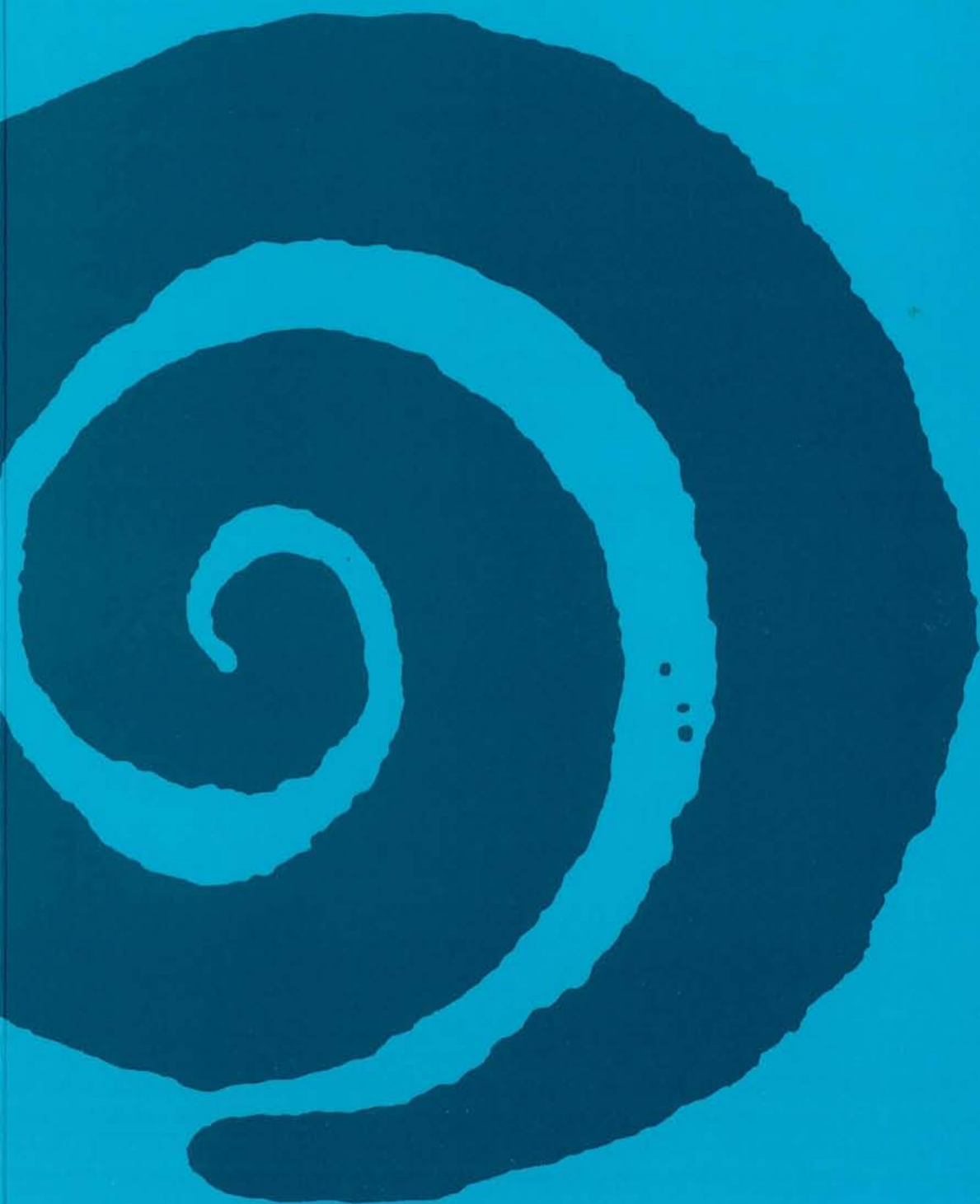


ESTUDIOS EMAKUNDE

RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Javier Gómez Zapiain



ESTUDIOS

RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Javier Gómez Zapiain

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología UPV-EHU

EMAKUNDE/Emakumearen
Euskal Erakundea
Instituto Vasco de la Mujer

TITULO:	“Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud”
EDITOR:	EMAKUNDE / Emakumearen Euskal Erakundea. Instituto Vasco de la Mujer. C/ Manuel Iradier, 36. 01005 - Vitoria-Gasteiz.
AUTOR:	Javier Gómez Zapiain.
FECHA:	Noviembre 1993
N.º EJEMPLARES:	1.000
DESCRIPTORES:	Embarazos no deseados, adolescentes, jóvenes, educación sexual, conducta sexual, anticonceptivos, actitudes.
DISEÑO GRAFICO:	Ana Badiola e Isabel Madinabeitia.
ISBN:	84-87595-22-7
DEPOSITO LEGAL:	BI-2359-93
IMPRIME:	Flash Composition, S.L. C/ Ercilla 11, 1.º dcha. Bilbao.

AURKEZPENA

Sexu-heziketak harreman asebate batera eramango duen sexualitatea erantzunkizunez bizitzen erabiltzeko jokabide positiboak bultzatu behar ditu. Eta halaber, arriskuei aurea hartu eta baliabideak hornitzerako garaian, sexu-bizitzan lehen pausoak ematen dituzten pertsonen jarrera aktiboa har dezaten ere lagundu behar du.

Eskola dugu heziketa eta prestakuntza arloko ekintzak bideratzeko gune egokia, hezkuntzaren maila guztietan harreman afektibo-sexualen esanahia eta bikoteak gai honetan duen erantzunkidetasuna bateratuko dituen heziketa bultzatuz. Eta bestalde, norbere gorputza ez ezagutzea eta norbere irudiarekin konforme ez egotea gainditzen lagunduz eta antisorgailuen erabilera egokia ezagutaraziz.

Gaztetxoan haurdunaldiei aurea hartzeko programa burutzea da, gazteei osasun-zerbitzuetarako sarbidea erraztearekin batera, Emakundek "Euskal Autonomi Elkarte Emakumeentzako Ekintza Positiboen Plangintzan, 1991-1994" jasotzen duen helburuetako bat. Gai honek aparteko garrantzia duela uste baitu Emakundek, neska-mutikoen garapen pertsonal osoan eragina duelako eta bizitza afektibo-sexualera seriozki eta zuhur eta gaitasun eta prestakuntza onez hurbiltzen laguntzen dielako.

Hori dela eta, interesgarritzat jotzen dugu honako azterlan hau argitaratzea, nahi gabeko haurdunaldiak benetan zergatik gertatzen diren eta arrisku horiei aurea hartzeko bideak hobeto ezagutzeko ez ezik, heziketa egoki baterako erabil daitekeen ikas-materiala osatzen laguntzen duelako ere.

PRESENTACIÓN

La educación sexual debe promover actitudes positivas hacia una sexualidad responsable que conduzcan a una relación plena, además de contribuir a adoptar una postura activa a la hora de prevenir riesgos y dotarse de recursos, por parte de las personas que se inician en la experiencia sexual.

En el ámbito escolar es donde se da la clave para una intervención educativa y formadora, promoviendo en los diferentes niveles una educación que integre al mismo tiempo el significado de las relaciones afectivo-sexuales y el de la corresponsabilidad de la pareja en el tema, además de ayudar a superar el desconocimiento del cuerpo, la insatisfacción con la propia imagen y mejorar el conocimiento sobre la correcta utilización de los métodos anticonceptivos.

El desarrollo de programas de prevención del embarazo adolescente, junto con la accesibilidad de las jóvenes a los servicios sanitarios, es uno de los objetivos que Emakunde recoge en el "Plan de Acción Positiva para las mujeres en la Comunidad Autónoma de Euskadi 1991-1994", por considerar un tema de especial importancia que afecta a los y las adolescentes en el desarrollo integral de su persona y, les ayude así, a acercarse a la vida afectivo-sexual de una forma seria, prudente, con una óptima disposición y formación.

Por esta razón, estimamos interesante la publicación del presente estudio como medio de ahondar en las razones reales de un embarazo no deseado, los cauces para prevenir estos riesgos, además de su contribución con material didáctico utilizable para una correcta educación sexual.

Txaro Arteaga Ansa
Directora de EMAKUNDE/
Instituto Vasco de la Mujer

SARRERA

Gazteen sexualitatearen eragozpenik handienetariko bat haurdunaldien arriskua da, baina horrek emakumeei eragiten die batez ere.

Azkenaldi honetan haurdun geratzen diren emakume gazteen proportzioa handia da, neurtzen zaila gertatu arren. Izan ere, kultura-arrazoiengatik horrelako gertaerak ezkutatzeko joera dago. Hala eta guztiz ere, ama gazteegien kopuruagatik edo adin horietako aborto-kopuruagatik antze-man daiteke. Lehenengo kasuan estatistiketan argi eta garbi isladatzen da, bigarrenean, ordea, ixil-gordean dituzte datuak, batez ere, emakume gazteen abortoak badira edo klinika pribatueta gauzatzen badira. Edonola ere, arazo nahikoa bada.

Gure ustetan, nahi gabeko haurdunaldian datza arazoa, irtenbidea edonolakoa izanda ere: amatasun goiztiarra ala abortoa. Zergatik gera daiteke pertsona bat haurdun edo eragin dezake haurdun geratzeko nahi gabe? Liburu honetan erantzunak ematen saiatzen gara.

Gehienetan ematen den erantzuna, erraza bezain ximplea, hauxe da: emakumeak, nahi gabe haurdun geratzen badira, informazio nahikorik ez dutelako izaten da, sexu-heziketa eskasa dago eta. Guztiarekin ere, eta horrelako erantzunak argi pixka bat ematen badu ere, nahi gabeko haurdunaldia azaltzen duten benetako arrazoietatik oso urrun dabilela esan dezakegu ziurtasunez.

Liburu honen lehenengo zatian, gai horri egindako ekarpen nagusiak aztertuko dira, ikuspuntu teoriko desberdinetatik hartuta. Bigarrenean, azterlan enpirikoa dakar, hezitzeko moduko zerbait aldagairi buruzkoa. Hirugarrenean, ikerketaren ondorioz osaturiko unitate didaktikoen sail bat eskaintzen da, sexu-heziketako programetan langai erabiltzeko modukoak.

Psikologiaren aldetik, arrisku-faktoreak loturik daude ezagutza-, samurtasun-, eta portaera-alderdiekin. Ekarpen-mota guztien artetik, lan honen muina sexualitatearekiko jarrera-alderdietan kokatu da gehienbat, nahi gabeko haurdunaldia izateko arrisku-faktore diren aldetik aztertuta.

Ardurarik handiena, haatik, prebentzioa da. Haurdun geratzeko izan daitezkeen arrazoi guztien artetik, hezi daitezkeenak hartu dira nagusiki kontutan, hots, benetako aldagaiak, alda daitezkeen faktoreak. Ikerketaren emaitzek, beraz, ekintza-proposamen izan behar dute, haurdunaldi-arriskuarekin loturiko aldagaiak dituzten egoerei behar bezala aurre egiteko.

Lan honen zati enpirikoan aztertu diren aldagaiak hauexek izan dira: emakumearen sexualitatearekiko jarrera, samurtasun eta hunkipen zentzumenak azpimarratzen dira atal horretan; kostu eta irabazien balioespena, arriskurik gabeko portaerak hartzean eragina duten ezagutza-edukiak aztertzen dira; auto-eraginkortasuna, portaera antisorkaria eta sexualaren aldetik, nahi gabeko haurdunaldiekiko arriskugarri gerta daitezkeen egoera erotikoei aurre egiteko norberak dituen baliabideak kontutan hartuz; ezaguera-maila, sexualitateaz eta portaera antisorkariari buruz. Guzti horiek sexu-jokabidearekin eta antisorgailuekiko jokabidearekin loturik.

INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades más importantes en la sexualidad juvenil es el riesgo de embarazo, que evidentemente afecta sobre todo a las mujeres.

La proporción de mujeres jóvenes que se quedan embarazadas sin desearlo en los últimos tiempos es considerable, aunque difícil de evaluar. La dificultad estriba en que, por motivos culturales, esta realidad tiende a ocultarse. No obstante, se expresa por el índice de madres excesivamente jóvenes o por el número de abortos, en estas edades. En el primer caso las estadísticas lo reflejan claramente, sin embargo en el segundo caso la estadística de los abortos, sobre todo de las mujeres más jóvenes y de las intervenciones que se realizan en las clínicas privadas, generalmente se escamotean. En cualquier caso la proporción del problema es considerable.

A nuestro modo de ver el problema radica en el embarazo no deseado, sea cual sea su resolución, bien la maternidad temprana, bien el aborto. ¿Por qué una persona puede quedarse embarazada, o provocar un embarazo sin desearlo? En este libro tratamos de acercarnos a las posibles respuestas.

Una respuesta fácil y reduccionista está siendo la siguiente: Las mujeres se quedan embarazadas porque no tienen suficiente información, porque no hay educación sexual. Estamos en disposición de poder afirmar que, aunque esta respuesta tenga algún sentido, está muy lejos de explicar las causas del embarazo no deseado.

En la primera parte de este libro se expone una revisión de las principales aportaciones a este campo desde diferentes marcos teóricos. En la segunda se aporta un estudio empírico sobre determinadas variables consideradas como educables. En la tercera se aporta una serie de unidades didácticas, resultado de la investigación, que pueden ser integradas en programas de educación sexual.

En síntesis los factores de riesgo, desde un punto de vista psicológico, están relacionados con aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales. Dentro de las distintas aportaciones, este trabajo se ha centrado más en la influencia de los aspectos actitudinales hacia la sexualidad, como factor de riesgo de embarazo no deseado.

Sin embargo, la principal preocupación se sitúa en la prevención. Es decir, de todas las variables que pueden intervenir en el riesgo de embarazo, se han destacado aquellas que puedan ser educables, es decir, aquellas que son susceptibles de ser modificadas. De este modo los resultados de la investigación deben convertirse en propuestas de intervención, que permitan prevenir aquellas situaciones donde aparecen las variables relacionadas con el riesgo de embarazo.

Las variables que han sido estudiadas en la parte empírica de este trabajo son: La actitud hacia la sexualidad; de ella se enfatizan los elementos más afectivo emocionales. La valoración de los costes y beneficios, cuya aportación consiste en poner de manifiesto los contenidos cognitivos que influyen en la adopción de comportamientos sin riesgo. La autoeficacia percibida aplicada al comportamiento sexual y contraceptivo que permite resaltar los recursos que uno tiene para afrontar situaciones eróticas potencialmente de riesgo respecto a embarazos no deseados. El nivel de conocimientos sobre sexualidad y contracepción. Todas ellas relacionadas con las variables comportamiento sexual y comportamiento contraceptivo.

INDICE

PRESENTACIÓN	V
INTRODUCCIÓN	VII-IX
1 ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL YO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA ADOLESCENCIA, RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y EL EMBARAZO	1
• El desarrollo de la identidad en la adolescencia y la juventud, según Erikson	3
• Evolución del comportamiento sexual en la adolescencia	6
• La sexualidad del adolescente en el contexto social	10
2 MODELOS QUE RELACIONAN COMPORTAMIENTO SEXUAL, CONTRACEPTIVO Y RIESGO DE EMBARAZO NO DESADO	13
• Modelo psicológico	15
• Modelo intrapersonal interactivo de la conducta contraceptiva	19
• Modelo de secuencia sexual de Byrne	24
• Modelo de la acción razonada de Fishbein y Azjen	26
• Modelo de creencias sobre la salud (Health Belief Model)	28
• Modelo ecológico y del desarrollo	33
3 OTROS MODELOS QUE INTERVIENEN EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y CONTRACEPTIVO	37
• El embarazo no deseado como consecuencia del conocimiento contraceptivo	39
• El End y las actitudes hacia la sexualidad	41
– Embarazo no deseado y sentimientos de culpa sexual	41
– La dimensión erotofobia - erotofilia	48
• La autoeficacia contraceptiva	53
• Factores subjetivos del End: Deseo de embarazo, deseo de hijo/a	57
4 ESTUDIO EMPÍRICO QUE RELACIONA LA ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD CON OTRAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL RIESGO DE EMBARAZO	63
5 UNIDADES DIDÁCTICAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS	81
6 BIBLIOGRAFÍA	105

**ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL YO
Y LAS RELACIONES
INTERPERSONALES EN LA
ADOLESCENCIA, RELACIONADAS
CON EL COMPORTAMIENTO
SEXUAL Y EL EMBARAZO**

INTRODUCCIÓN

En este capítulo no pretendemos hacer un estudio exhaustivo sobre la adolescencia, sino tan sólo esbozar un marco teórico que sirva de soporte y de referencia del momento, desde un punto de vista evolutivo, en que se produce el núcleo de nuestro trabajo: El embarazo no deseado.

Desde nuestro punto de vista, son dos grandes factores los relacionados con la sexualidad.

En primer lugar la evolución biofisiológica, cuya programación activará el “despertador” hormonal responsable de la maduración física de los púberes. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los cuerpos de niñas y niños se convierten en cuerpos adultos jóvenes en un corto espacio de tiempo.

Es aquí cuando aparece con inusitada intensidad el deseo sexual, el erotismo puberal (Money, 1982; Czyba y col., 1978). En nuestra cultura, teniendo en cuenta que pertenecemos al grupo de las sexofóbicas (Beach y Ford, 1978), este evento apenas es tenido en cuenta. En los manuales sobre la adolescencia en general sólo se habla de la descripción de la aparición de los tan manidos caracteres sexuales secundarios. Sin embargo, la programación biofisiológica hace aparecer en este momento del desarrollo una fuerza, pulsión, deseo sexual, drive, etc., (desde las distintas terminologías), de considerable intensidad, que se manifestará en fantasías, comportamientos autoeróticos y comportamientos heteroeróticos, finalmente, que requerirá una integración psicológica y una contextualización psicosocial (López, F. 1986, 1989).

En segundo lugar, la evolución psicológica que determinará los soportes psicológicos desde los cuales integrar armónicamente el deseo sexual y abordar la posibilidad de compartir, por lo menos en parte, el deseo sexual. Una identidad estable hace posible el acceso a la intimidad y ésta es necesaria para satisfacer necesidades afectivas y sexuales. Por ello nos parece interesante esbozar el camino que los y las adolescentes deben recorrer hacia la adquisición de su propia identidad. La maduración de ésta nos parece fundamental en la adaptación de las personas y por tanto en la calidad de relaciones interpersonales, que son las vías para cubrir las necesidades afectivas y sexuales. Para ello nos apoyaremos en la teoría de Erikson sobre la identidad.

EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD, SEGÚN ERIKSON

Erikson propone una teoría del desarrollo basada en la existencia de un serie de estadios que cubren el conjunto de la vida y que comprende una tarea central expresada bajo forma de conflicto entre dos extremos. La naturaleza de esta tarea está determinada, por una parte por los cambios biológicos como la pubertad y por otra parte, por la evolución de exigencias sociales del entorno. Erikson supone que la adolescencia y el comienzo de la edad adulta están dominadas por estas dos cuestiones. Cada una de las ocho etapas de la vida, tal y como él propone, contribuye a la formación progresiva de la identidad personal. Erikson cree que la identidad se desarrolla a lo largo de toda la vida llegando a ser cada vez más compleja e integrada. Sin embargo, en el adolescente la pregunta “¿Quién soy yo?”, es primordial. El adolescente tiene ya desarrollado el sentido de sí mismo. Sin embargo esta concepción de sí es puesta en cuestión a causa de transformaciones sexuales en la pubertad y de nuevas capacidades intelectuales y físicas que caracterizan

esta época. Las exigencias sociales que provienen de los padres/madres, de la escuela, de la sociedad en general, evolucionan considerablemente. Se espera mayor autonomía y mayor sentido de responsabilidad personal por parte del adolescente. Estos cambios físicos, intelectuales y sociales suscitan en el adolescente una crisis de identidad. Para resolverla, el/la adolescente debe desarrollar tres aspectos de su nueva identidad:

- Una Identidad sexual, que no debe ser confundida con la Identidad de género, adquirida mucho antes, que exige a la vez, una buena concepción de su rol sexual y una cierta comprensión de su propia sexualidad.
- Una Identidad vocacional, es decir, una cierta concepción de lo que él o ella considera que quiere ser como un adulto/a.
- Una Identidad ideológica, que revela un sistema de creencias, de valores y de ideas. El/la adolescente debe, pues, en cierto sentido, imaginar el papel que él o ella tendrá que jugar en la edad adulta.

Si el/la adolescente no llega a definir un rol apropiado, si no se llega a concebir un sistema de vida, permanecerá en un estadio que Erikson llama de “Dispersión de roles” o de “Difusión de la Identidad”.

La mayor parte de las investigaciones actuales sobre la crisis de la identidad están basadas en la descripción de los estatus de identidad propuesto por James Marcia (1966, 1980). Marcia ha desarrollado un modelo a partir de la teoría de Erikson que supone, como este último, que hay dos elementos clave en el desarrollo de la identidad: El/la cuestionamiento y el compromiso. Las elecciones anteriores y los valores antiguos se ponen en cuestión antes de que la persona opte por nuevas decisiones. Esto puede hacerse bruscamente, como la noción clásica de crisis, o gradualmente. El resultado de esta revaluación consiste en una forma de compromiso entre un rol específico y una ideología particular. Según Marcia existen cuatro estatus en la evolución de la identidad:

- Identidad realizada. Es el resultado de una toma de decisión. La persona ha conocido un período de conflictos y ha asumido compromisos personales.
- Moratoria. Este estatus se caracteriza por el conflicto sin toma de decisión. La persona está comprometida en la crisis, pero no toma decisiones, no hace elecciones.
- Forclusión. Es lo opuesto a la moratoria. El/la adolescente no ha conocido crisis ni período de cuestionamiento, pero ha tomado decisiones y compromisos; simplemente ha asumido los valores de sus padres/madres sin cuestionar los valores personales.
- Difusión de identidad. Se caracteriza por la ausencia de compromiso. Lo más frecuente es que el/la adolescente no haya conocido un período crítico de puesta en cuestión; cuando ha conocido una crisis no ha tomado ningún compromiso, si la difusión expresa, bien un estadio precoz de formación de la identidad, bien un fracaso de la misma al término de la adolescencia.

CUADRO 1.1. Cuestionamiento y Compromiso en la crisis de Identidad según J. Marcia (1966, 1980)

CUESTIONAMIENTO		
COMPROMISO	Elevado	Débil
Elevado	IDENTIDAD REALIZADA	FORCLUSION
Débil	MORATORIA	DIFUSION

Fuente: Bee, h.l., Mitchell,S.K.. Le développement humain. ERPI, Quebec, 1986.

Una vez que la identidad está constituida, el joven adulto o la joven adulta deberá encararse a nuevas exigencias sociales: Comprometerse en una vida en pareja y, eventualmente, en el futuro, tener hijos/as. Según Erikson, esta situación crea nuevos retos para el individuo. En esta época de lazos muy fuertes contraidos ya con los padres y madres y a continuación con los pares, se trata de comprometerse en relaciones íntimas nuevas, estables y duraderas. Para Erikson, la llave de la verdadera intimidad es la apertura total, la capacidad parcial de abandonarse al sentimiento de ser separado del otro y la voluntad de crear una nueva relación dominada por la idea de “nosotros” antes que por la de “yo”. Esta forma de relación íntima exige claramente un vínculo al otro/a, pero esta forma de vínculo se establece después de que cada una de las personas implicadas hayan conseguido su autonomía y su identidad. Esta relación exige la intimidad sexual pero comprende también la intimidad afectiva y mental. El joven o la joven que no alcance completamente el estadio de formación de la identidad no está, a veces, en situación de entablar una relación íntima, pues no puede considerar el hecho de abandonarse totalmente. En tanto que él/ella no tenga presencia de ser él/ella, no podrá comprometerse en una relación de pareja. La incapacidad de establecer relaciones íntimas puede conducir a la persona a replegarse en una forma de aislamiento social.

En resumen podríamos decir que durante la adolescencia y al comienzo de la edad adulta el concepto de sí evoluciona según dos direcciones sistemáticas. El contenido del concepto de sí se vuelve más abstracto y complejo mientras que, al mismo tiempo, el concepto de sí se reorganiza caracterizándose por una nueva orientación en los planos sexual, profesional e ideológico. El primer cambio se desarrolla a lo largo del acceso al pensamiento formal, mientras que el segundo es más tardío, aparece al final de la adolescencia, al comienzo de los veinte.

Existen, sin embargo, algunas diferencias individuales en el establecimiento de la identidad. Como es de suponer en él intervienen otras características de la personalidad. Los y las adolescentes y jóvenes adultos/as que han desarrollado su identidad o estén en el estadio de moratoria, son más autónomos/as, obtienen mejores resultados escolares y poseen una mejor autoestima que sus iguales que se hayan en los estatus de forclusión o de difusión (Marcia, 1980).

Los resultados de la investigación de La Voie (1976) son también reveladores en este sentido. Evalúa, el primer estadio de Erikson, la confianza básica, opuesta a la desconfianza. La Voie obtiene que los/las adolescentes que han alcanzado el estatus de identidad realizada, tienen mayor confianza básica. Sin embargo, La Voie no aporta ningún dato sobre la posible causalidad entre la resolución de los primeros estadios del desarrollo y la formación de la identidad en la adolescencia.

Josselson, Greenberger y McConochie (1977), compararon chicos y chicas de 16 años maduros con un grupo de los dos sexos, de la misma edad e inmaduros. No utilizaron las categorías de Marcia, pero comprobaron que los/las adolescentes más maduros/as son quienes poseen una identidad más firme. Entre los chicos, los menos maduros, estaban claramente interesados por “el aquí y el ahora”. Manifestaban pocos proyectos de futuro, sus comportamientos estaban sobre todo dictados por las ideas de los adultos/as. Su autoestima dependía de la amistad que les aportaban sus amigos/as.

Por el contrario los más maduros estaban claramente orientados hacia el futuro. Tenían un plan de vida personal. Su autoestima provenía de sus propias realizaciones, antes que de lo que los otros pensaban de ellos. Eran más capaces de introspección e intentaban comprender las motivaciones de otras personas. Un descubrimiento interesante es que los chicos más populares pertenecían al grupo de los menos maduros, mientras que los más maduros tenían que hacer esfuerzos para ser aceptados por los otros y formar parte de un grupo.

Del lado de las chicas, Josselson y col. constataron que las consideradas como más maduras en el plano emocional, eran las que mejores resultados obtenían en términos de popularidad y liderazgo. Eran más capaces de introspección y “sabían adónde iban”. Sin embargo sus perspectivas de futuro estaban más centradas en sus proyectos personales, antes que en intereses profesionales. Estaban más preocupadas en saber “quiénes eran ellas”, antes que cuestionarse qué harían en el futuro, muchas de ellas, sin embargo, tenían planeado estudiar una carrera y encarar una profesión, además del matrimonio.

El grupo de chicas menos maduras se parecía al de las chicas maduras en varios aspectos. Los dos grupos estaban comprometidos en actividades escolares, tenían amigos/as y salían con chicos. Las diferencias, según Josselson y col., aparecían en los valores. En el universo de las menos maduras sobresalían dos dimensiones: Tener placer y poseer cosas. En tanto que grupo, estas chicas aparecían como abiertas, a menudo populares y buscadas por las demás, pero, de hecho poseían una identidad difusa en términos de Marcia.

EVOLUCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

T

al y como decíamos al principio de este punto, después de la pubertad aparece nítidamente el deseo sexual. El/la adolescente descubre el erotismo como una

fuerza que le lleva a la búsqueda de placer, de satisfacciones sexuales. Esta renovada dimensión plantea la necesidad de ser regulada por la propia persona, sin embargo el contexto, tanto desde el punto de vista familiar, escolar, como social, ha sido, es, particularmente adverso. Como la mayoría de los investigadores afirman, la negación de la sexualidad, como estrategia fundamental, es la herencia de la tradición judeo-cristiana en nuestra cultura, que interfiere el desarrollo psicosexual, sobre todo a las personas más vulnerables (Foucault, M., 1976).

La sexualidad media en el desarrollo y a la vez es mediatizada por él, a niveles biofisiológicos, afectivos, cognitivos y comportamentales (López, F., 1986). Por ello, como Félix López indica en su aproximación al concepto de sexualidad, la integración es un concepto clave. El desarrollo intrauterino, los comienzos mismos de la socialización a través de la vinculación afectiva, la génesis y el desarrollo de la identidad sexual y el rol de género, el desarrollo de la moral sexual, los modelos, la historia de los comportamientos sexuales, de nuevo la biofisiología ahora en la pubertad, el medio social portador de la moral sexual dominante, etc., constituyen diversos niveles que el adolescente y la adolecente deberán de integrar.

Así, el/la adolescente llega al comienzo de la adolescencia con un bagaje importante para abordar esta nueva etapa que debe de conducirle a una sexualidad madura y rica que, como sabemos, es un factor esencial de lo que se ha dado en llamar Salud Integral (O.M.S., 1975).

El bagaje al que hacíamos referencia, constituye firmes soportes, buenos puntos de referencia, en el mejor de los casos, pero también auténticos lastres para muchos.

A continuación esbozaremos sucintamente los principales aspectos del comportamiento sexual.

LA MASTURBACIÓN

Este término comúnmente utilizado tiene connotaciones generalmente negativas sobre todo en determinadas gene-

raciones. Nos resulta más exacto utilizar el término Autoerotismo, contrapuesto a Heteroerotismo. Tiene sentido evolutivo. En un primer momento el erotismo es dirigido hacia uno mismo, para progresivamente, a través de fantasías y de las primeras aproximaciones, ir dirigiéndolo hacia otras personas, hasta alcanzar la plena capacidad de poder compartir la sexualidad. Efectivamente, Money y Herdhart (1978) encontraron en sus investigaciones fantasías sexuales en momentos prepuberales. Probablemente las primeras manifestaciones del erotismo puberal se produzcan a través de las fantasías sexuales, basadas en correlatos biofisiológicos y psicológicos, evocadas por estímulos externos. El autoerotismo, como el mismo concepto indica, consiste en dirigir el erotismo hacia uno mismo. Se constituye en el primer comportamiento sexual consciente y voluntario (a diferencia de las masturbaciones infantiles), aunque pueda ser vivido de manera mejor o peor integrada.

Los sentimientos de culpa asociados al comportamiento autoerótico van a tener gran importancia a lo largo del desarrollo psicosexual, dependiendo de la intensidad y de la vulnerabilidad de cada persona.

Encontramos en la bibliografía sobre este tema numerosas investigaciones que hacen referencia al autoerotismo. Trataremos de sintetizar los aspectos más relevantes.

En general la mayoría de los investigadores aceptan que la masturbación puede servir como un camino importante para la expresión sexual durante la adolescencia. Además de hacer posible una salida viable para las tensiones sexuales, el autoerotismo es una buena manera de aprender sobre el propio cuerpo y su potencial sexual. Los/las adolescentes pueden experimentar diferentes formas de obtener placer mientras aumentan así sus conocimientos. Esta información puede ayudar sin duda de cara al heteroerotismo, es decir, al comportamiento sexual compartido. De hecho muchos terapeutas sexuales creen que las personas que no se masturban, pueden estar omitiendo un elemento importante para su desarrollo sexual. Existe evidencia de que un número importante de las personas adultas que consultan dificultades sexuales, han tenido una pobre experiencia autoerótica en la adolescencia. Esto es mucho más evidente en las mujeres.

Existen diferencias entre sexos y entre generaciones. Es de todos conocido, sobre todo desde los informes Kinsey, que la proporción de chicos que se masturban es mucho más elevada que la de las chicas. Sin embargo, la actitud de la mujer hacia el autoerotismo va modificándose en el sentido siguiente: Hunt (1974) y Sorenson (1973) encontraron que prácticamente todos los chicos y dos de cada tres chicas se habían masturbado al final de la adolescencia. Kolodny (1980) en una investigación similar encontró que eran tres de cada cuatro las chicas que se masturbaban al final de la adolescencia.

PETTING

El Petting es el término anglosajón que hace referencia a “intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él,

pudiendo incluir el orgasmo”.

Desde un punto de vista evolutivo, el petting constituye las primeras experiencias heteroeróticas. Probablemente es el tipo de comportamiento sexual compartido más utilizado durante la adolescencia. Los datos de la multitud de investigaciones sobre el comportamiento sexual de los/las jóvenes, varían bastante según los lugares, los muestreos y el rigor de los trabajos en general. Podemos afirmar que existen una gran variabilidad individual entre la intensidad y la duración de esta situación del petting. Algunas parejas pasan muy rápidamente de los primeros escarceos amorosos a la actividad coital directamente, mientras que otras pasan incluso años en un progresivo aumento de la intimidad e intensidad de la experiencia sexual.

El petting puede ser una buena forma de progresión sexual en la adolescencia que permita además de la gratificación sexual propiamente dicha, el lugar de expresión de la afectividad, en términos de cariño, ternura, etc. Sin embargo, la situación de petting en muchos casos está amenazada por la presión del joven que trata por todos los medios de responder al papel que parece que se le ha asignado que incluye el “culminar el acto”. La cultura ambiental, los medios de comunicación, películas, seriales, etc., emiten constantemente ese mensaje. El mensaje se ha modificado levemente pero el contenido es el mismo. En la época del “Macho Ibérico”, los “muy machos” eran los que se “las tiraban”, si se me permite la expresión, hoy son los “triunfadores” los que lo hacen. En el mundo de la mujer y relacionado con su propio estereotipo, el cambio de valoración de la virginidad de “valor” a “antivalor” debe de ser tenido en cuenta. Así los estereotipos sexuales se convierten en factor de riesgo de embarazo no deseado.

A pesar de todo, a través del petting los/las adolescentes comienzan a aprender, dentro del contexto de la relación interpersonal, sobre sus propias respuestas sexuales y las de sus parejas. Pueden así desarrollar un gran repertorio de comportamientos sexuales placenteros sin riesgos de embarazos.

EL COMPORTAMIENTO COITAL

Respecto al comportamiento sexual coital existe una gran variabilidad en los datos. Sin embargo, la mayoría de las

investigaciones indican que la edad de las primeras relaciones coitales está disminuyendo y que las proporciones tanto de chicas como de chicos adolescentes con experiencia sexual coital aumentan.

Los datos de Kinsey en 1953, revelaban que la mitad de las mujeres en su muestra habían experimentado el coito antes del matrimonio. La clase social determinada por el nivel educativo apenas influía en estos datos. Alrededor de la mitad de estas mujeres habían tenido coitos prematrimoniales con sólo una persona, generalmente con el hombre con el que luego se casaban. Kinsey descubrió que había habido un cambio importante respecto a los años 1920. De las mujeres de su muestra que se habían casado en torno a esta fecha tan sólo la cuarta parte habían tenido experiencias coitales prematrimoniales. Los datos de Kinsey de 1953, referidos a las mujeres se mantienen más o menos estables hasta la mitad de la década de los 1960 que es cuando se produjo un aumento significativo (Cannon y Long, 1971).

Como ya es típico en este tipo de estudios, ya en el informe Kinsey se recogía una mayor tasa de actividad coital prematrimonial entre los hombres jóvenes, habiendo tenido también mayor número de parejas diferentes. Aproximadamente tres de cada cuatro hombres afirmó haber tenido relaciones coitales.

A pesar de que los estudios contemporáneos no alcanzan la amplitud y el rigor de los datos de Kinsey, muestran la evidencia de un aumento significativo. El estudio de Sorenson sobre el comportamiento sexual adolescente, realizado en 1970, encontró que el 45% de las chicas dijeron haber tenido relaciones sexuales antes de los 19 años (Sorenson, 1973). Zelnik y Katner indicaron que el 55% de las chicas solteras de su muestra, estudio realizado en 1976, habían experimentado el coito antes de los 19 años. Este dato aumentó al 69% en su muestra de 1979 (Zelnick y Katner, 1976, 1979). En fin, las diferencias respecto a Kinsey vemos que son importantes.

Los datos que acabamos de ofrecer se refieren a estudios americanos sobre población americana y evidentemente no se pueden extrapolar a nuestro ámbito por muchas razones, y aunque genéricamente se nos puede englobar dentro de una misma cultura occidental, no se puede olvidar la historia de España de los últimos 50 años, la fuerte tradición católica, etc.

En nuestro contexto no podemos dejar de reseñar los datos, recientemente publicados, aportados por Félix López respecto a la evolución del comportamiento sexual coital entre estudiantes universitarios/as, en la última década. Comparando dos investigaciones similares efectuadas en los años 1977 y 1987 y respecto a los niveles de actividad sexual, la evolución es clara:

TABLA 1.1. Comparación de actividad sexual en jóvenes universitarios entre los años 1977 y 1987

	1977	1987
GRUPOS		
Poco o ningún contacto sexual	14,9%	9,3%
Experiencia limitada de act. sexual	21,5%	12,4%
Experiencia próxima al coito (Petting)	21,2%	22,4%
Coito con un partner	21,9%	28,9%
Coito con varios partners	20,6%	27,3%

Fuente: López, F. y Col. (1990). La sexualidad de los Universitarios/as un estudio comparativo (1977-1987).

El riesgo de embarazo, como mantendremos a lo largo de esta tesis, está en el coito mismo. Para evitarlo o bien se utiliza métodos contraceptivos eficaces o se mantienen relaciones sexuales no coitales. Por tanto, desde un punto de vista epidemiológico, la evolución del comportamiento sexual juvenil debe de reforzar la necesidad de potenciar el reconocimiento y los recursos necesarios que hagan compatibles una adecuada evolución de la sexualidad con la reducción al máximo de sus riesgos.

LA SEXUALIDAD DEL/A ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO SOCIAL



diferencia de otras culturas, en la nuestra el reconocimiento del estatus de adulto/a se dilata enormemente. La adolescencia es el período puente entre la

infancia y la adultez. Razones tanto de tipo biofisiológico, como psicológico, la justifican. Sin embargo, razones fundamentalmente culturales hacen que su extensión en el tiempo se abrevie o prolongue, en general por razones socioeconómicas. Los antropólogos aportan gran cantidad de estudios de diferentes culturas primitivas, en las que los/las adolescentes, habiendo culminado su desarrollo puberal, son conminados a realizar una serie de ritos de iniciación a partir de los cuales son reconocidos por su grupo, tribu, clan, etc., como adultos/as, sin ambivalencias con sus derechos y obligaciones.

