

CONOCIMIENTOS, HABILIDADES DE ASERCIÓN SEXUAL Y TOMA DE DECISIONES EN FUNCIÓN DE LA INTENCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES

KNOWLEDGE, SEXUAL ASSERTION SKILLS AND DECISION MAKING BASED ON THE INTENTION OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Recibido: 03 de noviembre de 2011/Aceptado: 16 de diciembre de 2011

SANDRA FONTANILLA*, ANA MERCEDES BELLO**, JORGE PALACIO***

Universidad del Norte - Colombia

Key words:

Assertion sexual, Decision making, Intent, Sexual and reproductive behaviors, Adolescence.

Abstract

This research paper describes the results of a study whose objective was to describe the sexual and reproductive behavior of adolescents aged 10-19 years attending school according to the attitude, beliefs, intention, knowledge, assertion skills and decision making in the city of Santa Marta (Colombia). The study was done from an analysis of the Theory of Planned Behavior and the variables included were: knowledge, sexual assertion skills and decision making based on the intention of sexual and reproductive behavior. The design research was a descriptive or experimental cross transaction. The instrument used was the sexual and reproductive health questionnaire-male and female version (CSR F-M) and a Likert-type scale (Peralta, Bello, Palacio, & Mosquera, 2010) was used for their design. It was validity by experts in the area, with a Cronbach's Alpha greater than .85, indicating a very acceptable reliability. The sample was 556 adolescents from two private and three public schools of Santa Marta city. The results indicate a need to design better strategies to impart knowledge and empower sexual assertion skills and decision making in the teenagers work.

Resumen

Este artículo de investigación describe los resultados de un trabajo cuyo objetivo consistió en describir el comportamiento sexual y reproductivo de los y las adolescentes escolarizados entre 10-19 años, de acuerdo con sus actitudes, creencias, intención, conocimientos, habilidades de aserción y toma de decisiones, en la ciudad de Santa Marta (Colombia). El trabajo se realizó desde un análisis de la Teoría del Comportamiento Planeado y las variables tenidas en cuenta fueron: conocimiento, habilidades de aserción sexual y toma de decisiones en función de la intención de comportamiento sexual y reproductivo. El diseño fue cuantitativo, de un cruce experimental transeccional o descriptivo y el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Salud Sexual y Reproductiva-versión Masculina y Femenina (CSR-FM). Para su diseño, se utilizó una escala tipo Likert, en tanto que la validez del contenido fue realizada por jueces expertos en el área, con un Alfa de Cronbach superior a .85, que indica una confiabilidad muy aceptable. La muestra fue de 556 adolescentes pertenecientes a dos instituciones privadas y tres públicas. Los resultados indican que es necesario diseñar mejores estrategias para impartir los conocimientos y potencializar las habilidades de aserción sexual y toma de decisiones en la población de estudio.

Palabras clave:

Aserción sexual, Toma de decisiones, Intención, Comportamientos sexuales y reproductivos, Adolescencia.

* Candidato a Magister en Desarrollo Social, Universidad del Norte. Email: sfontanilla13@yahoo.es

** Docente/investigadora Maestría en Psicología. Universidad del Norte. Email: bellom@uninorte.edu.co

*** Investigador del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano de la Universidad del Norte. Actualmente se desempeña como Profesor del Departamento de Psicología y Coordinador del Doctorado en Psicología de la Universidad del Norte.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe una gran preocupación respecto a la proliferación de embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población adolescente. A pesar del rompimiento del “tabú”, del desarrollo tecnológico en torno a los métodos anticonceptivos y las diferentes estrategias pedagógicas de educación sexual implementadas, las estadísticas reportan un sostenimiento y/o aumento en las tasas de fecundidad y muerte a causa de una ITS.

Se estima que durante el 2008, los países en desarrollo tuvieron 14,3 millones de nacimientos, distribuidos en un 91% de la siguiente forma: 5 millones en África subsahariana, 6 millones en Asia centro-meridional y sudoriental y 2 millones en Latinoamérica y el Caribe. Cada año, las adolescentes representan un 18% de los nacimientos en América Latina (Guttmacher Institute, 2010).

En el caso de las ITS, uno de los problemas de salud pública a nivel internacional es el relacionado con la epidemia del VIH/Sida. De acuerdo con la Medline Plus, cerca de 25 millones de personas en el mundo han muerto a causa de este desde el comienzo de la epidemia en 1983, y cerca de 40 millones viven con el virus sin desarrollar la enfermedad o habiéndola desarrollado (Profamilia, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países industrializados, dos de cada tres ITS se presentan entre los menores de 24 años de edad, y se cree que la proporción de jóvenes infectados es incluso mayor en los países en desarrollo (Peralta *et al.*, 2010).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el embarazo adolescente y las ITS, incluyendo el VIH/Sida, están relacionados con la desigualdad en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con la deficiencia de la educación sexual y con la reproducción de valores, creencias, tabúes y prácticas que legitiman ejercicios desprotegidos de la sexualidad. A lo anterior se suma la falta de información y asesoría, y la debilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2010). Esto sugiere grandes fallas en el ejercicio de los derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo en los menores de edad.

Algunos autores plantean que la adolescencia constituye un período de exploración y experimentación con el sexo, esto es, de fantasías y realidades sexuales, de incorporación de la sexualidad en la identidad de la persona. Los adolescentes tienen una curiosidad casi insaciable por los misterios del sexo. Se plantean preguntas respecto a si son sexualmente atractivos, cómo comportarse sexualmente con sus parejas y qué les deparará el futuro en lo que se refiere a la sexualidad (Santrock & Espinosa, 2004).

