	,318
	Intragrupar	939,632	101	9,303		
Percepción Riesgo Gestación Pre	Intergrupar	,787	2	,393	,277	,759
	Intragrupar	143,329	101	1,419		

A partir de la aplicación post del instrumento para evaluar el impacto en el riesgo percibido, la autoeficacia y las normas subjetivas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas de en los y las adolescentes pertenecientes a la Localidad Mártires de Bogotá, se encontró que las puntuaciones en el grupo experimental B, al compararse con el grupo experimental A y con el grupo control, tuvo un mayor incremento en la media de las subescalas de autoeficacia y percepción de riesgo, así como un decremento en la subescala de norma subjetiva (ver Figura 5).

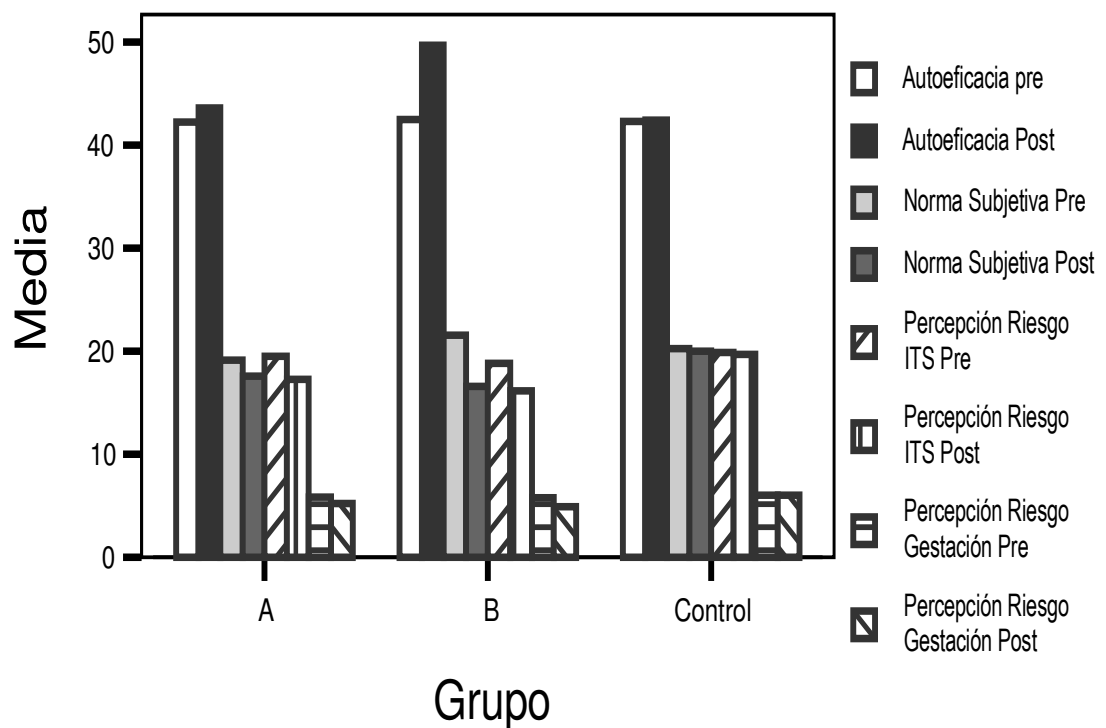


Figura 5. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control.

Se realizó una comparación de las puntuaciones en las diferentes subescalas aplicación post según género, encontrando, comparativamente, que en la subescala de autoeficacia, los adolescentes presentan un mayor incremento en la puntuación media que las adolescentes ( $\square$  masculino= 42.47,  $\square$  femenino= 48.17), respecto a las subescalas de norma subjetiva ( $\square$  masculino= 19.14,  $\square$  femenino= 16.87) y riesgo percibido para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ( $\square$  masculino= 18.00,  $\square$  femenino= 17.34) y gestaciones ( $\square$  masculino= 5.39,  $\square$  femenino= 5.30), no se encuentran diferencias entre género (ver Anexo 7, Figura 6 y Figura 7).

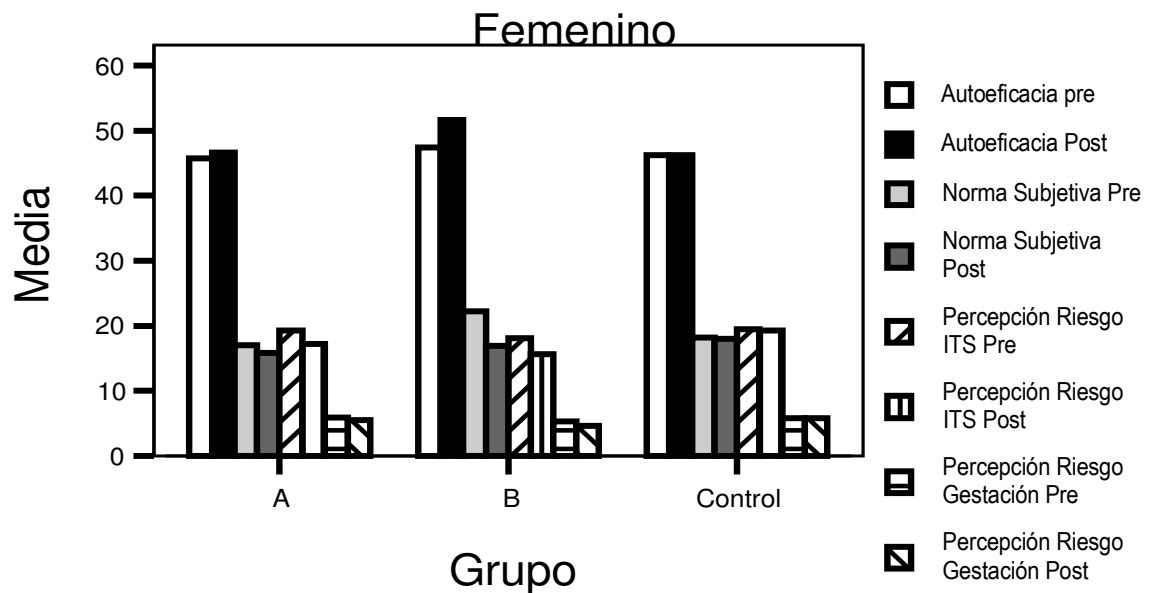


Figura 6. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.