En nuestra cultura observamos cambios intergeneracionales. Por ejemplo, a partir de nuestra historia más reciente, la adolescencia fue un período relativamente corto en la posguerra. La situación socioeconómica hizo que muchos de los/las adolescentes de ese momento tuvieran que acceder al mundo del trabajo prontamente. Este les proporcionaba independencia económica y por tanto el reconocimiento como adultos y adultas, en edades mucho más tempranas que en la actualidad. De hecho la media de edad de los matrimonios se anticipaba varios años respecto a la actualidad.

La evolución socioeconómica internacional explica cómo en la actualidad las dificultades en el mercado de trabajo repercuten especialmente en el mundo de los/las jóvenes. Se modifican los planes de estudios para prolongar la escolarización, se diseñan determinado tipo de estrategias pensadas para contener el mundo juvenil y retrasar lo más posible el brusco encontronazo con el mundo de los “instalados/as”. Así, insistimos, razones histórico-culturales hacen que en la actualidad, la adolescencia se prolongue hasta la difuminación de sus propios límites. Si adolescencia –haciendo un juego de palabras– se aproxima a adolecer, existen muchos/as jóvenes de la segunda mitad de la veintena que “adolecen” de los recursos necesarios para su propia autonomía.

Si bien esta situación es preocupante, nos parece particularmente grave la hipocresía que subyace a las actitudes de los adultos/as respecto a los/las adolescentes. Nos referimos a la ambivalencia que existe en la regulación de los comportamientos de los y las jóvenes en el contexto social. Cuando, por un lado, se reconoce que un/a adolescente-joven es responsable de sus actos con implicaciones incluso jurídico-penales a partir de los 18 años, por otro se le niega su capacidad y se le restringen los recursos necesarios para el ejercicio de sus responsabilidades. Esto, ocurre en nuestra cultura, es una situación arbitraria, no responde a necesidades evolutivas y no ocurre en otras culturas en las que el reconocimiento como adulto o adulta, o es total, o no existe.

Los aspectos sociológicos y, en realidad, toda la organización social de la vida humana de nuestra cultura, hacen que los cambios evolutivos de la pubertad-adolescencia, tengan hoy lugar en un contexto y en una organización social concreta que no ofrece verdaderas posibilidades de adaptación a los/las adolescentes y a los/las jóvenes. Por eso los/las adolescentes se encuentran hoy sin un verdadero sitio social y en contradicción con las pautas culturales dominantes. (López, F., 1987).

Si en algún ámbito lo hasta aquí expuesto es claro, es en el de la sexualidad. Suficientes estudios demuestran, que tanto la evolución biofisiológica, como la maduración psicológica, permitirían a la mayoría de los/las jóvenes acceder progresivamente a la experiencia sexual. Sin embargo, el contexto social al que pertenecemos está repleto de contradicciones. Recubre su posicionamiento ante la sexualidad juvenil de un manto de hipocresía, negando la evidencia, y en cualquier caso exigiendo responsabilidades sexuales al tiempo que impide el acceso a los recursos necesarios para el ejercicio de tal responsabilidad (Educación Sexual, Planificación Sexual).

En efecto, Félix López (1986, 1987, 1989) afirma que en el campo concreto de la sexualidad nos encontramos ante una situación grave e irresoluble si no tienen lugar cambios estructurales e ideológicos profundos en nuestra sociedad. Mantiene esta afirmación basándose en dos hechos muy importantes:

1. En el tránsito de la prohibición a la permisividad, paralelo a los cambios sociopolíticos, considerando nuestra historia reciente (Amezua, 1978), la permisividad ha creado una liberalización de las costumbres, que siendo positiva de modo genérico, ha permitido que la sexualidad se haya comercializado (en forma de películas, revistas, libros, etc.), de tal modo que esté siendo utilizada como reclamo (fundamentalmente en publicidad) y de tal manera, que se esté distorsionando el propio sentido de la sexualidad humana. En el caso de los/las jóvenes se podría decir que estarían siendo sobre-estimulados/as, dado que la sexualidad está siendo constantemente utilizada con fines comerciales.
2. Al mismo tiempo no existe un reconocimiento de la sexualidad juvenil. El comportamiento sexual de los/as jóvenes adquiere en esta sociedad un carácter prácticamente clandestino. La moral sexual dominante denota tal comportamiento como transgresivo. La falta de reconocimiento se manifiesta en la pertinaz negación de los recursos básicos necesarios para una integración positiva del sexo. Estos son: La educación sexual entendida como necesidad de información y espacio de elaboración de las implicaciones sexuales en la convivencia. La planificación sexual como asesoramiento en el uso de métodos que permitan discernir entre la sexualidad entendida como área de búsqueda de placer, desvinculación afectiva, de comunicación, etc., y como área de fecundidad que implica los criterios de maternidad-paternidad responsable.

Por tanto –y siguiendo con las aportaciones de Félix López– la adolescencia y primera juventud, en función de los dos puntos anteriores, se convierte en un grupo de riesgo en dos grandes sentidos:

- a) Por la posibilidad de tener experiencias inadecuadas sexual y relacionalmente. No es difícil que esto ocurra si tenemos en cuenta la ausencia de educación sexual, la “clandestinización” de los comportamientos sexuales, que normalmente obliga a la inadecuación de los lugares, tiempos y situaciones, la influencia negativa, desde nuestro punto de vista, de los estereotipos sexuales, respecto a la comunicación-interacción entre los sexos, la ansiedad de ejecución, los sentimientos de culpa, etc.
- b) Riesgos de embarazo no deseado y de ETS. Independientemente de factores de personalidad, de factores subjetivos de la propia dinámica afectivo-sexual, el contexto social respecto a la sexualidad, tal y como lo hemos descrito, se convierte en “factor de riesgo”.

Este último punto es el motivo central de esta tesis. En este momento queremos subrayar que precisamente el miedo al embarazo, es la principal y prácticamente la única preocupación de los adultos/as respecto a la sexualidad de las/os jóvenes. Se avalaría así la hipótesis de que la sexualidad sólo se aborda en la medida en que implique “peligros”, como los END, o el SIDA.

Así, el miedo al embarazo se tabuiza a sí mismo y por extensión tabuiza la sexualidad de los/las jóvenes, promoviendo reacciones represivas activas o por omisión, particularmente en la mujer. Estamos lejos de aceptar el embarazo no deseado como un riesgo real, desvelarlo y adecuar las medidas necesarias para evitarlo en un contexto de positividad, de erotofilia respecto a la sexualidad.

Por todo ello queremos encuadrar el conjunto de esta tesis, no en la prevención de embarazos no deseados, como un objetivo en sí mismo, sino dentro de un ámbito mucho más ambicioso que se refiere a la Salud Sexual y por extensión a la SALUD.

**MODELOS QUE RELACIONAN
COMPORTAMIENTO SEXUAL,
CONTRACEPTIVO Y RIESGO DE
EMBARAZO NO DESEADO**

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a desarrollar los principales modelos encontrados en la literatura, que explican la relación entre el comportamiento sexual y contraceptivo y, sus implicaciones en el riesgo de embarazo no deseado, desde diferentes marcos conceptuales.

MODELO PSICOLÓGICO

Las hipótesis de trabajo de muchas de las investigaciones sobre el comportamiento contraceptivo y el riesgo de embarazo no deseado, han girado en torno a la idea de que son motivaciones fundamentalmente intrapsíquicas las que intervienen. Podemos adelantar que los resultados obtenidos a partir de estas hipótesis no han sido buenos, han explicado más bien poco y en muchos casos han sido contradictorios. Veamos los principales.

VARIABLES DE PERSONALIDAD

Las investigaciones que podemos agrupar en este apartado tratan de explicar que son algunas variables de personalidad las que impiden aplicar con éxito los recursos que hacen posible evitar el embarazo no deseado (Mindick, Oskamp y Berger, 1977; Gerrard, 1977).

Lawrence (1973), utilizó el Inventario de Personalidad de Cattell (1970) y encontró que las mujeres que no se habían quedado nunca embarazadas se mostraban valientes, entusiastas y extrovertidas, mientras que las que abortaban, serias, tímidas e introvertidas. Kane, Lachenbruch, Lipton y Baran (1973) a partir del mismo Inventario de Personalidad, observaron que las mujeres que abortaban eran más impulsivas que las nunca embarazadas.

Hornick, Devlin, DoWney y Baynham (1985), de todos los factores que estudiaron, los de personalidad eran los que en menor medida discriminaban a las contraceptoras exitosas de las no exitosas. A pesar de ello el grupo no exitoso puntuaba en asertividad, valentía, testarudez y petición de atención, por debajo del grupo exitoso y del grupo normal de Cattell, significativamente.

Bibikian y Goldman (1971) y Beile (1971) han citado como factores que contribuyen al embarazo adolescente, las necesidades de dependencia y la baja tolerancia para la frustración. Meyerwitz y Malev (1973) identificaron varios factores predictores del embarazo en adolescentes, entre ellos destacan apatía y depresión.

Cooper (1978) afirma que la no utilización de anticonceptivos puede estar condicionada por la privación de relaciones sociales y familiares, causando sentimientos de abandono y depresión que pueden llevar a una reafirmación consciente o inconsciente de la propia feminidad, a través de la experimentación de la sexualidad y de un embarazo.

Freeman, Rickels, Huggins y García (1984) en su estudio no encontraron diferencias psicopatológicas entre las adolescentes embarazadas y nunca embarazadas.

Rasäenen (1985) aunque a nivel general, no observó diferencias en el estado mental entre adolescentes que tuvieron el niño/a y las que abortaron, se vio en ambos grupos un mínimo porcentaje de adolescentes que presentaban síntomas mentales de ansiedad, depresión, miedos y síntomas psicosomáticos. La autora concluye que no puede establecerse si estas adolescentes estaban de hecho trastornadas, o si se trataba de una fuerte crisis propia del desarrollo adolescente.

VARIABLES DE CORTE EMOCIONAL

Otro conjunto de estudios apoyan la idea de que el comportamiento contraceptivo en adolescentes, está mediatiza-

do por motivaciones intrapsíquicas relacionadas con las emociones. Esta línea de investigación la iniciaron por un lado Mosher (1966, 1968, 1971, 1973, 1979, 1985, 1988) con sus estudios sobre la culpa sexual y Fisher y Byrne (1977), Fisher y col. (1979). Estos autores mantienen que el uso contraceptivo eficaz tiene que ver con una orientación positiva hacia la sexualidad. Como nos resulta particularmente importante este planteamiento, lo desarrollamos extensamente en otro punto. Citamos a continuación investigaciones en esta misma línea.

Freeman (1977) halló que una buena expresión emocional junto a una imagen positiva hacia la sexualidad, correlacionaban positivamente con un uso adecuado de anticonceptivos antes y después del aborto.

Freeman, Rickels, Huggins y García (1984) en su estudio indicaron que los factores emocionales de sufrimiento no eran un predictor discriminante entre los grupos de adolescentes embarazadas que tenían el hijo/a, el grupo de las que abortaban y el de las nunca embarazadas.

Gerrard (1982), en su estudio ha confirmado la validez de la escala de Mosher de "Culpa Sexual", aunque otros estudios la han negado. Halló correlaciones negativas entre la culpa sexual, actividad sexual y uso contraceptivo. Mujeres sexualmente inactivas tenían niveles más altos de culpabilidad sexual que las activas. Las que usaban métodos seguros o efectivos tenían niveles más bajos de culpabilidad sexual que aquellas que no usaban ninguno o alguno inefectivo. En definitiva, las actitudes medidas en el Inventario de Culpabilidad Sexual de Mosher son predictores significativos del comportamiento sexual y contraceptivo.

Como ya analizaremos en otro punto, la culpa sexual tiende a inhibir el comportamiento contraceptivo, pero no tanto el comportamiento coital (Fox, 1977).

Algunos autores han demostrado que las personas con alta culpabilidad sexual dicen que limitan su participación sexual a formas de expresión menos íntimas (D'Augelli y Cross, 1975; Gerrard, 1980; Love, Sloan y Schmidt, 1976; Mosher y Cross, 1971).

LA AUTOESTIMA

Ha sido estudiada por algunos autores/as como variable predictora del riesgo de embarazo. La hipótesis en general

se plantea en el sentido de que las mujeres con un nivel de autoestima más bajo tendrán más riesgo de embarazo, definiendo ésta como baja fuerza del Yo.

Meyerwitz y Malev (1973), identificaron esta variable como predictora de embarazo. Otros estudios han encontrado que la autoestima está correlacionada positivamente con el uso de anticonceptivos (Hornick, Doran y Crawford, 1979; Campbell y Barnlund, 1977).

Freeman, Rickels, Huggins y García en 1984 encontraron que a pesar de que la autoestima no resultó ser una variable discriminante de modo significativo, sí actuaba de diferenciadora entre los tres grupos estudiados. Los niveles más altos de autoestima pertenecían al grupo de nunca-embarazadas, seguidas de las que abortaban, mientras que los niveles más bajos los presentaron el grupo de adolescentes que tuvieron el niño/a.

Byrne (1983), no encontró apoyo estadístico entre autoestima y uso contraceptivo. También afirma que es un pobre predictor del conocimiento contraceptivo.

EL AUTOCONCEPTO

También ha sido estudiado en este mismo sentido. La hipótesis general respecto a esta variable es que habría dife-

rencias significativas entre las mujeres nunca embarazadas y las embarazadas. Por tanto, el autoconcepto será una variable predictora.

Patten (1981), Thomson (1984) y Zongker (1977) aplicando la Escala de Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965) a adolescentes embarazadas y no embarazadas hallaron diferencias en los niveles de autoconcepto, siendo el nivel de las embarazadas más bajo.

Horn y Rudolph (1987), aplicando la Escala de Autoconcepto de Tennessee, vieron que los niveles de autoconcepto de un grupo de adolescentes embarazadas eran más bajos que las medias de la población total.

Elkes y Crocito (1987), encuentran también niveles de autoconcepto más bajos en adolescentes embarazadas.

VARIABLES DE CORTE COGNITIVO

En la revisión de la literatura hemos encontrado un grupo muy importante de investigaciones que colocan todo el

interés en la valoración de elementos cognitivos que expliquen el comportamiento sexual y contraceptivo. Dada la importancia de este grupo, lo analizamos específicamente en otro apartado. No obstante, citaremos aquí algunas de ellas en tanto que variables también psicológicas.

Algunas investigaciones intentan explicar el comportamiento contraceptivo eficaz como resultado de un proceso racional de toma de decisión, en el cual los costes de la anticoncepción están sopesados con los beneficios de la misma (Lucker, 1975).

Kastner (1984) de los numerosos factores que investigó, uno de los más significativos fue el de los costes y beneficios de la anticoncepción. Llegó a la conclusión de que una percepción de altos beneficios y bajos costes, no implica un inicio más temprano de las relaciones sexuales, pero sí va a predecir un uso más eficaz de anticonceptivos.

Sin embargo, otros estudios encontraron que el comportamiento contraceptivo implica además

un proceso de pensamiento irracional. Bedger (1980) encontró, en un grupo de adolescentes embarazadas que estaban asociadas con el comportamiento anticonceptivo no exitoso, que tenían actitudes negativas y creencias irracionales sobre contracepción.

Gerrard (1982) explica estas actitudes negativas hacia la anticoncepción como resultado de la “*mala prensa*” que se ha hecho de los métodos fiables, como los anovulatorios y el diu.

Gerrard, McCann y Fortini (1983), estudiaron actitudes y creencias sobre contracepción en un grupo de adolescentes sexualmente activas. En esta investigación se confirmó la hipótesis de que las actitudes negativas y creencias irracionales correlacionan con un uso ineficaz de la contracepción. Además, las contraceptoras no eficaces tendían a atribuir el éxito para evitar el embarazo a su creencia de tener una baja probabilidad de embarazo. Estos mismos autores encuentran en datos no sistematizados, pero sacados de entrevistas individuales, que los contraceptores ineficaces tenían mayor número de falsas cogniciones que los contraceptores eficaces. Ideas como... “a mi madre le costó mucho tenerme a mí, por eso a mí me costará quedarme embarazada”. Estas ideas avalan la hipótesis de que las actitudes negativas sobre la contracepción están correlacionadas con el comportamiento de aceptar situaciones de riesgo.

En nuestra experiencia personal encontramos mujeres jóvenes que solicitaron información de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que decían no haber utilizado métodos para evitarlo, debido a creencias como “...la primera vez no pasa nada”, “...haciendo el amor de pie no es posible la fecundación”, “¡como si la gravedad fuese contraceptiva!”, “...sin orgasmo no es posible la contracepción”, etc.

Muchas investigaciones sobre la relación entre la probabilidad subjetiva de embarazo y el uso de anticonceptivos entre adolescentes, han indicado que aquellos/as quienes juzgan que sus probabilidades de embarazo son bajas usan menos anticonceptivos que los/las que creen que las probabilidades son altas (Fisher, Byrne y White, 1983; Tones y Philliber, 1983; Klein, 1983; Miller, 1976; Zelnick y Katner, 1979).

Namerow, Lawton y Philliber (1987), haciendo un estudio sobre probabilidades reales y percibidas de embarazo en adolescentes, llegaron a la conclusión de que el comportamiento anticonceptivo adolescente parece estar más en función de la probabilidad que la persona perciba que de la probabilidad real.

Freeman, Rickels, Huggins y García (1984), vieron que una de las variables que diferenciaban más significativamente al grupo de las embarazadas de las nunca embarazadas, fue las actitudes hacia el embarazo. El grupo de las nunca embarazadas presentaban actitudes más negativas hacia el embarazo, lo consideraban como un elemento que empeoraría sus vidas, mientras que el grupo de las embarazadas tendían a decir que no sabían cómo podía influir en sus vidas.

Eisen y Zellman (1986), partiendo de la base de que el nivel de información está relacionada con las actitudes y creencias de una persona hacia el embarazo y la anticoncepción, intentaron hallar una correlación entre variables. A través del cuestionario HBM (Health Belief Model), concluyeron que la seriedad y susceptibilidad percibida del embarazo eran predictores del conocimiento sexual total. Las barreras ideológicas y estructurales eran predictores del nivel de conocimientos. Sin embargo, los beneficios de la anticoncepción no eran predictores del conocimiento sexual total, ya que las personas que percibían pocos beneficios sabían más sobre métodos anticonceptivos y mitos relacionados con el embarazo. En este mismo sentido son importantes las aportaciones de Condelli (1986), desarrolladas en el capítulo 3.

LOCUS DE CONTROL Y OBJETIVO EN LA VIDA

Estas dos variables fueron ya identificadas como factores predictores del embarazo no deseado por Meyerwitz y

Malev (1973). Numerosos estudios han encontrado que mujeres que abortaban y embarazadas tienen un Locus de Control externo en la interacción y en el uso contraceptivo (Brow, 1977; Miller, 1976); Kane y Lachenbruch, 1973; Monsour y cols, 1973; Goldsmith y cols, 1971).

Steinlauf (1979) confirmó que entre mujeres que abortaban, menores de 21 años, era más frecuente encontrar un Locus de Control externo. Sin embargo, Walters y Walters (1987), encontraron que una situación de control externo y una carencia de objetivos en la vida no eran por sí mismos ni predictores ni diferenciadores entre adolescentes alguna vez embarazadas y las nunca embarazadas. Gerrard, McCann y Fortini (1983), hallaron que los contraceptores eficaces tendían a atribuir su éxito para evitar el embarazo a factores internos, por el contrario los contraceptores ineficaces lo atribuían a los factores externos.

ROLES SEXUALES

Hace tiempo se ha empezado a reconocer el efecto de las asignaciones del rol de género en la toma de decisión sobre

el uso de los métodos y en los comportamientos sexuales. A pesar de que se ha producido una mayor flexibilidad del doble estandar "Hombre-Mujer", y por tanto un aumento de la aceptación sexual de la mujer, los conflictos derivados de la socialización del rol sexual son suficientes para interferir en el uso contraceptivo y en la planificación (Adler, 1981). Goldsmith y cols., en el año 1971 ya apuntaron una serie de diferencias motivacionales y actitudinales entre mujeres que evitan el embarazo y aquellas que no lo hacen. En esta misma línea Reiss y cols. (1975) desarrollaron el concepto de liberalidad sexual y encontraron que las mujeres que buscaban activamente información sobre anticonceptivos tendían a aceptar su derecho a proteger su actividad sexual, mientras que aquellas más tradicionales eran menos tendentes a utilizar métodos anticonceptivos.

Fremman (1977), vió que las nunca embarazadas se describían a sí mismas como autocontroladas y asertivas, mientras que las que abortaban utilizaban normas más tradicionales de feminidad para definirse.

Cvetkovich y cols. (1978), en su estudio hallaron diferencias entre las jóvenes que tenían experiencia sexual y las que no la tenían. El grupo de mujeres no activas sexualmente tenían actitudes más estereotipadas sobre los roles.

MODELO INTRAPERSONAL INTERACTIVO DE LA CONDUCTA CONTRACEPTIVA

E

l modelo propuesto por DeLamater (1983) indica que la conducta anticonceptiva debe de entenderse como un proceso dinámico que se extiende desde

la no utilización hasta la utilización de los métodos más eficaces. El modelo se basa en aportaciones tanto de enfoques cognitivos (Luker, 1975, Reiss et al., 1975), como de enfoques interactivos-sexuales (Lindemann, 1974; Rains, 1971).

Este modelo propone que la "Frecuencia de Coito" es el hecho fundamental que desencadena la toma de decisión del uso contraceptivo. La "Frecuencia de coito" está relacionada con los "Estándares sexuales" y la "Intimidad de las relaciones sexuales". Una vez que las relaciones sexuales se llevan a cabo, la siguiente variable que interviene es la "Probabilidad Percibida de

Embarazo”, a la que le sigue la “Valoración Cognitiva” que se hace de la posibilidad de embarazo. Dependiendo de la valoración que se haga, positiva o negativa, se da paso a la siguiente variable que es la “Decisión de Uso”, o no uso, y por fin la “Elección del Método Anticonceptivo”. La experiencia de todos estos pasos revierte en un mecanismo de “feed-back” sobre cada una de las distintas variables y sobre todo el proceso. Existen innumerables investigaciones que avalan este modelo. Vamos a desarrollar ahora cada una de las variables.

FRECUENCIA DEL INTERCURSO

En la vida de cualquier persona, hay un momento en que aparece la primera experiencia coital. Este es un punto in-

teresantísimo para el investigador. ¿Qué es lo que ocurre para que tenga lugar esta experiencia? En condiciones normales, cabría esperar que los/las adolescentes fuesen integrando su propio desarrollo psicosexual y llegasen a este punto habiendo podido anticipar este acontecimiento con un mínimo de información teórica sobre lo que va a suceder y con conocimiento suficiente para poder discernir entre el placer, los afectos y la fecundidad, teniendo así una experiencia relativamente satisfactoria, dada la inexperiencia, y sobre todo sin correr el riesgo de un embarazo. Sin embargo, esto realmente no es así, por lo menos no es lo que indican las principales investigaciones. Parece que existe una clara independencia entre el comportamiento sexual y el comportamiento contraceptivo y, en el mejor de los casos, ambos confluyen a medida que aumenta la experiencia.

Lindemann (1974) afirma que la frecuencia de coito incrementa la conciencia personal respecto a la propia actividad sexual, el embarazo y los anticonceptivos. Para ella existen tres estadios distintos en la frecuencia coital:

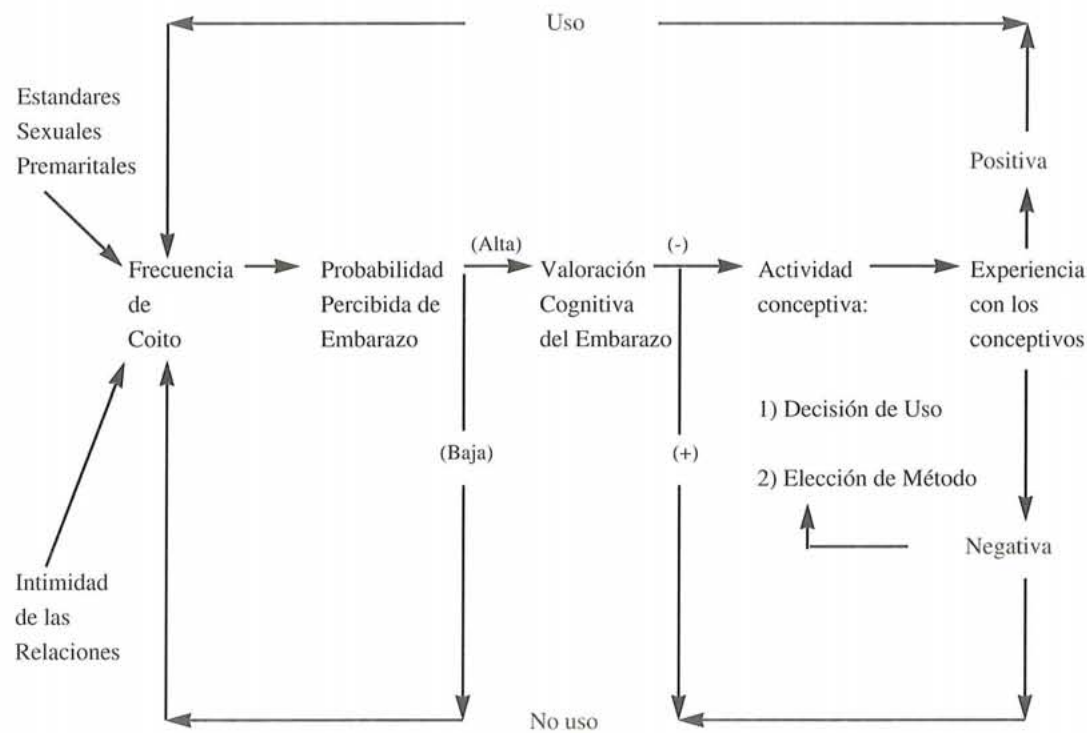
- Estado Natural. Se caracteriza porque el coito es infrecuente e impredecible y en el cual la mujer no cree que ocurrirá, o racionaliza que no va a ocurrir, siendo su conciencia del problema, por tanto, baja.
- Estado de Compañeros. Se caracteriza porque el coito ocurre con una frecuencia relativamente más alta que en el estado anterior y dentro de las relaciones informales, en las que la mujer dejará la responsabilidad de recabar la información sobre los métodos y la selección del método al compañero. Este es un nivel de conciencia moderada. Se utilizan métodos anticonceptivos que no precisan prescripción médica, como los preservativos, espermicidas, etc.
- Estado Experto. Se caracteriza por la ocurrencia muy frecuente del coito y alta conciencia, generándose una fuerte motivación para la obtención de métodos anticonceptivos altamente fiables y necesitados de prescripción médica, anovulatorios, diu, etc.

Desde nuestro punto de vista estos tres estadios aunque pueden ser orientativos, en ningún modo se pueden generalizar. Según este esquema, las mujeres que están en el primer estadio estarían en riesgo y las que están en el segundo posiblemente también. En cualquier caso, las personas que se quedan embarazadas o aquellas que están en una situación de alto riesgo, es decir que mantienen comportamientos coitales y no utilizan protección contraceptiva, pueden seguir los tres estadios respecto a la experiencia sexual, pero no necesariamente respecto a la experiencia contraceptiva.

ESTANDARES SEXUALES

Existe una relación directa entre la frecuencia de coito y los estandares sexuales. Los estandares sexuales se definen como las creencias que una persona tiene sobre la aceptación del comportamiento sexual antes del matrimonio. Es decir, la frecuencia de coito estará relacionada con el posicionamiento de una persona respecto a su propio comportamiento sexual. Algunos autores como Zelnik y Katner (1977) comprobaron que a medida que se iba adquiriendo mayor compromiso en la relación sexual, también iba aumentando la progresión del uso contraceptivo hacia métodos más eficaces. Reiss y col. (1975) sin embargo no encontraron relación entre estandares sexuales premaritales y uso de anticonceptivos; propusieron el concepto de “estilo de vida sexual” y sí encontraron mayor relación con este concepto. El estilo de vida sexual se compone de cinco puntos:

CUADRO 2.1. Modelo de Actividad Contraceptiva Premarital. (De la Mater, 1983)



1. Aprobación de opciones sexuales: Aceptación de que la mujer inicie la actividad sexual, aprobación del coito premarital y extramarital y aprobación del aborto.
2. Autoconfianza.
3. Adquisición temprana de información sexual.
4. Compromiso diádico.
5. Congruencia entre estandares sexuales y actividad sexual.

DelaMater y MacCorquodale (1978) corroboraron la afirmación de Reiss y encontraron posteriormente que los estándares sexuales eran un determinante fundamental de la ocurrencia y frecuencia del coito, pero no encontraron una correlación entre los estándares sexuales y el uso de contraceptivos.

INTIMIDAD DE LAS RELACIONES

Esta variable del modelo está relacionada con el grado de implicación y el estilo de relación de la pareja. Refleja el

grado de cualidad emocional de las relaciones heterosexuales. Como la variable anterior, ésta también tiene una relación directa con la frecuencia del coito. Hace referencia a la interacción de los afectos asociados al comportamiento sexual, como el enamoramiento, o como el estilo de vinculación afectiva, en el sentido de que la intuición de la pérdida del compañero/a podría inducir a la intimidad de la experiencia sexual coital. Aunque pueda haber correlación entre la intimidad de las relaciones y la frecuencia del coito, es muy probable que no exista entre ésta y el comportamiento contraceptivo. Trabajos como los de Rains (1971); Thompson y Spanier (1978); Reiss y col. (1975); DeLamater y MacCorquodale (1978) aportan datos de cómo el grado de implicación de la pareja, el grado de compromiso diádico, es decir el sentirse pareja estable con una idea bastante clara de compromiso a medio o largo plazo, tiene que ver con la frecuencia de coito.

En este Modelo Intrapersonal Interactivo, las variables “Estándares sexuales” e “Intimidad de relaciones”, por definición están directamente asociadas a la “Frecuencia de Coito”.

PROBABILIDAD PERCIBIDA DEL EMBARAZO

Esta variable es sin duda clave para entender la disociación, comportamiento contraceptivo - comportamiento sexual

(coital). Como mantenemos a lo largo de esta tesis, es precisa una clara discriminación entre la sexualidad entendida como búsqueda de placer asociada a diversos afectos y la sexualidad como dimensión de fecundidad. Tal discriminación debe hacer posible una conciencia nítida de la probabilidad de embarazo en relación al coito. Debe de explicitarse en el deseo de la mujer de no quedarse embarazada. Como apunta Becerra (1986) no hay muchas aportaciones en este sentido. Desde un punto de vista teórico cabe destacar el trabajo de Luker (1975), en el que defiende la hipótesis de que las mujeres tienden a considerar la posibilidad de embarazo en términos dicotómicos de todo o nada, dependiendo esta dicotomía de la propia experiencia, de las de su padres/madres y las de sus amigos/as.

Por lo tanto, en la medida en que se perciba como posibilidad real un posible embarazo, aumentará la probabilidad del uso contraceptivo.

VALORACIÓN COGNITIVA DEL EMBARAZO

Esta variable se caracteriza por la toma de decisión respecto al uso o no uso del método contraceptivo, pasando por cua-

tro estadios: Valoración de los costes y beneficios de la anticoncepción y de los costes y beneficios del embarazo (Luker, 1975). Este planteamiento también lo hacen los autores que han desa-

rollado el Health Belief Model, como modelo de predicción del comportamiento ante cualquier situación de salud, con fines de prevención y por tanto de educación sanitaria. Algunos autores han tratado de aplicar este modelo al comportamiento contraceptivo, basándose en la valoración que cada persona hace de la percepción de riesgo del embarazo en función de sus costes y beneficios, y de los costes y beneficios del uso contraceptivo (Condelli, 1986; Eisen, Zellman y Gail, 1986). Como la aplicación del Health Belief Model en el comportamiento contraceptivo lo desarrollamos en otro punto, aquí haremos una breve descripción de lo que los autores consideran costes y beneficios.

Luker (1975) cita como beneficios de la anticoncepción la evitación de respuestas socialmente negativas que pueden recaer sobre la persona en caso de embarazo y el mantenimiento y desarrollo de las constantes personales y psicosociales en todos los niveles, educativo, afectivo, etc., de ésta. Respecto a los costes de la anticoncepción se pueden señalar tres indicadores:

- Psicológicos: Todos los derivados de procesos internos al sujeto como ambivalencia moral y culpa sexual (ver capítulos correspondientes), de los cuales deviene el reconocimiento de la propia sexualidad que la contracepción conlleva.
- Estructurales: Precio de los métodos, ausencia de disponibilidad, actitudes restrictivas de médicos y profesionales respecto a los métodos contraceptivos, ausencia de servicios adecuados para los/las jóvenes, etc., que sin duda pueden mediatizar la toma de decisión.
- Biológicos: Percepción de posibles efectos secundarios de determinados métodos, como los anovulatorios, el diu, etc.

No siempre el embarazo tiene que ser valorado negativamente por una persona joven. Luker lo subraya y asegura que del embarazo se puede hacer una valoración positiva en la medida en que se percibe como beneficio psicológico. Así, la afirmación del rol femenino tradicional, la obtención de mayor atención hacia ella por parte de la pareja, el intento de retención de la misma a través del embarazo, la posibilidad de matrimonio, etc., explican el beneficio psicológico. En consecuencia, de la valoración de costes y beneficios que se haga de la contracepción y del embarazo mismo, dependerá la toma de decisión sobre el uso o no uso del método.

ACTIVIDAD CONTRACEPTIVA

Esta variable tiene dos partes: La decisión de usar anticonceptivos y la selección de un método concreto.

ARTICULACIÓN DE LAS VARIABLES

Como se aprecia en el Cuadro 2.1, las variables se relacionan de la siguiente manera: Los estándares sexuales y la

intimidad de la relación determinan la frecuencia del coito. La frecuencia del coito a su vez determina la probabilidad percibida de embarazo, si ésta es baja, la tendencia es directamente al no uso. Si es alta, es necesario hacer una valoración cognitiva del embarazo. Si la valoración es positiva, la tendencia será hacia el no uso o el uso defectuoso de los métodos, si la valoración es negativa determinará la actividad contraceptiva que a su vez implica la decisión de usar un método y de la elección del método en concreto. La actividad contraceptiva y las tomas de decisión

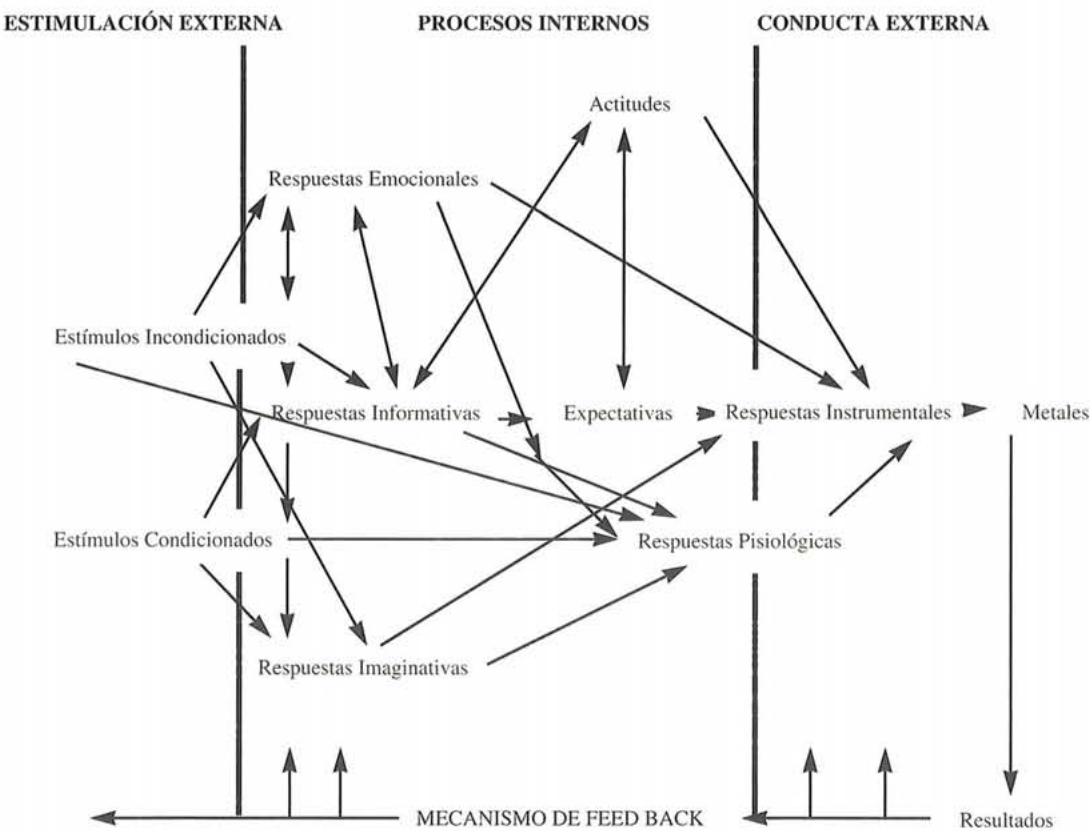
provocan la experiencia con los métodos. Si la experiencia es positiva, se mantiene y refuerza todo el modelo. Si la experiencia es negativa, es necesario retroceder al punto anterior de elección de otro método.