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes implica un estado de bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, lo que entraña la posibilidad de ejercer eficazmente los derechos sexuales y reproductivos (Social, 2003). Vale mencionar que desde la esfera sexual, los y las adolescentes deben decidir si tienen o no una relación romántica, sexual, si usan o no métodos de protección, embarazarse o no; es decir, que desde esta

etapa deben tomar un control de su vida. Esto significa que la salud sexual y reproductiva contempla el establecimiento de un estilo de vida saludable frente al manejo del tema (Jiménez, Mosquera & Obregón, abril, 2004). Por eso es fundamental que el adolescente profundice sus conocimientos y desarrolle habilidades en torno a la aserción y la toma de decisiones en materia sexual y reproductiva (Vargas, Henao, & Gonzáles, 2007).

La habilidad de aserción sexual es considerada por Morokoff *et al.* (1997) como la capacidad para: iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar las conductas sexuales deseadas, así como el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamiento sexuales más saludables. Un gran número de estudios demuestra que la asertividad constituye un eje central en la sexualidad humana, puesto que se relaciona con los diferentes aspectos como el deseo y la satisfacción sexual, y con la ausencia de conductas de riesgos (Santos-Iglesias & Sierra, en prensa; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez & Maeso, 2008, citados por Santos & Sierra, 2010).

MÉTODO

Diseño

El diseño fue de tipo no experimental transeccional descriptivo (Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2008), dado que la pretensión consistió en describir las variables propuestas de aserción sexual, toma de decisiones y conocimientos, teniendo en cuenta las tres categorías de edad (adolescencia temprana, media y tardía), según la clasificación de la OMS (1998).

Participantes

La muestra de este estudio estuvo conformada por 556 adolescentes: 290 de sexo masculino y 266 de sexo femenino. El tipo de muestreo fue aleatorio intencional y para la selección de las instituciones educativas se utilizó la base de datos proporcionada por la Secretaría de Educación de Santa Marta. También se tomaron en cuenta los siguientes criterios: que las instituciones fueran de tipo mixto, pertenecientes al sector público y privado, de estratos económicos 1, 2, 3 y 4, y con un rendimiento académico medio-bajo.

Para la escogencia de los sujetos participantes se tuvo en cuenta un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 98% y un nivel de heterogeneidad del 50%. La autorización de la participación fue voluntaria, bajo el consentimiento informado, debidamente autorizado por los padres y/o acudientes y por la institución educativa, de acuerdo con las normas éticas para la investigación con humanos (Hernández *et al.*, 2008). Estas personas debían cursar 6° a 11° grado y hallarse en las categorizaciones que la Organización Mundial de la Salud estableció para la adolescencia: temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años de edad).

Técnica e instrumento

Para la recolección de datos, se aplicó el “Cuestionario Salud Sexual y Reproductiva-Forma Femenina y Forma Masculina” (CSR-FM), con análisis de la consistencia interna y validez del constructo satisfactoria. Fue diseñado por Bello & Palacio (2010), en el macro

proyecto en curso evaluado, aprobado y financiado por Colciencias, la Dirección de Investigación y Proyectos (DIP) y la Universidad del Norte, titulado “Validación de estrategias pedagógicas y comunicacionales mediante un modelo cognitivo social y epidemiológico para la prevención de comportamientos sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados entre 11 y 19 años de dos ciudades del Caribe colombiano”, y del cual esta investigación hizo parte para el estudio en la ciudad de Santa Marta (Bello & Palacio, en prensa).

Procedimiento

Análisis de datos

Una vez recolectado y tabulados los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Versión No. 19), se analizaron las variables: sociodemográficas, datos familiares y variables de estudio en tablas de frecuencias. Todo según un análisis no paramétrico, utilizando la prueba de Chi cuadrado; después se procedió a realizar una descripción detallada de los resultados obtenidos en la investigación.

RESULTADOS

Tal como se observa en las Figuras 1 y 2, la mayoría de la población, tanto de sexo masculino como femenino, se encuentran entre los 14 y 16 años de edad, seguida de aquellos que tienen entre 10 y 13.

En segunda instancia, es importante mencionar que la mayoría de los y las adolescentes cursaban octavo grado, como se muestra en la tabla 1.