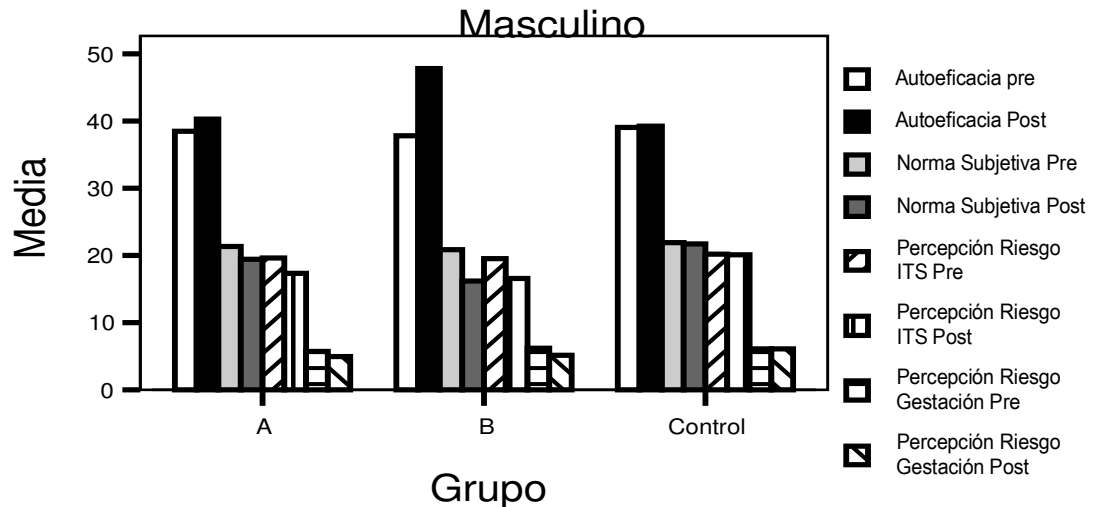


Figura 7. Media de cada una de las subescalas aplicación post en los dos grupos experimentales y el grupo control, género femenino.

#### *Estadísticos Inferenciales*

Se Realizó una prueba t para muestras pareadas en cada uno de los grupos experimentales y de control, en las aplicaciones pre y post del instrumento, con el fin de comparar el impacto de las intervenciones en las variables dependientes.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación pre -post en las subescalas autoeficacia percibida ( $\alpha= 0.002$ ), norma subjetiva ( $\alpha= 0.007$ ) y riesgo percibido para la adquisición de ITS ( $\alpha= 0.000$ ) y gestaciones ( $\alpha= 0.000$ ) no planeadas para el grupo experimental A y en el grupo experimental B se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación pre -post en las subescalas autoeficacia percibida ( $\alpha= 0.000$ ), norma subjetiva ( $\alpha= 0.000$ ) y riesgo percibido para la adquisición de ITS ( $\alpha= 0.000$ ) y gestaciones ( $\alpha= 0.000$ ) no planeadas. Adicionalmente se encontró que

no existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación pre-post en el grupo control en las subescalas (ver tabla 3).

Tabla 3.

*Análisis prueba t para muestras pareadas en las aplicaciones pre y post para cada uno de los grupos experimentales y el grupo control.*

Grupo	Variables dependientes	Media	Desviación Estándar	95 % Intervalo de confianza de la diferencia		t	Df.	Sig. (2 colas)
				mínimo	máximo			
A	Autoeficacia pre - Autoeficacia Post	-1,35484	2,19922	-2,16152	-,54816	-3,430	30	,002
	Norma Subjetiva Pre - Norma Subjetiva Post	1,51613	2,93111	,44099	2,59127	2,880	30	,007
	Percepción Riesgo ITS Pre - Percepción Riesgo ITS Post	2,22581	1,49910	1,67593	2,77568	8,267	30	,000
	Percepción Riesgo Gestación Pre - Percepción Riesgo Gestación Post	,58065	,71992	,31658	,84471	4,491	30	,000
	Autoeficacia pre - Autoeficacia Post	-7,18182	5,38200	-9,09019	-5,27344	-7,666	32	,000
	Norma Subjetiva Pre - Norma Subjetiva Post	4,96970	4,96541	3,20904	6,73036	5,750	32	,000
B	Percepción Riesgo ITS Pre - Percepción Riesgo ITS Post	2,66667	1,59426	2,10137	3,23197	9,609	32	,000
	Percepción Riesgo Gestación Pre - Percepción Riesgo Gestación Post	,90909	,80482	,62372	1,19447	6,489	32	,000
	Autoeficacia pre - Autoeficacia Post	-,10000	,37893	-,22119	,02119	-1,669	39	,103
	Norma Subjetiva Pre - Norma Subjetiva Post	,20000	,88289	-,08236	,48236	1,433	39	,160
	Percepción Riesgo ITS Pre - Percepción Riesgo ITS Post	,17500	,71208	-,05273	,40273	1,554	39	,128
	Percepción Riesgo Gestación Pre - Percepción Riesgo Gestación Post							



Percepción Riesgo Gestación Pre - Percepción	,00000	,22646	-,07242	,07242	,000	39	1,000
Riesgo Gestación Post							

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA post Hoc Tukey) con el fin de determinar si existen diferencias entre el grupo experimental A, el grupo experimental B y el grupo control.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación post del instrumento en la modalidad intergrupala para las tres subescalas, especialmente el grupo experimental B presenta diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo experimental A ( $\alpha=0.003$ ) y con el grupo control ( $\alpha=0.000$ ) en la subescala de autoeficacia percibida, lo que indica que la presencia de padres, madres y docentes en el programa de educación sexual fortalece la autoeficacia sexual percibida por los y las adolescentes (ver Anexo 8)

En relación con la subescala de norma subjetiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo experimental A con el grupo experimental B, sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo experimental B con el grupo control ( $\alpha=0.042$ ), lo cual muestra que la presencia de padres, madres y docentes en un programa de educación sexual influye en las normas subjetivas de los y las adolescentes en relación con su sexualidad (ver Anexo 8).