MODELO DE SECUENCIA SEXUAL DE BYRNE

Byrne ha propuesto a lo largo de distintas publicaciones un modelo teórico de conducta sexual (Byrne, D. 1977, 1983a, 1983b; Fisher, W.A. 1986), que trata de

delinear los determinantes de la conducta sexual humana. El modelo, como el propio Byrne indica, está basado en los conceptos de condicionamiento clásico y generalización de estímulos con la suma de principios que especifican cómo las discretas unidades de afecto positivo y negativo están combinadas para formar una respuesta actitudinal-bipolar. Según Byrne (1983a) la secuencia del comportamiento sexual se basa, en el supuesto de que comenzando en la más temprana infancia, la persona adquiere una serie de disposiciones de respuesta que mediarán en el efecto de la estimulación sexual en conducta sexual subyacente. La secuencia sería la siguiente:

CUADRO 2.2. Modelo de Secuencia Sexual. Byrne, 1983



Fuente: D Byrne (1983). Sex Without Contraception.
In D. Byrne Fisher (eds.), Adolescent. Sex and Contraception. New Jersey, Erlbaun, Hillsdale.

- En primer lugar, las respuestas afectivas se asocian con una variedad de cuestiones sexuales, y dichas respuestas son transformadas en conjuntos evaluativos actitudinales, relativamente estables.
- En segundo lugar, las respuestas informativas, creencias y expectativas que son importantes para la sexualidad se aprenden.
- En tercer lugar, la persona adquiere o genera respuestas fantaseadas, basadas en la imaginación, en las que los temas sexuales se van involucrando.

Para Byrne estas dimensiones de respuesta son parcialmente independientes aunque frecuentemente puedan obrar recíprocamente, además, y debido a que las disposiciones afectivas, informativas e imaginativas son entendidas como rasgos en términos de generalidad, persistencia y consistencia; en términos empíricos la medición de cada elemento teórico es importante para comprobar las implicaciones del modelo y presumiblemente para predecir el comportamiento sexual.

Tratando de conceptualizar la génesis de la dimensión Erotofobia-Erotofilia, Byrne se apoyó en el “Modelo del refuerzo de afecto de respuestas evaluativas”, deducido de las investigaciones sobre atracción interpersonal, formulación basada en principios de aprendizaje que enfatiza la importancia de las reacciones emocionales (Byrne, 1971; Byrne y Clore, 1970; Byrne y Lambert, 1971; Clore y Byrne, 1974; Griffit y Veitch, 1971). Este modelo propone que la atracción hacia la gente está basada en la presencia de afecto evocado y que tal afecto es elicitado por estímulos incondicionados, estímulos condicionados, y estímulos que caen en un gradiente de generalizaciones, reflejando grados de similitud con el estímulo condicionado (Byrne, 1983a).

En este modelo se insiste en la importancia de las respuestas evaluativas. Son éstas las que van a condicionar el comportamiento. El afecto, como indica el modelo, funciona de refuerzo de la respuesta evaluativa. Así, determinados estímulos elicitán determinados afectos que producen una respuesta evaluativa positiva o negativa. Por ejemplo, dentro de estos esquemas, una picadura de avispa elicitá un afecto, que reforzará la respuesta evaluativa negativa, en este caso, hacia la interacción con las avispas. Con una pastilla de chocolate ocurrirá lo contrario y la respuesta evaluativa será positiva respecto al chocolate. Sin embargo, como se sabe, hay situaciones estimulares en las que una misma situación elicitá afectos de signo contrario. Un animal para un niño puede ser atractivo y terrorífico al mismo tiempo. La resultante de una situación multiambiente, es decir, en la que se dan afectos de signo contrario, la evaluación de un estímulo dado es una función positiva lineal de la proporción sopesada de afecto positivo (Byrne, 1971; Byrne y Nelson, 1965; Byrne y Rhamey, 1965), es decir, cualquier estímulo que elicitá emociones positivas y negativas es evaluado según el número relativo y fuerza relativa de esa variedad de refuerzos emocionales (Byrne, 1983a). Por lo tanto, habrá resultantes positivas y negativas y así cualquier estímulo que elicité una emoción positiva es evaluado positivamente y provocará una actitud de acercamiento, mientras que cualquier estímulo que elicité una emoción negativa, será evaluado negativamente y provocará una predisposición a la evitación o al rechazo.

El aprendizaje asociativo puede hacer que las emociones y evaluaciones elicítadas por un estímulo determinado, sean condicionadas a otro estímulo que esté simplemente presente en ese momento (Watson y Raynor, 1920). El concepto de generalización explicará cómo se va desarrollando por similitud con el estímulo original, un gradiente de generalización a otras situaciones estimulares.

En el cuadro 2.2 podemos observar la descripción general del Modelo de Secuencia Sexual de Byrne. La parte de la izquierda corresponde a la “Estimulación Externa”, que incluye los estímu-

los incondicionados que son respuestas “innatas”, como la estimulación genital y –según el autor– los estímulos en principio neutros y que de forma aprendida, adquieren una valencia erótica de intensidad variable. El fetiche sería el ejemplo más extremo.

En la parte derecha encontramos la “Conducta Externa”. Las respuestas aquí representadas son las metas como la masturbación, las relaciones sexuales compartidas a determinados niveles: Petting, relaciones coitales, etc. Las respuestas instrumentales se refieren a actos preparatorios, como concertar una cita, diversas técnicas de seducción, utilización de anticonceptivos, etc. Los resultados de la experiencia son reabsorbidos por el modelo a través de mecanismos de feedback. Lo comentaremos más adelante, pero de cara a la educación sexual, un objetivo fundamental, es el de potenciar los elementos necesarios, para que los “resultados” sean positivos. Siendo así, todo el sistema se positiviza, por su carácter de retroalimentación.

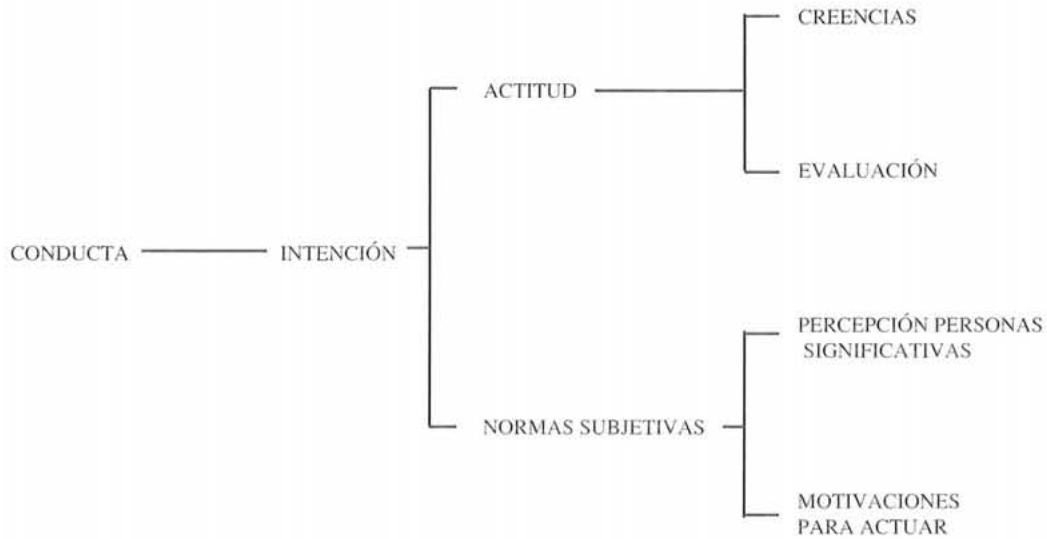
En el centro del cuadro aparecen los procesos internos que son variables iniciadoras y mediadoras de las conductas meta. Aquí se hallan las respuestas fisiológicas, las respuestas emocionales, las respuestas informativas, las respuestas evaluativas (actitudes) y las expectativas, tal y como han sido explicadas. Lo más interesante es cómo se relacionan entre ellas y la importancia que tiene la actitud. Todo lo que tenga que ver con la sexualidad en el sentido erótico va a ser evaluado conforme al propio posicionamiento actitudinal y va a ser percibido en función de esto mismo. Recordamos una mujer con dificultades sexuales –en este contexto tendríamos que decir que era muy erotofóbica– que cuando ella misma o su compañero, producían estimulación sexual, ella percibía las reacciones placenteras como malestar y “pinchazos”. Habíamos descartado, naturalmente, posibles causas orgánicas.

Por eso, la experiencia va a influir en las actitudes, y las actitudes, diríamos que de forma fundamental, van a mediar en el resto de las variables, tanto a nivel de información, como de fantasías, como de expectativas. Así, el posicionamiento actitudinal va a mediar en las respuestas instrumentales. Esto es de particular interés en nuestro trabajo, porque el riesgo va a depender de la resultante, es decir, de las respuestas instrumentales, sobre todo de aquellas que tienen que ver con el comportamiento coital y con el comportamiento contraceptivo.

MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA DE FISHBEIN Y AZJEN

En la Psicología actual uno de los problemas aún no resueltos, es la relación que existe entre las actitudes y el comportamiento. Si por actitud se entiende la predisposición que existe ante cualquier comportamiento, se debería pensar que aquella determinará éste y que se podría predecir comportamientos en función de las actitudes. Sin embargo, esto no ocurre así, o por lo menos las investigaciones en este campo no lo corroboran. El concepto de actitud es complejo en sí mismo. La actitud es una estructura compuesta por tres elementos: afecto, cognición y comportamiento (Pastor, G., 1978). La realidad es que generalmente no hay relación entre lo que uno piensa, lo que uno siente y lo que uno hace. Si esto fuera así el trabajo de los profesionales dedicados a la prevención sería mucho más sencillo.

CUADRO 2.3. Modelo de Intenciones de Fishbein y Ajzen



Fishbein y Ajzen han hecho aportaciones muy interesantes en este campo. Ellos afirman que en realidad la relación entre actitudes y comportamientos es muy alta. Las bajas correlaciones que generalmente se encuentran en estudios de este tipo son debidas a que los procedimientos de medición son poco sistemáticos e imprecisos, más que a la mediación de otras variables complejas (Becerra, 1986).

Otra aportación muy importante de estos mismos autores ha sido el denominado Modelo de Intenciones de Fishbein y Ajzen (1975). Este modelo se ha utilizado en el campo del comportamiento sexual y contraceptivo desde la mitad de la década de los setenta. Recogemos aquí el resumen de este modelo, adaptado al comportamiento contraceptivo propuesto por Allgeier (1983) y citado por Becerra (1986):

1. La conducta de una persona es función de su intención para llevar a cabo dicha conducta. Vamos a utilizar el mismo ejemplo propuesto por Becerra. El uso del diafragma y de la crema espermicida es función de la intención de la joven de usar ambas cosas siempre que se produzca el coito.
2. Las intenciones conductuales, a su vez, son una función de:
 - a) La actitud de una persona hacia una acción determinada. La intención de una chica de usar el diafragma y la crema espermicida de manera consistente está en función de su actitud positiva o negativa hacia el uso de esos métodos en concreto.
 - b) Las normas subjetivas, es decir, de las percepciones que esta chica tenga de lo que el medio social opine sobre el uso de métodos en general, a través de las personas significativas para ella.

Fishbein ha dividido las actitudes hacia la acción y las normas subjetivas, que son los determinantes de la intención y por tanto de la conducta, en componentes psicológicos susceptibles de cambio.

3. Las actitudes de una persona hacia una acción están en función de:
 - a) Sus creencias acerca de las consecuencias de ejecutar tal acción. Las actitudes de una chica a utilizar el diafragma y la crema espermicida, es una función de sus creencias acerca de las consecuencias de su uso. Ella podría creer que dichas consecuencias incluirían la prevención del embarazo, el humedecimiento vaginal y la percepción por parte del compañero de su predisposición al coito.
 - b) La evaluación de la persona de estas consecuencias. Todas las consecuencias del punto anterior podrían ser evaluadas positiva o negativamente, dependiendo de si la chica desea o no quedarse embarazada, ve la “lubricación adicional” de la vagina como algo sensual o sucio y si desea que su compañero le vea a ella como una mujer experimentada y responsable o como una mujer virgen e inexperta.
4. Finalmente las normas subjetivas de una persona están en función de:
 - a) Su percepción de lo que personas significativas piensan que debería hacerse en relación a la conducta. Es decir, la percepción que una chica tenga, de que su novio, sus padres/madres, sus amigas, desean que se proteja contra el embarazo usando el diafragma y los espermicidas.
 - b) Su motivación para actuar en función de dichos referentes, es decir, si ella quiere o no ajustarse a los deseos de su novio, padre/madre, amigas, etc.

MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (HEALTH BELIEF MODEL)

E

ste modelo ha sido utilizado en el contexto de la salud pública. Se basa fundamentalmente en la necesidad de que la población en general adopte hábitos ade-

cuados de salud que la prevengan de las enfermedades. Estos hábitos dependerán de la “susceptibilidad” que cada persona tenga de la enfermedad en cuestión, es decir, en qué medida se percibe que esa enfermedad pueda ser contraída por uno mismo. También dependerán de la valoración cognitiva que se haga de los “beneficios” obtenidos al adquirir dichos hábitos, así como de los “costes” percibidos de los mismos (Rosenstock, 1974).

Este modelo trata de explicar las paradojas que se encuentran respecto a los hábitos de salud. Así, muchas personas pueden tener hábitos considerados de riesgo, que les hace susceptibles de contraer finalmente una enfermedad determinada. Por ejemplo, el comer desequilibradamente es un hábito de riesgo respecto a problemas de salud. El adoptar conductas saludables dependerá de en qué medida una persona sea susceptible al riesgo de comer mal, y qué valoración hace de los beneficios de comer bien, tales como mantenimiento del peso, mayor vitalidad, mayor bienestar en general. También dependerá de la valoración que haga de los costes, como por ejemplo, las renuncias a determinados alimentos, la inclusión de otros más sanos pero menos apetitosos, etc. Es evidente que si realmente no se es susceptible a los riesgos, o la valoración de los costes es mucho mayor que la de los beneficios, se adoptarán hábitos paradójicos respecto a la salud. Por

eso los programas de educación sanitaria como base de la prevención, deben insistir en este modelo para modificar los hábitos de riesgo.

El modelo, por tanto, mantiene que la posibilidad de comportamientos activos para la salud depende de los “beneficios” percibidos de la acción y de las “amenazas” percibidas de la enfermedad. La amenaza está en función de la gravedad percibida de la enfermedad y de la susceptibilidad percibida hacia ella. Los beneficios percibidos están determinados por la estimación de los beneficios potenciales del comportamiento de salud para reducir la amenaza, versus las percepciones de los costes para comprometerse en la acción.

El HBM no asume que la elección de compromiso en la conducta de salud sea necesariamente un proceso plenamente consciente y articulado. Las elecciones pueden hacerse intuitivamente, basadas en sentimientos o pueden ser ampliamente conscientes y analíticas (Condelli, 1986).

Ha habido algunos autores que han aplicado este modelo al uso contraceptivo, considerando como cuestión principal el embarazo. La conducta saludable es la de utilizar métodos contraceptivos, salvo en el caso de que, por las razones que sean, se desee conscientemente el embarazo. Como ya hemos indicado, en las informaciones sobre interrupción de embarazos no deseados, solicitadas en los Centros de Planificación Familiar, nos encontramos con que el 80%, aproximadamente, teniendo comportamientos coitales, no utilizan métodos (Gómez Zapiain, 1989). He aquí la paradoja. Este comportamiento paradójico, según el HBM, se explicaría porque, o bien no se percibe claramente el riesgo del embarazo y por tanto no se es susceptible al mismo –en las entrevistas de consejo de aborto previas a la toma de decisión es muy frecuente que la interesada comente: “no pensaba que esto me pudiera pasar a mí”–, o bien depende de las diferentes valoraciones de costes y beneficios que se hagan para comprometerse con comportamientos saludables, en este caso, con la utilización de los métodos contraceptivos.

DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL MODELO

El modelo de creencias sobre la salud (HBM), se compone de los siguientes conceptos:

- **Susceptibilidad:** Es una valoración cognitiva de lo probable que una persona cree que sería para ella contraer una condición específica si no se tomaran medidas preventivas (Eisen y Zellman, 1986).
En los/las adolescentes se subestima a menudo la probabilidad de embarazo por muchas razones, entre ellas, la de tener dificultades para aceptarse a sí mismos como sexualmente activos.
- **Gravedad:** Representa una valoración cognitiva de la gravedad de las consecuencias que una persona sufrirá si contrae una condición amenazadora de la salud. Aunque se crea, que existe la tendencia a pensar, que un embarazo en edad temprana sería siempre algo grave, esto no ocurre necesariamente así entre las/los adolescentes. En muchos casos, correspondiendo a situaciones concretas, emocionales, familiares o psicosociales, un embarazo podría percibirse como todo lo contrario, es decir, como algo deseable, puesto que a partir de él, la persona interesada podría ver aumentado su estatus como adulta-madre, podría retener la vinculación afectiva con el compañero, podría provocar su emancipación, etc. Este proceso, por lo general, no tiene porqué ser consciente.
- **Costes:** Son las valoraciones cognitivas de los perjuicios que devendrían de la utilización de los métodos. Los costes provienen de distintos campos de análisis. En principio la valoración de los costes viene dada por los efectos de los métodos contraceptivos sobre la salud. En

nuestro entorno, por ejemplo, desde posiciones moralizantes correspondientes a la tradicional codificación del comportamiento sexual, se ha hablado de los anovulatorios como un medicamento peligroso con muchos efectos secundarios. Los/las jóvenes no disponen apenas de foros donde discutirlo y obtener datos objetivos de esta realidad. Otro nivel de análisis de los costes provienen de la percepción de los efectos psicosociales de la utilización de los métodos. Partiendo del hecho, reiteradamente expuesto en esta tesis, de que la sexualidad de los/las jóvenes es clandestina, la solicitud de asesoramiento sobre la utilización de los métodos supone una declaración pública de que se mantienen relaciones sexuales. Incluso algunos sectores de jóvenes, podrían considerar que utilizar métodos supone convertirse en una “mujer fácil”. Por costes también se deben de considerar las interferencias de la utilización de los métodos en el comportamiento sexual. Por ejemplo la pérdida de espontaneidad del coito con aquellos métodos coito dependientes como el preservativo, el diafragma, etc... (Reiss, Banwart y Forman, 1975).

Beneficios: Son las valoraciones que se hacen de las ventajas que se obtienen de la utilización de los métodos, fundamentalmente dadas por la liberación del miedo al embarazo, que permite una sexualidad más tranquila. Dado el desequilibrio de responsabilidad contraceptiva entre chicos y chicas, un beneficio para muchas mujeres viene dado por la tranquilidad de ser ellas las que controlan el riesgo al embarazo. También un beneficio percibido por otros sectores, es el reconocimiento social, mejor dicho, el reconocimiento de sus grupos de referencia respecto a la madurez y el prestigio que puede suponer la utilización de los métodos.

INVESTIGACIONES EN COMPORTAMIENTO CONTRACEPTIVO UTILIZANDO EL MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (HBM)

Hemos recogido aquí dos investigaciones recientes, publicadas ambas en 1986, son la de Eisen y Zellman (1986) y la de Condelli (1986).

Condelli en su investigación propone las siguientes predicciones:

- a) La efectividad percibida de medidas preventivas estará en relación con el uso contraceptivo.
- b) La elección debería estar influenciada por las variables “amenazantes”: Susceptibilidad percibida de una mujer y su actitud hacia el embarazo no deseado.
- c) La elección estará influenciada por los “costes” percibidos de la anticoncepción.
- d) Las “normas subjetivas” se relacionan con la elección del método. Se refieren al apoyo percibido de los “otros importantes”.

Antes de hablar de resultados de estas investigaciones, conviene desarrollar el punto d) de las predicciones de Condelli.

Se trata del concepto de “normas subjetivas”. Se apoya en los trabajos de Cohen y col. (1978), Smetana y Adler (1980).

Ambos encontraron que las variables de “normas subjetivas” fueron más predictoras de la intención comportamental que los factores actitudinales. En el caso de la contracepción, el apoyo del novio y el de los “otros importantes” deben tenerse muy en cuenta (Condelli, 1986; Kastner, 1984).

Condelli propone que aunque no sea la “norma subjetiva”, el apoyo subjetivo, un componente del Modelo de Creencias sobre la Salud, debería de incluirse. La influencia de la norma subjetiva

se ha estudiado en otros temas y también se demuestra su influencia en la toma de decisión. Los modelos que incluyen tal factor, como el modelo de Fishbein y Ajzen (1975), parece que ofrecen un mayor potencial predictivo. En su investigación demuestran que este apoyo subjetivo de los “otros importantes”, novio, amigo/a, cuadrilla, etc. (no llega a precisar quienes son los “otros importantes”), es un predictor muy a tener en cuenta. El apoyo subjetivo en la elección del método fue el predictor más poderoso.

ALGUNOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CONTEXTO DEL HBM

Condelli en su investigación obtiene la confirmación de las predicciones a), b), y c), expuestas en el punto anterior. La efectividad percibida de las medidas

preventivas estaban en relación con el uso contraceptivo. La elección del método estaba influenciada por las variables amenazantes y por la susceptibilidad hacia el embarazo. La elección del método estaba influenciada por los costes percibidos (Condelli, 1986). Como comentábamos anteriormente respecto a la norma subjetiva, Condelli encuentra que el apoyo subjetivo fue un poderoso correlato de la elección, y aun no siendo un componente del HBM, quedó confirmada también la predicción d).

Respecto a los costes y beneficios, Condelli, analizando la diferencia de valoración de las usuarias de anovulatorios y diafragma, obtuvo que las usuarias de anovulatorios esperaban un grado relativamente alto de apoyo por usarlos, sin embargo las usuarias del diafragma esperaban algún grado de oposición por parte de los “otros” por usar la píldora (Condelli, 1986). Parece, según estos datos, que la influencia del entorno más próximo es realmente importante, sobre todo de cara a diseñar estrategias de intervención.

Eisen y Zellman a su vez encontraron que los/las adolescentes que consideran el embarazo como una cuestión seria y ante la cual se sienten susceptibles, tienen mayor probabilidad de haber adquirido el conocimiento que les ayudará a evitar este embarazo (Eisen y Zellman 1986). Estos mismos autores encontraron que aquellos/as adolescentes que veían menos barreras hacia los anti-conceptivos tenían más conocimientos sobre métodos contraceptivos (Eisen y Zellman, 1986).

La cuestión de los conocimientos es bastante discutida. Eisen y Zellman (1986) analizaron la relación que existía entre los conocimientos y la experiencia sexual previa de las personas que intervinieron en su investigación. Esta, a pesar de lo que muchos y muchas adolescentes creían, no les hace tener aparentemente más conocimientos sobre sexo. La experiencia sexual previa no fue ningún predictor importante en ninguna de las cinco escalas que se midieron. Por otro lado, aunque cabría esperar que las chicas deberían saber más de sexualidad y contracepción, ya que ellas son las que sufrirán los efectos de un embarazo no deseado, los datos que obtienen no apoyan esta visión.

Estos mismos autores afirman, en función de sus datos, que los resultados tienen importantes implicaciones para programas de educación sexual. Sugieren que el conocimiento en sexualidad y contracepción, será más efectivo si se potencia la motivación y se incluye en los programas de educación sexual ejercicios de cambio de actitud respecto a la importancia del embarazo (Eisen y Zellman, 1986). Muchos de los que trabajan en educación sexual dan por supuesta la motivación de los y las jóvenes en este tema y no siempre es así. Recuerdo la anécdota siguiente: Yendo por los pasillos de un instituto a la clase donde iba a tener lugar unas charlas sobre sexualidad, rodeado de los chicos y chicas de esa clase, oí a mis espaldas el siguiente comentario: “Jo, educación sexual, ¡Vaya rollo!”. Vale la pena una reflexión al respecto.

VALORACIÓN DEL MODELO

En primer lugar, nos parece que la valoración de costes y beneficios, así como el concepto de susceptibilidad y grave-

dad al embarazo, se plantea en este modelo como una cuestión meramente cognitiva. Probablemente existan otras cuestiones subjetivas que mediatizan la percepción de los diversos conceptos del modelo. Sin ir más lejos los investigadores que se plantean la mediación de sentimientos de culpa como Mosher, Galbraith, Gerrard y otros o la intervención de las actitudes como predisposiciones hacia la sexualidad, como Fisher, Byrne, Kelley, Gerrard, etc., cuestiones planteadas en otros capítulos, tienen en cuenta factores subjetivos en el uso contraceptivo.

Una aportación interesante de este modelo, desde mi punto de vista, es el concepto de susceptibilidad al embarazo. Efectivamente en nuestra experiencia de entrevistas de Consejo de Aborto, la mayoría de las mujeres parecían no ser susceptibles al embarazo. Es como si existiese una disociación entre el comportamiento sexual y el hecho mismo de la fecundidad. Frases como: "...estaba convencida de que a mí no me iba a pasar esto", "...nunca pensé que yo me iba a quedar embarazada", son muy frecuentes.

Sin embargo, lo que este modelo no se plantea es qué interviene en el hecho de que exista mayor o menor susceptibilidad al embarazo y si la susceptibilidad es algo más que una cuestión cognitiva. Sólo constata que hay personas que se posicionan como más susceptibles que otras y que según esta variable se retendrá mayor información, es decir, habrá mayor motivación para aprender contenidos sobre sexualidad y contracepción, se tenderá a usar o no usar métodos, e influirá en la elección del método.

En el campo de la investigación es una variable difícil de manejar. No es lo mismo tratar de medir la susceptibilidad al embarazo en mujeres sexualmente activas y en las que no lo son.

Creemos que es de gran interés saber de qué manera una mujer que está en el umbral de su experiencia sexual, se sitúa respecto a la susceptibilidad al embarazo. Es de gran interés, decimos, porque desde un punto de vista preventivo, en propuestas de educación sexual se deberían incluir estrategias de elaboración no sólo cognitivas sino actitudinales, del posicionamiento y responsabilidad hacia el embarazo y su mediación en la actividad sexual, teniendo en cuenta que el grupo de mujeres jóvenes que están en situación de "*petting*" respecto a su experiencia sexual y que hipotéticamente, tienen una baja susceptibilidad al embarazo, forman, evidentemente, un grupo de riesgo.

En el grupo de mujeres sexualmente activas, aquellas que tienen una baja susceptibilidad al embarazo, están en situación de riesgo de END. Sin embargo, en términos de salud sexual, nos encontramos con las siguientes posibilidades al menos teóricas: Aquellas que son "hipersusceptibles" al embarazo porque lo perciben como algo "terrible" y ante la imposibilidad de controlar el comportamiento sexual respecto al compañero, eligen el método más eficaz posible, generalmente los anovulatorios, no tanto para favorecer la calidad de su experiencia sexual, sino por reducir la angustia ante un posible END. La actitud hacia la sexualidad no es positiva, porque no se vive como una fuente de satisfacción personal, bien al contrario, la experiencia sexual es vivida o bien de manera indiferente o de forma altamente ansiosa.

Una segunda posibilidad es el grupo de mujeres que no se sienten nada susceptibles al embarazo porque ya utilizan el método que han elegido y que les da suficiente seguridad. Es previsible pensar que antes de la toma de decisión la susceptibilidad al embarazo fuese la suficiente como para tomarla. Son las que están probablemente en menor riesgo y las que probablemente disfruten más de su experiencia sexual.

Una tercera posibilidad es el grupo de mujeres que se sitúan en "la ilusión de control", es decir, que creen que controlan el embarazo, aunque realmente su actividad contraceptiva es muy deficiente. Por ejemplo en las consultas de Consejo de Aborto es fácil encontrar mujeres que dicen que

es raro que esto les haya ocurrido a ellas, puesto que ya utilizaban métodos. La realidad es que de vez en cuando utilizaban preservativos o el diafragma, teniendo varios coitos sin protección en cada ciclo menstrual. Generalmente son personas resistentes al uso de contraceptivos eficaces, y se podría hipotetizar que tienen una indeterminada propensión a las dificultades sexuales.

Una cuarta posibilidad sería el grupo de mujeres que aun teniendo una susceptibilidad suficiente al embarazo, modificasen su percepción de riesgo como resultado de una alta excitación sexual, a partir de un momento dado de su experiencia sexual. Dicho de otra manera, una alta excitación sexual probablemente empuje a la pareja hacia el coito, impidiendo una percepción clara del riesgo en ese momento. Veremos mejor esto en el capítulo de la percepción de autoeficacia.

En conclusión sería muy interesante poder ver qué relación existe entre la susceptibilidad al embarazo y la actitud hacia la sexualidad. Una hipótesis mantenida en esta tesis es que las personas que tienen una actitud sexual más positiva tendrán una susceptibilidad al embarazo suficientemente alta como para buscar los recursos necesarios para organizar su propio comportamiento, tanto sexual como contraceptivo.

MODELO ECOLÓGICO Y DEL DESARROLLO

E

ste modelo se basa en la idea de que el comportamiento contraceptivo adolescente está claramente influenciado por factores ecológicos y del desarrollo.

Las motivaciones inconscientes, intrapsíquicas, de personalidad y cognitivas no operan en el vacío sino que actúan junto a influencias exteriores, causando un impacto fuerte sobre el comportamiento.

Algunas evidencias indican que la interacción y comunicación en la familia, entre los/las adolescentes y sus padres/madres, especialmente con la madre, pueden ser variables importantes (Sorensen, 1973).

Broderick (1966) estudió el papel de los padres/madres en la socialización sexual. Concluye que el desarrollo heterosexual normal está determinado por las relaciones familiares y experiencias sociales del niño/a.

Rosen (1980) intenta determinar hasta qué punto las adolescentes tenían en cuenta a sus padres y madres a la hora de tomar una solución ante el embarazo. Muy pocas adolescentes buscaban consejo de su familia, lo que parece indicar la falta de suficiente relación y confianza entre los padres/madres y las adolescentes embarazadas. Esto ha sido confirmado por Räsänen en el año 1985.

Cobliner (1981) encuentra que las no embarazadas aceptaban los valores paternos y las ideas maternas. Las embarazadas tenían relaciones insanas con sus madres, caracterizándose por el control, la tirantez o el abandono.

Landy, Shubert, Cheland, Clerck, Montgomery (1983), propusieron que un síndrome específico familiar incrementaba la probabilidad de embarazo.

Otros estudios señalan la importancia de la madre y/o de la familia para dar información sobre el funcionamiento reproductor y sexual. Miller (1976), Spanier (1977), Reiss, Baunart y Foreman (1975), señalan a la madre y a la familia como importantes tanto para la inhibición del comportamiento sexual como para proveer suficiente información sobre fertilidad que potencie el uso de anticonceptivos.

Lindeman y Scott (1981) concluyeron que las que no se querían quedar embarazadas hablaban

y habían oído más cosas sobre sexo y control de natalidad que las que se querían quedar embarazadas, aunque todas ellas hablaban más con sus amigos/as y hermanas que con sus madres.

Hepburn (1983), encontró que las madres eran más significativas que los padres en transmitir información sexual.

Kastner (1984), en su estudio fundamentalmente ecológico, diferenció como variables más significativas la comunicación con los padres/madres y el apoyo del novio. Esta autora dice que una comunicación abierta con los padres y madres no se correlaciona positivamente con el nivel de experiencia sexual, pero es un predictor importante del uso regular de anticonceptivos. También afirma que el apoyo del novio juega un papel importante en la toma de conciencia del real pero frecuentemente negado riesgo de embarazo.

En el estudio de Freeman, Rickels, Huggins y García (1984), las dos variables ecológicas más importantes fueron la comunicación sobre sexualidad y anticoncepción con la madre y la relación con el novio. Encontraron que el grupo de nunca embarazadas tenían una menor comunicación con la madre que las embarazadas. Las madres de las adolescentes embarazadas tenían una mayor comunicación con ellas que las nunca embarazadas. Las madres de las adolescentes embarazadas tenían más conocimiento sobre el probable uso anticonceptivo de sus hijas, pero era menos probable que hubieran influido en la información sobre anticoncepción. Esta comunicación se iniciaba después de que la madre viera la actividad sexual de su hija, reflejada en el embarazo. Fox (1979), halló también un resultado parecido, las sexualmente activas tenían mayor comunicación en sus casas sobre anticoncepción que las no activas, pero tenían menor información sobre anticoncepción y apuntó que la comunicación con los padres y madres resultaba de la percepción de que sus hijas tenían actividad sexual. En cuanto a la relación con la pareja, encontraron que las embarazadas que tuvieron el niño/a tenían una mejor relación afectiva con el novio, aunque este dato hay que tomarlo con reservas.

Horn y Rudolph (1987), dicen que las madres no eran significativas en cuanto información sexual porque ésta era obtenida por amigos/as, hermanos/as y novios. Las chicas tenían una buena relación con sus madres pero ésta no se extendía a la comunicación sobre el sexo, reproducción y control de natalidad.

Otras variables del entorno estudiadas y que han dado resultados significativos han sido:

- Factores reconocidos como diferenciadores de las mujeres que usan contraceptivos exitosamente. En este grupo se detectan mujeres que son mas hábiles en dar y recibir placer, actitud abierta para hablar de sexualidad, sentimiento positivo ante el contacto táctil con el mismo sexo y sentimientos positivos hacia la masturbación (Campbell y Barnlund, 1977; Irons, 1977; Goldsmith, Gabrielson, Gabrielson, Potts y Sholtz, 1971; Reiss y cols., 1975; Brown, 1977). En contraste, mujeres embarazadas y que abortan eran mujeres pasivas e inhibidas, inflexibles ante las diferentes experiencias sexuales, falta de reconocimiento de necesidades personales, y sentimientos negativos ante la masturbación (Goldsmith y Cols., 1971; Monsour y cols., 1973; Kane y Lachenbruch, 1973; Miller, 1976; Brown, 1977).
- Zelnick y Kantner (1973), encontraron que las mujeres que utilizan anticonceptivos tenían mayor nivel cultural y un mejor estatus económico. Kane y Lachenbruch (1973) hallaron los mismos resultados y además que pertenecían con mayor frecuencia a familias intactas.
- Meyerwitz y Malev (1973) identificaron como situaciones que pueden predisponer al embarazo, el conflicto entre la ilegitimidad de las relaciones sexuales en jóvenes y la tolerancia de la subcultura del/a adolescente, en relación a las situaciones de anomía. Nosotros interpretamos que el comportamiento sexual no es un comportamiento anómico per se, sino que, dada la ausencia de reconocimiento de éste, se asimila y correlaciona con comportamientos considerados anómicos.

- Foster y Miller (1980), encontraron como factores que explican el aumento de embarazos la presión de los compañeros para acceder a relaciones sexuales y la creencia de que el embarazo asegura el compromiso de pareja.
- Respecto a la edad de la primera experiencia coital, los estudios han dado resultados contradictorios. Cvetkovitch, Grote, Lieberman y Miller (1978) y De Amicis y cols. (1981), encontraron que las mujeres que no habían estado embarazadas tuvieron su primera experiencia sexual coital a una edad más avanzada que las jóvenes embarazadas. Esto se contradice con una primera investigación de Miller (1986), en la que las mujeres embarazadas habían iniciado su primer coito a una edad temprana. A pesar de esto, el grupo de estudio de Miller estaba más preparado sexualmente y demostraban una actitud más asertiva y segura hacia la sexualidad que las mujeres embarazadas.
- Landry, Bertrand, Cherry y Rice (1986) estudian las diferencias entre adolescentes nunca embarazadas, embarazadas que tenían el hijo/a y las que abortaban, no encontrando diferencias significativas entre los tres grupos. La única variable significativa era que el grupo de las nunca embarazadas tenían menos probabilidades de tener amigas que se habían quedado embarazadas. En este mismo estudio observan que las que tienen el niño/a tenían una edad mayor que las nunca embarazadas o las que abortan. Hornick, Devlin, Downey y Bayham (1986) encontraron algunas variables importantes para discriminar contraceptores exitosos y no exitosos. Los contraceptores exitosos tenían sentimientos más positivos hacia la automasturbación, edad de la menarquía más temprana, se sentían diferentes hacia los cambios corporales de la pubertad, tenían sentimientos positivos hacia la masturbación adulta, experimentaban el primer orgasmo más tarde y se habían masturbado recientemente.
- Namerow, Lawton, Philliber (1987), encontraron otras variables significativas como la religión; las católicas percibían como más alto su riesgo de embarazo que las de otras religiones.

**OTROS MODELOS QUE
INTERVIENEN EN EL
COMPORTAMIENTO SEXUAL
Y CONTRACEPTIVO**

EL EMBARAZO NO DESEADO COMO CONSECUENCIA DEL CONOCIMIENTO CONTRACEPTIVO

F

recientemente se ha atribuido el origen de los embarazos no deseados al déficit o ausencia de información entre los y las jóvenes (Sanger, 1939; Harkavy, 1967). La creencia de que la causa prin-

cipal de los END se debe a la falta de información ha hecho que, incluso los profesionales de los Centros de Planificación Familiar y de otros organismos hayan orientado sus campañas, siempre meritorias, al objetivo de incrementar el nivel de conocimientos de los/las jóvenes. Los que defienden esta hipótesis, esperarían que incrementando el nivel de conocimientos sobre sexualidad y contracepción, disminuiría la frecuencia de embarazos no deseados. Muchos de los proyectos de educación sexual se basan fundamentalmente en esta idea. Sin embargo, en la bibliografía específica encontramos muchísimas referencias que contradicen esta creencia. Revisando ésta, nos encontramos con los siguientes resultados:

Kane y Lachenbruch (1973) y Cvetkovich, Grote, Bjoeth y Sarkissian (1975), indican que el conocimiento contraceptivo no está correlacionado con el uso eficaz o exitoso de anticonceptivos.

Fishman, Collier, Stewart y Schwarz (1974) concluyeron que el conocimiento es un componente necesario en el uso contraceptivo, pero no es suficiente, en sí mismo.

Hansson, Jones y Chernovetz (1979), informan que el conocimiento tendía a ser positivo respecto al uso contraceptivo, aunque la magnitud de ese efecto tiene una baja significación práctica.

Walters, McKenry y Walters (1979) dicen que a pesar de que muchos/as adolescentes tienen conocimiento de cómo evitar el embarazo, la mayoría de ellos/as no utilizan anticonceptivos.

Foster y Miller (1980) afirman que uno de los factores que explican el aumento de embarazos no deseados es la desinformación hacia la anticoncepción, pero junto con otros factores muy significativos.

Nadelson, Motman y Gillian (1980) dijeron que en aquellas mujeres que tenían un alto nivel de conocimiento contraceptivo, no había un número menor de embarazos.