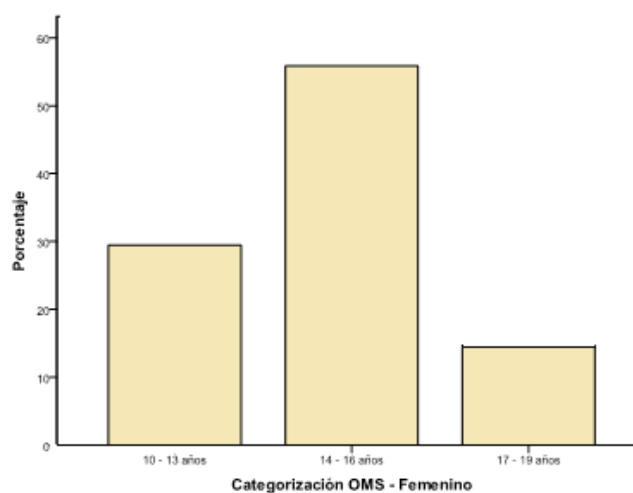


Figura 1. Categorización de la población de sexo femenino

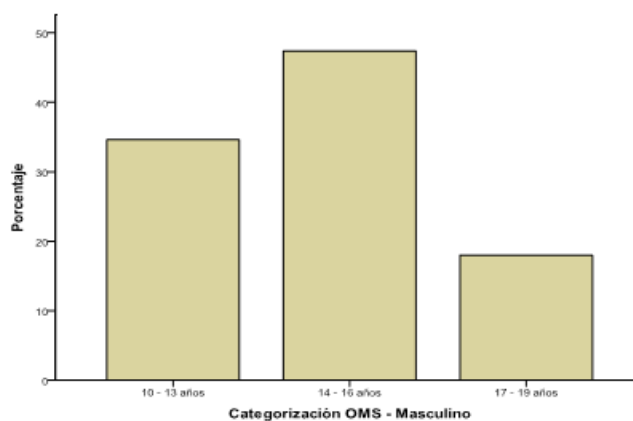


Figura 2. Categorización de la población de sexo masculino

Tabla 1.
Grado escolar de los adolescentes

Grado	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
6	32	12	45	15,5
7	33	12,4	49	16,9
8	67	25,2	49	20,3
9	51	19,2	42	14,5
10	44	16,5	42	14,5
11	37	13,9	53	18,3
Total	266	100	290	100

En la Tabla 2, se registra un índice de conocimiento, el cual se estableció para saber qué tanto sabían los y las adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva.

Tabla 2.
Índice de conocimiento

	Grado escolar de los y las adolescentes			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Poco	33	12,4	45	15,5
Regular	170	63,9	171	59,0
Mucho	63	23,7	74	25,5
Total	266	100	290	100

En la tabla 3 se encuentra la información sobre la percepción de conocimiento en sexualidad que tienen los y las adolescentes. En este aspecto, se destaca que los y las adolescentes perciben el conocimiento más frecuente en sexualidad en consideración de una relación íntima entre dos personas, seguido de una expresión de amor de una pareja.

Tabla 3.
Percepción de conocimiento en sexualidad

Percepción de conocimiento en sexualidad	Hombre				Mujer			
	Frecuencia		Porcentaje		Frecuencia		Porcentaje	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
Relación íntima entre dos personas	187	64,5	103	35,5	181	68	85	32
Expresión de amor de una pareja	161	129	55,5	44,5	151	115	56,8	43,2
Atracción entre dos personas	158	132	54,5	45,5	136	130	51,1	48,9
Desarrollo del cuerpo humano	146	144	50,3	49,7	121	145	45,5	54,5
Diferencia según los genitales	93	197	32,1	67,9	64	202	24,1	75,9
Formas de reproducción	111	179	38,3	61,7	88	178	33,1	66,9
Estado Emocional	106	184	36,6	63,4	70	196	26,3	73,7
Sexo	135	155	135	53,4	107	159	40,2	59,8
Expresión de placer	125	165	43,1	56,9	97	169	36,5	63,5
Etapas de la vida	125	165	43,1	56,9	111	155	41,7	58,3

La información que contiene la Tabla 4 contempla las siguientes variables: aserción sexual con experiencia, aserción sexual sin experiencia, toma de decisiones e intención de utilizar los métodos de protección. Al analizarla, es conveniente mencionar que se realizaron algunos cruces de variables.

En torno a la aserción sexual con experiencia, se encontró que la mayoría de los hombres y mujeres adolescentes que han tenido relaciones sexuales se sienten poco capaces para ejercer y/o defender sus derechos sexuales. A diferencia de estos, y de manera mayoritaria, los que manifiestan no tener experiencias en relaciones sexuales, no se siente ni poco capaces, ni muy capaces de ejercer y/o defender sus derechos sexuales.

Al cruzar las variables aserción con experiencia, se encontró una relación significativa ($\chi^2 = 9,610$; $P < 0,008$) con respecto al tipo de colegio (público/privado)

Tabla 4.
Descripción de frecuencias de las variables

Variables	Categoría	Masculino		Femenino	
		Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
		Total		Total	
Aserción Sexual con Experiencia	Poco capaz	177	61	19	7,1
	Neutral	22	7,6	17	6,4
	Muy capaz	91	31,4	18	6,8
Aserción Sexual sin Experiencia	Poco capaz	64	22,1	85	32
	Neutral	130	44,8	92	34,6
	Muy capaz	96	33,1	86	32,3
Toma de decisiones	Difícil	100	34,5	91	34,2
	Neutral	102	35,2	87	32,7
	Fácil	88	30,3	83	31,2
Intención de uso de métodos de protección	Poco probable	99	34,1	92	34,6
	Neutral	95	32,8	85	32
	Muy probable	96	33,1	88	33,1

por parte del sexo femenino; observándose que se consideran poco capaces de iniciar, rechazar y/o negociar sus conductas sexuales. En el caso de los hombres, no se evidencia una relación entre las variables ($\chi^2 = 3,009$; $P < 0,222$), es decir, que considerarse poco capaces, ni muy ni poco capaces o muy capaces es independiente de si se estudia o no en un colegio privado o público.