Respecto a la subescala riesgo percibido para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se encontraron diferencias

estadísticamente significativas al comparar los grupos experimental A ( $\alpha=0.001$ ) y B ( $\alpha=0.000$ ) con el grupo control. Igualmente, en la subescala de percepción de riesgo para una gestación no planeada, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al realizar la comparación los grupos experimental A ( $\alpha=0.009$ ) y B ( $\alpha=0.000$ ) con el grupo control, indicando que el componente informativo de los programas de educación sexual son necesarios para incrementar la percepción de los riesgos para adquirir un ITS y para una gestación no planeada (ver Anexo 8).

Adicionalmente, se realizó un análisis de varianza para determinar si existen diferencias entre género en las diferentes subescalas en la aplicación post del instrumento, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la subescala autoeficacia ( $\alpha=0.000$ ) y en la subescala de norma subjetiva ( $\alpha=0.042$ ), lo cual indica que los adolescentes y las adolescentes presentan niveles diferentes de estos dos constructos. En relación con las subescalas de percepción de riesgo para la adquisición de una ITS y una gestación no planeada, no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (ver tabla 4)

Tabla 4.

*Análisis de Varianza de los puntajes de las subescalas riesgo percibido, autoeficacia y norma subjetiva, en aplicación post según género.*

Variable Dependiente		Sumatoria de Cuadrados	df	Media Cuadrada	F	Sig.
Autoeficacia Post	Intergrupala	885,658	1	885,658	16,228	,000
	Intragrupal	5566,870	102	54,577		
Norma Subjetiva Post	Intergrupala	155,881	1	155,881	4,228	,042
	Intragrupal	3760,273	102	36,865		
Percepción Riesgo ITS Post	Intergrupala	16,708	1	16,708	1,743	,190
	Intragrupal	977,513	102	9,583		
Percepción Riesgo Gestación Post	Intergrupala	,677	1	,677	,522	,472
	Intragrupal	132,361	102	1,298		

De los resultados anteriormente expuestos, se puede resaltar que al realizar una comparación entre la aplicación pre de las subescalas autoeficacia percibida, norma subjetiva y riesgo percibido en cada uno de los grupos, se encontraron que los grupos eran homogéneos, por lo cual permite hacer comparaciones post intervención.

En lo correspondiente a la subescala de autoeficacia percibida, se encontraron diferencias en la aplicación post intervención entre los grupos experimentales A y B; y entre el grupo experimental B y el grupo control.

Respecto a la subescala de norma subjetiva, no se encontraron diferencias en la aplicación post intervención, entre los grupos experimentales A y B, entre el grupo experimental A y el grupo control; mientras que entre el grupo experimental B y el grupo control si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación post de la subescala norma subjetiva.

En cuanto a la subescala de riesgo percibido, se encontraron diferencias en la aplicación post intervención entre los grupos experimental A, B y control.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los resultados anteriormente expuestos, se puede resaltar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los grupos experimentales A y B al realizar una comparación en la aplicación post de la subescala autoeficacia percibida, adicionalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las subescalas en la aplicación post entre el grupo experimental B y el grupo control; finalmente, se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental A y el grupo control en la subescala de riesgo percibido. En cuanto a la comparación intragrupal en la aplicación pre y post, se encontraron diferencias en la media estadísticamente para los grupos experimentales A y B.

El impacto de este estudio sobre de la presencia de padres, madres y docentes de un programa de educación sexual, basado en la metodología habilidades para la vida, en los y las adolescentes pertenecientes a la localidad de Los Mártires del Distrito Capital, se puede analizar desde los cambios en la autoeficacia percibida, norma subjetiva y riesgo percibido acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las gestaciones inoportunas y no planeadas, por medio de una comparación entre estos constructos de forma inter e intragrupal.

El estudio muestra que un programa de educación sexual con la presencia de padres, madres y docentes presenta un nivel de efectividad superior a la ausencia de intervenciones y a los programas de educación sexual

tradicionales, centrados en una visión anatómica y fisiológica y contruidos desde una perspectiva de adulto.

Este programa presenta aspectos favorables como lo es la fundamentación teórica ostensible en la Dimensión psicológica de la Promoción y la Prevención (Flórez, 2005; 2007); en contraste con los programas de educación sexual vigentes en Colombia, los cuales presentan una sustentación teórica, metodológica y estructural deficiente, disminuyendo, de esta forma, la consistencia, la efectividad, la eficacia y la reproducción de dichos programas desde un punto de vista objetivo, tal como lo plantea Muñoz y Cols (1999).

El impacto del programa de educación sexual en la autoeficacia se evaluó por medio de la subescala de autoeficacia percibida, el cual está diseñado para medir el nivel de confianza en sí mismo que posee un individuo en determinadas situaciones en las cuales se podría tener relaciones sexuales consideradas de riesgo para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y gestaciones inoportunas y no planeadas.