De Amicis, Klorman, Wilson, Hess y McAnarney (1981), vieron que tanto las embarazadas, como las no embarazadas tenían el mismo conocimiento contraceptivo.

Zelnick y Kim (1982) concluyeron que los conocimientos están asociados con un mayor uso de anticonceptivos efectivos y menor riesgo de embarazo. Sin embargo, a partir de estos resultados se cuestionaban si los conocimientos influyen sobre un mayor uso de anticonceptivos, o si los/las adolescentes que usan anticonceptivos se ven más motivados/as para buscar fuentes de información y de educación sexual.

Gerrard, McCann y Fortini (1983) confirman que un mayor conocimiento sobre anticoncepción no está relacionado con el uso efectivo de anticonceptivos.

Freeman, Rickels, Huggins y García (1984) dicen que aunque la mala información puede limitar el uso adecuado de anticoncepción, en su estudio este factor no contribuye significativamente a predecir el riesgo de embarazo. A pesar de esto, vieron que las adolescentes que siguen con el embarazo tienen menor información que las nunca embarazadas.

Kastner, L.S. (1984) estudió varias escalas asociadas a información sexual, la más importante como predictora del uso contraceptivo fue el conocimiento objetivo sobre anticoncepción, aunque la educación sexual y la cantidad aprendida de información influía también en cierta medida. Sin embargo, estos factores de información no fueron los más relevantes de su estudio.

Hornick, Devlin, Downey y Baynham (1986) utilizaron el conocimiento contraceptivo como

una de las variables que discriminaba los contraceptores exitosos de los no exitosos. A pesar de que esta variable discriminaba en alguna medida ambos grupos, no fue la más significativa.

Landry, Bertrand, Cherry y Rice (1986) concluyeron que el problema de los embarazos no deseados en la adolescencia no parece tener relación con la falta de conocimientos sobre contracepción o la falta de acceso a los servicios.

Marvin, Eisen y Zellman (1986) en su estudio llegaron a la conclusión de que la información sexual previa no era predictora del índice de conocimiento sexual ni contraceptivo.

Namerow, Lawton y Philliber en el año 1987 han confirmado los resultados de Miller (1976), concluyendo que el poseer información sobre el riesgo de embarazo no asegura que el/la adolescente aplique este conocimiento a sus situaciones personales.

Eisen y Zellman (1986) en su investigación relacionaron el conocimiento sexual y contraceptivo respecto a la experiencia sexual. Encontraron que, a pesar de lo que muchos/as adolescentes creían, la experiencia sexual no les hacía tener más conocimientos sobre el sexo. Aunque se pudiera pensar que las chicas deberían tener más conocimientos sobre sexualidad que los chicos, los datos de estos autores no apoyan esta visión.

Algeier (1983) a modo de síntesis de sus investigaciones, afirma que la ausencia de conocimientos sexuales y anticonceptivos veraces y precisos no inhibe en los y las adolescentes la actividad sexual, pero la ausencia de conocimientos a propósito de la anticoncepción sí impide la utilización de los métodos contraceptivos.

Burger, J.M. y Inderbitzen, H.M. (1985) encontraron que las variables conocimiento sobre la contracepción y ansiedad sexual recibieron un débil apoyo como predictores del comportamiento sexual y contraceptivo. Estos autores opinan que el conocimiento contraceptivo (según el modelo de Byrne) es, de hecho, una parte necesaria para el uso de la anticoncepción y que aquellos/as que han decidido usarla buscarán esta información, aunque el propio Byrne (1983) encontró un débil apoyo estadístico del conocimiento como predictor.

Gerrard (1982) subraya la clara evidencia de que el fallo del uso contraceptivo no puede deberse solamente a la ignorancia sobre el control de la natalidad y a su vez cita a Kane y Lachenbruch (1983), Westoff y Westoff (1971). Gerrard se refiere a la importancia de la mediación de la actitud hacia la sexualidad y los sentimientos de culpa sexual.

Esta referencia de Gerrard, nos da pie a analizar las aportaciones de los teóricos de la actitud hacia la sexualidad y de los sentimientos de culpa sexual respecto al conocimiento. En otro capítulo desarrollamos estos puntos con mayor amplitud. En general estos autores proponen que existe alguna mediación que evita o promueve la adquisición de conocimientos. Esta se refiere al posicionamiento de cada persona hacia la sexualidad desde un punto de vista actitudinal. Mosher demuestra en varias de sus investigaciones que la culpa sexual estaba correlacionada con la creencia mayor en mitos sexuales (Mosher, 1979) y con poseer una información sexual menos precisa (Mendelson y Mosher, 1979). La tendencia de los sujetos con alta culpa sexual a evitar materiales sexualmente explícitos incluye la evitación de información contraceptiva (Golfard, Gerrard, Gibbons y Plante, 1988).

CONCLUSIONES RESPECTO AL CONOCIMIENTO Y EL RIESGO DE END

“clases de sexualidad” en sentido magistral, aportan bien poco a la prevención de embarazos no deseados y al criterio de salud sexual que defendemos.

En primer lugar hemos de subrayar la escasa potencia que como predictor tiene la variable “Conocimiento Contraceptivo” respecto al END. Está claro que

En segundo lugar, nos parece de suma importancia las aportaciones de los teóricos de Culpa Sexual y del constructo de Erotofobia-Erotofilia. Si consideramos que ambos constructos están relacionados con respuestas emocionales y afectivas, por tanto actitudinales, éstos median en la adquisición de conocimientos. Si se pasa por alto esta cuestión al plantear actividades en educación sexual, dirigidas a aumentar los conocimientos de los/las jóvenes, nos encontraremos, como se ha observado en investigaciones ya citadas, que las personas en general con una actitud sexual más positiva, retendrán más información y estarán más interesadas por las cuestiones del sexo, que aquellas personas con una actitud hacia la sexualidad más negativa. Es evidente por tanto, que cuando se prioriza la mera transmisión de conocimientos en un grupo de adolescentes dado, sólo se favorece al sector de los/las erotofílicos/as que van a estar más interesados/as, es decir el grupo de menor riesgo. Sin embargo, el grupo de riesgo está sin duda en el sector erotofóbico, a los que la información les va a servir de poco.

En consecuencia, sugerimos que:

- Vale la pena evaluar la actitud hacia la sexualidad del grupo con el que se va trabajar.
- Proponer actividades dirigidas a generar cambios de actitud en función de la evaluación anterior.
- Incluir la transmisión de conocimientos en un contexto erotofílico, presentados siempre como recurso que dará sentido al propio comportamiento sexual.

EL FIN Y LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD EMBARAZO NO DESEADO Y SENTIMIENTOS DE CULPA SEXUAL

Planteada la cuestión de que el riesgo de embarazo no deseado se establece por el hecho de aceptar una conducta coital sin protección contraceptiva, es de gran interés analizar qué es lo que mediatiza la asun-

ción de ese riesgo. Algo ocurre cuando una mujer no toma conciencia del riesgo. En este punto desarrollaremos la propuesta de una línea de investigación seguida por diversos autores que mantienen que los sentimientos de culpa asociados al comportamiento sexual son responsables de la ausencia o la negligencia contraceptiva.

Desde un punto de vista antropológico, la cultura occidental pertenece al grupo de culturas sexofóbicas (Beach y Ford, 1976). Significa que del placer se hace una valoración altamente negativa. La sexualidad entendida fundamentalmente como búsqueda del placer, ha sido restringida al área de la procreación.

El psicoanálisis plantea cómo el ser humano se explica por su conflicto entre la búsqueda de placer y la introyección de las normas, entre el ello y el superyo. Freud plantea que esta cultura reprime la pulsión considerablemente más de lo que sería necesario para la estructuración personal y social.

Los autores ideológicamente más críticos plantean que el control de la sexualidad es un instrumento de control social y que por tanto, se explica que las clases dominantes, los poderes hayan tenido un interés especial en reducir la sexualidad a su mínima expresión, asimilando el sentimiento de placer a la indignidad, a la bajeza, a lo bestial. Es así que la Iglesia haya codificado el comportamiento sexual de manera absolutamente restrictiva, considerando como transgresión, como pecado, todo aquello que no vaya dirigido estrictamente a la cópula con fines procreativos. La Iglesia ha planteado como “único y verdadero” su código de comportamiento sexual, cuando es tan sólo una forma de codificación, entre otras. Los Estados legislaban aspectos del

comportamiento sexual en el mismo sentido y la ciencia oficial lo legitimaba. Así se cierra el atezamiento sobre la expresión de la pulsión sexual, obligando así a una fuerte represión o, como alternativa, la necesidad de transgredir las normas.

También desde otras ópticas muy diferentes se puede constatar que en la realidad, los mensajes a todos los niveles, como los verbales y no verbales, asociados a la expresión sexual, entendida ésta en un sentido amplio, como lo relacionado con el cuerpo, el contacto, las caricias, el lenguaje, etc., están asociados a valoraciones negativas. Por eso desde el área del aprendizaje social, algunos autores explican que el resultado de la contingencia entre comportamientos sexuales y valoraciones negativas, constituirían el aprendizaje de actitudes erotofóbicas. Esta idea la desarrollamos en otro punto.

Como vemos, por múltiples razones, podemos comprobar que la relación entre erotismo, entendido como expresión de la pulsión sexual, y las valoraciones negativas de su expresión son bastante claras. Es así que para muchas personas acceder a la experiencia sexual supone, en mayor o menor medida, transgredir las normas. La transgresión supone culpa, y la culpa interfiere en la experiencia sexual. No cabe duda de que existen personas que, por motivos de personalidad, son más vulnerables que otras a los efectos de la culpa.

Desarrollaremos a partir de aquí el concepto de culpa sexual y su influencia en el comportamiento sexual y en el contraceptivo.

Debemos de partir del hecho de que la culpa es un mecanismo interno de control de la conducta y que ésta genera efectos restrictivos sobre las conductas relacionadas con la transgresión de la norma o conductas inmorales. En su tesis doctoral Itziar Etxeberria dice: “Aunque la culpa se define la mayoría de las veces como una consecuencia de la transgresión, y en este sentido sería absurdo hablar de cualquier efecto inhibitorio por su parte, también puede aparecer ante el surgimiento del mero deseo o impulso de realizar un acto inmoral, y entonces la culpa anticipada actúa como un factor de inhibición de la conductas. Las personas más propensas a experimentar sentimientos de culpa tienden a incurrir menos en transgresiones de sus propias normas morales”. La culpa surge del hecho mismo de transgredir la norma. Pero surge también ante el deseo de realizar una conducta “transgresora”. La culpa anticipada tiende a inhibir el comportamiento.

Donald Mosher ha sido uno de los autores que más han estudiado empíricamente la culpa y su medición. Respecto a la culpa sexual la define de la siguiente manera: “La culpa sexual se define como una expectativa generalizada de castigo, mediatizada por uno mismo, respecto a la violación o transgresión, o violación anticipada de los estándares culturales de la propia conducta sexual” (Mosher y Cross, 1971).

Según Mosher: “La culpabilidad sexual se desarrolla en situaciones sexuales que incluyen emisiones de los afectos de la culpa, excitación y felicidad; de los procesos cognitivos, incluyendo la toma de conciencia de la excitación sexual, cogniciones morales, anticipaciones sexuales y recuerdos y de los comportamientos motores en un contexto sexual. La estructura de acción cognitivo-afectiva de la culpa sexual, conserva estas escenas psicológicamente magnificada en un guión que predice, interpreta y controla las futuras escenas sexuales que contienen afectos morales y objetos sexuales”. (Mosher, Vonderheide, 1985).

El sentimiento de culpa sexual, por tanto, sería esperado en aquellas personas particularmente vulnerables a la transgresión de las normas en general; sería efecto de la transgresión misma e inhibiría el comportamiento en la medida en que la culpa puede surgir anticipadamente ante el deseo de una conducta “transgresora”.

En la literatura científica existen muchas investigaciones que demuestran empíricamente el efecto de la culpa sexual sobre el comportamiento sexual, así en este contexto la relación entre culpa sexual y nivel de experiencia sexual ha sido uno de los experimentos más replicados, obteniéndose siempre correlaciones negativas entre ambos. Mosher y Cross (1971), hallaron correla-

ciones negativas de -0,60 y -0,61 entre la culpa sexual y el grado de experiencia sexual en una muestra de hombres y mujeres de la Universidad de Connecticut. Los/as estudiantes caracterizados por una alta predisposición a sentir culpa habían tenido significativamente menos experiencia sexual que aquellos/as con una predisposición baja. Se observó claramente que las personas que puntúan más alto en culpa sexual, tienden a inhibirse en tales conductas.

En otros estudios también se han encontrado correlaciones negativas algo menores entre culpa sexual y la medida de experiencia sexual de Brady-Levitt (Nichols, 1970; Kier, 1972; Mosher, 1973; Abramson y Mosher, 1975; D'Augelli y Cross, 1975).

Langston (1973, 1975) halló las correlaciones entre conducta sexual, medida a través del Blenters's Heterosexual Behavior Assesment, y culpa sexual en una muestra de 76 varones y 166 mujeres estudiantes de Houston. Sus correlaciones de -0,43 para los hombres y -0,56 para mujeres fueron comparados item a item con los resultados de Mosher y Cross (1971) y apoyaron claramente la utilidad de la culpa sexual como predictor de la experiencia sexual.

Otros estudios indican también correlaciones negativas entre la culpa sexual y el comportamiento sexual. La culpa sexual correlaciona negativamente con la frecuencia de relaciones sexuales (Mosher, 1973; Love, Sloan y Schmidt, 1976). También lo hace con el número de personas con las que se ha mantenido relaciones sexuales (Mosher, 1973). La actitud hacia las maneras de relacionarse sexualmente con las parejas también están mediatizadas por el nivel de culpa sexual. Mosher descubrió en una investigación, que varones estudiantes con alta puntuación en culpa sexual, tendían a intentar menos conductas sexuales con sus compañeras, que los varones con puntuaciones bajas en culpa (Mosher, 1971). Además, a diferencia de los varones con baja culpa sexual, tendían a pensar que no estaban justificadas las prácticas "fuertes", "atrevidas".

Otros estudios más recientes también corroboran los resultados de investigaciones anteriores (Gerrard y Gibbson, 1982; Gerrard, 1982).

En dos de los trabajos ya citados (Mosher y Cross, 1971; Mosher, 1973) se preguntó a los sujetos acerca de los factores que les frenaban a la hora de expresar más libremente su sexualidad; los resultados estaban en la misma línea que la hipótesis y se obtuvo que la anticipación de sentimientos de culpa fue otra de las razones aducidas por los sujetos para inhibir la expresión de su deseo sexual.

Desde otro punto de vista metodológico, es decir, desde la investigación en laboratorio, los resultados también apuntan a las mismas conclusiones que las obtenidas por auto-informes. Por ejemplo, los alumnos varones de una facultad que puntuaban más alto en culpa sexual, decían en cuestionario de autoinforme, haber visto (Mosher 1973) y comprado (Love y col., 1976) menos pornografía que los varones con menos culpa sexual; también las mujeres con un mayor nivel de culpa sexual decían haber leído un número significativamente menor de libros pornográficos (Langston, 1973). Otros autores estudiaron este mismo aspecto a través de observaciones de laboratorio. Schill y Chapin (1972) llevaron a un grupo de jóvenes al laboratorio y observaron, sin que ellos se dieran cuenta, qué tipos de revistas escogían —eróticas o no eróticas— mientras esperaban a que comenzase el supuesto experimento. Los que escogían revistas eróticas puntuaban más bajo en culpa sexual.

En la misma línea, Love y col., (1976) llevaron a un grupo de varones al laboratorio para que vieran una serie de diapositivas de carácter pornográfico, que previamente habían sido evaluadas según su grado de obscenidad. Apoyando conclusiones ya obtenidas en otros trabajos previos (Amoroso y colab., 1970), estos autores encontraron que la atención prestada a las diapositivas, observando sin que los sujetos pudiesen percatarse de ello, aumentaba según crecía el grado de obscenidad de las diapositivas; esto ocurría en la muestra total. Pero mientras que los varones con puntuaciones bajas en culpa sexual, mostraban un incremento lineal del tiempo de visión según aumentaba la obscenidad de las diapositivas, esto no ocurría en los sujetos con culpa sexual

moderada y alta. En los sujetos con culpa sexual moderada aumentaba el tiempo de visión desde las diapositivas ligeramente pornográficas hasta aquellas moderadamente obscenas, pero se reducía el tiempo que dedicaban a las fuertemente obscenas. Los sujetos con culpa sexual alta dedicaban menos a mirar las diapositivas y no mostraban un incremento en el tiempo de atención que les prestaban en función del incremento de su obscenidad.

El paradigma de laboratorio más frecuentemente usado en los estudios acerca de la culpa sexual ha sido la asociación de palabras de doble entrada (Galbraith, 1968). En varios estudios de este tipo los sujetos que puntuaban más alto en culpa sexual proporcionaban menos asociaciones de carácter sexual a palabras como "snatch", "lay" y "rubber" (Galbraith, 1968; Galbraith y colab., 1968; Galbraith y Mosher, 1968; Schill, 1972; Fricke, 1974; Janda y O'Grady, 1976; Janda y col. 1976; Ridley, 1976; Smith, 1977).

Aunque los varones con alta culpa sexual mostraban menor conciencia de las connotaciones sexuales de las palabras de doble entrada (Galbraith y Mosher, 1968), Schwartz (1975) demostraron que ello se explicaba mejor por una inhibición de la respuesta que por un diferente grado de conocimiento del significado sexual de las palabras. Esta autora administró varias veces la tarea de asociación de palabras, dando a los sujetos instrucciones de que proporcionaran una asociación nueva en cada palabra. De este modo, descubrió que los sujetos con alta culpa sexual sí presentaban asociaciones de carácter sexual, pero lo hacían con más retardo que los sujetos con culpa sexual más baja; es decir, los sujetos con culpa sexual alta sí que eran capaces de hacer asociaciones sexuales, pero se sentían inhibidos en tal sentido.

Cuando se manipuló la excitación sexual, de nuevo los sujetos con alta culpa sexual, que estaban en la condición de estimulación sexual, aportaron menos asociaciones, especialmente en el caso de palabras estímulos de carácter neutro, que los sujetos con baja culpa sexual de la misma condición (Galbraith y Mosher, 1970). Pero además, se vio que la estimulación antes de la tarea aumentaba el número de asociaciones sexuales de los varones con baja culpa sexual, pero no así el de aquellos con culpa sexual alta (Galbraith, 1968; Galbraith y Mosher, 1968).

Carl Jung (1906) usó el tiempo de retardo de la respuesta como índice de la existencia de un complejo. Parece razonable esperar que la culpa sexual esté relacionada con el retardo en la emisión de las respuestas en la tarea de doble entrada, aunque Galbraith no encontró tal relación. Persiguiendo este aspecto Galbraith y Sturke (1974), estudiaron las latencias de las respuestas de asociación libre de una serie de listas de palabras con un menor significado sexual; las palabras-estímulo altamente sexuales producían en general latencias de respuesta más largas que las palabras con menor significado sexual. Contrariamente a lo que se podría esperar, esta vez los varones con alta culpa sexual tendían a presentar latencias de respuesta más cortas a las palabras altamente sexuales. Galbraith se percató correctamente de que este extraño resultado era una consecuencia de la diferente codificación de las palabras-estímulo. Los sujetos con alta culpa codificaban las palabras asexualmente, mientras que los sujetos con culpa baja las codificaban sexualmente.

En otro estudio, utilizando un procedimiento de asociación restringida, en el cual se pidió a un grupo de mujeres que hicieran asociaciones de carácter sexual o asexual en relación con un determinado aspecto, Kerr y Galbraith (1975) demostraron que las respuestas sexuales iban acompañadas de latencias más largas que las respuestas asexuales. Las mujeres con alta culpa sexual fueron las que presentaron las latencias más largas en sus respuestas sexuales, al tiempo que no mostraron diferencias significativas con las mujeres con baja culpa sexual en las latencias de sus respuestas no sexuales. Estos resultados fueron replicados posteriormente en una muestra de varones de College (Galbraith y Wynkoop, 1976).

Por otra parte, en las pruebas de asociación de palabras se ha podido observar que los sujetos con baja culpa sexual se ven influenciados por aspectos relativos a la aprobación o desaprobación

por parte de los demás, mientras que los varones con culpa alta siguen dando pocas respuestas sexuales al margen de tales aspectos externos (Galbraith y Mosher, 1968). De igual modo, los varones con baja culpa sexual presentan más asociaciones sexuales a los experimentadores varones que a las mujeres, mientras que aquellos con culpa alta se muestran menos variables en sus respuestas asociativas a unos y otras (Fricke, 1974). Además, en este último experimento, los varones con baja culpa sexual presentaron más asociaciones de carácter sexual cuando eran examinados por una experimentadora accesible, mientras que la accesibilidad de la experimentadora no dio lugar a diferencias ni en los varones, ni en las mujeres con alta culpa sexual.

En esta misma línea, Mosher (1961, 1965) investigó la interacción entre culpa y miedo a la censura externa en la inhibición de palabras tabú en una tarea de defensa perceptiva. Los varones con baja culpa sexual se inhibían más o menos en función de que hubiera o no señales de censura externa, mientras que los sujetos con culpa sexual alta parecían insensibles a tales aspectos. Así pues, la posibilidad de censura sólo influía sobre sujetos con bajos niveles de culpa. Ridley (1976), utilizando la misma tarea, encontró que las mujeres con alta culpa sexual tardaban más en emitir palabras tabú, pero no encontró interacción alguna entre culpa y expectativa de censura.

Por tanto, la conducta de los sujetos tendentes a la experiencia de culpa parece hallarse más influenciada por dicha experiencia que por factores externos de deseabilidad o censura social. Se habla así de una “susceptibilidad diferencial” de los sujetos con alta y baja predisposición a la culpa. La hipótesis de la “susceptibilidad diferencial” ha dado lugar a muchos estudios, con resultados diversos (además de los citados, Galbraith y Mosher, 1968; Hayward, 1970; Schill y Chapin, 1972; Wheaton, 1972; Janda, 1975; Janda y colab., 1976). La conclusión que se puede sacar de todos ellos es que los sujetos con alta culpa son menos susceptibles a las señales externas de censura, pero la hipótesis de la “susceptibilidad diferencial” requiere todavía una conceptualización más precisa para reducir al máximo sus aplicaciones inadecuadas (Mosher, 1979).

De la revisión de las principales investigaciones sobre la culpa sexual encontramos suficientes evidencias de que la culpa sexual interfiere en el comportamiento sexual. Ahora bien, ¿qué relación puede haber respecto al comportamiento contraceptivo? Se podría suponer que los sentimientos de culpa sexual, al inhibir el comportamiento sexual, disminuirían por tanto el riesgo de embarazo no deseado. Sin embargo, esto no es así. Si bien es cierto que la culpa tiende a inhibir el comportamiento, no lo hace del todo, dejando una franja de personas que puntúan alto en culpa sexual que mantienen comportamientos sexuales. Upchurch (1978) preguntó a mujeres universitarias sexualmente activas si habían experimentado el coito durante la última semana y obtuvo que las que puntuaron alto en culpa sexual suponían un 37%, mientras que las que puntuaron bajo alcanzaban un 81%. Estos datos, replicados en otras investigaciones, demuestran que el comportamiento sexual no siempre es concordante con la moral sexual. Las cogniciones morales de mujeres con alta culpabilidad sexual o prohibían completamente el coito considerándolo inmoral o lo permitían en un contexto de “relación amorosa” (Gerrard, 1980; Mendelson y Mosher, 1979). Precisar esta franja de mujeres sexualmente activas con alto nivel de culpa sexual es difícil. Se puede estimar que es un porcentaje considerable si aceptamos el dato del 37% obtenido por Upchurch, como generalizable.

Existen diversos factores hallados en diferentes investigaciones, que parecen explicar como en un momento dado, determinadas personas pueden saltarse la inhibición estimada respecto al nivel de culpa sexual y acceder a la experiencia sexual coital, por ejemplo, el enamoramiento. La sensación de sentirse enamorada podría justificar en determinados momentos el paso a la acción. En estas mujeres con alta culpa sexual el “darse” a la pareja, el permitir el nivel íntimo de comunicación que implica el comportamiento sexual y el acceder no tanto al placer personal como a la exigencia, “necesidad”, del partener, del “otro enamorado”, tiene un rango superior que la norma

misma que se transgrede. La pasión del amor romántico y las cogniciones en torno al mito del príncipe azul podrían justificar la relación entre culpa y comportamiento coital.

Es diferente plantear esta cuestión en términos de disonancia cognitiva. Ante la ambivalencia entre el deseo de gratificaciones sexuales y la angustia debida a la culpa sexual, teniendo en cuenta que probablemente medien necesidades afectivas, es como que, para poder permitirse a sí misma el acceso a la experiencia sexual, se eche mano del “enamoramiento” para resolver la disonancia misma. Una posible evidencia se apreciaría claramente en muchos estudios, incluidos los nuestros, sobre el comportamiento sexual adolescente. A la pregunta de “¿cuál ha sido el motivo principal para tu primera experiencia sexual?”, los chicos contestaron que “por curiosidad” mientras que las chicas contestaron que “por enamoramiento”.

En nuestra cultura caracterizada, en la realidad, por el desequilibrio en términos de poder en el interior de la pareja, la presión de los hombres respecto al coito no debe dejar de considerarse. Aunque el nivel de culpabilidad sexual de una mujer es un factor que influye en la decisión de realizar el coito, los hombres tienen más influencia que las mujeres en las decisiones coitales de parejas solteras. (D’Augelli y Cross, 1975; D’Augelli y D’Augelli, 1977).

Siguiendo este modo de razonamiento, tenemos que plantear qué relación existe entre la culpa sexual y el comportamiento contraceptivo. En términos generales todos los investigadores comprueban que las mujeres que puntúan alto en culpa sexual tienden a ser malas contraceptoras, es decir, cuando una mujer que tiene alta culpa sexual decide mantener relaciones sexuales, tiene mayor probabilidad de tener pobres recursos contraceptivos. (Schwartz, 1973; Mosher y Vonderheide, 1985).

Existen bastantes evidencias de que la culpa sexual es un factor de distorsión de todos aquellos comportamientos que tengan que ver con la búsqueda del placer. Como en otro apartado indicamos, el fallo del uso contraceptivo no puede asociarse directamente a la falta de información. Desde la influencia de la culpa sexual, podríamos decir que ésta puede explicar en parte la ausencia de información. En este sentido, Mosher encontró ya en 1979 que la culpa sexual estaba correlacionada con la mayor creencia en mitos sexuales; estos mitos generalmente distorsionan contenidos eficaces en contracepción. También se ha encontrado que la culpa sexual correlaciona con información sexual menos precisa, en el sentido de que a más culpa, menor precisión informativa (Mendelson y Mosher, 1979). Ensayando sobre la influencia de la culpa sexual, Schwartz (1973) encontró que estaba relacionada con una más pobre retención de una charla sobre control de natalidad. De estas aportaciones podemos deducir que la culpa sexual media en la adquisición de los recursos para la obtención del placer, como es el conocimiento necesario sobre el comportamiento sexual y contraceptivo.

Ha habido hallazgos interesantes respecto al uso contraceptivo. Como hemos dicho anteriormente, aunque la culpa sexual tiende a inhibir la ocurrencia del acto sexual y por lo tanto la necesidad de los métodos contraceptivos, puede también inhibir el uso de los mismos en mujeres sexualmente activas. Cuando las mujeres con alta culpabilidad sexual devienen sexualmente activas, esperan un año más que las mujeres con baja culpa sexual para usar un contraceptor seguro (Allgeier, Przybyla y Thomson, 1977).

Mosher y Vonderheide (1985), realizaron una investigación muy interesante. Por un lado, trataron de comprobar cómo actuaba la culpa sexual en relación a los métodos considerados como seguros, a los menos seguros y al no uso contraceptivo. Por otro lado, investigaron sobre la culpa hacia la masturbación y su influencia en la elección del método.

La culpa sexual y la culpa masturbatoria son teóricamente, según Mosher y Vonderheide, constructos similares. Ambos son concebidos como estructuras de acción cognitivo-afectivas que predisponen a una persona a inhibir algunos aspectos del comportamiento sexual y/o tener expe-

riencias afectivas negativas por violar prohibiciones. La culpa sexual tiene un enfoque más amplio porque está relacionado con diversas escenas sexuales. La culpa masturbatoria se desarrolla en un contexto más limitado de auto-estimulación erótica. Los conceptos están moderadamente correlacionados.

Mosher y Vonderheide, como la gran mayoría de los investigadores, utilizan la siguiente clasificación de los métodos:

- a) Contraceptoras seguras: Métodos no dependientes de coito (Anovulatorios y Diu).
- b) Contraceptoras en riesgo: Métodos dependientes de coito (Preservativo, diafragma, otros).

Esta clasificación es discutida en otro apartado, porque desde nuestro punto de vista, una contraceptora segura no es necesariamente la que usa anovulatorios o Diu, sino la que tiene una conciencia clara del sentido de su actividad sexual en términos de placer, afectos y fecundidad.

En términos generales ratificaron la hipótesis inicial de que la culpa sexual mediatiza el uso de contraceptivos, en el sentido de que las mujeres que utilizan la píldora o el Diu, tienen un nivel más bajo de culpa que las mujeres que utilizan métodos dependientes de coito. Hubo diferencias significativas entre las que no utilizaban métodos y las usuarias de cualquier método, respecto a la culpa sexual. No hubo diferencias significativas entre contraceptoras seguras y contraceptoras en riesgo.

Viendo las diferencias entre la primera división de usuarias de anticonceptivos, en grupos de seguras y en riesgo (coito dependientes y coito no dependientes), la hipótesis sobre la diferencia de culpa no se demostró. Sin embargo, en una segunda división, separando de las contraceptoras en riesgo, por un lado las usuarias de diafragma, y por el otro, el resto de los métodos barrera, preservativos, espermicidas, etc., los dos grupos divergían en niveles de culpa. Las de diafragma tenían un nivel considerablemente más bajo.

Sin duda se debe a que la utilización del diafragma requiere aceptarse como mujer sexualmente activa, anticipar por ello la actividad sexual y acudir a un/a especialista. Esta actitud de la usuaria del diafragma es compatible con una puntuación baja en culpa sexual. Este resultado está en la línea de que no necesariamente las contraceptoras exitosas son las que utilizan la píldora o el diu sino, como decimos, aquellas que toman mayor conciencia de su sexualidad. No hay que negar que la utilización del diafragma es más complicada porque depende del coito y en esto radica su relativa inseguridad.

Los datos respecto a la culpa masturbatoria son interesantes. En esta investigación, Mosher y Vonderheide encontraron que en general la culpa masturbatoria inhibía el uso de contraceptivos que supongan el contacto de los genitales. Por eso, obtuvieron que las mujeres que utilizaban diafragma, puntuaban bajo en culpa masturbatoria. Podemos interpretar que, en general, culpa sexual y culpa masturbatoria pueden ser identificadas como indicadores de salud sexual y proponer que a mayor salud sexual, menor riesgo de embarazo.

Fisher, Byrne y los autores que desarrollan el constructo Erotofobia-Erotofilia, explican a través de los paradigmas del

aprendizaje, cómo una persona puede llegar a tener una disposición positiva o negativa en mayor o menor grado hacia el erotismo, mediatizando así el propio comportamiento.

En definitiva, se puede definir la erotofobia-erotofilia como una disposición a responder a cuestiones sexuales a lo largo de una dimensión positivo-negativa de afecto y evaluación. La evidencia indica que la medida de la erotofobia-erotofilia es internamente consistente. Está correlacionada, como se esperaba, con constructos tales como el autoritarismo, adherencia a papeles sexuales tradicionales, índices de ortodoxia y medidas diferentes de evaluaciones sexuales relacionadas. Las cifras de este test predicen experiencias sexuales diferentes, respuestas al erotismo, probabilidad de tener fantasías sexuales, tendencia a aprender y enseñar a los demás sobre sexo, comprometerse en el cuidado de la salud sexual, probabilidad de utilizar la anticoncepción y la práctica sexual durante el embarazo. (Fisher, Byrne, White, Kelley, 1988).

¿Cómo se genera por tanto esta actitud? Necesariamente tenemos que insistir en el hecho de que la cultura occidental es, por la herencia que recibe del pasado, fundamentalmente sexofóbica. En este contexto es francamente difícil investigar en el desarrollo sexual de manera exhaustiva sobre los antecedentes de la crianza. Los teóricos del aprendizaje social, —contexto de referencia de los teóricos de la erotofobia-erotofilia— mantienen la hipótesis de que la actitud es aprendida. En la infancia y la niñez el aprendizaje une los estímulos sexuales con varios grados de respuestas emocionales negativas y positivas con respuestas actitudinales de cada individuo. Desde esta esfera de la teoría del aprendizaje se podría hipotetizar que la tendencia, la predisposición hacia la sexualidad es aprendida. Existen en la vida cotidiana frecuentes asociaciones peyorativas entre adjetivos como malo, asqueroso, sucio, repugnante, prohibido, pecado, indebido, etc., con aspectos de la sexualidad.

En la pubertad, estas disposiciones de respuesta son suficientemente poderosas para ejercer una influencia en la adquisición, retención y utilización de la información sexual y en la tendencia de acercamiento o evitación de situaciones sexuales o actos sexuales.

La erotofobia-erotofilia es presentada por sus teóricos como un rasgo relativamente estable de personalidad (Byrne, 1983; Fisher, Byrne, White, Kelley, 1988). Sin embargo esta predisposición puede modificarse, según ellos, cuando ocurren condicionamientos afectivos adicionales, cuando las expectativas evaluadas como negativas no se confirman, etc. Byrne propone que la tendencia para buscar excitación y la expresión de tal excitación en comportamientos subyacentes están mediatizados por las características disposicionales, consistiendo en procesos afectivos, evaluativos, informativos y expectativas. Cualquier recompensa o castigo asociado con comportamientos abiertos, que son la culminación de esta concatenación hipotética, puede actuar para cambiar la probabilidad de estos modelos de respuesta en secuencias posteriores de excitación (Byrne 1983).

IMPLICACIONES DEL MODELO EN LA CONDUCTA CONTRACEPTIVA

Las actitudes hacia la sexualidad son evidentemente importantes porque entendida la actitud como una predisposición

al comportamiento, lo mediatizan. Por otro lado, la estrecha relación entre la actitud hacia la sexualidad, el comportamiento sexual y el comportamiento contraceptivo, es tan clara que para entender cómo se producen los embarazos no deseados, es necesario considerar profundamente estas tres variables, además de otras que también concurren.

Véamos anteriormente cómo el sentimiento de culpa sexual mediaba en el comportamiento sexual. El sentimiento de culpa hacia la sexualidad se presenta como una interferencia que tiende a inhibir el propio comportamiento sexual y a alterar aquello relacionado con aspectos de la sexualidad misma, como la retención de información sobre contraceptivos, la asociación de palabras de doble sentido, las latencias de visualización de imágenes eróticas, etc.

En este apartado vamos a desarrollar una aportación diferente relacionada con el estudio de la predisposición hacia la sexualidad.

Se trata del constructo erotofobia-erotofilia, según el cual todas las personas podrían ser colocadas en un continuo que fuese de las actitudes más “fílicas” hacia el erotismo en general, hasta aquellas que desarrollasen actitudes “fóbicas”. Este constructo ha sido desarrollado por D. Byrne y W.A. Fisher, como principales autores.

Byrne defiende, efectivamente, que los individuos pueden ser situados a lo largo de un continuo actitudinal positivo-negativo respecto a una variedad de cuestiones y actividades relacionadas con el sexo. Esta predisposición, como ya hemos visto, está muy relacionada con el sentimiento de culpa sexual y ya hemos indicado cómo Mosher a la hora de operacionalizar empíricamente este sentimiento, desarrolló el Sex Guilt Inventory. Ya hemos expuesto anteriormente las principales investigaciones relacionadas con la medida empírica de la culpa sexual.

Los autores que desarrollan el concepto de erotofobia-erotofilia, también han tratado de medir dicha dimensión, creando el instrumento denominado “Sexual Opinion Survey”, a través del cual y según su puntuación, las personas se determinarían como más o menos erotofóbicas o erotofílicas.

EROTOFOBIA-EROTOFILIA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

En teoría podríamos decir que las personas erotofóbicas tienden a no poder anticipar la posibilidad de admitir en

ellos su propia experiencia sexual debido, claro está, a su tendencia negadora y negativizadora del hecho sexual. De los erotofílicos cabe esperar lo contrario y pensar que son personas que de hecho desean y esperan con ilusión sus experiencias sexuales.

Para probar esta hipótesis Fisher (1978) administró el S.O.S. a 145 hombres estudiantes de high school y les pidió que indicaran si esperaban o no mantener relaciones sexuales durante el siguiente mes. Dividiendo el S.O.S. por la mitad, según la puntuación, el 51% de los erotofóbicos y el 77,30% de los erotofílicos, indicaron que la relación tendría lugar.

Es muy interesante destacar el decalaje que se produjo entre la expectativa de comportamiento y el comportamiento real porque, siendo preguntadas las mismas personas un mes después, los erotofóbicos habían tendido a subestimar la probabilidad de que tuvieran relaciones sexuales.

Para el tema central de nuestro trabajo, este hallazgo es muy importante, porque desde el punto de vista de los embarazos no deseados el no poder anticipar una posible relación sexual, el no poder sentirse potencialmente como una persona sexualmente activa, el no reconocerse como

tal, es sin duda uno de los factores de riesgo más importantes. Esta situación corresponde fundamentalmente a personas erotofóbicas. De aquí que la prevención pase por la necesidad de potenciar la erotofilia.