Cuando se cruzó esta misma variable con la edad categorizada por parte de las personas del sexo femenino, no se halló una relación significativa ($\chi^2 = 3,808$; $P < 0,433$), por lo que se puede decir que la edad, para el caso de las mujeres, no es un factor influyente en los comportamientos sexuales y reproductivos. En cambio, en el caso de los hombres, sí se halló una relación significativa ($\chi^2 = 37,545$; $P < 0,000$), siendo las categorías de 10 a 13 y la de 14 a 16 años donde se evidencia mayoritariamente. Ello significa que estos adolescentes se consideran poco capaces de iniciar, rechazar y negociar

conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva; pero los de 17 a 19 años de edad sí se consideran mayoritariamente muy capaces.

Al considerar la variable toma de decisiones, se encontró que hay una relación significativa tanto para las mujeres ($\chi^2 = 11,329$; $P < 0,023$) como para los hombres ($\chi^2 = 14,774$; $P < 0,005$). Esto nos permite inferir que, mayoritariamente, son poco capaces de iniciar, rechazar y/o negociar conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Por demás, el hecho de considerar fácil o ni fácil ni difícil la toma de una decisión, está relacionado con las habilidades de aserción sexual de los adolescentes, es decir, con el considerarse ni poco ni muy capaz, o muy capaz de iniciar, rechazar y/o negociar conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En el estudio de la variable intención de uso de

los métodos de protección sexual y reproductivo, se encontró que no hay una relación significativa entre esta y la aserción sexual con experiencia para el caso de la población femenina ($\text{Chi}^2= 7,782$; $P < 0,100$). Para el caso de la población masculina, en cambio, sí se halló una relación significativa ($\text{Chi}^2= 20,585$; $P < 0,000$), es decir, que el considerar poco probable, ni poco ni muy probable y muy probable usar un método de protección, la habilidad de aserción sexual con experiencia en los adolescentes es más frecuente, lo que indica su relación con el hecho de ser poco capaz, ni muy capaz ni poco capaz o muy capaz al respecto.

En cuanto a la variable aserción sexual sin experiencia, al cruzarla con el tipo de colegio, no se encontró relación significativa para el caso de la población femenina ($\text{Chi}^2= 2,224$; $P < 0,329$). En el caso de los hombres sí se halló una relación entre estas variables ($\text{Chi}^2= 19,622$; $P < 0,000$). Entonces para los adolescentes del género masculino que estudian en colegio público se evidencia, en forma mayoritaria, que estos no se sienten ni poco capaces ni muy capaces de iniciar, rechazar y negociar conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, mientras que aquellos que estudian en instituciones privadas se sienten más capaces de decidir si inician, rechazan y/o negocian conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En la intersección de esta variable con la edad categorizada, se halló que en la población femenina sí existe una relación ($\text{Chi}^2= 11,072$; $P < 0,026$). En concreto, las adolescentes que tienen entre 10 y 13 años de edad se sienten poco capaces, las que se encuentran entre los 14 y 16 años se sienten ni poco capaces ni muy capaces,

mientras que las de 17 a 19 años se sienten mayoritariamente más capaces de iniciar, rechazar y/o negociar conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Para el caso de los hombres, por su parte, no se encontró una relación significativa entre estas variables.

Cuando se analizó la variable toma de decisiones, se encontró una relación significativa para el caso de la población femenina ($\text{Chi}^2= 17,070$; $P < 0,002$) y de la población masculina ($\text{Chi}^2= 68,414$; $P < 0,000$). Esto permite inferir que cuando les resulta difícil tomar una decisión, se sienten poco capaces de iniciar, rechazar, y/o negociar una conducta sexual y reproductiva. En cambio, si no les resulta ni fácil ni difícil o les resulta muy fácil tomar una decisión, consecuentemente, se sentirán ni poco capaces ni muy capaces, o muy capaces de iniciar, rechazar y/o negociar una conducta sexual y reproductiva, aunque es importante precisar que el 34,5% de los hombres y un 34,2% de las mujeres tienen dificultades para tomar decisiones en torno al comportamiento sexual y reproductivo (Ver Tabla 4).

Con la variable intención que tienen los adolescentes para usar los métodos de protección, se encontró una relación significativa tanto en el grupo de los hombres ($\text{Chi}^2= 18,686$; $P < 0,001$) como en el de las mujeres ($\text{Chi}^2= 45,036$; $P < 0,000$). Entonces, se infiere que cuando es poco probable, ni poco probable ni muy probable o muy probable utilizar un método anticonceptivo por parte de los y las adolescentes en cuanto a la asertividad sexual, ambos grupos se sienten poco capaces, ni poco capaces ni muy capaces o muy capaces.

Al cruzar esta variable con la intención de los

adolescentes de realizar un comportamiento sexual y reproductivo, se encontró una relación significativa ($\chi^2 = 41,160$; $P < 0,000$), observándose que cuando hay poca intención de realizar un comportamiento sexual y reproductivo, la toma de decisiones también lo es. De igual forma ocurre cuando la intención no es ni poca ni mucha. Para el caso de la población femenina también se halló una relación entre las variables ($\chi^2 = 16,396$; $P < 0,003$).

La Tabla 5 registra la información referente al comportamiento sexual de los y las adolescentes y la Tabla 6, las prácticas sexuales de riesgo y comportamientos de protección con respecto al uso del condón, los anticonceptivos orales (AO) y los de emergencia (AE).