El impacto del programa de educación sexual en el riesgo percibido, se evaluó por medio de la subescala de riesgo percibido, el cual está diseñado para medir las situaciones que son consideradas como riesgosas para la adquisición de ITS y para gestaciones inoportunas y no planeadas. Finalmente, el impacto del programa de educación sexual en la norma subjetiva, se evaluó por medio de la subescala de norma subjetiva, la cual está diseñada para medir creencias que tiene los y las adolescentes sobre los que sus amigos, padres y profesores piensan de su vida sexual.

En la aplicación pre - post de las subescalas riesgo percibido, de autoeficacia percibida y norma subjetiva en el grupo experimental A, el cual recibió un programa de educación sexual basado en la metodología de habilidades para la vida, sin la vinculación de padres, madres y docentes, se encontraron diferencias significativas evidenciando un incremento en la riesgo percibido, un mejor manejo de las normas subjetivas y un incremento en la autoeficacia de los participantes del grupo experimental A.

Este aumento en la riesgo percibido, en el manejo de normas subjetivas y en el nivel de confianza para poder controlar el tener relaciones sexuales en situaciones consideradas de riesgo para la adquisición de ITS y gestaciones inoportunas y no planeadas es explicable debido a la implementación del programa de educación sexual donde se utilizaron técnicas basadas en la metodología de habilidades para la vida en la cual se dio información acerca de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales de la sexualidad, así como de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos, se realizó entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales; así como entrenamiento de habilidades cognitivas como lo son las habilidades en la toma de decisiones y solución de problemas, así como en el análisis de la influencia de los pares y medios de comunicación y el análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales.

En relación con la aplicación pre - post de las subescalas de riesgo percibido, autoeficacia percibida y norma subjetiva en el grupo experimental B,

el cual recibió un programa de educación sexual basado en la metodología de habilidades para la vida, con la vinculación de padres, madres y docentes, se encontraron diferencias significativas evidenciando una mayor riesgo percibido, un mejor manejo de normas subjetivas y un incremento en la autoeficacia de los participantes del grupo experimental B.

Este incremento en el riesgo percibido, el manejo de normas subjetivas y en el nivel de confianza para poder controlar el tener relaciones sexuales en situaciones consideradas de riesgo para la adquisición de ITS y gestaciones inoportunas y no planeadas es explicable debido a la implementación del programa de educación sexual donde se utilizaron técnicas basadas en la metodología de habilidades para la vida en la cual se realizó entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales; se dio información acerca de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales de la sexualidad, así como de la severidad de los riesgos y la vulnerabilidad personal a los mismos, así como entrenamiento de habilidades de control emocional y habilidades cognitivas como lo son las habilidades en la toma de decisiones y solución de problemas, así como en el análisis de la influencia de los pares y medios de comunicación y el análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales. Adicionalmente, se realizaron acciones dirigidas a los padres y madres de familia, en las que se realizó un entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales; y acciones dirigidas a los docentes,



que al igual que a los padres y madres de familia, se realizó un entrenamiento en habilidades sociales que incluye habilidades comunicativas, habilidades de negociación y habilidades interpersonales, además, los docentes se construyeron estrategias pedagógicas pedagógicas para transversalizar la educación sexual a los contenidos específicos de cada materia.

En la aplicación pre - post de las subescalas de riesgo percibido, autoeficacia percibida y norma subjetiva en el grupo control, el cual no recibió ningún tipo de intervención, no se encontraron diferencias significativas lo cual era lo esperado.

Respecto a la comparación de la aplicación post en la modalidad entre grupos, respecto a la subescala de autoeficacia percibida se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo experimental A con el grupo experimental B, el grupo experimental A con el grupo control y el grupo experimental B con el grupo control; estas diferencias son explicadas por la presencia de algún tipo de programa de educación sexual.

En cuanto a la subescala norma subjetiva, no se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo experimental A con el grupo experimental B y al comparar el grupo experimental A con el grupo control, sin embargo, al realizar la comparación entre el grupo experimental B y el grupo control, se encontraron diferencias significativas en esta subescala, siendo este hallazgo acorde a lo encontrado por Vargas y Barrera (2002; 2003), en donde la norma subjetiva es una variable primordial en el comportamiento sexual de los adolescentes, la cual está determinada por los estilos comunicacionales con los

padres y otros adultos, lo anterior corrobora que existe un impacto diferencial entre los programas de educación sexual dirigido sólo hacia los adolescentes y un programa de educación sexual dirigido a adolescentes, padres y docentes, ya que en este último se impacta en los diferentes microsistemas y en el mesosistema de los adolescentes (Bronfenbrenner, 1987).

Adicionalmente, y acorde con lo propuesto por el grupo especial de trabajo para la adaptación Hispana/Latina (1995), los programas de educación sexual basados en la metodología de habilidades para la vida, le permiten a los y las adolescentes fomentar las relaciones humanas, así como las habilidades personales y la adopción de prácticas adaptativas en relación con salud sexual y reproductiva, dado que estos programas permiten la adquisición de habilidades y conocimientos específicos en relación con la sexualidad.

En relación con la variable riesgo percibido, se encontraron diferencias entre los grupos experimentales y el grupo control, siendo acorde a lo propuesto por Flórez (2007), dado que el riesgo percibido se relaciona con la información que se tiene respecto al fenómeno. Esto indica que la información dada en los dos programas de educación sexual permite que los y las adolescentes incrementen el riesgo percibido, se consideren en riesgo, para la adquisición de ITS y gestaciones no planeadas.

Otro hallazgo interesante es las diferencias que se establecieron entre género, confirmando lo propuesto por Leal (1998), dado que se evidencia que los adolescentes presentan menores niveles de autoeficacia en relación con situaciones de riesgo para la adquisición de ITS y gestaciones no planeadas,

así como una mayor influencia de sus pares en relación con la toma de decisiones en su vida sexual, mientras que las adolescentes presentan un mayor nivel de autoeficacia y menores niveles de normas subjetivas.