EROTOFOBIA-EROTOFILIA Y COMPORTAMIENTO CONTRACEPTIVO

Según Byrne (1983), esta conducta puede ser descrita como un proceso en el que una serie de etapas deben ser cu-

biertas para lograr un control de natalidad eficaz. Estas son:

- Adquisición, procesamiento y retención de información precisa y veraz sobre anticonceptivos.
- Reconocimiento por parte del individuo de la posibilidad de vincularse en una relación coital.
- Obtención de anticonceptivos.
- Comunicación con la pareja a propósito de la utilización de anticonceptivos.
- Utilización del método elegido.

Vemos aquí cómo cada una de éstas etapas está influenciada por las variables internas descritas. En el peor de los casos pueden actuar como auténticas barreras que dificultan el comportamiento contraceptivo deseado (Becerra, 1986).

Siguiendo con este razonamiento, se puede esperar lógicamente que la erotofobia-erotofilia incida en el área de la contracepción. Efectivamente existe una relación clara con el uso contraceptivo tanto en hombres como en mujeres. En una muestra de 145 estudiantes universitarios entrevistados dos veces en un intervalo de un mes, Fisher (1984) encontró que 42 personas habían mantenido relaciones sexuales ese mes. Se encontró que los hombres erotofóbicos eran menos tendentes a utilizar condones, $r(40) = -0,33$, $p < ,05$ que los erotofílicos.

En otro estudio, realizado entre 230 mujeres universitarias Fisher y col. (1979) encontraron la siguiente relación: Las mujeres que utilizaban métodos considerados como seguros obtuvieron una media en el S.O.S. de 61,70. Las mujeres que utilizaban métodos no seguros, obtuvieron una media de 52,13 y las mujeres sexualmente inactivas alcanzaron una media de 45,93. Las diferencias de los tres grupos fue significativa: $F(2,224)=16,08$, $p < ,0001$. Por lo tanto, aquellas mujeres con sentimientos más positivos se comprometen con el sexo y toman medidas anticonceptivas, aquellas con sentimientos más negativos tienden a evitar el uso de contraceptivos, y aquellas mujeres con sentimientos aún más negativos evitarían totalmente las relaciones sexuales (Fisher, Byrne, Edmunds, Miller, Kelley, White, 1979).

Esta misma relación se obtuvo en otro estudio realizado con una muestra mucho mayor, de 722 mujeres de cuatro campus universitarios del medio oeste de los Estados Unidos (Kelley, Sweton, Byrne, Pzybyla, Fisher, 1987).

Por último, y respecto a la adquisición de métodos anticonceptivos, se puede esperar que las personas erotofílicas tiendan más a conseguir anticonceptivos en Centros de Planificación Familiar, que las erotofóbicas. Fisher, entrevistó a un grupo de mujeres de bachillerato. Las mujeres que obtuvieron los métodos por su propio interés en Centros de Planificación Familiar eran más erotofílicas que las que no lo hacían. Las medias de puntuación fueron respectivamente $M = 57,31$, $M = 46,95$ y la significación $F(1,60) = 4,57$ $p < ,04$. (Fisher, 1983).

AROUSAL SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

Los cambios fisiológicos que ocurren como consecuencia de los diversos tipos de estimulación sexual (Masters y

Johnson, 1966) pueden inducir a las personas a vincularse en comportamiento coital con independencia de las emociones, actitudes, informaciones, expectativas y fantasías.

Dicho de otra manera, una fuerte activación puede cortocircuitar el sistema formado por el resto de las variables internas, prescindiendo de la adopción de precauciones contraceptivas.

Por tanto y en la medida en que estas variables intermedias no dirigen a las personas hacia la adopción de medidas contraceptivas, la activación sexual hará menos probable aún la ejecución de tal conducta (Schwartz, 1973).

Esto nos lleva a la reflexión de que las mujeres u hombres erotofílicos, es decir, con una buena disposición hacia la sexualidad, también se encontrarían en situaciones de riesgo, debido a la propia activación sexual, aunque pensamos que los erotofóbicos, por razones ya explicadas, tendrían menos recursos de prevención.

FANTASÍAS IMAGINATIVAS Y ANTICONCEPCIÓN

Según Byrne (1983) las fantasías tanto internas, debido a la capacidad personal de formar imágenes, como externas,

contenidos emanados de los medios de comunicación (televisión, cine, libros, revistas), actúan como mediadores, motivadores y generadores de modelos de comportamiento. Es muy evidente que en nuestro contexto apenas aparecen en los medios de comunicación modelos de comportamiento sexual y contraceptivo sin riesgo. ... "Modelos que muestren formas de prevención, adquisición, discusión, y uso de la tecnología anticonceptiva, están ausentes de las fantasías públicas y por tanto de las fantasías privadas con el resultado final de que la conducta contraceptiva está reservada para aquella gente sexualmente experimentada, a menudo, tras el drama de un embarazo no deseado" (Byrne, 1983).

EROTOFOBIA - EROTOFILIA Y COMUNICACIÓN

Los erotofóbicos en general tienen más dificultades en hablar de temas sexuales. Fisher, Miller, Byrne y White

(1980) ponen a prueba esta hipótesis con un experimento en el laboratorio. Con una muestra de N=190 presentaron un mensaje de contenido sexual y otro neutro grabado en video. Las personas erotofóbicas tenían reacciones significativamente más negativas a comunicar el contenido sexual que los erotofílicos. Sin embargo, las cifras del S.O.S. no tuvieron ninguna relación con el mensaje de contenido neutral.

EROTOFOBIA - EROTOFILIA Y LOS ROLES GENÉRICOS

Partiendo de la hipótesis de que las personas que desarrollan roles más tradicionales serán más erotofóbicos y los

andróginos serán más erotofílicos, es decir, que los hombres y las mujeres andróginos disfrutarán más del sexo y tendrán una orientación hacia el erotismo más positiva, Walfish y Myeson (1980), las confirmaron. Utilizaron el cuestionario de Bem que, como se sabe, mide posicionamientos de

rol, discriminando aquellas personas que se adhieren a los estereotipos masculinos o femeninos, de aquellas otras personas con características andróginas. Clayton (1981) replicó esta experiencia y ratificó los datos.

EROTOFOBIA-EROTOFILIA Y AUTORITARISMO

La dimensión erotofobia erotofilia, es mantenida por sus teóricos como una dimensión relativamente estable de personalidad. Tratando de documentar más claramente esta aseveración, se ha investigado su relación con el autoritarismo. De acuerdo con Adorno, Frenkel-Brunswick y Stanfor (1950), los individuos autoritarios son rígidamente convencionales, opuestos a comportamientos sexuales heterodoxos y sexualmente represivos. Por lo tanto, el autoritarismo está correlacionado con la erotofobia-erotofilia y la investigación confirma esta hipótesis: Personas autoritarias tienden a ser erotofóbicos. Parece que el autoritarismo en general está unido con la más específica negatividad, afectiva y evaluativa, hacia el sexo que caracteriza a la erotofobia.

A MODO DE RESUMEN

Creemos que ha quedado claro cómo el posicionamiento actitudinal media en el comportamiento sexual y contraceptivo.

De la misma forma que cada persona difiere de las otras en los contenidos específicos de lo aprendido, así también difiere respecto al grado por el cual una actividad sexual o relacionada con el sexo, evoca sentimientos positivos o negativos dentro de sí misma (Fisher, Byrne y White, 1983).

Existe por tanto una polaridad, según los autores recién citados, que va de sentimientos positivos hacia la sexualidad en términos de erotismo, a sentimientos negativos. Así desarrollan el constructo erotofobia-erotofilia.

Del conjunto de las investigaciones expuestas, podemos señalar los siguientes puntos que caracterizarían a los erotofóbicos/as en relación al comportamiento sexual y contraceptivo:

- Poseen menos información sobre la concepción, contracepción.
- Es menos probable que prevean la probabilidad de tener comportamiento coital en un futuro inmediato.
- Es menos probable que adquieran los anticonceptivos en los lugares de distribución habituales.
- También es menos probable que se comuniquen con sus parejas o lo hagan con más dificultad, a propósito de la conveniencia de adoptar precauciones contraceptivas.
- Usarán los anticonceptivos menos regularmente.
- Tendrán actitudes generalmente de carácter negativo hacia la contracepción.

Los trabajos de Yarber y Mc Cabe (1981); Fisher et al. (1977); Fisher, Miller, Byrne y White (1980); Fisher et al. (1979), confirman estas hipótesis.

LA AUTOEFICACIA CONTRACEPTIVA



tra aportación teórica muy interesante respecto a la cuestión del embarazo no deseado es la del concepto de autoeficacia. El riesgo de embarazo, insistimos,

radica en el comportamiento coital. Para evitarlo caben dos acciones: O bien se utiliza un comportamiento contraceptivo adecuado, o bien se mantiene un comportamiento sexual no coital. El objetivo consiste en no provocar un embarazo que no se desea. Para ello es necesario un posicionamiento cognitivo - afectivo, unos recursos y la capacidad de ser eficaz con los comportamientos que ponen en acción estos recursos, que desembocan en la consecución del objetivo: Evitar el embarazo que no se desea en el contexto de un comportamiento sexual satisfactorio.

Existen en la bibliografía algunas investigaciones que tratan de relacionar el concepto de autoeficacia con el comportamiento sexual y contraceptivo (Levinson 1986). Pasaremos antes que nada a plantear el concepto de autoeficacia propuesto por Bandura.

Las personas regulan su comportamiento a través de criterios internos y de reacciones autoevaluadoras. El pensamiento referente a sí mismo forma parte del autosistema de las personas en su funcionamiento psicosocial. Las teorías e investigaciones psicológicas —apunta Bandura— tienen como objeto de estudio la adquisición de conocimientos o el desarrollo de patrones de conducta y sin embargo quedan relegados los procesos que regulan la interrelación entre el conocimiento y la acción (Newell, 1978). Las personas no actúan de la manera más correcta aún sabiendo la forma adecuada para hacerlo. Según Bandura, esto ocurre porque el pensamiento autorreferente actúa como intermediario entre el conocimiento y la acción. Así se ha abierto una línea de investigación que se basa en demostrar cómo influye la manera en que cada persona juzga sus capacidades y cómo la forma en que percibe su eficacia, afecta a la motivación y a su comportamiento. En los últimos años ha habido bastante actividad investigadora y de elaboración teórica sobre cómo el pensamiento autorreferente influye en el funcionamiento psicológico.

Cuando una persona actúa en su medio, esta acción no depende solamente de los conocimientos que se tienen sobre la acción misma, ni de las capacidades que se poseen para ejecutar dicha acción, sino de cómo perciba esa persona su propia eficacia, que es independiente de las capacidades y de los conocimientos. La percepción de eficacia implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar las subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en cursos de acción, a fin de conseguir distintos propósitos. Bandura define el concepto de autoeficacia percibida, “como los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Por tanto, el concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer de ellos” (Bandura, 1987).

Es decir, cuando una persona se enfrenta ante una situación que tiene que resolver, deberá tener el conocimiento y los recursos necesarios de cómo resolverla. Sin embargo no es suficiente para que se genere la acción a través de la cual se obtendrán los resultados. Un mediador fundamental según el concepto de autoeficacia, es la percepción de eficacia que esa persona tenga respecto a la acción. La autoeficacia percibida es la que mediará en el hecho de que la persona ponga en marcha las acciones oportunas para conseguir los resultados esperados. “Un rendimiento adecuado requiere tanto la existencia de habilidades como la creencia por parte del sujeto de que dispone de la eficacia suficiente para utilizarlas. La eficacia en el comportamiento requiere una continua improvisación de habilidades que permitan dominar las circunstancias continuamente cambiantes del entorno, la mayoría de las cuales están constituidas por elementos ambiguos impredecibles y muchas veces estresantes”. Conviene aclarar algunos términos:

La “autoeficacia percibida” se define como los juicios que cada persona hace sobre sus capacidades. El concepto no hace referencia a los recursos sino al juicio que esa persona hace de la capacidad que tiene de utilizar esos recursos. Las expectativas de eficacia personal hacen referencia a la autoeficacia percibida.

Las expectativas de resultados son las consecuencias de la acción. Bandura insiste en no confundir el resultado que es la consecuencia de la acción, con la acción en sí misma. Utilizando su propio ejemplo, si el problema que se plantea es el hecho de saltar dos metros de altura, la creencia de que uno es capaz de hacerlo es la autoeficacia percibida y los resultados son los aplausos, el reconocimiento o la propia satisfacción personal. Los resultados son las consecuencias de la acción, no es el salto. Se puede deducir, por tanto, que los resultados obtenidos tendrán que ver sobre todo con la autoeficacia percibida y ésta es independiente de los conocimientos y de los recursos de que se disponga. Así podemos entender que no haya una relación directa entre recursos y comportamientos. La existencia de los recursos y capacidades no garantizan los comportamientos. Las expectativas de los resultados tampoco garantizan el comportamiento, de tal manera que una persona que percibe con claridad que una determinada acción tendría para ella unos resultados interesantes, es posible que no ejecute la acción pertinente si no se autopercibe como capaz de realizar esa acción.

LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y EL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y CONTRACEPTIVO

La teoría de la autoeficacia ha sido utilizada por Bandura y sus asociados para explicar motivaciones sobre un comportamiento generalmente disfuncional

que persiste a pesar del deseo de cambio (Bandura, Adams, Hardi y Howels, 1980; Kazdin, 1974; Mac Alister, Perry y Maccoby, 1979; Rosenthal y Bandura, 1978). De acuerdo con el constructo de autoeficacia, una persona, su comportamiento y el entorno son vistos como interactivos y recíprocos en determinar un comportamiento objetivo final (Levinson, 1986).

Así, respecto al comportamiento sexual y contraceptivo nos encontramos con una situación paradójica. A pesar del fuerte rechazo social y del nivel de conflicto personal que supone un embarazo no deseado, sin embargo no se adecuan, en un sector importante de la población juvenil, los comportamientos sexual y contraceptivo de cara a evitar el riesgo. La teoría de la autoeficacia trata de explicar cómo los comportamientos adecuados, coitales o no coitales en función del uso de métodos contraceptivos, se explicarían, no tanto por los conocimientos y los recursos de que se dispongan, sino por la percepción de autoeficacia. Es decir, en qué medida un chico o una chica se sienten capaces de anticipar su propia experiencia sexual y, en consecuencia, en qué medida se sienten capaces de utilizar sus propios recursos de cara a un objetivo final: evitar el riesgo de un embarazo que no se desea, sin sacrificar la propia experiencia sexual.

Por lo tanto, son las expectativas que se tengan sobre el propio comportamiento sexual las que van a influir y no tanto los recursos de que se dispongan. Desde este punto de vista teórico, podemos explicar con bastante claridad, cómo la posibilidad de poder anticipar la propia actividad sexual, en nuestro entorno cultural, es francamente difícil. Algunos indicadores sociales que corroboran esta dificultad son, por ejemplo, la parcial tabuización del sexo (tabuización de lo íntimo-individual, exageración-utilización de lo social-comercial), el no reconocimiento de la sexualidad de los/las jóvenes, y las dificultades respecto al rol tradicional que probablemente afecten más a las mujeres.

INVESTIGACIONES SOBRE LA TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA RESPECTO AL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y CONTRACEPTIVO

En este punto nos vamos a referir fundamentalmente a la investigación que R.A. Levinson realizó en el año 1986. En ésta propone una escala de medida sobre la percepción de autoeficacia respecto al comportamiento sexual y con-

traceptivo.

La escala Contraceptive Self-Efficacy (C.S.E.), está formada por un grupo de ítems que hacen referencia a las condiciones en las que las adolescentes han dicho que no utilizaban anticonceptivos.

Otros ítems hacen referencia a situaciones que elicitaban respuestas congruentes e incongruentes a auto-afirmaciones que reflejan la aceptación de una mujer adolescente de sus sentimientos sexuales.

Por fin, se diseñaron un grupo de ítems para determinar hasta qué grado creen que se incluyen o implican en comportamientos que han sido asociados con el uso contraceptivo exitoso. En el análisis de los datos Levinson encontró los siguientes factores: (Levinson, 1986).

- a) Aceptación consciente de la actividad sexual pudiendo planificarse para ello, hablar, pensar sobre sexo y buscar anticoncepción.
- b) Asunción de la responsabilidad de la dirección de la actividad sexual y del uso de la contracepción.
- c) Asertividad en prevenir el coito sexual en una situación dada.
- d) Sentimientos de excitación sexual.

Las aportaciones de Levinson en este sentido son muy interesantes, porque generan pistas muy importantes a incluir en la metodología de futuros proyectos de educación sexual. Si las chicas y los chicos pudieran tener un espacio de elaboración de su comportamiento sexual, antes de que lo tuvieran realmente, es muy posible que aumentara la autoeficacia percibida y ésta junto con los recursos y posibilidades comportamentales, conocimientos, etc., concurrirían en una situación satisfactoria y sin riesgos.

Los investigadores han demostrado que las chicas no eligen voluntariamente tener el coito (Chilman, 1973; Hatcher, 1976; Miller, 1976; Shah, Zelnik y Kantner, 1975; Sorensen, 1973). Muchas chicas jóvenes a menudo dicen que su primer coito ocurrió espontáneamente, "...Algo pasó, no esperaba hacerlo esa noche, nos dejamos llevar, etc., ...". Por consiguiente, el primer coito y el uso de contraceptivos no es un hecho planificado o anticipado por las chicas. No podemos dejar de recordar en este punto que, a esta situación, habría que añadir la presión que el chico realiza hacia el coito, inducido, entre otras razones, por la integración de su propio rol masculino. La falta de una toma de decisión consciente sobre la actividad sexual (cosa que no ocurre con otras actividades), indicaría que el inicio del coito está siendo negado en algún nivel y por tanto la posibilidad de percibirse a sí mismo-a como capaz de utilizar recursos y tomar decisiones, están siendo evitadas.

Levinson encontró que los factores c) y d), no estaban relacionados significativamente con el uso contraceptivo, pero estos factores junto con el b) dieron una relación muy fuerte con las variables frecuencia de coito y coito no protegido.

Estas relaciones sugieren que las chicas que tienen facilidad para la excitación sexual y que disfrutan de la actividad sexual tienen un mayor riesgo de coito sin protección porque no piensan que ellas pueden controlar la actividad sexual de cara al coito. Las chicas que piensan que debe-

rían y que pueden ser responsables de su actividad sexual tienen mayor probabilidad de actuar consecuentemente, incluso bajo circunstancias adversas. Las chicas, a falta de esta convicción, tienen menos probabilidad de persistir en aquellos comportamientos que son necesarios para evitar el coito sexual no protegido (Levinson, 1986).

En otros lugares incidimos en la importancia que tiene el hecho de considerarse a sí mismo sexualmente activo, como algo necesario para la percepción de riesgo de embarazo no deseado. Levinson en su trabajo, también lo recoge. Considera que su cuarta categoría de ítems del C.S.E., indica que la aceptación de la persona de su propia sexualidad puede estar más relacionada con su comportamiento contraceptivo. Ahora bien, ¿qué es lo que interviene en el hecho de que una persona joven pueda percibirse a sí misma como sexualmente activa? Recogemos en la parte empírica de este trabajo la hipótesis que establece que es la actitud hacia la sexualidad la que determina en qué medida una persona puede aceptarse a sí misma como sexualmente activa. Esta afirmación es apoyada por Fisher y Byrne, entre otros. A través de una serie de estudios, se observa que las mujeres jóvenes que veían positivamente una variedad de estímulos sexuales, (erotofílicas) eran más tendentes a anticipar el coito, a aprender información contraceptiva relevante, a adquirir anticonceptivos, a discutir temas sexuales y a usar anticonceptivos, que sus compañeras que veían de forma más negativa los estímulos sexuales (erotofóbicas).

SUGERENCIAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL

A cualquier joven, chico/a, en el contexto familiar, escolar o social, se le enseña y anima a que se proyecte en el futuro y se imagine qué quiere hacer en su vida, en qué quiere trabajar, en qué quiere formarse. Desde bien pequeños a los niños/as se les pregunta: ¿Qué quieres ser de mayor? Normalmente a los adultos/as no les cuesta hablar de sus experiencias familiares, escolares, laborales o sociales, pero la mayoría son incapaces de hablar con sus hijos e hijas adolescentes de las alegrías y de los fracasos, de lo fluido y de lo conflictivo de su propia sexualidad.

La teoría de la autoeficacia sugiere que antes de las primeras experiencias sexuales, un/a joven debería poder anticipar (en el sentido de pensar que pudiera ocurrir o que ocurrirá) esa experiencia. Es necesario hablar del primer día de clase, o del primer día de trabajo, antes de que éste llegue. Normalmente se anticipa, se habla y se espera con ilusión. Como hemos visto en el párrafo anterior, poder hacerlo depende de una actitud positiva hacia la sexualidad. Esta permitirá poder percibirse a sí mismo/a como capaz de orientar su comportamiento sexual y contraceptivo generando situaciones sin riesgo. Desde el punto de vista de la educación sexual, los estudios sobre la autoeficacia sugieren que es preciso desarrollar técnicas no directivas, que promuevan actitudes positivas hacia la sexualidad, así como crear espacios de verbalización. La evidencia de muchos estudios sugiere que los/las adolescentes son capaces cognitivamente y emocionalmente, de explorar e incluso cambiar sus comportamientos sexuales y contraceptivos si se plantean discusiones sobre experiencias importantes y relevantes (Cvetkovich, 1985; Elkind, 1974).

Desde el punto de vista de la prevención, Levinson propone que se evitarían situaciones de riesgo:

- Si se acepta y se reconoce la propia sexualidad.
- Si se es competente en obtener y utilizar un anticonceptivo.
- Si se es asertiva/o al prevenir un coito no protegido.
- Si hay comunicación sobre relaciones sexuales y anticoncepción.

FACTORES SUBJETIVOS DEL END: DESEO DE EMBARAZO, DESEO DE HIJO/A

E

ncontramos en la literatura revisada para el tema que nos ocupa, un conjunto de aportaciones muy interesantes basadas en planteamientos psicodinámicos,

que tratan de explicar, de forma teórica, el no uso o el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos y por tanto de los embarazos no deseados.

En nuestra experiencia personal atendiendo a mujeres que solicitaban información para interrumpir voluntariamente el embarazo, nos encontramos con situaciones muy paradójicas.

En primer lugar, la disociación producida entre el comportamiento sexual en el sentido del placer-afectos y la probabilidad reproductiva. Es decir, muchas mujeres cuando se les preguntaba cómo se había producido el embarazo, contestaban cosas como: "... creía que yo no me iba a quedar embarazada"; "... nunca había pensado en que yo pudiera quedarme embarazada"; "...no se qué paso". Esto resulta paradójico si tenemos en cuenta que estas mujeres aún teniendo relaciones sexuales con frecuencia, no utilizaban ningún método o lo utilizaban muy deficientemente.

En segundo lugar, observamos mujeres que aun habiendo tomado la decisión de utilizar un método eficaz como los anovulatorios, se "olvidan" en pleno ciclo de tomar varias píldoras seguidas, produciéndose así el embarazo.

En tercer lugar encontramos mujeres que deciden de forma racional abortar, con argumentos como: "... No puedo tener un hijo ahora porque estoy en el paro, porque interrumpiría mi formación, porque tengo otros proyectos, etc.". Al mismo tiempo bastantes de estas mujeres afirmaban en consultas de seguimiento posteriores al aborto, que se habían sentido particularmente bien en el tiempo en que se supieron embarazadas.

Desde un punto de vista clínico, recordamos el caso de una mujer en tratamiento por deseo sexual inhibido que relató lo siguiente en una de las sesiones: "... me sentía deprimida, bastante descolocada, muy insegura, sin saber que es lo que quería. Un día me quedé embarazada. Pensé en mi madre, mi familia y los demás y creí que el mundo se me hundía. Decidí rápidamente buscar un sitio donde abortar. Sin embargo, tengo que reconocer que me sentía bien. Me sentía importante. Veía las cosas de otro modo. No sentía interés por mi novio. A pesar de todo, tenía claro que debía abortar. Para nada quería yo un hijo en aquel momento. Mi novio se desentendió. Me dijo que respetaba mi decisión pero que era cosa mía. Le vi a años luz de mí. Me sentí sola. Fui a un lugar de Francia a abortar. Tenía ganas de acabar con todo el asunto. Ya en la mesa ginecológica no pensaba en el dolor, lo que más intesamente recuerdo es que sentí como que estaban extrayendo lo mejor de mi misma". (Extracto de la Historia Clínica de M.M., Febrero 1988). Esta mujer tenía 26 años en el momento de la terapia. El aborto había ocurrido tres años antes. Después del aborto volvió a sentirse mal, deprimida, desorientada. Continuó la relación con su novio, con muchos altibajos. Una relación caracterizada por la insatisfacción y el desinterés por lo sexual. Ella en ese momento, no podía relacionar el hecho del aborto con su situación actual. De hecho decía que el aborto lo tenía superado.

Diversos autores explicarían estas situaciones como motivaciones fundamentalmente inconscientes que irían dirigidas a la consecución de un embarazo.

En esta línea de análisis existen dos conceptos diferentes: El deseo de embarazo y el deseo de hijo/a. El primero hace referencia al sentido simbólico, generalmente inconsciente, que tiene que ver con la propia identidad de mujer. El segundo hace referencia al deseo consciente de querer tener un hijo/a instalado en el proyecto vital. En la literatura encontramos distintos términos para explicar lo mismo. Por ejemplo: Deseo de embarazo y deseo de hijo/a (Pasini, 1978), deseo de

hijo/a y deseo de tener un hijo/a (Cukier-Hemeury, Lezine, Ajuriaguerra, 1987). Nosotros utilizaremos la primera proposición para evitar confusiones.

Deseo de embarazo no es obligatoriamente deseo de tener un hijo/a. En principio, el deseo de reproducción sería una pulsión natural ligada a la función sexual en el ámbito de la perspectiva biológica, en relación al mantenimiento de la especie. No obstante, se desarrolla en un entorno sociocultural sometido a ciertas normas culturales y sociales que cambian según las épocas.

El deseo de embarazo puede localizarse en lo imaginario de la mujer. Por lo tanto hay una clara diferencia con el deseo de maternidad, de parir, de dar a luz. El deseo de embarazo puede existir sin que vaya acompañado del deseo de buscar una fecundación. La expresión del deseo de embarazo ha sido durante mucho tiempo enmascarado por la confusión entre matrimonio y procreación en la medida en que matrimonio significaba procreación obligada. (Cukier-Hemeury, Lezine, Ajuriaguerra, 1987). Desde una perspectiva psicodinámica, estos autores, dicen que a nivel inconsciente querer un hijo/a es luchar contra la propia castración. Es tomar una revancha contra las limitaciones inflingidas, es realizar proyectos mágicos que remontan a la infancia desde la que se busca rivalizar con los padres/madres y dejar de estar en un estado de inferioridad. Se adquiere el estatus de adulto/a en una actitud de procrear igual a la de los progenitores. En este contexto, el deseo de embarazo es pues un medio de atribuirse un excedente de identidad.

Según los autores citados el deseo de embarazo podría tener los siguientes significados: Necesidad de probar la propia fertilidad potencial. Necesidad de responder a una compensación del placer sexual –en el sentido de compensación por la culpa sexual (ver punto 3.2.1.) o de realizar intensamente su rol de mujer. Afirmarse en la diferencia con el hombre. Adquirir un estatus adulto, logrando un lugar en la sociedad. Confirmación de un amor auténtico entre los dos, avalado por este nuevo amor compartido (el del niño/a) que garantizaría su duración. Reproducir una situación familiar vivida. Anhelar tener a alguien a quien querer como antídoto de la soledad. Para otras, el deseo de embarazo responde a una necesidad completiva personal. La madre y el hijo/a forman un todo indisoluble.

El deseo de embarazo hace referencia al sentido simbólico del mismo. Es fundamentalmente inconsciente y puede entenderse como un elemento básico que completa la identidad de mujer. El deseo de hijo/a, sin embargo, es la realidad misma. Es desear conscientemente tener un hijo/a, un bebé real al que hay que cuidar diariamente.

El deseo de hijo/a, supone desear un hijo/a como tal, en tanto que él mismo, diferenciado. Supone incluirlo en la propia vida, aceptando los beneficios que el ser “madre” o “padre” proporcionan en esta sociedad, también las gratificaciones afectivas de la relación con él. Pero sobre todo, supone aceptar y ser consciente del cambio ecológico que origina, tanto a nivel individual como de pareja. Creemos que es clave aceptar las renunciaciones, las limitaciones, las situaciones límite que, a veces, el hijo/a provoca. El hijo/a demanda, exige y una/o tiene que estar ahí, permanentemente. Podríamos hipotetizar que en la medida en que prevalezca el deseo de embarazo, sobre el deseo de hijo/a, esta relación será más confusa, más difícil, más costosa y de mayor riesgo psicológico.

En las aportaciones de los autores que estamos citando encontramos descrita una sintomatología más bien fenomenológica, resultado de su experiencia clínica, y no tanto avalada empíricamente, respecto a lo que se podría considerar como un deseo de embarazo patológico.

Passini (1978), afirma que la amenorrea anovulatoria puede a veces ocultar un deseo de embarazo patológico que se somatiza, lo mismo que toda la patología de las menstruaciones, el embarazo “psicológico” o nervioso, etc., pueden explicarse por un deseo de embarazo conflictivo que es también la base de numerosos vómitos gravídicos. Otro síntoma observado por nosotros mismos, se da en aquellas mujeres que abortan repetidamente. Nos hemos encontrado, en programas de Consejo de Aborto, cómo mujeres que solicitaban información para abortar y que de hecho lo

hacían, volvían al cabo de poco tiempo –varios meses–, nuevamente embarazadas. En un estudio sobre el aborto en Guipúzcoa realizado por el autor en colaboración con todos los centros de Planificación Familiar de Guipúzcoa, encontramos que el 12% de las mujeres que abortaban lo hacían repetidamente (Gómez Zapiain, 1989). Este dato es apoyado por otras investigaciones sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Otro síntoma a considerar es el que tiene que ver con aquellas mujeres que solicitan tardíamente la interrupción de su embarazo, es decir, después de la 12.^a semana. No habría que considerar aquí aquellas que lo hacen porque se diagnostica tardíamente alguna malformación congénita importante.

Ante la hipótesis de que el deseo de embarazo en algunas mujeres, en el sentido simbólico, pueda tener por función completar de alguna manera un cierto vacío existencial, Passini, estudiando los casos de embarazos declarados como no deseados, es decir, las concepciones accidentales, señala que éstas son más frecuentes en los momentos depresivos ligados, bien a razones simbólicas, bien a situaciones reales. En estas condiciones, el deseo de embarazo a menudo apremiante, parece colmar un cierto vacío existencial. A veces no se trata tanto del deseo de tener un hijo/a en tanto tal, como de desear un embarazo para probarse a sí misma que se tiene la capacidad virtual, o para compensar o reparar. Para otras, el fracaso contraceptivo o la concepción accidental aparece, porque el embarazo es deseado como una forma de valorización del placer sexual vivido como estéril y egoísta. Siguiendo esta línea de razonamiento podemos comentar el “Síndrome de Clayson”.

Clayson observó en su experiencia clínica, que una proporción alta de mujeres que solicitaban asesoramiento sobre la interrupción del embarazo y de parturientas cuyo embarazo no había sido deseado, habían tenido alguna pérdida afectiva importante, recientemente. Por ejemplo, la ruptura con los padres, la pérdida por fallecimiento de alguno de ellos, la ruptura o pérdida del novio o compañero, o de cualquier persona muy significativa desde el punto de vista afectivo.

CUADRO 3.1. Encuestas sobre el Síndrome de Clayson

ENCUESTAS	N	PERDIDA OBJETO	GRUPOS CONTROL	N	PÉRDIDA OBJETO
Downs- Ckayson	108	66	Parturientas	49	13
Clayson-Paiva-Meyer (1974)	128	50-67	“	-	-
Lanoy-Gloor-Heraief- (1975)	350	61	Casos Psiqu.	100	26
Gloor (1976)	74 (1)	63	“	40	90
	56 (2)	53	“	12	50
Salzman (1977)	54	45	Parturientas	54	48

- (1) Fracaso contracepción oral
 (2) Otros procedimientos contraceptivos

Clayson trató de realizar una investigación empírica a partir de sus hipótesis. A partir de él se desarrollaron algunas investigaciones que se recogen en el cuadro 3.1.

Estos planteamientos probablemente aporten elementos de reflexión, que nos ayuden a comprender la cantidad de paradojas que encontramos en la relación comportamiento sexual y comportamiento contraceptivo. Desde nuestro punto de vista probablemente exista un grupo signifi-

cativo de mujeres, que en relación a su equilibrio emocional, sean más vulnerables a este tipo de cuestiones. Así, éstas podrían exponerse a situaciones de riesgo de forma inconsciente, disociando el comportamiento sexual de la probabilidad de embarazo, o provocando, digamos, “actos fallidos” respecto al uso contraceptivo. En los datos empíricos de esta investigación observamos que entre un 35% y un 40% de las mujeres sexualmente activas no usan métodos anticonceptivos fiables. El deseo de hijo/a puede ser entendido como un lugar de paso de un deseo absoluto. “Esto que se desea no es un deseo de hijo/a, es un deseo de niño/a, es un deseo de infancia, es un anhelo infantil” (Bydlowski, 1978).

ANTICONCEPCIÓN Y PLACER

Efectivamente, las técnicas contraceptivas permiten que los hijos/as puedan ser “deseados/as”. Es una conquista reciente, apenas dos décadas. Sin embargo, la experiencia nos indica que para un sector importante de personas el poder integrar las necesidades afectivas y sexuales en relación al riesgo de embarazo no deseado no resulta fácil. Utilizar voluntariamente un método contraceptivo supone cerrar voluntariamente la puerta de la fecundidad y abrir de par en par la puerta del placer (Passini, 1980). Es comprensible que un determinado sector de mujeres sexualmente activas tengan dificultades para integrar su propia capacidad erótica. No debe de sorprender que esto sea así si consideramos los siglos de reducción del rol de mujer a la crianza y a sus labores. Precisamente el acceso de la mujer al trabajo y sobre todo la independencia de la procreación obligativa, a través de los métodos contraceptivos está contribuyendo a la erotización del rol de mujer. Sin embargo, la exigencia actual del “consumo de erotismo” choca frontalmente con la educación recibida basada en el silencio y en el tabú. Si aceptamos dos dimensiones esenciales de la sexualidad, la dimensión de fecundidad y la dimensión del placer, los métodos anticonceptivos evitan temporalmente la dimensión de la fecundidad y acentúan la dimensión del placer. Es como si la mujer alcanzara su libertad sexual llevando el lastre de una educación antagonista con el erotismo y la voluptuosidad.

Los autores en esta línea de pensamiento explicarán que las dificultades de aceptación de los métodos –en las consultas de Planificación Familiar se observa cómo existe un tipo de mujeres para las que ningún método es aceptable–, podrían considerarse como “resistencias” al uso contraceptivo, como una forma de defensa contra el placer, más que el rechazo o intolerancia física de los mismos.

Desde otros puntos de vista, este planteamiento sería compatible con las investigaciones sobre la culpa sexual y la actitud hacia la sexualidad (erotofobia-erotofilia) y su relación con el uso contraceptivo. Aquellas mujeres con un nivel de conflicto elevado, respecto a la integración de la dimensión erótica de su propia identidad de mujer, tenderían a resistirse al uso de contraceptivos, tendiendo a elegir los menos seguros.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS A ESTE PUNTO

Está claro que existen serias limitaciones metodológicas para investigar empíricamente estos factores subjetivos

de riesgo de embarazo. Por ello es necesario ser cautos en determinadas afirmaciones. No obstante, la reflexión científica debe ir más allá de lo estrictamente demostrable. El dilema entre el rigor metodológico y la enorme riqueza vital de lo observado, estando en esa primera línea cara al

público, desde un servicio público, está presente a lo largo de todo el proceso de este trabajo. ¿Qué conclusiones podemos sacar al respecto?

En primer lugar: Efectivamente, las actitudes negativas hacia la sexualidad están probablemente ligadas a sentimientos de culpa sexual. Aceptar el deseo de placer sexual generaría un nivel de angustia tal, por transgresión de la norma, que la manera de contenerla sería no reconociéndose sexualmente activa (factor de riesgo), no utilizando métodos, o no usando métodos seguros (factor de riesgo), como forma de aliviar la culpa, la angustia. Es como que asumir conscientemente un método eficaz, supone dar vía libre a aquello que se teme.

En segundo lugar: Placer - comunicación - afectos, versus fecundidad. Sociológicamente la familia ha transitado de la familia extensa, basada generalmente en una economía artesana y familiar, a la familia nuclear. Así en la familia extensa, la procreación, los hijos/as eran un objetivo importante, debido a la propia estructura económica. Los hijos e hijas se convertían en mano de obra, herederos/as del negocio familiar y seguro de vejez para los progenitores, mientras que la sexualidad, el amor, el placer, etc., se tabuizaba. En la actualidad, en la familia nuclear o en las relaciones interpersonales, intersexos, son los hijos/as los que se tabuizan y el amor, el sexo lo que deviene en “obligatorio” (Passini, 1978).

Los movimientos feministas al comienzo de la transición utilizaban el eslogan “Sexualidad no es reproducción”. Después de décadas, tal vez de siglos, de “Sexualidad sólo es reproducción” y puntualmente en ese momento histórico, podría ser válido. Hoy tenemos que decir que “Sexualidad también es reproducción”, es decir la posibilidad de fecundación está siempre implicada en la relación sexual, sobre todo si ésta es coital. Si en función de los argumentos que hemos expuesto en este punto, vemos que el deseo de embarazo, que no de hijo/a, encubre un deseo global completivo, elaborar el sentido del deseo de hijo/a, puede colaborar a dirigir el propio crecimiento personal por vías más auténticas y no por vías falsas, es decir, exponiéndose a situaciones de riesgo en cuanto al END. Es preciso, por tanto, diferenciar la sexualidad en el sentido de la búsqueda de placer, de la sexualidad en cuanto a la posibilidad de reproducción. Los métodos anticonceptivos se convierten simplemente en un recurso que hace posible el protagonismo a la hora de dar sentido al propio comportamiento sexual. Sin duda esta capacidad es un objetivo preferente de salud sexual.

SUGERENCIAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL

Hemos visto como aquellas mujeres más inmaduras afectiva y emocionalmente podrían estar en situación de ma-

yor riesgo de END. Siendo realistas, la educación sexual no es la panacea para compensar estas situaciones. Sin embargo, desde un punto de vista preventivo, la educación sexual, como estrategia de intervención en salud sexual, debe de proponer espacios de elaboración del deseo de hijo/a. La educación general debería compensar la presión por el rendimiento con el desarrollo de actividades dirigidas a la promoción personal. Así, tanto hombres como mujeres, podrían potenciar actitudes biofílicas, que les ayudarían a buscar las cosas que deben ser vividas según el propio criterio. Tal vez así, el deseo de hijo/a podría ubicarse mejor en el proyecto vital. Hay cosas que sólo pueden ser vividas antes de tener un hijo o hija.

Vemos también cómo las dificultades de integrar y reconocer el deseo sexual pueden generar situaciones de riesgo, ante la imposibilidad de reconocerse sexualmente activa/o y por tanto, no poder acceder al uso contraceptivo, como recurso que permite dar sentido al propio comportamiento sexual. Por tanto, la educación sexual debe aportar elementos que hagan posible actitudes positivas, tranquilas, relajadas, hacia la sexualidad.

**ESTUDIO EMPÍRICO QUE
RELACIONA LA ACTITUD
HACIA LA SEXUALIDAD CON
OTRAS VARIABLES RELACIONADAS
CON EL RIESGO DE EMBARAZO**

En nuestra experiencia clínica en el entorno de un Centro de Planificación Familiar, referida a la atención de jóvenes adolescentes que quedaban embarazadas, intuíamos que la actitud hacia la sexualidad como predisposición al comportamiento sexual, en particular en sus aspectos emocionales, sin duda se asociaba al riesgo de embarazos no deseados (embarazo no deseado en lo sucesivo).

La afluencia exagerada de mujeres jóvenes embarazadas que solicitaban información para interrumpir voluntariamente su embarazo nos creó la necesidad de preocuparnos por la prevención.

En la revisión bibliográfica recogemos numerosos estudios que tratan de discriminar variables de tipo psicológico asociadas al riesgo de embarazo no deseado, como depresión, ansiedad, locus de control, etc. (Mindick, Oskamp y Berger, 1977; Freeman, Rickels, Huggins y García, 1974; Hornick, Devlin, Dowe y Baynham, 1985). Las investigaciones en este campo son en ocasiones claras, en otras contradictorias. Sin embargo, desde el punto de vista de la prevención, la aplicación de sus resultados es difícil, salvo que se trate de amplios programas de salud mental.

Convencidos de que el nivel de “conocimientos sobre sexualidad y contracepción” es una condición necesaria pero no suficiente para evitar embarazo no deseado, teniendo en cuenta que la mayoría de los proyectos de educación sexual se basan en la transmisión de los mismos, decidimos estudiar el estado de la cuestión y diseñar un proyecto de investigación que incidiese sobre aquellas variables “educables” susceptibles de ser incluidas en futuros programas de educación sexual.

Desde esta perspectiva, existen distintos aspectos del riesgo de embarazos no deseados que nos han interesado entre los que se encuentran la actitud hacia la sexualidad, las variables incluidas en el modelo de creencias sobre la salud (susceptibilidad al embarazo, costes y beneficios del uso de métodos contraceptivos), la autoeficacia contraceptiva y los conocimientos, que pasamos a describir.

Cuando se analizan los comportamientos y los conocimientos de las mujeres que se quedan embarazadas, encontramos incoherencias que no se pueden explicar exclusivamente desde el punto de vista cognitivo. Los estudios sobre las actitudes nos aportan elementos para la comprensión de este fenómeno. “La actitud es una predisposición ante el comportamiento, una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, la cual predispone a todo sujeto a responder de una manera preferencial” (Rokeach, M., 1968). La actitud se construye en torno a tres elementos fundamentales: Lo afectivo, lo cognitivo y lo comportamental (Pastor, G., 1978).

Los aspectos psicosexuales de la biografía explican que las personas se sitúan respecto a la sexualidad, desde un punto de vista actitudinal, en un continuo que transcurre desde una predisposición positiva hacia al erotismo, hasta el punto opuesto y contrario.

En este sentido, haciendo hincapié en los aspectos emocionales, recogemos las investigaciones de Byrne, Fisher, White, Kelley, y otros, que han propuesto el constructo erotofobia - erotofilia. Lo proponen como un continuo actitudinal e incluso como un rasgo de personalidad. En definitiva, se puede definir la dimensión erotofobia - erotofilia, “como una disposición a responder a cuestiones sexuales a lo largo de una dimensión positivo-negativa de afecto y evaluación” (Byrne, 1983a, 1983b; Fisher, 1978, 1984; Fisher, Byrne, Edmunds, Miller, Kelley, White, 1979; Fisher, Miller, Byrne y White, 1980; Fisher, Byrne, White, 1983; Fisher, Byrne, White, Kelley, 1988).

Por otro lado nos parece también una referencia obligada las aportaciones de D. Mosher y col., referidas a la culpa sexual (Mosher, 1966, 1968, 1973, 1979; Mosher y Cros, 1971; Mosher

y Vonderheide, 1985; Mendelson y Mosher, 1979, Abranson y Mosher, 1975), puesto que ésta es un factor importante en la actitud. Mosher define los sentimientos de culpa sexual de la siguiente manera: “La culpa sexual se define como una expectativa generalizada de castigo, mediatizada por uno mismo, respecto a la violación o transgresión, o violencia anticipada de los estándares culturales de la propia conducta sexual.” (Mosher y Cross, 1971).

Investigaciones recientes encuentran una alta correlación entre “sentimientos de culpa sexual” y la dimensión “erotofobia - erotofilia”.

Tanto los trabajos de Mosher y colaboradores como los de Byrne, Fisher y otros, encuentran una clara relación entre sentimientos altos de culpa sexual, o puntuaciones altas en erotofobia y el comportamiento contraceptivo. Las mujeres que se encuentran en esta situación, tienen mayor riesgo de embarazo porque encuentran mayores dificultades para usar correctamente métodos anticonceptivos (Gerrard, 1987).

Desde nuestro punto de vista, la actitud hacia la sexualidad es una variable que interviene en el riesgo de embarazos. Puede ser “educable” puesto que, como hemos dicho, la actitud se basa en elementos cognitivos, afectivos y comportamentales. Las actitudes negativas hacia el sexo, en ocasiones se basan en falsas creencias, mitos y falacias, que desde el punto de vista cognitivo pueden ser modificables. Asimismo creemos que es posible tratar aspectos emocionales de la actitud hacia la sexualidad con una metodología apropiada, no directiva, adaptada al ámbito escolar.

El Modelo de Creencias sobre la Salud ha sido utilizado sobre todo en el ámbito de la salud pública, con el fin de prevenir hábitos de comportamiento no saludables. Este modelo se basa en la percepción de las conductas de riesgo y en la valoración cognitiva de los “costes” y “beneficios” que se hacen de las conductas consideradas como saludables. En relación a este modelo, en la presente investigación hemos empleado las variables “susceptibilidad”, “valoración de costes” y “valoración de beneficios” del uso de métodos para indicar en qué medida las personas perciben las situaciones de riesgo. Una persona será tanto más susceptible, cuanto mayor sea la creencia de que ella misma podría estar afectada por la cuestión de la que se trate, en este caso del embarazo no deseado. Desarrollamos brevemente la variable “susceptibilidad”. Definimos “susceptibilidad al embarazo” de la siguiente manera: Es la valoración cognitiva que una mujer hace de la probabilidad que tiene de quedarse embarazada en la situación y circunstancias actuales.

Habíamos observado en las conversaciones mantenidas con las jóvenes en entrevistas de orientación sobre sexualidad, contracepción y sobre todo en las consultas de “consejo de aborto”, que muchas de ellas no establecían relación alguna entre su comportamiento sexual, contraceptivo y la valoración que hacían de la probabilidad de quedarse ellas mismas embarazadas. Por ejemplo, algunas, que tan sólo utilizaban el preservativo de vez en cuando, estaban convencidas de que ellas no se quedarían embarazadas.

En las consultas de Consejo de Aborto es frecuente encontrar mujeres que manteniendo relaciones sexuales coitales con cierta frecuencia, sin usar ningún método contraceptivo, jamás habían pensado en la posibilidad de quedarse embarazadas. Es así que la operacionalización de esta variable nos resultó muy costosa. Observábamos en la realidad algo para lo que no teníamos instrumentos de medida, pero que nos resultaba muy importante por su redundancia en las consultas. ¿Cómo medir hasta qué punto se siente susceptible al embarazo una mujer que, habiendo abortado dos meses antes, vuelve al Centro de Planificación Familiar para pedir asesoramiento, otra vez, sobre el aborto pues se había quedado embarazada nuevamente y, a pesar de la información recibida, seguía sin utilizar métodos, manteniendo la misma frecuencia de actividad coital?

Pensamos que en estas situaciones subyacen factores subjetivos difíciles de operacionalizar con la metodología actual. Siendo conscientes de esta limitación, utilizamos esta variable tal y como ha sido definida anteriormente.

Condelli (1986) y otros autores han aplicado el modelo de creencias sobre la salud al ámbito del comportamiento sexual y contraceptivo con el fin de comprender y prevenir el riesgo de embarazos no deseados. En nuestra experiencia encontramos que la valoración cognitiva que se hace de los costes y beneficios del uso de métodos está mediatizada por ideas erróneas o inexactas y éstas están relacionadas con la actitud hacia la sexualidad. Dicho de otro modo, las mujeres que se sitúan con una actitud más positiva hacia la sexualidad tienden a hacer una valoración positiva de los beneficios y negativa de los costes de usar métodos anticonceptivos.

Bandura propuso en su teoría de la autoeficacia percibida que, tan importante como los recursos que se posean para una acción determinada, es la percepción de autoeficacia que se tenga respecto a sí mismo (Bandura, 1977, 1987). Levinson (1986), ha aplicado el concepto de autoeficacia percibida en el área del comportamiento sexual y contraceptivo, confirmando su hipótesis de que el riesgo de embarazo dependerá de en qué medida una mujer perciba su capacidad de controlar una situación de riesgo. Dicho de otra manera, el riesgo de embarazo dependerá de lo capaz que se perciba una mujer de adecuar su comportamiento sexual al uso contraceptivo, de tal manera que si ésta utiliza un método eficaz el coito no implicará riesgo de embarazo no deseado, mientras que si no dispone de ningún método, ni ella, ni su compañero, el comportamiento sexual debiera ser no coital. En función de estas aportaciones, pensamos que la variable autoeficacia percibida es una variable que puede ser considerada como educable y que en la situación de riesgo real pueda paliar el influjo de otras variables intervinientes en el riesgo como la propia excitación sexual, relaciones de dependencia respecto al compañero, etc.

A nivel popular y en ámbitos educativos se ha venido atribuyendo el alto índice de embarazo no deseado a la falta de conocimientos en sexualidad y contracepción. La mayor parte de las investigaciones contradicen esta afirmación demostrando que el nivel de conocimientos no es una variable predictora del riesgo. Los conocimientos en sexualidad y contracepción son una condición necesaria pero no suficiente. En nuestra experiencia pudimos comprobar cómo entre las mujeres que abortaban voluntariamente se daba una proporción muy parecida entre las que tenían un nivel alto y bajo de conocimientos (Gómez Zapiain, 1989). Por otro lado, los investigadores tanto de la culpa sexual como de la dimensión erotofobia - erotofilia, encuentran relaciones positivas entre erotofilia, bajos sentimientos de culpa sexual y conocimientos, y viceversa (Mosher, 1979; Mendelson y Mosher, 1979; Golfard, Gerrard, Gibbons y Plante, 1988).

METODOLOGÍA.

SUJETOS

Han participado en este estudio un total de 876 mujeres, escolarizadas y solteras comprendidas entre 16 y 25 años. Esta investigación se desarrolló en el ámbito de Guipúzcoa, la recogida de datos fue efectuada en Centros de Bachillerato, Formación Profesional, y Facultades Universitarias del Campus de Guipúzcoa.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron estaban integrados en un Cuestionario General de Recogida de Datos, diseñado de la siguiente manera:

1. Datos sociodemográficos.
2. Datos sobre el comportamiento sexual y contraceptivo.
3. Test de actitud hacia la sexualidad. (Gómez Zapiain, 1991)
4. Escala de autoeficacia contraceptiva (Levinson, 1986).
5. Escala valoración costes y beneficios del uso de métodos anticonceptivos (Condelli, 1986).
6. Escala de susceptibilidad al embarazo (Gómez Zapiain, 1991).
7. Escala de conocimientos sobre contracepción (Gómez Zapiain, 1991).

El test de actitud hacia la sexualidad, la adaptación de la escala de costes y beneficios y la escala de conocimientos sobre sexualidad y contracepción fueron elaboradas por el autor para esta investigación.

ANÁLISIS

Los análisis efectuados en esta investigación han sido: la prueba de chi cuadrado, la t de Students para diferencias de medias, correlaciones, pero sobre todo hemos trabajado con el análisis de correspondencias.

PROCEDIMIENTO

El Cuestionario General de Recogida de Datos fue distribuido por los centros escolares previamente seleccionados. La selección se efectuó haciendo un muestreo al azar de grupos completos de cada nivel de escolarización. En los grupos preuniversitarios la aplicación fue en grupos en horario lectivo y en presencia del entrevistador/a que estaba disponible para resolver las posibles dudas. En la Universidad los cuestionarios se entregaron personalmente, su cumplimentación era individual y fuera de espacios académicos; su entrega se efectuaba en buzones que garantizaban el anonimato. En todos los casos la participación fue voluntaria.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

EXPERIENCIA SEXUAL Y CONTRACEPTIVA

De las 874 mujeres entre 16 y 25 años, el 33,8% (295) tenían experiencia sexual coital en el momento de la investigación, frente a un 62,2% (579) que no

la tenían. La tabla 4.1 muestra el nivel de experiencia sexual. El nivel 1 indica las mujeres que no tienen experiencia sexual. El nivel 2 el grupo de mujeres que están en situación de intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él (petting). El nivel 3 mujeres con experiencia sexual coital.

TABLA 4.1. Niveles de experiencia sexual

	TOTAL MUESTRA	16 / 19 AÑOS	20 / 25 AÑOS
Nivel 1	N = 349 (40,4 %)	N = 278 (52,7 %)	N = 71 (21,1 %)
Nivel 2	N = 216 (25,0 %)	N = 130 (24,6 %)	N = 86 (25,6 %)
Nivel 3	N = 299 (34,6 %)	N = 120 (22,7 %)	N = 179 (53,3%)

Para analizar el uso contraceptivo utilizamos la clasificación que divide a los métodos según su dependencia de coito: No dependientes de coito (Anovulatorios y DIU), Dependientes de coito (Métodos barrera). Esta última categoría la subdividimos en aquellas que utilizaban los métodos dependientes de coito bien utilizados, el 100% de las ocasiones de coito, y mal utilizados, aquel grupo en el que se detectaba que existían experiencias de coito sin protección. De esta manera tratamos de controlar el efecto de deseabilidad social. Los resultados aparecen en la tabla 4.2.

TABLA 4.2. Utilización de métodos anticonceptivos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No uso	31	11,2
No dependientes de coito	77	27,9
Dependientes de coito (Mal utilizados)	66	23,9
Dependientes de coito (Bien utilizados)	102	37,0

ANALISIS COMPARATIVOS
ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD,
ACTIVIDAD SEXUAL Y CONOCIMIENTOS

Definida la actitud hacia la sexualidad como una predisposición al comportamiento, tratamos de comprobar en qué medida se relaciona la actitud hacia el erotismo en el comportamiento sexual y contraceptivo. En primer lugar diferenciamos los grupos de mujeres activas y no activas desde el punto de vista sexual¹. Nuestros datos confirman que las mujeres sexualmente activas son más erotofílicas que las no activas, y por tanto replican otras investigaciones ($p < 0,001$).

(1) Teniendo en cuenta que el objetivo de esta investigación se centra en el riesgo de embarazo no deseado, en nuestra categorización, activas y no activas sexualmente equivale a tener experiencia de coito o no tenerla.

Nuestro interés en el campo de la prevención es poder averiguar cómo se plantean la futura y relativamente inmediata experiencia sexual aquellas mujeres todavía inexpertas y en qué medida la actitud media la predisposición al riesgo. En este sentido analizamos el grupo de mujeres que todavía no tenían experiencia de coito. Las mujeres de este grupo que no se habían planteado la posibilidad de tener experiencia sexual a corto, medio o largo plazo, eran significativamente más erotofóbicas que aquellas que afirmaban haberse planteado claramente que esta experiencia tendría lugar ($T=5,41$, $p<0,001$). Interpretamos este resultado en el sentido de que aquellas personas que tienden a la erotofobia tienen mayores dificultades de integrar la actividad sexual en su propia existencia. Por tanto, las mujeres de este grupo tenderán a ser menos receptivas a la información. Por otro lado comprobamos que las mujeres que tienen mayor nivel de conocimientos tienden a ser más erotofílicas ($T=4,93$, $p < 0,001$). ¿Qué relación puede haber entre la adquisición de conocimientos, la actividad sexual y la actitud hacia el erotismo? Consideramos la variable conocimientos como variable criterio. La actividad sexual y la actitud como predictoras. El análisis de varianza demuestra que la actitud se relaciona con el nivel de conocimientos independientemente de la actividad sexual. Es decir, las personas erotofílicas tienden a tener mayores conocimientos sea cual sea su nivel de experiencia sexual. Estos resultados deben ser tenidos en cuenta por programas de educación sexual, pues la adquisición de conocimientos dependerá de la actitud hacia la sexualidad, tanto en mujeres activas como en las no activas. Deberían por tanto revisarse aquellos programas de educación sexual basados exclusivamente en la divulgación de conocimientos sin tener en cuenta cómo es la predisposición de los alumnos/as hacia la sexualidad.

ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y AUTOEFICACIA

autoeficaces, es decir, a sentirse más capaces de controlar situaciones de riesgo. En este caso la experiencia sexual sí influye en el nivel de autoeficacia. Parece evidente que las mujeres activas deben de reconocer el riesgo con mayor nitidez que aquellas todavía inexpertas. Sin embargo comprobamos cómo entre las no activas, aquellas que se sentían más autoeficaces, eran también más erotofílicas, tal y como demuestra el análisis de varianza efectuado entre las variables, autoeficacia (dependiente) y actividad sexual y actitud (independientes). Nuevamente comprobamos la importancia de que la educación sexual promueva actitudes positivas hacia la sexualidad, como forma de prevención de riesgo.

En función de los resultados, podemos afirmar que las mujeres que tienden a la erotofilia, tienden también a ser más

ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS

sión de conjunto. A continuación exponemos el Análisis de Correspondencias y su interpretación.

La suma de los dos primeros alcanza aproximadamente un 20%. En el presente análisis han sido consideradas 10 variables activas, que incluyen 34 modalidades Tabla (4.3.). Explicaremos a continuación los tres primeros factores, puesto que pensamos que aportan información relevante:

Habiendo analizado cada variable en su relación con las más relevantes, pretendemos, en este punto, ofrecer una vi-

- A) Primer Factor: Entre las modalidades que han contribuido a la formación de este primer factor, encontramos en uno de los extremos del primer eje modalidades tales como: baja valoración de los “costes” del uso de métodos, uso de métodos “no dependientes de coito”, universitarias, poco susceptibles al embarazo, muy autoeficaces, etc., con contribuciones absolutas fuertes y coordinadas negativas.

En el extremo opuesto y con fuertes contribuciones absolutas y coordinadas positivas se encuentran las siguientes modalidades activas: alta valoración de los “costes”, alta “susceptibilidad”, baja “autoeficacia”, uso de métodos “dependientes de coito (mal utilizados)”, etc.

Considerando las variables activas que han contribuido a formar este eje y con las reservas debidas al intento de definición del mismo, éste es un indicador de riesgo de “embarazo no deseado” que contrapone a las mujeres que hacen una valoración baja de los “costes” del uso de métodos, que usan métodos “no dependientes de coito” (recordemos que son los más seguros), que se perciben como muy “autoeficaces”, que son “erotofílicas”, respecto a las que hacen una valoración más elevada de los “costes” del uso de los métodos, que son muy “susceptibles” al embarazo, que se perciben como poco “autoeficaces”, que no usan métodos o los utilizan mal.

En definitiva pensamos que este primer eje sugiere ser indicador de “Riesgo de Embarazo”, en función de la naturaleza de las variables y sus respectivas modalidades implicadas en la formación del mismo.

- B) Segundo Factor: En un extremo del eje formado por este factor encontramos con fuertes contribuciones y coordinadas positivas las modalidades siguientes situadas en un extremo: Edad entre 16 y 17 años, estudiantes de BUP, usuarias de “Dependientes de coito (Bien)”.

Situadas en el otro extremo con contribuciones absolutas altas y coordinadas negativas: Estudiantes de Formación Profesional, edad entre 18 y 20 años, “No uso” de métodos, etc.

Vemos en este segundo factor que las modalidades que más contribuyen a su formación son la edad y el tipo de estudios, contraponiendo a las más jóvenes (17-18 años) y estudiantes de BUP, respecto a las que están en un segundo nivel de edad (19-20 años) y son estudiantes de Formación Profesional. Parece ser que este eje sería indicador de la situación de las mujeres respecto a edad y tipo de estudios.

TABLA 4.3. Variables Activas y Modalidades

1. EDAD	6. SUSCEPTIBILIDAD AL EMBARAZO
EDA 1 = 16-17 Años	SUS 1 = Baja Susceptibilidad
EDA 2 = 18-19 Años	SUS 2 = Media Susceptibilidad
EDA 3 = 20-22 Años	SUS 3 = Alta Susceptibilidad
EDA 4 = 23-25 Años	
2. ESTUDIOS	7. AUTOEFICACIA
FP 1 = Formación Profesional	AUT 1 = Baja Autoeficacia
BUP 2 = BUP-REM	AUT 2 = Media Autoeficacia
UNI 3 = Universidad	AUT 3 = Alta Autoeficacia
3. TEST ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD	8. VALORACIÓN DE LOS COSTES DEL USO DE MÉTODOS
TAS 1 = Erotofilia	CMT 1 = Baja Valoración de Costes
TAS 2 = Puntuación media	CMT 2 = Media Valoración de Costes
TAS 3 = Erotofobia	CMT 3 = Alta Valoración de Costes
4. FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	9. VALORACIÓN DE BENEFICIOS DEL USO DE MÉTODOS
V 241 = Esporádicas	BMT 1 = Baja Valoración de Beneficios
V 242 = De vez en cuando	BMT 2 = Media Valoración de Beneficios
V 243 = Frecuentemente	BMT 3 = Alta Valoración de Beneficios
5. USO DE MÉTODOS	10. CONOCIMIENTO DE MÉTODOS
MET 1 = No Uso	CON 1 = Bajo Conocimiento
MET 2 = No Dependientes de Coito (No Dep)	CON 2 = Alto Conocimiento
MET 3 = Dependientes de Coito, mal utilizado (Dep. Mal)	
MET 4 = Dependientes de Coito, bien utilizados (Dep. Bien)	

C) Tercer Factor: En las modalidades de contribución absoluta mayor y coordinadas negativas encontramos: Universitarias, mujeres de mayor edad (23-25 años) y de tercer nivel de edad (20-23 años), frente a las mujeres de segundo nivel de edad (19-20) años, que valoran mucho los “beneficios” de usar métodos, estudiantes de BUP, primer nivel de edad (17-18 años), etc.

Este tercer eje parece que define aún mejor que el segundo la situación de las mujeres respecto a la edad y el tipo de estudios.

A continuación procederemos a interpretar el posicionamiento de cada una de las modalidades sobre el plano factorial. Vamos a utilizar la proyección de los Ejes 1 y 3. Ver gráfico 1.

En primer lugar aquellas modalidades que se hayan dentro del cuadro formado por las coordenadas +/- 4 en ambos ejes no son relevantes.

En el cuadrante superior izquierdo vemos agrupadas las modalidades que corresponden a mujeres: que usan métodos “no dependientes de coito”, es decir, anovulatorios (en nuestra mues-

tra), que hacen una valoración baja de los “costes” que conlleva el usar métodos anticonceptivos, que hacen una alta valoración de los “beneficios” de su uso, que se perciben como autoeficaces ante situaciones de riesgo de embarazo, que mantienen relaciones sexuales frecuentes, que se sienten seguras respecto al embarazo y que tienden a ser erotofílicas. Podemos observar cómo las distancias entre las modalidades son pequeñas y que todas se separan del centro de coordenadas significativamente, salvo la erotofilia (TAS1) que está en el mismo límite. Estas serían, por tanto, las características de las mujeres que no están en riesgo de embarazo.

En contraposición, en el cuadrante inferior derecho y aunque de forma menos homogénea, vemos el grupo de modalidades que caracterizarían a las mujeres “en riesgo” de embarazo. Estas son: Mujeres que “no usan” ningún método o utilizan métodos “dependientes de coito (mal)”, que hacen una valoración alta de los “costes” del uso de los métodos, que se perciben como poco capaces de controlar situaciones de riesgo, hacen una valoración baja de los “beneficios” del uso de métodos, tienden a ser erotofóbicas.

El eje de ordenadas separa las modalidades de riesgo o de no riesgo, teniendo en cuenta la distancia al centro de coordenadas para su significación, según sea su abscisa positiva o negativa. Así la parte derecha del gráfico de abscisa positiva tendría que ver con situación de riesgo, mientras que la parte izquierda de abscisa negativa tendría que ver con situación de no riesgo.

Por tanto, si observamos el cuadrante superior derecho, encontramos relativamente agrupadas las modalidades EDA1 (16-17 años), estudiantes de COU, estudiantes de BUP, EDA2 (18-19 años) y estudiantes de FP. Siendo estas modalidades de abscisa positiva y en relación al eje 1, podríamos asociarlas a la situación de riesgo.

Fijándonos ahora en el cuadrante inferior izquierdo, encontramos las modalidades, de abscisa negativa, universitarias y EDA4 (23-25 años). Estas, por tanto, se asociarían a la situación de no riesgo.

En definitiva podríamos decir que las mujeres sexualmente activas más jóvenes, que se corresponden con los niveles de escolarización correspondientes (BUP, FP, COU), tienen menores recursos para afrontar el riesgo. Por el contrario las mujeres mayores, universitarias (en nuestra muestra), poseerían mayores recursos.

Por otro lado, el grupo de modalidades de “Riesgo” se puede dividir en tres subgrupos en función de su proximidad. Así, la alta susceptibilidad al embarazo está próxima al uso de “coito dependientes (mal utilizados)”. Si las mujeres que utilizan mal los métodos barrera se sienten muy inseguras respecto al embarazo, es decir, son muy susceptibles a él (SUS3), la pregunta sería ¿por qué no utilizan otro tipo de métodos que reduzca la susceptibilidad?

Podríamos sugerir varias interpretaciones. Por ejemplo, la erotofobia podría impedir el paso al uso de métodos más seguros. Eso sería tanto como aceptar abiertamente el deseo o la necesidad del placer (Gómez Zapiain, 1991). Obsérvese que la distancia a TAS3 (erotofobia) no es muy grande.

Otra posible interpretación tendría que ver con la propia “clandestinización” de la sexualidad juvenil. Por ello, las más jóvenes tendrían dificultades para utilizar métodos anticonceptivos, por dos posibles motivos entre otros: 1) Por la imposibilidad de plantear abiertamente a los adultos/as la necesidad de utilizarlos. 2) Por la escasez de Servicios de Planificación Familiar adecuados a los/las jóvenes.

Pensamos que la mayoría de las mujeres de nuestra muestra no utilizan el método que quieren sino el que pueden, en función de las respuestas que dieron a la pregunta sobre los motivos del uso del método.

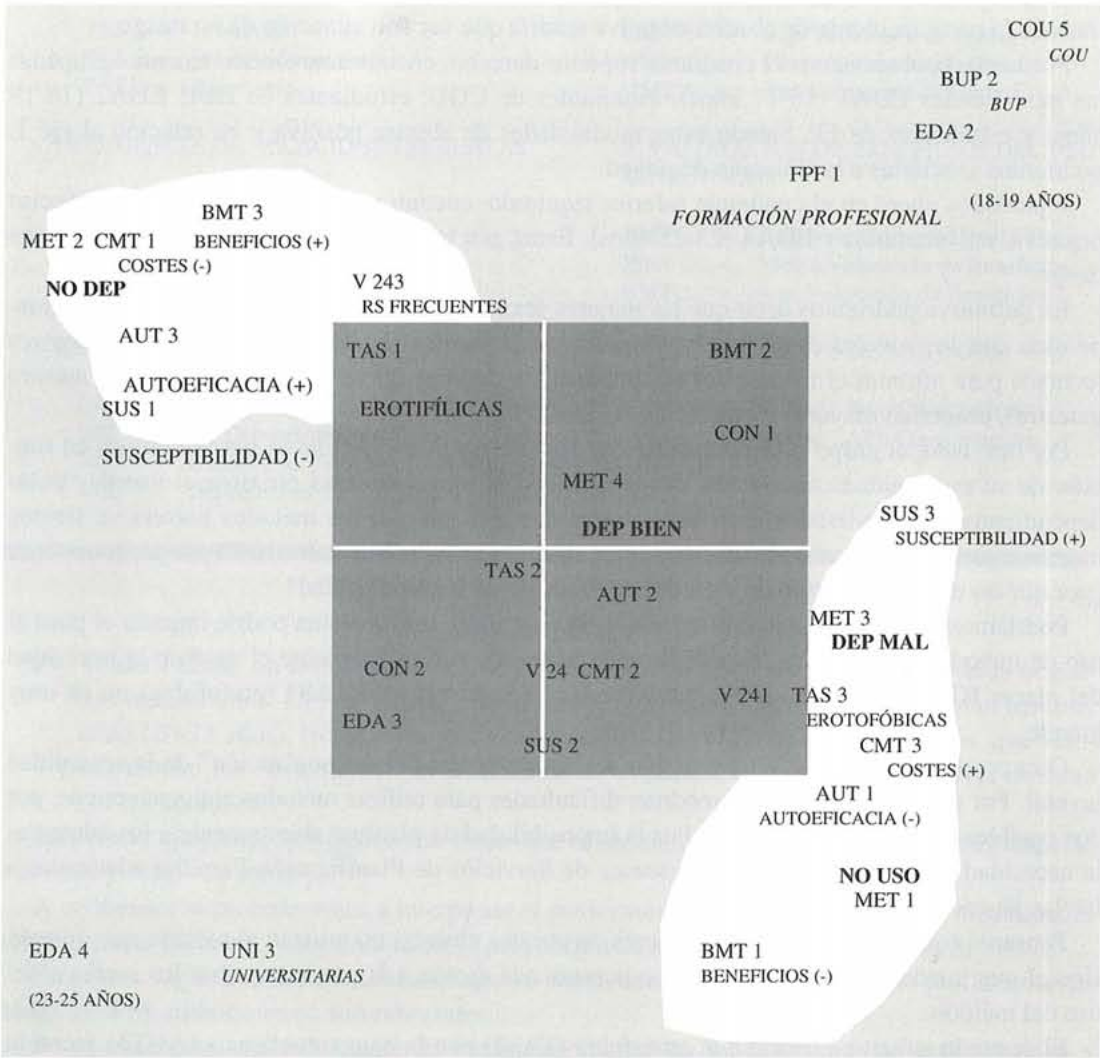
El segundo subgrupo asocia a la erotofobia (TAS3) con la baja autoeficacia (AUT1) y con la alta valoración de los “Costes” (CMT3).

El tercer subgrupo relaciona al “No uso” de métodos (MET1) con una baja valoración de los “beneficios” del uso de métodos (BMT1). Tal parece que a las mujeres que no los utilizan, les influye más la no valorización de los “beneficios” de su uso que la alta valoración de los “costes” (CMT3).

Nos parece interesante destacar los distintos posicionamientos de las modalidades “Dep Bien” y “Dep Mal”. Intuíamos que valdría la pena discriminar, del grupo inicial de usuarias de métodos “dependientes de coito”, las que los usan bien de las que los usan mal. El análisis de correspondencias sugiere que no todas las usuarias de métodos “dependientes de coito” son necesariamente contraceptoras no eficaces.

Finalmente debemos constatar, replicando otras investigaciones, que la variable conocimientos no es predictora del riesgo de embarazo. Como se puede apreciar en el Gráfico 1, las modalidades de conocimiento alto y bajo no son significativas.

GRAFICO 1. Análisis de correspondencias. Proyección ejes factoriales



NOTA: El signo (+) significa puntuación alta. El signo (-) puntuación baja.

En contra de lo que pudiera parecer, las mujeres que tienen menor frecuencia de actividad sexual coital tienden a tener mayor riesgo de quedarse embarazadas. Obsérvese que la modalidad V241 (Relaciones esporádicas) se aproxima bastante a la modalidad “erotofobia”.

En la revisión de la literatura encontramos que la mayoría de los autores consideran contraceptoras eficaces sólo a aquellas que utilizan métodos “no dependientes de coito” (anovulatorios y DIU). Así las usuarias de preservativos estarían consideradas como contraceptoras no eficaces. Sin embargo, en el gráfico 1. observamos cómo las que usan “dependientes de coito”, mal utilizados (MET3), se sitúan claramente en situación de riesgo, mientras que las que utilizan “dependientes de coito”, bien utilizados, no se asocian a las modalidades de riesgo, aunque se sitúan en una zona de indiferenciación.

DISCUSIÓN

En general podemos considerar que la “actitud hacia la sexualidad” es una variable que interviene en el riesgo de

embarazo. Nuestros datos sugieren que la “actitud hacia la sexualidad” subyace a todas las variables que han intervenido en nuestro estudio.

A diferencia de las investigaciones citadas, que encontraron diferencias significativas entre la “actitud hacia la sexualidad” y el “uso contraceptivo”, en nuestro estudio no hemos encontrado dichas diferencias.

No hallamos diferencias significativas entre la “actitud hacia la sexualidad” y las distintas categorías del “uso contraceptivo”, a diferencia de diversos estudios relacionados con la “erotofobia-erotofilia” y la “culpa sexual”, y la utilización de las diversas formas de anticoncepción. Podemos aportar diferentes interpretaciones a este hecho. La primera y probablemente la más importante es la diferencia cultural de la que parten otros estudios respecto al nuestro. La mayoría de las referencias de la revisión bibliográfica proviene del mundo anglosajón. Pensamos que la evolución hacia una mayor liberalidad sexual en nuestro entorno cultural se produce históricamente más tarde. Prueba de ello es el decalaje que observamos, en el análisis de los datos más recientes sobre el comportamiento sexual juvenil y adolescente, en los niveles de actividad sexual entre los/las jóvenes del mundo anglosajón e incluso centro y norte europeos y los/las de nuestro ámbito. Por ello la tradición de los “Family Planning” en otros países es mayor y los/las jóvenes tienen mayores recursos que en nuestro ámbito.

En segundo lugar, otra razón importante puede encontrarse en el origen de las muestras. Muchos de los estudios citados han empleado muestras específicas obtenidas de usuarias de Centros de Planificación Familiar –con lo cual obtenían una mejor representación de usuarias de los distintos métodos que en nuestra muestra– o de personas que se prestaban voluntariamente a las investigaciones. Nuestra muestra ha sido obtenida de forma general entre mujeres escolarizadas en los distintos niveles, entre las cuales la afluencia a centros de planificación familiar era muy escasa.

Sin embargo, desde un punto de vista factorial existe una tendencia clara entre las que “no usan” métodos o utilizan “dependientes de coito (mal utilizados)” hacia la “erotofobia”, como puede comprobarse en el Análisis de Correspondencias. Del mismo modo y con mayor fuerza, la “erotofilia” se asocia al uso de métodos “no dependientes de coito”, con lo cual estamos en disposición de afirmar que nuestros datos apoyan la hipótesis general de esta investigación.

¿Cómo podemos explicar el que no existan diferencias significativas entre las distintas formas de contracepción?

De la misma manera que afirmamos que la “erotofobia” es un factor de riesgo de embarazo no deseado, tenemos que decir que existe un grupo importante de “erotofóbicas” sexualmente activas que no estarían en riesgo porque el temor a un posible embarazo les movería a utilizar los métodos más seguros. El miedo al embarazo prevalecería sobre la “actitud hacia la sexualidad”, y el acceso a las relaciones sexuales coitales se debería a otras circunstancias, como el enamoramiento, la dependencia, etc.

Igualmente, de nuestros datos se deduce que un grupo importante de “erotofílicas” estarían en riesgo, porque la propia “erotofilia” les lleva a asumir mayores riesgos.

Aún así, nuestros datos sugieren que la actitud sexual negativa, es decir, la “erotofobia” es un factor de riesgo, puesto que las “erotofóbicas” tienden a no sentirse capaces de controlar una situación sexual potencialmente de riesgo (autoeficacia). Tienden a pensar que el uso de un método anticonceptivo adecuado supone mucho coste (“costes”) y que reporta poco beneficio (“beneficios”). Por tanto su tendencia será a no usar los métodos o a hacerlo deficientemente, salvo en el caso, ya comentado, de que otras razones impulsen al uso de métodos seguros.

Inversamente, la actitud sexual positiva, es decir, la “erotofilia”, además de ajustarse al criterio de Salud Sexual que defendemos, evitaría riesgos puesto que la tendencia de las “erotofílicas” es a sentirse más capaces de controlar una situación sexual que implique riesgo (“autoeficacia”). Estas tienden a pensar que el uso de métodos eficaces implica poco coste (“costes”) y muchos beneficios (“beneficios”).

Nuestros datos apoyan y replican las investigaciones más importantes en este campo, que indican que las erotofóbicas tienden a tener menos conocimientos sobre los métodos, mientras que las “erotofílicas” tienden a tener más conocimiento sobre los mismos.