Tabla 5.
Comportamiento sexual de los y las adolescentes

		Femenino		Masculino	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Has tenido	Si	205	77,1	247	85,2
Novio	No	44	16,5	29	10
Has tenido relaciones sexuales	Si	50	18,8	120	41,4
	No	198	74,4	170	58,6
Experiencia sexual					
Novio/Novia	No	221	83,1	207	71,4
	Si	45	16,9	83	28,6
Amigo/Amiga	No	258	97	219	75,5
	Si	8	3	71	24,5
Edad cuando se tuvo la primera relación sexual	11	2	0,8	3	1
	12	3	1,1	17	5,9
	13	7	2,6	17	5,9
	14	13	4,9	22	7,6
	15	12	4,5	15	5,2
	16	6	2,3	10	3,1
	17	14	1,5	3	1

Tabla 6.
Prácticas sexuales de riesgo y comportamientos de protección

		Prácticas Sexuales			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Has tenido	Si	205	77,1	247	85,2
Coito Anal	Si	4	4,1	29	10
	No	255	95,9	261	90
Coito Interrumpido	Si	18	6,8	28	9,7
	No	248	93,2	262	90,3
Coito Vaginal	Si	37	13,9	66	22,8
	No	229	86,1	224	77,2
Sexo Oral	Si	20	7,5	58	20
	No	246	92,5	232	80
Uso de Métodos de Protección					
Uso del Condón	Bajo	30	11,3	56	19,3
	Alto	18	6,8	56	19,3
Anticonceptivo Oral	Bajo	30	13,9	57	19,7
	Alto	17	6,4	46	15,9
Anticonceptivo Emergencia	Bajo	29	10,9	62	21,4
	Alto	16	6	39	13,4
Coito Interrumpido	Bajo	23	8,6	53	18,3
	Alto	23	8,6	49	16,9

DISCUSIÓN

En un primer momento, vale mencionar que el objetivo general de esta investigación fue describir el comportamiento sexual y reproductivo en los y las adolescentes escolarizados entre los 10 y 19 años de edad, de acuerdo con sus actitudes, creencias, intención, conocimientos, habilidades de aserción y toma de decisiones.

Al revisar la variable conocimiento, se encontró que la mayoría de los y las adolescentes manifiestan tener un conocimiento regular, es decir ni mucho ni poco, sobre salud sexual y reproductiva (Ver Tabla 2). Esto puede asociarse al comportamiento sexual y reproductivo de

algunos adolescentes que hicieron parte de este estudio.

En investigaciones recientes quedó demostrado que el condón es el método de protección más ampliamente utilizado entre jóvenes latinos y españoles, con un 95% de reporte de uso al momento de tener relaciones sexuales (Bermúdez, Castro, Madrid & Buena-Casal, 2010, citados por Peralta, *et al.*, 2010). A pesar de esta cifra, en un estudio realizado en México por González, Rojas, Hernández, & Olaiz (2005), se encontró una brecha muy significativa entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, lo cual constata que es muy frecuente la no utilización de estos en la iniciación de la vida sexual.

Esto último se contrastó con algunas investigaciones que informan sobre el uso del condón en los adolescentes que debutan en la vida sexual. El 60% usó el condón en respuesta a una propuesta explícita por parte de su pareja de usarlo. Por lo tanto, los investigadores citados centraron su propuesta de intervención en un entrenamiento dirigido principalmente a enseñar a los jóvenes para que lleven a cabo una negociación exitosa con su pareja respecto al uso del condón (Gómez, Bello, Palacio & Mosquera, 2009; Moreno *et al.*, 2008; Peralta *et al.*, 2010; Profamilia, 2007).

En muchos países, los anticonceptivos orales son el método más popular para regular la fertilidad. En el caso de América Latina, se considera que aproximadamente 8.3 millones de mujeres son usuarias de anticonceptivos orales, aunque según el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) en la región existen 116 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales solo

12 millones se protegen con anticoncepción hormonal, siendo la mayoría de estratos urbanos medio y alto (Monterrosa, 2009).

Según esta misma institución, el consumo de anticonceptivos orales en los países latinoamericanos se discrimina así: Uruguay (21.8%), Chile (19%), Brasil (15.7%), Venezuela (15.3%), Argentina (12.7%), Colombia (8.6%), México (4.1%) y, en último lugar, Bolivia (0.8%). Los anteriores datos dan cuenta de la necesidad de realizar intervenciones con el fin de diseñar estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover los comportamientos saludables.

Tal como lo han demostrado diversas investigaciones, una de ellas realizada por Mosquera y Mateus (2003) con la fundación FES y la maestría en epidemiología de la Universidad del Valle, a pesar de los esfuerzos por informar a los adolescentes y jóvenes acerca de los métodos de planificación familiar y los medios de prevenir las ITS, VIH/Sida y los embarazos no deseados, estos siguen desinformados y asumen conductas de riesgo (Altamar, Bello, Palacio, & Mosquera, 2009; Gómez *et al.*, 2009; Mateus & Mosquera, 2003; Moreno *et al.*, 2008; Peralta *et al.*, 2010).

Entonces, la evidencia sugiere que en tanto haya un mayor nivel educacional de la población, en especial la adolescente, y la mujer se inserta en el mundo laboral, se incrementa el uso de los anticonceptivos.

Por otro lado, al identificar los diferentes comportamiento sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, se ha encontrado que efectivamente hay un inicio

temprano de la actividad sexual, y que ese inicio se relaciona esencialmente con el hecho de tener una relación romántica con el novio/novia, amiga/amigo noviazgo, enamorado/enamorada, vecino/vecina y, en menor medida, con una pareja casual (Ceballos & Arias, 2006; Ceballos & Arias, 2007; Ceballos & Campo-Arias, 2005; Guttmacher Institute, 2010; Kostrzewa, 2008; Lozano Treviño, Fuentes Zurita, Carranza Aguilar & Ponce Rosas, 2002; Sundby, 2006; Vargas & Barrera, 2002; Vinnaccia *et al.*, 2007).