Éstos hallazgos confirman que el involucramiento activo de padres, madres y docentes en los programas de educación sexual, que deben estar articulados al PEI de cada uno de los colegios, es un requisito indispensable para que estos programas tengan efectividad, en relación con la disminución de gestaciones adolescentes y la reducción en la y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (Pulido, 1998; Contreras; 1999). La educación sexual no puede ser exclusivamente anatómica, debe integrar aspectos de construcción de género, fortalecimiento de autonomía, autoestima, responsabilidad y respeto por sí mismo y por los demás; la educación sexual no debe centrarse en la parte anatómica y fisiológica, dado que un ser humano sexuado implica relación conmigo mismo y con otros, relaciones que se construyen en la cotidianidad de la familia, de la escuela, de los amigos.

#### Limitaciones

En el presente estudio no se realiza un seguimiento a los diferentes grupos, respecto a la postergación del inicio de la actividad sexual, así como la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y gestaciones en las adolescentes.

## Recomendaciones

A partir de los hallazgos del presente estudio se recomienda la realización de una investigación de características experimentales, en las que se realice asignación al azar de los participantes.

Adicionalmente, se propone realizar este tipo de programas de educación sexual, con la intervención de padres, madres y docentes, no sólo en adolescentes, sino desde la infancia, dado que la sexualidad es una construcción vital más que dependiente de una transición hormonal propia del desarrollo; conexo con lo anterior, se propone realizar una investigación de carácter longitudinal que permita el establecimiento del efecto de programas de educación sexual en la adquisición de Infecciones de transmisión sexual, gestaciones adolescentes, postergación del inicio de la actividad sexual, entre otros aspectos que son pertinentes de evaluar.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (2002). *Constructing a TpB Questionnaire : Conceptual and methodological considerations*. En Prensa.
- American Psychological Association (2001). Manual de estilo de las publicaciones de la APA. México: Manual moderno.
- Apter, D., Cacciatore, R. & Hermanson, E. (2004). *Adolescent contraception*. En International Congress series 1266 p.p. 85 – 89.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, p.p. 191-215.
- Bandura, A. (1982): *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1986): *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bronfrenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cabezón, C., Vigil, P., Rojas, I., Leiva, M.E., Riquelme, R., Aranda, W. & García, C. (2005). Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent health* 36, p.p. 64-69.
- Centro de Estudios para la Prevención del SIDA, (2005). *¿Sirve la educación sexual?* En [www.caps.ucsf.edu](http://www.caps.ucsf.edu) visitada en febrero de 2005.
- Contreras, F. (1999). El rol de los padres de familia como educadores sexuales. Estado actual del proyecto nacional de educación sexual. En *Tercer congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia*. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.

- DANE (2005). *Estadísticas Vitales*. En [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) visitada en septiembre de 2005.
- Fernández-Esquer, M.E; Atkinson, J; Diamond P; Usehce, B & Mendiola, R. (2004). Condom Use Self-Efficacy Among U.S.- and Foreign-Born Latinos in Texas. En *The Journal of Sex Research* Nov 2004. 41(4) p. 390-399
- Flórez, L. (2005). *La dimensión psicológica de la promoción y la prevención en salud*. Bogotá: Trabajo de promoción a profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia. Inédito
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno S.A.
- García, F.A. (2001). Modelo ecológico / modelo integral de intervención en atención temprana. *Memoria de XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana*. Madrid: Real patronato sobre discapacidad.
- González, J.M. (2002). *Educación de la sexualidad. Para la vida, la convivencia y el amor*. Barranquilla: Casa Editorial Antillas Ltda.
- Grupo Especial de Trabajo para la Adaptación Hispana/Latina (1995). *Guía para una educación sexual integral para la juventud Hispana/Latina*. Nueva York: Consejo de Información y Educación Sexual de los Estados Unidos.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2007). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

- Leal, A. (1998). Diversidad y género en las relaciones interpersonales. En <http://ddd.uab.es/pub/educar/0211819Xn22-23p171.pdf> visitada en Junio de 2008.
- López, G. (1999). La ley 100/93 y adolescencia en Colombia. En *Tercer congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia*. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.
- Magnani, R. , MacIntyre, K., Karim, A.M., Brown, L. & Hutchinson, P. (2005). *The impact of life skills educations on sexual risk behaviors in KwaZulu-Natal, South Africa*. En *Journal of adolescents Health* 36, p.p. 289-304.
- Mangrulkar, L., Whitman, C.V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Mejía, M. (1999). Visión política de la educación sexual en la salud reproductiva. En *Tercer congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia*. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.
- Meza, J.L. (1996). *La afectividad en el proyecto personal de vida. Una propuesta de Educación Sexual*. Bogotá: Ed. Retina.
- Muñoz, C., Antonio, B., Muñoz, J, & Castellanos, O. (1999). Adolescentes, multiplicadores de amor y respeto. Estado actual del proyecto nacional de educación sexual. En *Tercer congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia*. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.

- Organización Panamericana de la Salud Colombia (2004). *Proyecto Municipal de Educación Sexual*. En <http://www.col.ops-oms.org> visitado en febrero de 2005.
- Peltzer, K. & Promtussananon, S. (2003). *Evaluation of Soul City school and mass media life skills education among junior secondary school learners in South Africa*. En *Social Behavior and Personality* 31(8) p.p. 825-834.
- Polanco, M. (1999). Estado actual del proyecto nacional de educación sexual. En *Tercer congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia*. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.
- Profamilia (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. En [www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co) visitada en noviembre de 2005.
- Pulido, E. (1998). *La educación sexual y su influencia en el ejercicio de la sexualidad de adolescentes*. Medellín: Universidad de Medellín.
- Roberts, A.B. , Oyen, C., Batnasan, E. & Laing, R. (2005). Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia: implications for health promotion. *Social science & medicine* 60, p.p. 1487-1498.
- Rodríguez, R. (1995). *Sexualidad humana. Educación del amor para adolescentes*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Santrock, J.W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, McGraw Hill.