Los datos de nuestra investigación que se refieren a las mujeres adolescentes que no son sexualmente activas todavía, sugieren que aquellas que se consideran como potencialmente activas, es decir, las que piensan que en un futuro más o menos próximo podrían tener relaciones sexuales, son más “erotofílicas” que las que no se plantean tal posibilidad. Recordemos que en la medida en que una persona pueda prever su actividad sexual, en el futuro será más capaz de manejar sus propios recursos y será más receptiva a ellos.

En la revisión bibliográfica comprobamos cómo muchos autores consideran que la imposibilidad de reconocerse a sí misma como sexualmente activa es un factor de riesgo, puesto que esta situación impide prever que la actividad sexual puede darse en cualquier momento, y por tanto se hace difícil prever la necesidad de usar métodos. Nuestros datos apoyan este planteamiento y además sugieren que las que pueden prever que van a tener relaciones coitales tienden a ser más “erotofílicas” que las que tienen relaciones sexuales de forma imprevista.

La autoeficacia, según la teoría propuesta por Bandura, es la capacidad de percibirse como capaz de realizar una acción, independientemente de los recursos que se posean para tal acción. El comportamiento dependerá en gran medida de la “autoeficacia percibida”.

Las mujeres que tienden a ser “erotofílicas” son más autoeficaces. La autoeficacia está influida por la experiencia sexual, de modo que las mujeres sexualmente activas tienden a ser más autoeficaces que las no activas. La experiencia sexual, como es obvio, permite percibir con más claridad las posibilidades de controlar las situaciones sexuales de riesgo.

Nos resulta de particular interés haber comprobado cómo interactúa la “actitud hacia la sexualidad” y la “autoeficacia”. En el grupo de mujeres no activas sexualmente las mujeres “erotofílicas” se perciben a sí mismas como más capaces de controlar su propia actividad sexual que las “erotofóbicas”, lo cual permite augurar que cuando a estas mujeres se les presente el momento de su primera experiencia sexual serán más capaces de controlar el riesgo, evitando el coito o utilizando métodos anticonceptivos seguros (recordemos que la actividad sexual coital no guarda una relación directa con la actitud. Muchas mujeres no acceden al coito por su voluntad sino por la

presión del entorno). Esta es otra buena razón para pensar que la “actitud negativa hacia la sexualidad” es un factor de riesgo de embarazo no deseado. Por otro lado, la promoción de positividad respecto a la sexualidad juvenil es una buena manera de prevenir el riesgo desde esta óptica de la “autoeficacia”.

Podemos reforzar esta afirmación con los datos obtenidos sobre la relación entre “autoeficacia” y “uso contraceptivo”. Nuestros datos apoyan la idea de que aquellas mujeres que son más autoeficaces tienden a utilizar métodos más seguros.

La inclusión de esta variable se debió a la necesidad de investigar cuáles podían ser las razones por las cuales se produce el hecho, tan frecuente, de que muchas mujeres que acudían a consultas de orientación sobre la interrupción voluntaria de embarazo, no asociaban la posibilidad de quedarse embarazadas con su actividad sexual coital. Aunque en el origen de la investigación, al incluir esta variable, pensábamos más en los factores subjetivos de este hecho, por razones metodológicas, decidimos definir esta variable como una valoración cognitiva de la posibilidad de quedarse embarazada. Los resultados que obtuvimos son los siguientes:

En primer lugar comprobamos que las mujeres sexualmente activas son más susceptibles que las que no tienen actividad sexual. Esta afirmación, que parece una evidencia, tiene su interés. Las mujeres que no tienen experiencia contestaron “imaginándose” una situación de riesgo de embarazo. Estas tienden a infravalorar la posibilidad de que se pudiesen quedar embarazadas, parece que la experiencia sexual permite ver con mayor realismo la situación, respecto al riesgo.

En relación a la “susceptibilidad” y al “uso contraceptivo” encontramos un resultado muy interesante. Las mujeres que usan métodos “no dependientes de coito” tienden a tener baja susceptibilidad, algo evidente puesto que utilizan métodos seguros. Sin embargo, las mujeres sexualmente activas que “no usan”, son, proporcionalmente, tan poco susceptibles como las que usan métodos seguros. Existe por tanto un grupo de mujeres que están en una situación de máximo riesgo. Son aquellas que siendo sexualmente activas y no utilizando ningún método, son muy poco susceptibles, es decir creen que ellas no se van a quedar embarazadas. Esta relación entre no uso de métodos y baja susceptibilidad si no explica, por lo menos detecta la gran incoherencia de la que hablábamos anteriormente, que probablemente esté relacionada con factores subjetivos.

Respecto al grupo de usuarias de métodos “dependientes de coito” que son considerados como inseguros, encontramos que tienden a ser muy susceptibles. Esto plantea una cuestión fundamental en el riesgo de embarazo. ¿Por qué mujeres que perciben claramente el riesgo de quedarse embarazadas, no utilizan métodos más seguros?

Habría diversas interpretaciones. La primera y muy importante es que dudamos que las adolescentes y jóvenes puedan realmente elegir el método que desearían. Tenemos serias dudas de que ellas posean la suficiente información para poder elegir, pensamos que no existen espacios de elaboración de estas cuestiones en términos de educación sexual y tampoco suficientes centros asistenciales en materia de contracepción, adaptados a los/las jóvenes.

Esta cuestión, que abre vías de futuras investigaciones, pone de manifiesto que los recursos que la sociedad ofrece a los/las jóvenes son claramente insuficientes.

Partíamos en la investigación de la hipótesis de que el riesgo de embarazo tendrá que ver con la valoración de “Costes y Beneficios del Uso de los Métodos”.

Nuestros datos confirman la hipótesis de que las mujeres que hacen una valoración alta de los “Costes” de la utilización de los métodos y baja de los “beneficios” tienden a usar métodos menos seguros y viceversa.

Respecto a la interacción con otras variables que ayudan a comprender mejor la afirmación anterior, podemos decir, lo siguiente:

Las mujeres que hacen una valoración baja de los “costes” tienden a ser poco susceptibles al

embarazo. Tienden a ser “erotofílicas”, es decir, tienden a tener una actitud positiva hacia el sexo y tienden a percibirse como capaces de controlar situaciones sexuales de riesgo de embarazo. También podemos comprobar una clara tendencia a usar métodos considerados como seguros.

Las mujeres que hacen una valoración alta de los “costes” de utilizar métodos tienden a ser muy susceptibles, tienden a ser “erotofóbicas” y tienden a percibirse como poco capaces de controlar situaciones de riesgo respecto al embarazo. La tendencia es en éstas a utilizar métodos poco seguros.

SUGERENCIAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL

Nuestros datos avalan las hipótesis iniciales en el sentido de que el riesgo de embarazo no deseado está relacionado

con criterios amplios de salud sexual.

Por tanto consideramos que la “actitud hacia la sexualidad” debe ser uno de los aspectos centrales de la Educación Sexual por las siguientes razones:

- La Actitud Sexual positiva hace posible que una persona tenga mayor facilidad para incluir el comportamiento sexual en su propio proyecto vital, cuestión fundamental para una futura “Planificación Sexual”.
- La Actitud Sexual positiva permite considerarse sexualmente activas a aquellas personas adolescentes y jóvenes que tienen relaciones sexuales coitales y asumir su actividad sexual con realismo, aunque ésta sea esporádica. Ya hemos comentado que el no aceptarse como sexualmente activo/a es un factor de riesgo
- La Actitud Sexual media en el conocimiento sexual y contraceptivo. Muchos proyectos de educación sexual se basan fundamentalmente en la divulgación extensiva de conocimientos. Sin embargo, la literatura sobre el tema y nuestros propios datos confirman que la adquisición de conocimientos sobre sexualidad y contracepción está mediatizada por la “actitud hacia la sexualidad”. Recordemos que la actitud “erotofóbica” está relacionada con la “culpa sexual” y éstas mediatizan toda aproximación a contenidos sexuales. Nuestra postura no es desacreditar programas de educación sexual, generalmente muy meritorios, sino matizar sus objetivos en función de la investigación. La aportación de conocimientos de contenido sexual y contraceptivo es necesaria pero no suficiente.
- Potenciar la “erotofilia” es favorecer que las personas sean conscientes de sus responsabilidades sexuales en la relación interpersonal y aumentar los recursos necesarios para evitar riesgos, a la vez que se protege y potencia una sexualidad satisfactoria.

Es cierto, como indican nuestros datos, que la “erotofilia” puede hacer que algunas personas se expongan a mayores riesgos; también es cierto que la “erotofilia” está relacionada con variables que colaboran con la “prevención”. Por tanto y a tenor de lo que acabamos de decir, queda planteada la interesante tarea para el educador que aborde el tema de la sexualidad, consistente en potenciar “actitudes positivas” hacia la misma, al tiempo que se contribuye a dotar de recursos, a las personas que se inician en la experiencia sexual, que ayuden a protegerla evitando riesgos de todo tipo, incluido el END.

Consideramos “Recursos” que eviten el riesgo de END: La capacidad ser eficaz en los comportamientos sexuales próximos al riesgo de embarazo (autoeficacia). La capacidad de percibir nítidamente la probabilidad de embarazo, respecto a sí misma (susceptibilidad). La capacidad de valorar congruentemente los costes y los beneficios del uso de los métodos.

¿Cómo hacerlo? Esta es una pregunta cuyas posibles respuestas se encuentran en el trabajo de muchas personas entusiastas, que con escasos apoyos y bastante incompreensión, siguen planteando programas de educación sexual. Otras respuestas estarán en el campo de la investigación. Nosotros queremos plantear las siguientes sugerencias:

- Las variables expuestas en nuestro estudio, “actitud hacia la sexualidad”, “autoeficacia”, “susceptibilidad”, “valoración costes y beneficios”, sólo pueden ser trabajadas a través de una Metodología no directiva. Pensamos que no es pertinente plantear estas cuestiones de manera magistral, a modo de “charlas”. Es aquí donde nos encontramos con imponderables. Casi siempre el estilo fuertemente magistral de los Centros de Enseñanza (COU, BUP, FP) hace difícil encontrar espacios donde poder trabajar de forma grupal, no directiva.
- La evaluación nos parece fundamental en cualquier trabajo y de manera especial en educación sexual. Se puede ir con los ojos tapados de por vida si uno no evalúa su trabajo. Como sugerencia a partir de nuestro estudio, nos parece importante hacer evaluaciones a priori. Nos parece fundamental saber cómo es el grupo con el que vamos a trabajar. Por ejemplo respecto a la “actitud hacia la sexualidad”, la evidencia teórica y empírica nos hace ver que no es indiferente el posicionamiento de partida respecto a la dimensión “erotofobia-erotofilia”. Cuando se insiste en los conocimientos, si no tenemos en cuenta la “actitud hacia la sexualidad” previa, probablemente estemos favoreciendo a quienes tienen una actitud sexual positiva y aportando poco a los/las que la tienen negativa.

Los resultados obtenidos nos permiten sugerir que el posicionamiento ante las variables “susceptibilidad”, “autoeficacia” y “valoración costes y beneficios”, podrían ser variables predictoras del comportamiento sexual y contraceptivo, por tanto, una razón más para conocerlas a priori y orientar mejor la intervención.

La evaluación a posteriori también es fundamental. Nos permite evaluar los efectos de la intervención. Así, se puede saber qué factores producen realmente cambios y cuales son indiferentes. De esta manera, viendo la intervención en perspectiva, se genera un feed-back, un mecanismo de retroalimentación, a partir del cual se optimizan los recursos pedagógicos.

En conclusión, de nuestros datos no podemos afirmar que la actitud hacia la sexualidad tenga una relación causal directa con el riesgo de embarazos no deseados (uso de métodos), sin embargo hemos comprobado que media en todas las variables que han intervenido en este estudio.

Por tanto, podemos manifestar que positivizar la actitud hacia la sexualidad sobre todo en lo que signifique desbloqueo de los aspectos afectivo-emocionales de la misma supondrá niveles superiores de salud sexual y a su vez menor riesgo de embarazo no deseado. Todo un reto para la Educación Sexual.

**UNIDADES DIDÁCTICAS PARA
LA EDUCACIÓN SEXUAL
DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN
DE EMBARAZOS NO DESEADOS**

Partimos del hecho, ya descrito por diversos autores, de que la sexualidad ha sido mantenida en el silencio. En épocas anteriores se consideraba que la mejor forma de preparar a los/las jóvenes para la vida sexual adulta, que en ese contexto era el matrimonio, era mantenerlos en la ignorancia y ocultar cualquier manifestación sexual.

En los últimos tiempos, a partir de los cambios sociales habidos en los últimos 20 años, se ha perdido, a ciertos niveles, el miedo a la sexualidad y se plantea la necesidad de hablar, de informar sobre el sexo.

Antes la educación sexual se basaba en el silencio, la penalización ética, moral y social, y la patologización, ahora en la necesidad de “informar”.

No cabe duda de que los intentos de colocar a la sexualidad en el lugar que le corresponde son valorables, sin embargo podemos considerar que la información no es suficiente.

Si analizamos los programas o las actividades en educación sexual que se desarrollan en el ámbito escolar, la inmensa mayoría se basan en la transmisión de conocimientos. Estos cubren tan sólo una parte de las necesidades del desarrollo sexual de los/las adolescentes.

Existe un factor fundamental previo que es la actitud hacia la sexualidad. La actitud es una predisposición a la sexualidad que sin duda media en la adquisición de los conocimientos. Existen numerosas investigaciones, como hemos indicado en capítulos anteriores, que avalan esta afirmación.

El programa que presentamos se centra en la prevención de embarazos no deseados. Es frecuente encontrar corrientes de opinión, incluso entre profesionales, que argumentan que los embarazos no deseados entre las adolescentes y jóvenes se deben a la falta de información. Desde nuestro punto de vista, esto es una verdad a medias. La información es una condición necesaria pero no suficiente. Los que mantienen esa argumentación no consideran la importancia de los factores emocionales ante la sexualidad.

Este programa es la aplicación de la investigación, una parte de la cual se expone en el capítulo 4, que estudió precisamente los factores de riesgo de los embarazos no deseados y que puso de relevancia los factores emocionales.

Analizando los datos que poseemos sobre los contenidos de la educación sexual en la escuela, descubrimos que se basan en aspectos laterales de la sexualidad como la anatomía, la reproducción, etc., en absoluto se plantean los temas centrales como el deseo, la respuesta sexual humana, las funciones de la sexualidad, los riesgos (salvo los referidos al sida y de forma totalmente descontextualizada), los comportamientos, los temores, los conflictos, las responsabilidades, etc.

Visto de otro modo, creemos que en la escuela, en el mejor de los casos, se trabaja desde un punto de vista cognitivo. Sin embargo, pensamos que en el ámbito escolar se pueden incluir espacios donde se puedan plantear cuestiones emocionales, de forma no exhaustiva y con la metodología adecuada.

No pretendemos aportar un programa completo de educación sexual. Desde nuestro punto de vista la educación sexual debe de ser una materia transversal en el curriculum escolar. En este capítulo exponemos las unidades didácticas que fueron diseñadas para trabajar aspectos relacionados con el riesgo de embarazos no deseados, en función de nuestras investigaciones anteriores. Estos aspectos corresponden a las variables: Actitud hacia la sexualidad, autoeficacia contraceptiva, valoración costes y beneficios y conocimientos hacia la sexualidad y la contracepción.

DIEZ PUNTOS PREVIOS

Estos diez puntos se plantean como una reflexión previa, como una punto de partida, o por lo menos de referencia. Los planteamos para que los/las educadores puedan comprender a sus alumnos y alumnas y su contexto. También lo planteamos como material de trabajo. Es conveniente que los/las jóvenes se planteen su situación actual a través de estos diez puntos. Nuestra sugerencia es que se trabajen cada uno de los puntos con una metodología no directiva, trabajos en pequeños grupos y puestas en común.

1. HISTORIA FAMILIAR

En el momento de la intervención es preciso considerar que la actitud hacia la sexualidad de los y las jóvenes está bastante conformada en función de su propia historia.

2. QUÉ ES LA SEXUALIDAD

Antes de comenzar es necesario ponernos de acuerdo sobre qué entendemos por sexualidad. Generalmente la ausencia de situaciones en las que se pueda verbalizar tranquilamente cuestiones relacionadas con la sexualidad, hace que se den por supuestas cuestiones importantes, a veces muy alejadas de la realidad.

3. CUÁLES SON LAS REFERENCIAS DE MI FAMILIA

Consideramos importante poner de manifiesto cuáles son las referencias respecto a la sexualidad, que provienen del contexto familiar, respecto a los valores morales.

4. CUÁLES SON LAS REFERENCIAS DE MIS IGUALES

Igualmente respecto a las referencias de los valores morales que provienen del mundo de los iguales.

5. QUÉ ES LO QUE SE VENDE

Se trata de determinar qué es lo que los medios de comunicación emiten sobre el comportamiento sexual.

6. DÓNDE ESTOY YO: QUÉ PIENSO, QUÉ SIENTO, QUÉ EXPRESO

A partir de esta amalgama de referencias externas, es preciso potenciar una moral autónoma y crítica. Es decir, se trata de potenciar una síntesis personal que ayude a desarrollar una ética personal y social respecto a la sexualidad. Este punto trata de ayudar a reconocerse a sí mismo al margen de referencias externas. Se trata de afianzar las referencias internas que soporten la madurez sexual.

7. LOS DESEOS. DESTINOS DE LA SEXUALIDAD

Los deseos constituyen el móvil principal de la sexualidad. Tradicionalmente se considera el

mundo de los deseos como sórdido y peligroso. Es así que deben necesariamente reducirse a lo íntimo. No se pretende violar la intimidad que es un derecho personal. Se pretende ayudar a reconocer los elementos esenciales de la propia sexualidad.

8. LOS RIESGOS

La Sexualidad es una dimensión principal de la personalidad humana. Es el móvil más importante de los humanos. Ofrece situaciones privilegiadas para el placer, la comunicación y los afectos. Es una fuente profunda de riqueza, es un gran beneficio psicológico. Sin embargo, es obvio que la sexualidad comporta riesgos que no se deben ni ocultar, ni enmascarar. Entre ellos:

- Riesgos de tipo psicológico. Inadecuada evolución personal y sexual que comporte sufrimiento.
- De tipo relacional - situacional. El embarazo no deseado que supone o una maternidad - paternidad prematura, o el aborto.
- De tipo físico. En relación a las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el sida.

9. LAS RESPONSABILIDADES

El comportamiento sexual implica responsabilidades hacia uno mismo y hacia el otro/a. Desde este punto de vista pensamos que es importante plantearse cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual antes de que éste ocurra, de la misma manera que cualquier otra actividad humana.

10. LOS RECURSOS

Es preciso conocer cuáles son los recursos necesarios y disponibles para desarrollar cualquier acción. Consideramos recursos: Conocimientos sobre sexualidad y contracepción, bibliografía adecuada, servicios (Planificación Familiar, consultas de orientación, etc.), etc.

UNIDADES

N.º 0	PRELIMINAR	
N.º 1	ACT	Aproximación al concepto.
N.º 2	ACT	Referencias familiares.
N.º 3	ACT	Referencias de los iguales.
N.º 4	ACT	Referencias medios de comunicación.
N.º 5	ACT	Yo. Deseos.
N.º 6	ACT	Destinos.
N.º 7	ACT	Riesgos.
N.º 8	AUT	Control riesgo.
N.º 9	AUT	Alternativa coito.
N.º 10	AUT	Anticipación situación de riesgo.
N.º 11	AUT	Embarazo
N.º 12	AUT	Aborto
N.º 13	CON	Mitos
N.º 14	CON	Conocimientos
N.º 15	CON	Toma de decisión.
N.º 16	CON	Contracepción y Familia.

TEMA: PRELIMINAR

OBJETIVO:

Presentación y Cohesión Grupal.

METODOLOGÍA:

- Formar parejas con todos los y las participantes.
- Durante un cuarto de hora cada uno/a prepara la presentación del otro/a al grupo (“Yo te presento a tí, tú me presentas a mí”).
- Se les presenta el siguiente guión, pero las parejas pueden añadir o quitar lo que quieran

Nombre y Apodo

¿Con qué nombre o apodo te gustaría que te llamáramos?

Aficiones

Cosas o Actividades que no te gustan nada

Comida Favorita

Color Favorito

Grupo de música preferido

Experiencia o Anécdota divertida o poco común que te haya pasado a lo largo de la vida

- Se realiza la presentación. Al final de ella el interesado/a añade lo que quiera.

MATERIAL:

- Hojas y Bolígrafos.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Aproximación al concepto.

OBJETIVO:

Expresión libre del concepto de Sexualidad.

METODOLOGÍA:

- Cada participante es libre y debe ser espontáneo en la expresión de sentimientos relacionados con el mundo de la sexualidad.
- Se reúnen en subgrupos de 5 personas y reciben una gran hoja de papel para expresar a modo de “lluvia de ideas” todo aquello que se les ocurra sobre las palabras: Sexo y Sexualidad. Se permiten todo tipo de expresiones, dibujos, vocabulario, etc... Los colores se utilizan como desee cada uno.
- Posteriormente y durante 5 minutos se aclara con palabras el mensaje que se ha expresado de forma gráfica. Análisis global de todo el panel.
- Se vuelve al gran grupo, y poco a poco se exponen las cuestiones que han aparecido.

MATERIAL:

- Hojas grandes de papel o cartulinas de gran tamaño.
- Rotuladores de colores, tizas.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Referencias familiares.

OBJETIVO:

Analizar los rasgos principales de que consta el modelo familiar en relación a la sexualidad y cómo ese modelo se transmite a los hijos/as.

METODOLOGÍA:

- Se dividen a los/las participantes en dos grupos. Uno de los grupos desempeña el papel de padres y madres y el otro el papel de hijos e hijas.
- Se formarán cinco familias, las cuales constarán de los padres y madres y dos hijos/as: chico y chica. A cada familia se le asignará un tema. Los temas son los siguientes: embarazo no deseado, relaciones prematrimoniales, masturbación, anticoncepción y aborto.
- La pareja que desempeña el papel de padre y madre debe defender lo que cree que piensa la familia respecto al tema asignado. Los que representan el papel de hijos/as defienden su propia postura ante el tema.
- Resumir entre todos los participantes las diferencias que existen respecto a estos temas, entre el modelo familiar y el juvenil.

MATERIAL:

- Pizarra y Tizas.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Referencias de los iguales.

OBJETIVO:

Analizar las opiniones que tiene el grupo de iguales sobre distintos temas relacionados con la sexualidad y contrastarlas con las suyas propias.

METODOLOGÍA:

- Formar grupos de 4 ó 5 personas.
- Se eligen cinco temas que son los siguientes: embarazo no deseado, anticoncepción, masturbación, relaciones prematrimoniales y aborto.
- A cada grupo se le asigna un tema y se les da la siguiente consigna: Discute y escribe en una hoja lo que crees que piensan las personas de tu cuadrilla respecto a este tema.
- Se realiza una puesta en común con todas las ideas que han salido en los grupos, resumiendo cuales son las ideas generales de la gente joven sobre estos temas y si coinciden con las suyas propias.

MATERIAL:

- Papel y Bolígrafos.
- Pizarra.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Referencias medios de comunicación.

OBJETIVO:

Analizar los mensajes y mitos (información errónea) sexuales que aparecen en las películas, anuncios y revistas pornográficas con respecto a la sexualidad.

METODOLOGÍA:

- Se forman grupos de 4 ó 5 personas.
- Cada grupo apunta en hojas diferentes, una para las películas, otra para los anuncios y una tercera para las revistas pornográficas, cuáles son los mensajes y mitos más relevantes en cada uno de esos canales de comunicación.
- Señalar si en algún caso esos mensajes o mitos son diferentes para chicos que para chicas.
- Se realizará una puesta en común de las ideas recogidas en cada uno de los grupos.

MATERIAL

- Hojas y bolígrafos.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: YO. Deseos.

OBJETIVO:

Expresar los deseos sexuales más frecuentes en los y las jóvenes y cuáles son las posibles opciones ante ellos.

METODOLOGÍA:

- Individualmente deben escribir tres deseos sexuales, cada uno de ellos en hojas separadas.
- Se recogen todas las hojas y se colocan en una caja.
- Se forman grupos de 4 ó 5 personas. Se reparte de forma proporcional los papeles en los que figuran los deseos.
- La consigna para cada grupo será la siguiente: debatir las posibles salidas que en la práctica tienen cada uno de estos deseos. Entre todos deben resumir las salidas más comunes a los deseos. Cada grupo nombra un portavoz que lo exponga al grupo grande en una puesta en común.

MATERIAL:

- Hojas y Bolígrafos.
- Pizarra.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Destinos de la sexualidad.

OBJETIVO:

Trabajar cómo se maneja una persona ante una situación en la que su deseo debe aplazarse.

METODOLOGÍA:

- Se forman cuatro o cinco grupos mixtos. A cada grupo se les entrega una hoja en la que aparece un dilema. El dilema es el mismo para todos los grupos. Ellos deben analizar la situación planteada en el dilema y discutir cuáles podrían ser las soluciones más adecuadas.

DILEMA: Nos encontramos con el caso de una persona que en este momento tiene deseos de mantener relaciones sexuales, no encontrando una persona con quién mantenerlas.

CONSIGNA: ¿Qué encuentras de positivo o negativo en que una persona no satisfaga de forma inmediata sus deseos sexuales?

- Se hace una puesta en común entre todos los grupos.

MATERIAL:

- Fotocopias en las que figure el dilema y la consigna.
- Hojas y bolígrafos.

TEMA: ACTITUDES

SUBTEMA: Riesgos.

OBJETIVO:

Ser conscientes de los riesgos que tienen ciertos comportamientos.

METODOLOGÍA:

- Toda la clase va diciendo “en alto” todos los comportamientos sexuales que se les ocurran. Se escriben en la pizarra.
- Hacer dos subgrupos. Se les da una cartulina para que dividan los comportamientos sexuales señalados en aquellos que no tienen riesgos y los que sí tienen riesgos.
- Anotar en la misma cartulina, de los comportamientos que tienen riesgos, qué tipo de riesgos y sus consecuencias.
- Explicar cada subgrupo a la clase lo escrito en la cartulina.
- Discusión en grupo grande sobre los riesgos y los distintos posicionamientos que se pueden dar.

MATERIAL:

- Cartulinas y Rotuladores.

TEMA: AUTOEFICACIA

SUBTEMA: Control del riesgo.

OBJETIVO:

Fomentar la capacidad de decir que no a un tipo de relación sexual que en ese momento no se desea.

METODOLOGÍA:

- Pasar una escena de una película sobre un chico y una chica que estén manteniendo cualquier tipo de relación sexual no coital. En el momento en que se plantea el coito la chica le dice que no.
- Se forman grupos de cuatro o cinco personas, deben ponerse en el lugar de los personajes de la película y pensar y escribir en una hoja lo que está pasando por la cabeza de la chica y del chico en ese momento de decir no.
- Se hace una puesta en común con todos los participantes, expresando todas las ideas que han surgido.

MATERIAL:

- Película de vídeo.
- Hojas y bolígrafo.

TEMA: AUTOEFICACIA

SUBTEMA: Alternativa coito.

OBJETIVO:

Fomentar otro tipo de relaciones sexuales que no sean el coito, incluida la masturbación, con el fin de favorecer un mayor control del riesgo de embarazo.

METODOLOGÍA:

- Ponerles por parejas mixtas.
- Plantearles la situación de que están con su novio o novia y se les da la siguiente consigna: Uno de los dos tiene que defender que lo que más le gusta es el coito y razonarlo. El otro, debe defender cualquier otro tipo de relación sexual que no sea el coito. Este diálogo deben escribirlo.
- **DRAMATIZACIÓN:** Elegir una pareja o varias y que reproduzcan lo que han discutido por parejas.
- Puesta en común en la que cualquier miembro del grupo puede aportar otras ideas u opiniones sobre dicha situación, cosas que añadirían, etc.

TEMA: AUTOEFICACIA

SUBTEMA: Anticipación situación de riesgo.

OBJETIVO:

Favorecer la comunicación sobre las propias necesidades sexuales y las del compañero/a. Se pretende anticipar una situación de riesgo.

METODOLOGÍA:

- Individualmente deben plantearse que se encuentran en un momento de alta excitación sexual. La consigna será la siguiente: Imagínate que estás con un chico o con una chica y os empezáis a besar, a tocar, a quitáros la ropa, en definitiva te encuentras en un momento de mucha excitación sexual, escribe tres preguntas que te gustaría hacer a tu compañero/a en ese momento de alta excitación.
- Se recogen las preguntas de todos los participantes, poniendo una indicación sobre si son para chicos o para chicas. Se hacen dos montones separando las preguntas para los chicos y para las chicas.
- * Se coloca a todas las chicas juntas por un lado y a los chicos por otro.
- El monitor va repartiendo una pregunta a cada chica y una a cada chico. Cada uno debe responder en voz alta a su pregunta. Si a alguien le supone una situación demasiado violenta puede negarse a contestar.

MATERIAL:

- Hojas y bolígrafos.

TEMA: AUTOEFICACIA

SUBTEMA: Embarazo.

OBJETIVO:

Trabajar distintas situaciones a las que se suele enfrentar un/a adolescente ante un embarazo no deseado. Contemplar el aborto como una de las posibles salidas.

METODOLOGÍA:

- Se eligen doce voluntarios, ocho chicas y cuatro chicos que representaran distintas situaciones.
- Se dramatizan las siguientes situaciones:

SITUACIÓN 1: Una chica se encuentra sola frente a su embarazo. Piensa cuáles son sus posibles salidas y decide que no va a tener el niño/a.

SITUACIÓN 2: La chica le dice al chico con el que ha mantenido relaciones sexuales que está embarazada. Verbalizan la situación en la que se encuentran.

SITUACIÓN 3: La hija le plantea al padre y a la madre su embarazo. Estos reaccionan rechazando a la hija.

SITUACIÓN 4: La hija le plantea a su madre que está embarazada, la madre se muestra respetuosa ante las distintas opciones que su hija pueda adoptar.

SITUACIÓN 5: La chica le dice al chico con el que ha mantenido relaciones que está embarazada. El le presiona para que aborte.

SITUACIÓN 6: La chica le dice al chico con el que ha mantenido relaciones que está embarazada. El le obliga a tener el niño/a.

- Se realiza un debate entre todos los/las participantes sobre lo que puede suponer un embarazo y una interrupción del mismo en un/a adolescente.
- El monitor apunta en la pizarra las ideas más relevantes en este debate.

MATERIAL:

- Pizarra.

TEMA: AUTOEFICACIA

SUBTEMA: Aborto.

OBJETIVO:

Enfrentar a los participantes a la realidad de un embarazo no deseado.

METODOLOGÍA:

ACTIVIDAD 1

Se plantea al grupo que una chica se ha quedado embarazada y va a tener el hijo/a.

Se empareja a los y las estudiantes.

Se les asigna la ayuda económica que pudieran percibir en esa situación. (Es preciso asignarles una cantidad fija).

Se les da anuncios del periódico sobre alquileres de viviendas y listas de precios de alimentación y cosas de primera necesidad.

1. Tienen que solucionar vivienda.
2. Tienen que planificar mantenimiento y cuidados del niño/a.
3. Tienen que buscar empleo.
4. Tienen que organizar economía doméstica.
5. Tienen que organizar tiempo libre.
6. Tienen que plantear continuar con su propia formación.

ACTIVIDAD 2

Se plantea las siguientes cuestiones: ¿Cómo te gustaría que fuese tu vida dentro de 10 años? ¿Hasta dónde quieres llegar y qué necesitas para llegar a ello?

Se pide que alguien que conozca un caso real de un embarazo precoz, que lo exponga al grupo.

Se abre un debate planteando las siguientes cuestiones: Cómo ha sido el desarrollo de su vida hasta el momento. Cómo se las arreglaron. Cuáles fueron sus principales dificultades. Cómo se sintieron. Cuáles fueron las cosas positivas. Cuáles fueron las principales renunciaciones.

ACTIVIDAD 3

Se plantea la siguiente cuestión: Si tú estuvieras embarazada o fueras responsable de un embarazo, ¿qué cosas serían diferentes para tí? ¿cómo? ¿por qué?

Se abre un debate, aportándoles datos sobre paternidad/maternidad adolescente y las dificultades de compatibilizar las necesidades del niño/a y del adolescente.

TEMA: CONTRACEPCIÓN

SUBTEMA: Mitos sobre anticoncepción.

OBJETIVO:

Trabajar en la desmitificación de ideas sobre anticoncepción.

METODOLOGÍA:

- Se elaborará una hoja con frases en las que ellos/as deben marcar si están de acuerdo o no.
- Deben indicar el porqué de sus respuestas.
- Después se reúnen en grupos de cuatro o cinco personas y cada uno aporta sus respuestas. Cada grupo debe trabajar hasta llegar a una postura unánime ante cada una de las frases.
- Se hace una puesta en común de todos los grupos.

MATERIAL:

- Una hoja con frases sobre miedos y las creencias erróneas más comunes respecto a cada uno de los métodos anticonceptivos.
- Textos diversos sobre cada uno de los métodos en los que se refleje información errónea o los mitos más difundidos.

TEMA: CONTRACEPCIÓN

SUBTEMA: Uso y mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos.

OBJETIVO:

Facilitar los conocimientos necesarios sobre cada uno de los métodos anticonceptivos.

METODOLOGÍA:

- Crear subgrupos de trabajo (4 ó 5 personas)
- Repartir folletos e información sobre los métodos anticonceptivos.
- Cada grupo trabaja un método.
- El portavoz de cada grupo explica a los demás el método que ha trabajado.
- A medida que se explica cada método, los/las participantes pueden ir haciendo las preguntas que se les ocurran.
- Cada portavoz, consultando con su grupo, va respondiendo las preguntas.

MATERIAL:

- Folletos, fotocopias y láminas sobre los métodos.
- Muestras de cada método anticonceptivo.

TEMA: CONTRACEPCIÓN

SUBTEMA: Toma de decisión.

OBJETIVO:

Fomentar la comunicación sobre los métodos anticonceptivos. Intentar que a partir de una escena de una película ellos se pongan en una situación en la que deben utilizar algún método. Analizar los pros y los contras del método en cuestión.

METODOLOGÍA:

- Pasar una escena de una película en la que aparezca la utilización de algún método anticonceptivo.
- **DRAMATIZACIÓN:**

Que salgan varios voluntarios/as entre los miembros del grupo.

Se formarán cuatro parejas mixtas, a cada pareja le corresponderá dramatizar la escena de la película pero debatiendo el método que se le ha asignado.

Cada pareja discute los pros y los contras de la utilización de ese método. A cada miembro se le da la consigna de estar a favor o en contra de utilizar ese método.

MATERIAL:

- Escenas de películas en las que aparezca una pareja planteándose la utilización de un método.

TEMA: CONTRACEPCIÓN

SUBTEMA: Comunicación en la familia.

OBJETIVO:

Estudiar y analizar la importancia que tienen los padres/madres a la hora de que un/a adolescente se plantee la utilización de un método anticonceptivo.

METODOLOGÍA:

- En grupos de cuatro o cinco personas discutir cómo ven ellos/as la influencia que tienen los padres y las madres a la hora de utilizar un método anticonceptivo. Expresar cómo plantaría cada uno de ellos/as a sus padres/madres el deseo de utilizar un método.
- **DRAMATIZACIÓN.** Representar una situación en la que el hijo/a plantea a su padre y madre el hecho de que está manteniendo una relación sexual coital y quiere utilizar un método anticonceptivo.
- Pedir seis voluntarios/as, de los cuales cuatro hacen el papel de padres/madres y dos de hijos/as. Se plantean dos casos, en uno el padre y la madre tienen una postura más tradicional y en el otro caso mantienen una más liberal.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMSON, P.R. & MOSHER, D.L. (1975). The development of measure of negative attitudes toward masturbation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 485-490.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1976). 11 Million Teenagers. New York: Allan Guttmacher.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1981). Teenage pregnancy: The problem that won't go away. New York: Allan Guttmacher.
- ALLGEIER, A.R., ALLGEIER, E.R. & RYWICK, T. (1981). Orientations toward abortion: Guilt or knowledge? *Adolescence*, 16, 273-280.
- ALLGEIER, A.R. (1983). Informational barriers to contraception. In D. Byrne y W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex and contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- ALLGEIER, E.R. (1983). Ideological barriers to contraception. In D. Byrne y W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex and contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- AMEZUA, E. (1978). De la prohibición al cultivo de la sexualidad. *Salud Mental*, 3.
- AMOROSO, D.M., BROWN, M., PRUESSE, M., WARE, E.E., PILKEY, D.W. (1970). An investigation of behavioral, psychological, and physiological reactions to pornographic stimuli (Vol. 8). Washington: U.S. Government Printing Office.
- BACK, K.W. (1980). The role of social psychology in population control. In L. Festinger (Ed.), *Restrospection on Social Psychology*. New York: Oxford University Press.
- BAILEY, L.A. & HAILEY, B.J. (1987). The Psychological experience of pregnancy. *Int. J. Psychiatric Med.*, 16 (3), 263-274.
- BANDURA, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.*, 84, 191-215.
- BANDURA, A., ADAMS, N.E., HARDY, A.B. & HOWELLS, G.M. (1980). Tests of the generality of self efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- BANDURA, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca, Editorial.
- BARRIO, F., ETXEBERRIA, A., MARTÍNEZ, B. & TXURIMENDI, J.M. (1986). Instrumentos para medir factores psicosociales y síntomas ansiosos y depresivos. En Paéz y col. (Eds.), *Salud mental y factores psicosociales*. (pp. 210-213) Madrid: Fundamentos.
- BEACH, F.A., FORD, C.S. (1978). *Conducta Sexual*. Barcelona: Fontanella.
- BECERRA GRANDE, A. (1984). Psicología social y conducta sexual humana. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández. (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. (pp. 235-265) Madrid: DDB.
- BECKER, M. & MAIMAN, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- BEE, H.L. & MITCHELL, S.K. (1986). *Le Développement Humain*. Ottawa: Editions du Renouveau Pédagogique INC. (ERPI).
- BELENKY, M.F. (1978). Conflict and development: A longitudinal study of the impact of abortion decisions on moral judgements of adolescent and adult women. *Dissertation Abstracts International*, 39, 6B, 2956.
- BERUBE, J. & LEGARE, G. (1985). La Sexualité, l'apprendre et en discuter entre pairs. *Apprentissage et socialitation*, 8 (4), 116-118.
- BLOCK, R.W. & BLOCK, S.A. (1980). Outreach education: A possible preventer of teenage pregnancy. *Adolescence*, 15 (59), 657-660.
- BOLTON, F.G. & LANER, H.L. (1986). Children rearing children: a study of reportedly maltreating younger adolescents. *Journal of Family Violence*, 1, 181-196.
- BRADY, J.P. & LEVITT, E.E. (1965). Thesalability of sexual experiences. *Psychological Records*, 15, 275-279.