En cuanto a las prácticas sexuales, se identificó el coito vaginal como la más frecuente, seguido del sexo oral y el coito anal. También es importante mencionar que un 9,7% de los hombres y un 6,8% de las mujeres han realizado un comportamiento relacionado con el coito interrumpido como un método de protección. No obstante, el uso del condón es más frecuente, tanto en la población masculina como femenina, seguido de las pastillas orales y, en un menor grado, los anticonceptivos de emergencia y la abstinencia.

A pesar de todo, se puede observar claramente que, en su mayoría, los y las adolescentes que han tenido una experiencia sexual no usan un método de protección. Esto se puede contrastar con una investigación realizada en 40 países de África, Asia y América Latina, en la que se afirma que el número de personas que han iniciado una vida sexual en el matrimonio o fuera de este oscila actualmente entre los 15 y 19 años de edad. En cuanto a los métodos anticonceptivos, la misma investigación advierte que las mujeres deben aprender a usarlos antes del comienzo de la actividad sexual para prevenir los embarazos no deseados; además se añade

que el uso de estos métodos ha incrementado en las mujeres adultas pero en las adolescentes aún sigue siendo muy inconsistente (Blanc, Tsui, Croft & Trevitt, 2009).

Al considerar la percepción que tienen los y las adolescentes en torno al conocimiento e información sobre la sexualidad, tal como se observa en la Tabla 3, 187 mujeres y 181 hombres adolescentes la perciben como una relación íntima entre dos personas; 135 del género femenino la perciben como sexo al igual que 107 del grupo masculino. Y en lo referente a la sexualidad como expresión de amor de una pareja, se puede decir que un 55,5% de las mujeres y un 56,8% de los hombres tienen esta percepción, contrastando esto con una investigación hecha en Lima con adolescentes acerca de las dimensiones del embarazo en jóvenes. Allí se encontró que una de las razones mencionadas en el discurso relacionado con el inicio de la vida sexual es la “prueba de amor”, que está mediada por la ilusión de un sentimiento efímero y pasajero que comúnmente se confunde con el verdadero amor en los adolescentes (Arias & Aramburú, 2004, citado por Peralta, 2010); aunque en otro estudio realizado con adolescentes españoles, se señala como el principal motivo para iniciar la actividad sexual al deseo y luego el enamoramiento (Mesa, Barella & Cobeña, 2004, citado por Peralta *et al.*, 2010).

Ciertamente, la aserción/asertividad sexual es definida como la capacidad de iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, por ejemplo el uso de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff *et al.*, 1997), es decir, que constituye un componente central en la sexualidad

humana, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual, como el deseo y la satisfacción sexual, así como con menores niveles y frecuencia de victimización y coerción sexual (Santos & Sierra, 2010) y con la ausencia de conductas sexuales de riesgo. Los principales modelos teóricos de prácticas sexuales de riesgo asumen la importancia que juega este constructo en el asunto (Fisher & Fisher, 1992, citado por Santos & Sierra, 2010).

La aserción/asertividad sexual de los y las adolescentes se describió partiendo del hecho de si han tenido experiencias o no en torno a las relaciones sexuales. Ante esto, se observó que la mayoría de los hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales se sienten poco capaces de iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de los métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Santos-Iglesias & Sierra, en prensa; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008, citado por Santos & Sierra, 2010). En cambio, tanto los hombres como las mujeres que no han tenido relaciones sexuales, tal como se observa en la Tabla 1, presentan una asertividad neutra, es decir, ni poco capaz ni muy capaz. Ello sugiere que estos últimos tienen una mayor capacidad de iniciar o rechazar una actividad sexual, así como la de negociar las conductas sexuales deseadas, como por ejemplo, el uso de los métodos contraceptivos (condón, uso de pastillas orales y de emergencia).

Esto coincide con lo observado en algunas investigaciones, según las cuales, la asertividad funciona como un factor de protección ante conductas sexuales

de riesgo (Hardeman *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1989; Kelly *et al.*, 1994; Sikkema *et al.*, 1995, citado por Santos & Sierra, 2010). En otras investigaciones, algunos autores relacionan el uso más del condón con el hecho de que la persona se siente muy capaz de iniciar, rechazar y/o negociar algún comportamiento sexual (Baele *et al.*, 2001; Bay-Cheng & Zucker, 2007; Crowell, 2004; Morokoff, 2009; Wingood & DiClemente, 1998a, citados por Santos & Sierra, 2010). Aunque hay otros que la relacionan más con la intención del uso del mismo y las actitudes positivas hacia su uso (Treffke *et al.*, 1992; Zamboni *et al.*, 2000, citado por Honold, 2006; Santos & Sierra, 2010) y con mejores estrategias de influencia respecto al uso del preservativo (Noar *et al.*, 2002, citado por Santos & Sierra, 2010).