- Scaramella, L.V., Conger, R.D., Simons, R.L. & Whitbeck, L.B. (1998). Predicting risk for pregnancy by late adolescence: a social contextual perspective. *Developmental psychology* 34 (6) p.p. 1233-1245.
- Secretaria Distrital de Salud (2003). *Boletín de estadísticas*. Bogotá: Citygraf impresores.
- Secretaria Distrital de Salud (2004). *Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: En prensa.
- Smith, D., Roofe, M., Ehiri, J., Campbell, S., Jolly, C. & Jolly, P. (2003). Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica. *Journal of adolescent health* 33, p.p. 41-48.
- UNICEF (2005). *La educación y los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes*. En <http://www.unicef.org>. Visitado en abril de 2005.
- Uribe, F.E. (2001). *La obra de la sexualidad. El amor y la familia*. Bogotá: Prolibros.
- Vargas, E & Barrera, F. (2005) ¿Es la autoestima una variable relevante para los programas de prevención del inicio temprano de actividad sexual?. *Acta Colombiana de Psicología* 13 (mar) p.p. 133-161.
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). *El papel de las relaciones padres-hijos y de la competencia psicosocial en la actividad sexual de los adolescentes*. *Documentos CESO (32)*. Bogotá, Ediciones Uniandes.
- Vargas, E. (2005). *Sexualidad....mucho más que sexo*. Bogotá, Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes. Documento inédito.

Vargas, E. & Barrera, F. (2003). *Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia : algunos factores explicativos. Documentos CESO (56)*. Bogotá, Ediciones Uniandes.

Ward, L.M. y Rivadeneyra, R. (1999). Contributions of entertainment television to adolescents' Sexual attitudes and expectations: the role of viewing amount versus viewer involvement. *The journal of sex research* 36 (3), p.p. 237-249.

## ANEXO 1

## INSTRUMENTO

A través de la siguiente encuesta se pretende conocer su opinión respecto a algunos aspectos de la sexualidad, responda con sinceridad todas las preguntas. Recuerde que su participación es voluntaria y que la encuesta es anónima.

EDAD \_\_\_\_\_  
 GÉNERO Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_  
 Curso \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
 Colegio \_\_\_\_\_  
 Estrato económico del barrio en el que vive 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_  
 Estado Civil:  
 Soltero\_\_ casado\_\_ separado\_\_ unión libre\_\_ viudo\_\_  
 Consume con frecuencia:  
 Alcohol \_\_ Cigarrillos \_\_ Bazuco \_\_ Marihuana \_\_ Nada \_\_  
 Otros \_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
 Personas con quien vive y parentesco(incluyéndose) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Edad en que tuvo su primera relación sexual \_\_\_\_\_  
 No he iniciado mi actividad sexual \_\_\_\_\_  
 Género de la pareja con quien tuvo su primera relación sexual:  
 Masculino \_\_ Femenino \_\_ No he iniciado mi actividad sexual \_\_  
 Número de compañeros sexuales en el último año \_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_  
 Preferencia sexual:  
 Heterosexual (Atracción por personas de diferente sexo) \_\_\_\_\_  
 Homosexual (Atracción por personas del mismo sexo) \_\_\_\_\_  
 Bisexual (Atracción por personas de ambos sexos) \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**Marca de 1 a 5, siendo 1 nada seguro y 5 muy seguro, en las siguientes preguntas**

- ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando le proponen tener relaciones sexuales alguien conocido hace 30 días o menos?  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir Si, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para usted?  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para usted?  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
- ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien a quien ha sido su pareja con anterioridad?  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_

5. ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir Si, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien que ha sido su pareja y con quien desea estar de nuevo?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
6. ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir Si, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien con quien ya ha tenido relaciones sexuales?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
7. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir Si, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien que lo presiona a tener relaciones sexuales?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
8. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien con quien ha estado bebiendo alcohol (si consume)?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
9. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien con quien ha estado utilizando drogas (si consume)?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
10. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir Si, cuando le propone tener relaciones sexuales alguien y su nivel de excitación sexual es muy alto?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
11. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando le proponen tener relaciones sexuales sin utilizar condón o preservativo?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_
12. ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir Si, cuando le proponen tener relaciones sexuales y usted no se siente preparado o no quiere?  
1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_

**De las siguientes opciones, seleccione las que considere de más riesgo para contraer una Infección de Transmisión sexual.**

13. Tener relaciones sexuales sin condón. \_\_\_\_\_
14. Recibir transfusiones de sangre \_\_\_\_\_
15. Ser infiel a la pareja \_\_\_\_\_
16. Tener relaciones sexuales anales \_\_\_\_\_
17. Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as) \_\_\_\_\_
18. Combinar el alcohol y las relaciones sexuales \_\_\_\_\_
19. Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado \_\_\_\_\_
20. Tener más de un(a) compañero(a) sexual \_\_\_\_\_
21. Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas) \_\_\_\_\_
22. Tener relaciones sexuales con otra persona basándose en su apariencia saludable \_\_\_\_\_
23. Tener relaciones homosexuales \_\_\_\_\_
24. Tener relaciones sexuales por placer \_\_\_\_\_
25. No existen situaciones de riesgo para mi \_\_\_\_\_

**De las siguientes opciones, seleccione las que considere de más riesgo para que usted o su pareja quede en embarazo.**

26. Tener relaciones sin condón \_\_\_\_\_
27. No utilizar ningún método de anticoncepción \_\_\_\_\_
28. Utilizar el coito interrumpido \_\_\_\_\_
29. Tener relaciones antes del desarrollo de la mujer \_\_\_\_\_