Cuando las personas se sienten poco capaces de iniciar, rechazar y/o negociar un comportamiento sexual y reproductivo, también expresan dificultad con relación al uso de un método anticonceptivo (Rickert *et al.*, 2000; Snell & Wooldridge, 1998, citados por Santos & Sierra, 2010, Artz *et al.*, 2002; Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López & Agudelo, 2007, citados por Santos & Sierra, 2010); por tal razón, el uso de preservativos se asocia con historia de embarazo previo. Además, se ha señalado que su uso tiene que ver con un mayor número de parejas sexuales (Auslander *et al.*, 2007, citado por Santos & Sierra, 2010; Ceballos & Arias, 2007), es decir, que es más frecuente en el sexo casual y consecuentemente ante el riesgo de contagio de una ITS y el VIH (Somlai *et al.*, 1998; Dolcini & Catania, 2000; Klein & Knäuper, 2003, citado por Santos & Sierra, 2010). Teniendo en cuenta otros cruces de variables que se realizaron en este punto,

se puede observar que el sentirse poco capaces es menor en las mujeres que tienen encuentros ocasionales que en aquellas que tienen una pareja estable.

Ahora bien, durante las diversas etapas de la vida, el ser humano se encuentra frente a diversas situaciones que implican tomar una decisión. La frecuencia e importancia de esta varía enormemente de acuerdo con la edad y las responsabilidades de las personas (Rodríguez & Serralde, 1991). Además, esto es un proceso que implica, en primera medida, partir del punto en el que comienza una deliberación y seguir hasta tomar la decisión, pero también incluye el periodo que sigue a la decisión (Grados, 2006; Mann, 1980). Entonces, una decisión tiende a tomarse en presencia de un conflicto y/o una tensión, a causa de las incertidumbres sobre las ventajas y desventajas relativas de las alternativas, y ante la consideración de que una elección errónea puede tener desagradables consecuencias duraderas.

Para el caso de esta investigación, se encontró que en cuanto a la toma de decisiones, a un 34,5% de los hombres y al 34, 2% de las mujeres les resulta difícil tomarlas en lo referente al comportamiento sexual y reproductivo, aunque para algunos de los adolescentes se notó, con un 35,2%, que no les resulta ni fácil ni difícil. Esto conduce a pensar que las mujeres tienen mayor dificultad para comparar y elegir entre alternativas de resultados, es decir, que son más permisivas frente al otro, en este caso a su pareja u otra persona significativa, al momento de tomar una decisión en torno a un comportamiento sexual y reproductivo en específico. Es importante, por tanto, que los y las adolescentes desarro-

llen esta habilidad, puesto que viven una etapa en la que se enfrentan a la responsabilidad de tomar decisiones que tienen consecuencias importantes para su salud y la de sus parejas (Vargas *et al.*, 2007; Weisman, *et al.*, 1991). Entonces, desde la esfera sexual, los adolescentes deben decidir si tienen o no una relación romántica, una relación sexual, si usan o no métodos de protección, si desean embarazarse o no; es decir, tomar un control sobre su vida.

Esto estaría relacionado con lo que afirman autores como Gambará y González (2004, citado por Vargas, Henao y Gonzáles, 2007), quienes dicen que los adolescentes entre los 12 y 14 años son menos hábiles que los adolescentes mayores y adultos al momento de generar posibles opciones de elección, mirar las situaciones desde varias perspectivas, anticipar las consecuencias de las decisiones y evaluar la credibilidad de fuentes de información. Las personas de esta edad son más vulnerables al riesgo y a seguir a terceros, mientras que los adolescentes mayores de 14 años se tienen dificultades para considerar las consecuencias a largo plazo, para tomar en cuenta los intereses de la otra persona y para ejercer un autodomínio/autocontrol sobre la situación (Vargas *et al.*, 2007).

Pasando al tema de la intención, esta se entiende en general como la motivación requerida para ejecutar una conducta en particular (Armitage & Conner, 2001). Y, como se observa en los resultados anteriormente descritos, tanto en la población femenina como en la masculina hay una distribución equitativa de las frecuencias de la intención, es decir, que no se marca una diferencia

significativa entre lo poco probable, lo ni poco probable ni muy probable, y lo muy probable al momento de ejecutar un determinado comportamiento sexual y reproductivo, enfocado principalmente en el uso de los métodos anticonceptivos.

Continuando con este tema, para la mayoría de los hombres es poco probable el uso de un método anticonceptivo. Frente a este hecho, algunos investigadores afirman que el mejor predictor del comportamiento es la intención de ejecutarlo (Ajzen, 1991; Flórez, 2007; Vargas, Barrera, Burgos & Daza, 2006). Esto significaría que para la población objeto de esta investigación tener una poca probabilidad de usar un método anticonceptivo, implica tener menores probabilidades de ejecutar un determinado comportamiento protector en torno a la salud sexual y reproductiva.

A partir de los resultados de la presente investigación, se observa, en síntesis, la necesidad de establecer una correlación entre las variables mencionadas anteriormente y la forma como estas influyen en la predicción del comportamiento sexual y reproductivo de los y las adolescentes, a fin de diseñar mejores estrategias que permitan impartir los conocimientos y potencializar las habilidades de aserción sexual y toma de decisiones. Conjuntamente, resultaría interesante profundizar en los conocimientos que los y las adolescentes tienen en torno a las infecciones de transmisión sexual, embarazo, comportamientos protectores y de riesgo, así como de los diferentes mitos, para contrastar si hay una influencia preponderante de alguno de estos puntos en lo referente a su comportamiento sexual y reproductivo.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). Theory Of Planned Behaviour. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179 -211.
- Altamar, N., Bello, A., Palacio, J., & Mosquera, M. (2009). *Actitud, Norma subjetiva y control percibido e intención hacia las prácticas de protección en adolescentes escolarizados de la ciudad de Barranquilla*. Tesis de investigación, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of theory of planned behavior. A meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*, 40, 471-480.
- Bello, A., & Palacio, J. (en prensa). *Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sexualidad Reproductiva Versión Femenina y Masculina (CSR F-M) en adolescentes escolarizados del Caribe colombiano*. Manuscrito presentado para publicación.
- Bello, A., & Palacio, J. (2010). *Presentación de una escala de actitudes y creencias en varones y mujeres adolescentes de 11 a 19 años en la región Caribe colombiana*. Manuscrito presentado para publicación.
- Blanc, A., Tsui, A., Croft, T., & Trevitt, J. (2009). Patterns and trends in Adolescent's contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 63 - 71.

- Ceballos, G., & Arias, A. (2006). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años. Santa Marta - Colombia. *Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 54(1).
- Ceballos, G., & Campo-Arias, A. (2005). Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. *Med UNAB*, 8 (2), 59-64.
- Ceballos, G., & Arias, A. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: una encuesta transversal. *Colombia Médica*, 38 (3), 185-190.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gómez, J., Bello, A., Palacio, J., & Mosquera, M. (2009). *Actitud, norma subjetiva, control percibido y la intención hacia las prácticas de protección para la prevención de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, en adolescente escolarizados de Ciénaga-Magdalena*. Tesis de maestría no publicada, Universidad del Norte, Barranquilla.
- González, C., Rojas, R., Hernández, M., & Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47 (3), 209-218.
- Grados, J. (2006). Toma de decisiones. Dinámicas de aprendizaje, autoconocimiento y comprensión. In Trillas (Ed.), *Toma de decisiones*. México: Trillas.
- Guttmacher Institute (2010). Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo. *International Planned Parenthood Federation* Recuperado el 20 de marzo de 2011 de <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-SP.pdf>
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Honold, J. (2006). Estudio de correlación entre satisfacción sexual y asertividad sexual. *Archivos Hispánicoamericanos de Sexología*, 17 (2), 199-216.
- Jiménez, E., Mosquera, M., & Obregón, R. (Abril, 2004). Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Reflexiones metodológicas desde la perspectiva de la comunicación para el cambio social. *Investigación y Desarrollo*, 12 No. 1, 78-107.
- Kostrzewa, K. (2008). The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud pública de México*, 50 (1), 10-16.
- Lozano-Treviño, L., Fuentes - Zurita, C., Carranza Aguilar, M., & Ponce - Rosas, R. (2002). Salud sexual y reproductiva en un grupo de adolescentes varones mexicanos: una investigación cualitativa. *Archivos en Medicina Familiar*, 4 (2), 67-70.

- Mann, L. (1980). La toma de decisión. In U. d. Harvard (Ed.), *Elementos de Psicología Social*. México: Limusa.
- Mateus, J. & Mosquera, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-Sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, 34 (4), 206-212.
- Monterrosa, A. (2009). Los nuevos anticonceptivos orales combinados de ultra baja dosis. from <http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia52201nuevos.htm>
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B. & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y salud*, 18(2) 207-225.
- Morokoff, P., Quina, K., Harlow, L., Whitmire, L., Grimley, D., Gibson, P., et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Woman: Development and Validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (4), 790-804.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1998). *Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva de adolescente y jóvenes*. Recuperado el 20 de marzo de 2010 de http://www.gfmer.ch/Guidelines/Guideline_OG.php?param1=Organizaci%F3n+Panamericana+de+la+Salud&fnct=selectParMotCle&langue=Espagnol&submit=Buscar¶m3=And
- Peralta, S. (2010). *Actitud, norma subjetiva, control percibido e intención hacia las prácticas de protección de embarazos no planeados, ITS, VIH en adolescentes escolarizados del municipio de Sincelejo*. Tesis de grado no publicada, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Peralta, S., Bello, A., Palacio, J. & Mosquera, M. (2010). *Actitud, norma subjetiva, control percibido e intención hacia las prácticas de protección de embarazos no planeados, ITS, VIH en adolescentes escolarizados del municipio de Sincelejo*. Tesis de grado no publicada, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Profamilia (2007). Vida con VIH/Sida. Tomado el 20 de diciembre de 2011 de <http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/cartillas/cartillas/06.pdf>
- Rodríguez, M. & Serralde, M. (1991). *Asertividad para negociar*. México: Trillas.
- Santos, P. & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 553-577.
- Santrock, J. & Espinosa, M. (2004). Sexualidad en la adolescencia. *Psicología del desarrollo en la Adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Social, P. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011 de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf.

- Sundby, J. (2006). Young people's sexual and reproductive health rights. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20(3), 355e-368.
- UNFPA (2010). *Situación de la Población-Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 10 de diciembre de 2011 de <http://www.unfpacolombia.org/menuSup.php?id=5>
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 011, 115-134.
- Vargas, E., Barrera, F., Burgos, M. & Daza, B. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica*, 5 (1), 69-84.
- Vargas, E., Henao, J. & Gonzáles, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1), 49-63.
- Vinaccia, S., Margarita, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M. & Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por Vih/Sida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25(1), 39-50.
- Weisman, C., Plichta, S., Nathanson, C., Chase, G., Ensminger, M. & Robinson, J. (1991). Adolescents women's contraceptive decision making. *Health and Social Behavior*, 32, 130-144.