**Marca de 1 a 5, siendo 1 en totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, en las siguientes preguntas**

30. Si mis amigos me ven con condones pensarán que soy promiscuo/a  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
31. Si mis amigos me encuentran condones pensarán que inicié mi actividad sexual  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
32. Si mis padres me encuentran condones pensarán que inicié mi actividad sexual  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
33. Si mis padres me encuentran condones pensarán que soy promiscuo/a  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
34. Si hago preguntas acerca de la gestación, los demás pensarán que voy a ser padre  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
35. Si hago preguntas acerca de las ITS, los demás pensarán que estoy contagiado por alguna ITS.  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
36. Si hago preguntas acerca de los métodos de anticoncepción o tengo información sobre estos, los demás me reprocharán y creerán que soy sexualmente activo/a  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
37. Si mis amigos piensan que es el momento de iniciar mi actividad sexual, yo doy ese paso  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_
38. Mis profesores creen que soy activo sexualmente  
1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_

Cuestionarios y bibliografía utilizada para la construcción del instrumento

ENCUESTA NACIONAL DE COMPORTAMIENTO SEXUAL  
ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

Ajzen, I. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.

## ANEXO 2

Coeficientes de correlación de Spearman para la subescala de riesgo percibido en la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

		Puntuación
		Total
P1	Coeficiente de Correlación	,419
	Sig.	,000
P2	Coeficiente de Correlación	,430
	Sig.	,000
P3	Coeficiente de Correlación	,411
	Sig.	,000
P4	Coeficiente de Correlación	,455
	Sig.	,000
P5	Coeficiente de Correlación	,516
	Sig.	,000
P6	Coeficiente de Correlación	,611
	Sig.	,000
P7	Coeficiente de Correlación	,609
	Sig.	,000
P8	Coeficiente de Correlación	,517
	Sig.	,000
P9	Coeficiente de Correlación	,623
	Sig.	,000

P10	Coeficiente de Correlación	,474
	Sig.	,000
P11	Coeficiente de Correlación	,487
	Sig.	,000
P12	Coeficiente de Correlación	,385
	Sig.	,000
P13	Coeficiente de Correlación	,376
	Sig.	,000
P14	Coeficiente de Correlación	,436
	Sig.	,000
P15	Coeficiente de Correlación	,390
	Sig.	,000
P16	Coeficiente de Correlación	,453
	Sig.	,000
Puntuación	Coeficiente de Correlación	1,000
Total		

---

## ANEXO 3.

Coeficientes de correlación de Spearman para la subescala de riesgo percibido  
para gestaciones inoportunas

		Puntuación Total
P17	Coeficiente de correlación	,294
	Sig.	,007
P18	Coeficiente de correlación	,617
	Sig.	,000
P19	Coeficiente de correlación	,570
	Sig.	,000
P20	Coeficiente de correlación	,506
	Sig.	,000
P21	Coeficiente de correlación	,368
	Sig.	,001
P22	Coeficiente de correlación	,633
	Sig.	,000
Puntuación Total	Coeficiente de	1,000



correlación

---

#### ANEXO 4.

Coeficientes de correlación de Pearson para la subescala de norma subjetiva.

		Puntuación Total
N1	Coeficiente de correlación	,581
	Sig.	,000
N2	Coeficiente de correlación	,562
	Sig.	,000
N3	Coeficiente de correlación	,696
	Sig.	,000
N4	Coeficiente de correlación	,506
	Sig.	,000

N5	Coeficiente de correlación	,767
	Sig.	,000
N6	Coeficiente de correlación	,683
	Sig.	,000
N7	Coeficiente de correlación	,716
	Sig.	,000
N8	Coeficiente de correlación	,512
	Sig.	,000
N9	Coeficiente de correlación	,603
	Sig.	,000
Puntuación Total	Coeficiente de correlación	1

---

## ANEXO 5

Caracterización de la población de cada uno de los grupos experimentales y grupo control.

Variables de Caracterización de la Población	Control	Experimental A	Experimental B
<b>Consumo de SPA</b>			
Alcohol	7,5%	6,5%	21,9%
Cigarrillo	5%	3,2%	6,3%
Marihuana	5%	0%	3,0%
Otro	2,5%	3,2%	0%
Nada	80%	87,1%	68,8%
<b>Género Primer Compañero Sexual</b>			
<b>Femenino</b>			
Primer compañero sexual hombre	100%	100%	100%
Primer compañero sexual mujer	0%	0%	0%
<b>Masculino</b>			
Primer compañero sexual hombre	0%	0%	0%
Primer compañero sexual mujer	100%	100%	100%
<b>Número de Compañeros Sexuales</b>			
<b>Femenino</b>			
1 compañero	100%	100%	80%
2 compañeros	0%	0%	20%

Más de dos compañeros	0%	0%	0%
Masculino			
1 compañero	77.8%	60%	40%
2 compañeros	11.1%	20%	40%
Más de 2 compañeros	11.1%	20%	20%
Preferencia sexual			
Heterosexual	87,5%	90,3%	84,8%
Bisexual	0%	0%	12,1%
No responde	12,5%	9,7%	3,0%
Edad promedio primera relación sexual	12,46 años	13,12 años	13,9 años

---

## ANEXO 6

Análisis descriptivo de cada una de las subescalas aplicación pre, según género.

Grupo	Género	Variable Dependiente	N	Media	Desviación Estándar		
A	Femenino	Autoeficacia	16	45,7500	8,08703		
		Norma Subjetiva	16	17,0000	6,68331		
		Percepción Riesgo ITS	16	19,3125	3,00486		
		Percepción Riesgo Gestación	16	5,8750	1,14746		
		Masculino	Autoeficacia	15	38,4667	6,80196	
			Norma Subjetiva	15	21,3333	8,13868	
			Percepción Riesgo ITS	15	19,6667	3,10913	
	Percepción Riesgo Gestación		15	5,7333	1,27988		
	B		Femenino	Autoeficacia pre	16	47,4375	6,80165
				Norma Subjetiva Pre	16	22,1875	7,91807
				Percepción Riesgo ITS Pre	16	18,0625	2,35142

		Percepción			
		Riesgo	16	5,3125	,87321
		Gestación Pre			
	Masculino	Autoeficacia pre	17	37,8235	8,81926
		Norma	17	20,8824	9,99301
		Subjetiva Pre			
		Percepción	17	19,4706	3,31884
		Riesgo ITS Pre			
		Percepción			
		Riesgo	17	6,2353	1,14725
		Gestación Pre			
Control	Femenino	Autoeficacia pre	18	46,2778	7,87256
		Norma	18	18,1667	7,11461
		Subjetiva Pre			
		Percepción	18	19,4444	3,45087
		Riesgo ITS Pre			
		Percepción			
		Riesgo	18	5,7778	1,11437
		Gestación Pre			
	Masculino	Autoeficacia pre	22	39,0909	6,98917
		Norma	22	21,9091	6,39128
		Subjetiva Pre			
		Percepción	22	20,2273	2,95895

Riesgo ITS Pre

Percepción

Riesgo                    22        6,1364     1,35560

Gestación Pre

---

## ANEXO 7

Análisis descriptivo de cada una de las subescalas aplicación post, según género.

Grupo	Género	Variable Dependiente	N	Media	Desviación Estándar	
A	Femenino	Autoeficacia Post	16	46,6250	7,24684	
		Norma Subjetiva Post	16	15,8125	5,65943	
		Percepción Riesgo ITS Post	16	17,1875	2,45544	
		Percepción Riesgo Gestación Post	16	5,5000	1,03280	
		Masculino	Autoeficacia Post	15	40,3333	6,36583
			Norma Subjetiva Post	15	19,4667	6,27770
	Percepción Riesgo ITS Post		15	17,3333	2,55417	
	Percepción Riesgo Gestación Post		15	4,9333	,79881	
	Femenino		Autoeficacia Post	16	51,6250	6,33377
			Norma Subjetiva	16	16,8750	4,37988



		Post			
		Percepción	16	15,6250	1,70783
		Riesgo ITS Post			
		Percepción			
		Riesgo	16	4,6250	,61914
		Gestación Post			
	Masculi				
	no	Autoeficacia Post	17	47,8235	5,04028
		Norma Subjetiva	17	16,2353	5,62949
		Post			
		Percepción	17	16,5882	2,23771
		Riesgo ITS Post			
		Percepción			
		Riesgo	17	5,1176	,92752
		Gestación Post			
	Femeni				
Control	no	Autoeficacia Post	18	46,2778	7,87256
		Norma Subjetiva	18	17,9444	6,81238
		Post			
		Percepción	18	19,2222	3,73466
		Riesgo ITS Post			
		Percepción	18	5,7778	1,11437
		Riesgo			

	Gestación Post			
Masculi				
no	Autoeficacia Post	22	39,2727	7,16594
	Norma Subjetiva			
	Post	22	21,7273	6,23494
	Percepción			
	Riesgo ITS Post	22	20,0909	3,00649
	Percepción			
	Riesgo	22	6,1364	1,35560
	Gestación Post			

---

## ANEXO 8

Análisis de Varianza (Post Hoc Tukey) de los puntajes de las subescalas riesgo percibido, autoeficacia y norma subjetiva, en aplicación post.

Variable Dependiente	(i) Grupo	(j) grupo	Diferencia de medias	Error Estándar	Sig.	Intervalo de confianza del 95 %	
						Mínimo	Máximo
Autoeficacia Post	A	B	-	1,83002	,003	-	-1,7328
		Control	6,08602(*)	1,75074	,787	10,4392	5,3202
	B	A	1,15565	1,83002	,003	-3,0089	10,4392
		Control	6,08602(*)	1,72059	,000	3,1488	11,3345
	Control	A	7,24167(*)	1,75074	,787	-5,3202	3,0089
		B	-	1,72059	,000	-	-3,1488
		7,24167(*)			11,3345		
Norma Subjetiva Post	A	B	1,03519	1,50993	,772	-2,5566	4,6269
		Control	-2,44435	1,44452	,213	-5,8805	,9918
	B	A	-1,03519	1,50993	,772	-4,6269	2,5566
		Control	-	1,41964	,042	-6,8565	-,1026
	Control	A	3,47955(*)	1,44452	,213	-,9918	5,8805
		B	2,44435	1,41964	,042	,1026	6,8565
		3,47955(*)					
Percepción Riesgo ITS	A	B	1,13685	,68061	,222	-,4822	2,7559

Post		Control	-				
			2,44194(*)	,65113	,001	-3,9908	-,8931
	B	A	-1,13685	,68061	,222	-2,7559	,4822
		Control	-				
			3,57879(*)	,63991	,000	-5,1010	-2,0566
	Control	A	2,44194(*)	,65113	,001	,8931	3,9908
		B	3,57879(*)	,63991	,000	2,0566	5,1010
Percepción	A	B					
Riesgo							
Gestación			,34702	,26092	,382	-,2736	,9677
Post		Control	-,74919(*)	,24962	,009	-1,3430	-,1554
	B	A	-,34702	,26092	,382	-,9677	,2736
		Control	-				
			1,09621(*)	,24532	,000	-1,6798	-,5127
	Control	A	,74919(*)	,24962	,009	,1554	1,3430
		B	1,09621(*)	,24532	,000	,5127	1,6798