- BREWER, C. (1977). Incidence of post abortion psychosis: A prospective study. *British Medical Journal*, 1/6059, 476-477.
- BRIERE, J. & RUNTZ, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- BROOKS-GUNN, J. & FURSTENBERG, F. (1986). The children of adolescent mothers: physical, academic, and psychological outcomes. *Developmental review*, 6, 224-251.
- BROWNE, C. & URBACH, M. (1989). Pregnant adolescent. Expectations vs. reality. *Canadian Journal of Public Health*, 80, 227-230.
- BUCHHOLZ, E.S. & GOL, B. (1986). More than playing house: A developmental perspective on the strengths in teenage motherhood. *Amer. J. Orthopsychiat*, 56, 347-360.
- BURGER, J.M. & INDERBITZEN, H.M. (1985). Predicting contraceptive behavior among college students: the role of communication, knowledge, sexual anxiety and self-Esteem. *Archives of Sexual Behavior*, 14 (4), 343-350.
- BYDLOWSKI, M. (1978). Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation a l'inconscient. *Psychanalyse a l'Université*, 4 (13), 59-92.
- BYRNE, D. (1977). Social Psychology and the Study of Sexual Behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 3-30.
- BYRNE, D. (1982). Predicting human sexual behavior. In A.G. Kraut (Ed.), *The G. Stanley hall lecture series (Vol.2)*. Washington, D.C.: American Association.
- BYRNE, D. (1983). The antecedents, correlates, and consequences of erotophobia-erotofilia. In C. Davis (Ed.), *Challenges in sexual science: Current theoretical issues and research advances*. Philadelphia: Society for the Scientific Study of Sex.
- BYRNE, D. (1983). Sex without contraception. In D. Byrne, and W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, Sex and contraception*. New Jersey: Erlbaum, Hillsdale.
- CANNON, K., LONG, R. (1971). Premarital sexual behavior in the sixties. *Journal of Marriage and Family*, 33, 36-39.
- CASANUEVA, G. (1985). Análisis de un proceso de cambio de actitudes en un programa de formación de monitores de educación sexual. *Revista de Sexología*, 21.
- CATANIA, J.A., McDERMOTT, L.J. & POLLACK L.M. (1986). Questionnaire response bias and face-to-face interview sample bias in sexuality research. *Journal of Sex Research*, 22, 52-72.
- CHARNOWSKI, K.M. (1983). Adolescent sexuality, contraceptive and fertility decisions. *Dissertation Abstracts International*, 43, 7A.
- CHELO, E., NOCI, I., BARCIULLI, F., BIGAGLI, A. & AL. (1986). The imagined baby: The analysis of a desire. *Acta Eur. Fertil. Ita*, 17 (3), 213-216.
- CHILMAN, C. (1973). Why do unmarried women fail to use contraception? *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7, 167- 168.
- CHILMAN, C.S. (1985). Feminist issues in teenage parenting. Special issue: Toward a feminist approach to child welfare. *Child Welfare*, 64, 225-234.
- CHRISTOPHER, F.S. & CATE, R.M. (1985). Anticipated influences on sexual decision-making for first intercourse. *Family Relations*, 34, 265-270.
- CONDELLI, L. (1986). Social and attitudinal determinants of contraceptives choice: using the health belief model. *The Journal of Sex Research*, 22, 478-491.
- COPELAND, A.D. (1981). The impact of pregnancy on adolescent psychosocial development. *Adolescent Psychiatry*, 9, 244-253.
- CUKIER-HEMEURY, F., LEZINE, I. & DE AJURIAGUERRA, J. (1987). Désir d'enfant. *Psychiat. Enfant. Fra.*, 30 (1), 59-83.

- CVETKOVICH, G. (1975). On the psychology of adolescent use of contraception. *The Journal of Sex Research*, 11, 256-270.
- CVETKOVICH, G., GROTE, B., BJORSETH, A. & SARKISSIAN, J. (1975). On the psychology of adolescent use of contraceptives. *Journal of Sex Research*, 11, 256-270.
- CVETKOVICH, G. & GROTE, B. (1981). Psychosocial maturity and teenage contraceptive use: An investigation of decision-making and communication skills. *Population and environment*, 4, 211-226.
- CZYBA, J.C., COSNIER, J., GIROD, C., LAURENT, J.L. (1978). *Ontogénesis de la sexualidad humana. Desarrollo de los aparatos genitales y del comportamiento sexual*. Barcelona: Eunibar. Editorial Universitaria de Barcelona.
- D'AUGELLI, J.F. & CROSS, H.J. (1975). Relations of sex guilt and moral reasoning to premarital sex in college women and in couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43, 40-47.
- D'AUGELLI, J.F. & D'AUGELLI, A.R. (1977). Moral reasoning and premarital sexual behavior: Toward reasoning about relationship. *Journal of Social Issues*, 33 (2), 46-66.
- DE AMICIS, L.A., KLORMAN, R., WILSON, D. & McANARNEY, E.R. (1981). A comparison of unwed pregnant teenagers and nulligravid sexually active adolescents seeking contraception. *Adolescent*, XVI (61), 12.
- DELAMATER, J. & MaCORQUODALE, P. (1978). Premarital contraceptive use: A Test of two models. *Journal of marriage and the family*, 40, 235-247.
- DELAMATER, J. (1983). An interpersonal and interactional model of contraceptive behavior. In D. Byrne, W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex and contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- DEUTSCH, M. (1983). Personality factors, self concept, and family variables related to first time and repeat abortion seeking behavior in adolescent women. *Dissertation Abstracts International*, 43, 10A, 3254-3255.
- DIORIO, J.A. (1985). Contraception, copulation domination, and the theoretical barrenness of sex education literature. *Education Theory*, 35, 239-254.
- DIXON, V. (1977). Teenage pregnancy: A personality comparison of prenatal and abortion groups. *Dissertation Abstracts International*, 38, 1A, 168.
- DONALDSON, P.E. (1989). Teen pregnancy and sexual abuse: exploring the connection. *Smith College Studies in Social Work*, 59, 289-301.
- DUNN, P. (1982). Reduction of teenage pregnancy as a rationale for sex education: A position paper. *Journal of School Health*, 52 (10), 611-613.
- DUPREZ, D. & VIALA, M. (1985). Adolescence et avortement. *Evolution Psychiatrique*, 50 (2), 357-381.
- EISEN, M. & ZELLMAN, G.L. (1986). The role of health belief attitudes, sex education and demographics in predicting adolescents sexuality knowledge. *Health Education Quarterly*, 13, 9-22.
- ELKES, B. & CROCITTO, J.A. (1987). Self-concept of pregnant adolescents: A case study. *J. of Humanistic Education & Development*, 25 (3), 122-135.
- ELKIND, D. (1974). *Children and adolescent*. New York: Oxford, University Press.
- ELZO, J. & OTROS (1986). *Juventud Vasca 1986. Informe sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de la juventud vasca actual*. Vitoria-Gasteiz: Dirección Juventud Gobierno Vasco.
- ETXEBARRIA, I. (1989). *Sentimientos de culpa y cambio de valores morales*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad del País Vasco.

- FAIGEL, H.C. (1982). Late social and psychological after effect of pregnancy in adolescence. *J. of Adolescent Health Services*, 2 (3), 209-212.
- FARLEY, S.S. (1985). The relationship between pregnant adolescent' social support systems and their identification with the mothering role. *Dissertation Abstracts International*, 46, 2B, 47.
- FISCHMAN, S.H. (1977). Deliver or abortion inner city adolescents. *Amer J. Osthoppsychiat.*, 47, 127-133.
- FISHBEIN, M. & AZJEN, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Weseley.
- FISHER, T.D. (1989). An extension of the findings of Moore, Peterson, and Furstenberg (1986) regarding family sexual communication and adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 637-641.
- FISHER, W.A. (1978). Affective, attitudinal, and normative determinants of contraceptive behavior among university men. Tesis Doctoral no publicada, Purdue University, Wet Lafayette, IN.
- FISHER, W.A., BYRNE, D., EDMUNDS, M., MILLER, C.T., KELLEY, K. & WHITE, L.A. (1979). Psychological and situation-specific correlates of contraceptive behavior among university women. *Journal of Sex Research*, 15, 38-55.
- FISHER, W.A., MILLER, C.T., BYRNE, D. & WHITE, L.A. (1980). Talking dirty: Responses to communicating a sexual message as a function of situational and personality factors. *Basic and Applied Social Psychology*, 1, 115-126.
- FISHER, W.A., BYRNE, D. & WHITE, L. (1983). Emotional barriers to contraception. In D. Byrne y W.A. Fisher (Eds.). *Adolescents, sex and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- FISHER, W.A. (1984). Predicting contraceptive behavior among university men: The roles of emotions and behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 104- 123.
- FISHER, W.A., BYRNE, D., WHITE, L.A., KELLEY, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a Dimension of Personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- FISHMAN, S.H., COLLIER, P., STEWART, V. & SCHWARZ, D.P. (1974). The impact of Family Planning classes on contraceptive knowledge: Acceptance and use. *Health Education Monographs*, 2, 246-259.
- FORTINEAU, E. (1984). Response de S. Freud a Furst a propos de l'education sexuelle dans "les explications sexuelles données aux enfants". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32, 577-581.
- FOSTER, C.D. & MILLER, G.M. (1980). Adolescent pregnancy: A challenge for counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 236-240.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- FOX, G.L. (1977). Nice girl: social control of women through a value construct. *J. Women Culture Soc* 2 (4), 805-817.
- FREEDMAN, D.S. & THORNTON, A. (1979). The long-term impact of pregnancy at marriage on the family's economic circumstances. *Family Planning Perspectives*, 11, 6-21.
- FREEMAN, E., RICKELS, K., HUGGINS, G.R. & GARCIA, C.R. (1984). Urban black adolescents who obtain contraceptive services before or after their first pregnancy: Psychosocial factors and contraceptive use. *J. of Adolescent Health Care*, 5 (3), 183.
- FRICKE, L. (1974). Associative sexual responses and corresponding response latencies to a presentation of double-entendre words in relation to sex-guilt and sex of experimenter. Tesis Doctoral no publicada. Washington State University.

- FRIED, E.R. (1982). Psychosexual development in pregnant and never-pregnant adolescents. Dissertation Abstracts International, 1982.
- GALBRAITH, G.G. (1968). Effects of sexual arousal and guilt upon free associative sexual responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 622.
- GALBRAITH, G.G., HAHN, K. & LIEBERMAN, H. (1968). Personality correlates of free-associative sex responses to double-entendre words. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 193-197.
- GALBRAITH, G.G. & MOSHER, D.L. (1968). Associative sexual responses in relation to sexual arousal, guilt, and external approval, contingences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 142-147.
- GALBRAITH, G.G. & MOSHER, D.L. (1970). Effects of sex guilt and sexual stimulation on the recall of word associations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 67-71.
- GALBRAITH, G.G. & STURKE, R.W. (1974). Effects of stimulus sexuality, order of presentation and sex guilt on free associative latencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 828-832.
- GALBRAITH, G.G. & WYNCOOP, R.H. (1976). Latencies of restricted associations to double entendre sexual words as a function of personality variables. *Psychological Reports*, 43, 1187- 1197.
- GATHRON, M.K. (1982). An analysis of variables affecting the self-concept in unmarried teenage girls. Dissertation Abstracts International, 5 (1), 1-15.
- GERRARD, M. (1980). Sex guilt and attitudes toward sex in sexually active and inactive female college students. *Journal of Personality Assessment*, 44, 258-261.
- GERRARD, M. (1982). Sex, sex guilt and contraceptive use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 153-158.
- GERRARD, M. & GIBBSON, F.X. (1982). Sexual experience, sex guilt and sexual moral reasoning. *Journal of Personality*, 50, 345- 359.
- GERRARD, M., McCANN, L. & FORTINI, M.E. (1983). Prevention of unwanted pregnancy. *American Journal of Community Psychology*, 11 (2), 153-167.
- GERRARD, M., McCANN, L. & GEIS, B.D. (1983). The antecedents and prevention of unwanted pregnancy. Special issue: Social and psychological problems of women: Prevention and crisis intervention. *Issues in mental health nursing*, 5 (1-4), 85- 101.
- GERRARD, M. (1987). Sex, sex guilt, and contraceptive use revised: the 1980s. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 875-980.
- GIBB, G.D. (1984). A comparative study of recidivist and contraceptors along the dimensions of locus of control and impulsivity. *International Journal of Psychology* 19.
- GILBERT, F.S. & GAMACHE, M.P. (1984). The sexual opinion survey: structure and use. *The journal of Sex Research*, 20, 293- 309.
- GILLIAN, C. & BELENKY, M.F. (1980). A naturalistic study of abortion decisions. *New Directions for Child Development*, 7, 69-90.
- GLOOR, P.A. (1980). Aborto interrupción de embarazo. En G. Abraham, W. Pasini (Eds.), *Introducción a la Sexología Médica*. (p. 181). Barcelona: Grijalbo.
- GOLDFARB, L., GERRARD, M., GIBBONS, F.X. & PLANTE, T. (1988). Attitudes toward sex, arousal, and the retention of contraceptive information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 634- 641.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. (1989). Informe sobre la interrupción voluntaria del embarazo en Guipúzcoa, durante el año 1988. Documento sin publicar.

- GONZÁLEZ, A. & GONZÁLEZ, S. (1980). *Salud sexual y salud mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- GREEN, V. (1985). Experiential factors in childhood and adolescent sexual behavior: family interaction and previous sexual experiences. *The Journal of sex research*, 21 (2), 157-182.
- GREENGLASS, E.R. (1976). Therapeutic abortion fertility plans and psychological sequelae. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 47 (1), 119-26.
- GREENGLASS, E.R. (1976). Therapeutic abortion and psychiatric disturbances in canadian women. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 21 (7), 453-460.
- GREER, H.S., LAL, S., LEWIS, S.C. & AL. (1976). Psychosocial consequences of therapeutic abortion. *Brit.J.Psychiat.*, 128, 1-P, 74-79.
- GROSS, A.E., BELLEW-SMITH, M. (1983). A Social psychological approach to reducing pregnancy risk in adolescence. In D.Byrne, W.A.Fisher (Eds.), *Adolescents, sex and contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- GRUBER, E. & CHAMBERS, C.V., (1987). Cognitive development and adolescent contraception: Integrating theory and practice. *Adolescence*, 22 (87), 661-670.
- HANSSON, R.O., JONES, W.H. & CHERNOVETZ, M.E. (1979). Contraceptive knowledge: Antecedents and Implications. *Family Coordinator*, 28 (1), 29-34.
- HARKAVY, E.A. (1967). Implementing DHEW policy on family planning and population. A consultants report. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- HARVEY, S.M. (1988). Coitus-dependant contraceptives: Factors associated with effective use. *Journal of Sex Research*, 25, 364-378.
- HARVEY, S.M. (1988). Trends in contraceptive use among university women. *Journal of American College Health Association*, 9, 209-213.
- HATCHER, R., GUEST, F., STEWARD, F., STEWARD, G., TRUSSELL, J., CERELL, S. & CATES, W. (1986). *Contraceptive technology: 1978- 1979*. New York: Halstead Press.
- HATCHER, S. (1976). Understanding adolescent pregnancy and abortion. *Primary Care*, 3, 407-425.
- HAYWARD, G.W. (1970). Expressed aggression as a function of guilt level under varying conditions of legitimacy and external threat. Tesis Doctoral no publicada. University of Texas.
- HERZ, E.J. & REIS, J.S. (1987). Family life education for young inner-city teens: Identifying needs. *J. of Youth & Adolescence*, 16 (4), 361-377.
- HORN, M.E. & RUDOLPH, L.B. (1987). An investigation of verbal interaction, knowledge of sexual behavior and self-concept in adolescents mothers. *Adolescence*, 22 (87), 591-598.
- HORNIK, J.P., DEVLIN, M.C., DOWNEY, M.K. & BAYHNAM (1986). Successful and unsuccessful contraceptors: A multivariate typologie. Special Issue: Social work practice in sexual problems. *J. of Social Work & Human Sexuality*, 4 (1-2), 17-31.
- HUNT, M. (1974). *Sexual Behavior in the 1970s*. Chicago: Playboy Press.
- IBAÑEZ BRAMBILA, B. (1984). Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (1), 72-78.
- JACOBSSON, L., VON SCHOULTZ, B. & SOLHGEIM, F. (1976). Repeat aborters: First aborters, a social psychiatric comparison. *Soc. Psychiat.*, 11 (2), 75-86.
- JANDA, L.H. (1975). Effects of guilt, approachability of examiner, and stimulus relevance upon sexual responses to thematic apperception stimuli. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 369-374.
- JANDA, L.H., WITT, C.G. & MANAHAN, C. (1976). The effects of guilt and approachability of examiner upon associative responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 986-990.

- JANDA, L. & O'GRADY, K. (1980). Development of a sex anxiety inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 48, 169-175.
- JORGENSEN, S.R. (1983). Beyond adolescent pregnancy research frontiers for early adolescent sexuality. *J. of Early Adolescence*, 3 (1-2), 141-155.
- JOSSELSO, R., GREENBERGER, E. & McCONOCHIE, D. (1977a). Phenomenological aspects of psychosocial maturity in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 25-56.
- JOSSELSO, R., GREENBERGER, E. & McCONOCHIE, D. (1977b). Phenomenological aspects of psychosocial maturity at adolescence. Part II. Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 127-144.
- JUNG, C.G. (1906). The reaction-time ratio in the association experiment. In C.G. Jung (Ed.), *Collected Works* (Vol. 2). Princeton: University Press.
- KANE, F.J. & LANCHENBRUCH, P.A. (1973). Adolescent pregnancy: A study of aborters and non-aborters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43 (5), 796-803.
- KASTNER, L.S. (1984). Ecological factors predicting adolescent contraceptive use: Implications for intervention. *J. of Adolescent Health Care*, 5 (2), 79-86.
- KAZDIN, A.E. (1974). Effects of covert modeling and reinforcement on assertive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 240-252.
- KEITH, L., KEITH, G.E. & BERGER, G.S. (1978). Abortion and maternal health. *Int. Surg.*, 63 (5), 31-35.
- KELLEY, K. (1979). Socialization factors in contraceptive attitudes: Roles, attitudes and sexual expression of affective responses, parental. *Journal of Sex Research*, 15, 6-20.
- KELLEY, K. (1985). Sex, sex guilt, and authoritarianism: Differences in responses to explicit heterosexual and masturbatory slides. *The Journal of Sex Research*, 21, 68-85.
- KELLEY, K., SMEATON, G., BYRNE, D., PRZYBYLA, D.P. & FISHER, W.A. (1987). Sexual attitudes and contraception among females across five college samples. *Human relations*, 40, 237-254.
- KERR, B.J. & GALBRAITH, G.G. (1975). Latencies of sexual and asexual responses to double entendre words as a function of sex-guilt and social desirability in college females. *Psychological Reports*, 37, 991-997.
- KIER, R.G. (1972). Sex, individual differences and film effects on responses to sexual films. Tesis Doctoral no publicada, University of Connecticut.
- KOLODNY, R. (1980). Adolescent sexuality. Paper presented at the Michigan Personnel and Guidance Association Annual Convention, Detroit.
- KRUBINER, P. (1982). Cultural factors in risk for adolescent pregnancy. *Dissertation Abstracts International*, 43, 4B, 1258.
- KUSHNER, J. & STERNE, G. (1986). The teenage mother: Prenatal, intrapartum and postpartum concerns. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 27-56.
- LA VOIE, J.C. (1976). Ego identity formation in middle adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 5, 371-385.
- LANDRY, E., BERTRAND, J.T., CHERRY, F. & RICE, J. (1986). Teen pregnancy in new Orleans: Factors that differentiate teens who deliver, abort, and successfully contracept. *J. Youth Adolesc.*, USA, 15 (3), 259-274.
- LANGSTON, R.D. (1973). Sex guilt and behavior in college students. *Journal of Personality Assessment*, 37, 467-472.
- LANGSTON, R.D. (1975). Stereotyped sex-role behavior and sex guilt. *Journal of Personality Assessment*, 39, 77-81.

- LAWTON, B.I. & PHILLIBER, S.G. (1987). Teenagers' perceived and actual probabilities of pregnancy. *Adolescence*, 22 (86), 475- 485.
- LEVINSON, R.A. (1984). Contraceptive self-efficacy: A primary prevention strategy. *J. of Social Work & Human Sexuality*, 3 (1), 1-15.
- LEVINSON, R.A. (1986). Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *Journal of Sex Research*, 22, 347-369.
- LEWIN, B. (1987). Education sexuelle et enseignement du planning familial et l'intention des jeunes. O.M.S.
- LEWIS, R.J., ROBIN, J., GIBBONS, F.X. & GERRARD, M. (1986). Sexual experience and recall of sexual vs. nonsexual information. *Journal of Personality*, 54, 676-693.
- LINDEMANN, C. (1974). Birth control and unmarried young women. New York: Springer.
- LINEBERGER, M.R. (1987). Pregnant adolescent attending prenatal parent education classes: Self-concept, anxiety and depression levels. *Adolescence*, 22 (85), 179-193.
- LÓPEZ, F. (1980). Interpretaciones teóricas de la evolución de la sexualidad. *Sexología*, 4, 8-18.
- LÓPEZ, F. (1982). Educación Sexual: Actitudes e Ideología Sexológica, 8, 26-37.
- LÓPEZ, F. (1986). Lecciones de sexología I y II. Salamanca: P.M. LOPEZ, F. (1986). Formación y evaluación del educador sexual. *Sexualidad en un mundo en cambio* (p. 59). Federación Española de Sociedades de Sexología.
- LÓPEZ, F., GARCÍA, A., MONTERO, M., RODRÍGUEZ, J.A. & FUERTES, A. (1986). Educación Sexual en la Adolescencia. Salamanca: I.C.E.
- LÓPEZ, F. (1987). Pedagogía sexual como prevención de riesgo. III Congreso Estatal de Planificación Familiar. Valladolid 14, 15 y 16 de Mayo 1987.
- LÓPEZ, F. & FUERTES, A. (1989). Para comprender la sexualidad. Estella, España: Verbo, Divino.
- LÓPEZ, F. & col. (1990). La sexualidad de los Universitarios. *Sexología*, 42, 1-20.
- LOVE, R.E., SLOAN, L.R. & SCHMITH, M.T. (1976). Viewing pornography and sex guilt: The priggish, the prudent and the profligate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 624-629.
- LUKER, K.C. (1975). Taking changes: abortion and the decision not to contracept. Berkeley: University of California.
- LO PRESTO, C.T., SHERMEN, M.F. & SHERMEAN, N.C. (1985). The effects on a masturbation seminar on high school males' attitudes, false beliefs, guilt, and behavior. *Journal of Sex Research*, 21, 142-156.
- MACE, D.C., BANNERMAN, R.H.O. & BURTON, J. (1974). L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé. *Cahiers de Santé Publique*, 57, O.M.S., Geneve.
- MARCIA, J.E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- MARCIA, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.). *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- MARSIGLIO, W. & MENAGHAN, E.G. (1987). Couples and the male birth control pill: A future alternative in contraceptive selection. *The Journal of Sex Research*, 23, 34-49.
- MATSUHASHI, Y., FELICE, M.E., SHRAGG, P. & HOLLINGSWORTH, D.R. (1989). Is repeat pregnancy in adolescents a "Planned" affair? *Journal of adolescent health care*, 10, 409-412.
- MEAD, A.J. (1979). A study to identify the adolescent with a high risk probability of pregnancy. *Dissertation abstracts International*, 40, 1B, 457.
- MENDELSON, M.J. & MOSHER, D.L. (1979). Effects of sex guilt and premarital sexual per-

- missiveness on role-played sex education and moral attitudes. *The Journal of Sex Research*, 15, 174-183.
- MILAN, R.J. & KILMAN, P.R. (1987). Interpersonal factors in premarital contraception. *Journal of Sex Research*, 23, 289-321.
- MILLER, B.C., CHRISTENSEN, R.B. & OLSON, T.D. (1987). Adolescent self-esteem in relation to sexual attitudes and behavior. *Youth Society*, 19, 93-111.
- MILLER, S.H. (1983). Young adolescent mothers how they and their children fare. *Early child development and care*, 7, 265-278.
- MILLER, W. (1976). Sexual and contraceptive behavior in young unmarried women. *Primary Care*, 3, 427-453.
- MILLER, W.B. (1986). Why some women fail to use their contraceptive method: A psychological investigation. *Family Planning Perspectives*, 18, 27-32.
- MONEY, J. & EHRHARDT, A. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana. (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*. Madrid: Ediciones Morata.
- MOROKOFF, P.J. (1986). Volunteer bias in the psychophysiological study of female sexuality. *Journal of Sex Research*, 22, 35-51.
- MORROW, B.H. (1979). Elementary school performance of offspring of young adolescent mothers. *American Educational Research Journal*, 16, 423-429.
- MOSHER, D.L. (1966). The development and multitrait-multimethod matrix analysis of three measures of three aspects of guilt. *Journal of consulting psychology*, 30, 35-39.
- MOSHER, D.L. (1968). Measurement of guilt in females by self-report inventories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 690-695.
- MOSHER, D. & CROSS, H.J. (1971). Sex guilt and premarital sexual experiences of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, 27-32.
- MOSHER, D. (1973). Sex differences, sex experience, sex guilt, and explicitly sexual films. *Journal of Social Issues*, 3, 95-112.
- MOSHER, D.L. (1979). The meaning and measurement of guilt. En C.E. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 105-129). New York: Plenum.
- MOSHER, D.L. & VONDERHEIDE, S.G. (1985). Contribution of sex guilt and masturbation guilt to women's contraceptive use. *The Journal of Sex Research*, 21, 24-39.
- MOSHER, D.L. & ANDERSON, R.D. (1986). Macho personality, sexual aggression, and reactions to guided imagery of realistic rape. *Journal of Research in Personality*, 20, 77-94.
- MOSHER, D.L., BARTON-HENRY, M. & GREEN, S.E. (1988). Subjective sexual arousal and involvement: Development of multiple indicators. *Journal of Sex Research*, 25, 412-425.
- MOSHER, D.L. & TOMKINS, S.S. (1988). Scripting the macho man: Hypermasculine socialization and enculturation. *Journal of Sex Research*, 1, 60-84.
- McALISTER, A., PERRY, C.L. & MACCOBY, N. (1979). Adolescent smoking: onset and prevention. *Pediatrics*, 67, 650-688.
- McCANDLESS, N.J., LUEPTOW, L.B. & McCLEDON, M. (1989). Family socioeconomic status and adolescents sex-typing. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 627-637.
- McCREARY JUHASZ, A. & SONNENSHEIN-SCHNEIDER, M. (1987). Adolescent sexuality: Values, morality and decision making. *Adolescence*, 22 (87), 579-590.
- NADELSON, C.C., MOTMAN, M.T. & GILLIAN, J.W. (1980). Sexual knowledge and attitudes of adolescents: Relationship to contraceptive use. *Obstetrics and gynecology*, 55 (3).
- NAMEROW, P.B., LAWTON, A.I. & PHILLIBER, S.G. (1987). Teenagers' perceived and actual probabilities of pregnancy. *Adolescence*, 12.
- NEWCOMER, S. & UDRY, J.R. (1987). Parental marital status effects on adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family* 49, 235-240.

- NICHOLS, M.F. (1970). The relation of parental childrearing attitudes to the sexual behavior and attitudes of women. Tesis de Master no publicada, University of Connecticut.
- O.M.S. (1975). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud. Informe técnico.
- O.M.S. (1982). Education sexuelle et planning familiale l'intention des jeunes. Informe técnico.
- OKPAKU, S.O. (1982). The unwanted child and mental illness: A brief, selective review. *International J. of Family Therapy*, 4 (2).
- PÁEZ, D. & col. (1985). Salud mental y factores psicosociales. En D. Páez (Ed.), *Salud mental y factores psicosociales*. Madrid: Editorial fundamentos.
- PARISER, S.F., DIXON, K.N. & THATCHER, K.M. (1978). The psychiatric abortion consultation. *J. Reprod. Med.*, 21 (3), 171-176.
- PASINI, W., GLOOR, P.A., LERIDON, H. & VERDOUX, C. (1978). Contraception et desir d'enfant. *Contraception-fertilité-sexualité*, 6 (11), 777-784.
- PASINI, W. (1980). Sexualidad de la mujer embarazada y del postparto. En G. Abraham & W. Pasini (Eds.), *Introducción a la Sexología Médica* (p. 305). Barcelona: Grijalbo.
- PASINI, W. (1980). Anticoncepción y placer. En G. Abraham & W. Pasini (Eds.), *Introducción a la Sexología Médica* (p. 166). Barcelona: Grijalbo.
- PASINI, W. (1980). Secuelas psicosexuales del aborto y papel del médico. En G. Abraham & W. Pasini (Eds.), *Introducción a la Sexología Médica* (p. 196). Barcelona: Grijalbo.
- PAULHUS, D. & CHRISTIE, R. (1981). Spheres of control: An interactionist approach to assessment of perceived control. Research with the locus of control construct. New York: Edited by Lefcourt, H.M. Academic press.
- PELLETIER, L.A. & HEROLD, E.S. (1988). The relationship of age, sex guilt, and sexual experience with female sexual fantasies. *Journal of Sex Research*, 24, 250-256.
- POAL MARCET, G. (1987). Cómo se manifiesta el malestar: problemática en los jóvenes. Grupo de trabajo sobre conceptos de salud sexual. Copenhague, 5-7 de mayo 1987. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea.
- POGGI, L., VOLPE, B.R. & VIZZIELLO, G.F. (1986). Bambino immaginario e bambino reale: dalla gravidanza alla maternita. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 53, 661-672.
- POWELL, L.H. & JORGENSEN, S.R. (1985). Evaluation of a church-based sexuality education program for adolescents. *Family Relations*, 34, 475-482.
- PROTINSKI, H.O., SPORAKOWSKI, M. & ATKINS, P. (1982). Edittity formation: Pregnant and non-pregnant adolescents. *Adolescence*, 17 (65) 73-80.
- RADER, G., BEKKER, L., DEMOYNE & BROWN, L. (1978). Psychological correlates of unwanted pregnancy. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (8).
- RAINS, P. (1971). *Becoming and unwed mother*. Chicago: Aldine.
- RASANEN, E. (1985). The adolescent and pregnancy: Psychosocial aspects on adolescents after abortion and childbearing. *Psychiatria Fennica*, 16, 49-61.
- REISS, I., BANWART, A. & FOREMAN, H. (1975). Premarital contraceptive usage: a study and same theoretical explorations. *Journal of Marriage and the Family*, 37, 619-630.
- RESNICK, M.D. & BLUM, R.W. (1985). Developmental and personalogical correlates of adolescents sexual behavior and outcome. *International J. of Adolescent Medicine & Health*, 1 (3-4), 293-313.
- RIDLEY, C.K. (1976). Inhibitory aspects of sex guilt, social censure and need for approval. Tesis doctoral no publicada. University of Manitova.
- ROBBINS, C., KAPLAN, H. & MARTIN, S.S. (1985). Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. *Journal of Marriage and The Family*, August 1985, 567-583.

- ROBERTSON, J. (1989). The future of early abortion. *ABA Journal*, 75, 72-78.
- ROBINSON, B.E. & BARRET, R.L. (1987). Self-Concept and anxiety of adolescent and adult fathers. *Adolescence*, 22 (87), 611-616.
- ROOSA, M.W. (1983). A comparative study of pregnant teenagers parenting attitudes and knowledge of sexuality and child development. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 213-223.
- ROSEMBERG, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. En W. Rosenberg (Ed.), *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ROSENSTOCK, I. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- ROSENTHAL, T.L. & BANDURA, A. (1978). Psychological modeling: Theory and practice. In S.L. Gardfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical Analysis* (pp. 621-658). New York: Wiley.
- SANGER, M. (1939). *An autobiography*. New York: Dover.
- SCHILL, T. & CHAPIN, J. (1972). Sex guilt and males preference for reading erotic magazines. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 39, 516.
- SCHINKE, S.P., GILCHRIST, L.D., BLYTHE, B.J. (1980). Role of communication in the prevention of teenage pregnancy. *Health & Social Work*, 5, 54-58.
- SCHWARTZ, S. (1973). Effects of sex guilt and sexual arousal on the retention of birth control information. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 61-64.
- SCHWARTZ, S. (1975). Effects of sex guilt on word association responses to double-entendre sexual words. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 100.
- SEBASTIÁN HERRANS, J. (1989). Masculinidad, feminidad, androginia y comportamiento sexual: Atribuciones y culpabilidad. *Cuadernos de Medicina psicosomática y sexología*, 9.
- SERFATY, D., DREYFUS, R. & CHEMAMA, D. (1986). Contraception difficile et IVG a propos d'une enquête réalisée a l'hôpital de Saint-Louis. *Contracep., Fert., Sex., Fra.*, 14 (6), 573-576.
- SETH, M. & BHATNAGAR, U. (1979). Personality factors in relation to the adjustment of children of working and nonworking mothers. *Child Psychiatry Quarterly*, 12 (2), 48-56.
- SHAH, F., ZELNIK, M. & KANTNER, J.F. (1975). Unprotected intercourse among unwed teenage pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1, 39-44.
- SHIFMAN, L., SCOTT, C., FAWCETT, N. & ORR, L. (1987). Utilizing a game for both needs assessment and learning in adolescence sexuality education. *Social Work with groups*, 9 (2) 41-56.
- SHTARKSHALL, R.A. (1987). Motherhood as a dominant feature in the self-image of female adolescent of low socioeconomic status. *Adolescence*, 22 (87), 565-570.
- SILVESTRY VÁZQUEZ, L. & ALFONSO SUÁREZ, S. (1989). Fobias y aversiones sexuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 11 (12), 35-41.
- SIMKINS, L. (1984). Consequences of teenage pregnancy and motherhood. *Adolescence*, 29, 39-54.
- SMITH, T. (1977). The development of measures of individual differences in shame and guilt. Tesis Doctoral no publicada, University of Connecticut.
- SONENSTEIN, F.L., PLECK, J.H. & KU, L. (1989). Sexual activity condom use and aids awareness among adolescents males. *Family Planning Perspectives*, 21, 152-158.
- SORENSEN, R. (1973). *Adolescent sexuality in contemporary America*. New York: World.
- STRASSBERG, D.L. & MAHONEY, M.A. (1988). Correlates of the contraceptive behavior of adolescents/young adults. *Journal of sex research*.
- SWIGAR, M.E., BRESLIN, R., POUZZNER, M.G. & AL. (1976). Interview follow up of abortion applicant dropouts. *Soc. Psychiatr.*, 11 (3), 135-143.

- THOMPSON, R.A. (1984). The critical needs of adolescent unwed mother. *School Conselor*, 31 (5) 460-466.
- THOMPSON, C. & SPANIER, G. (1978). Influence of parents, peers and partners on the contraceptive use of college men and women. *Journal of Marriage and the Family*, 40, 481-492.
- THOMPSON, J.R.J., CAPPLEMAN, B.S.N., CONRAD, H.H. & JORDAN, W.B. (1982). Early intervention program for adolescents mothers and their infants. *Developmental and Behavior Pediatrics*, 3, 18-21.
- TOMKINS, S.S. (1979). Script Theory: Differential magnification of affects. In. H.E.Howe & R.A. Dienstbier (Eds.), *Nebraska Symposium on motivation* (vol. 26, pp. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press.
- TROST, J.E. (1986). Abortion in relation to age, coital frequency and fecundity. *Arch. Sex. Behav.*, 15 (6), 505-509.
- UPCHURCH, M.L. (1978). Sex guilt and contraceptive use. *Journal of Sex Education and Therapy*, 4, 27-31.
- VADIES, E. & HALE, D. (1977). Attitudes of adolescent males toward abortion, contraception and sexuality. *Social Work in Health Care*, 3 (2), 169-174.
- VARELA OGANDO, M. (1982). La adolescente embarazada: Un problema actual de la juventud. *Revista de Estudios e Investigaciones*, 8, 145-162.
- VIALA, M., SPERANDEO, D., DUPREZ, D. (1986). L'adolescente et la contraception. Aspects psychologiques. *Contraception- fertilité-sexualité*, 14 (5), 439-448.
- WALFISH, S. & MYERSON, M. (1980). Sex role identity and attitudes toward sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 199-203.
- WALTERS, J., MCKENRY, P.C. & WALTERS, L.H. (1979). Adolescents' knowledge of child-bearing. *The Family Coornitor*, 28 (2), 163-171.
- WALTERS, L.H., WALTERS, J. & MCKENRY, P.C. (1987). Differentiation of girls at risk of early pregnancy from the general population of adolescents. *J. of Genetic Psychology*, 148 (1), 19-29.
- WALTERS, L. (1979). Locus of control and anomia in male and female adolescents when considered with selected background variables: The special case of pregnant adolescent girls. *Dissertation Abstracts International*, 39, 8A, 5166.
- WASLER, T.T. (1979). A comparative study of the self-concepts and aspirations of three groups of pregnant adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 40, 2B, 693.
- WATSON, B.J., ROWE, C.L. & JONES, D.J. (1989). Dispelling myths about teenage pregnancy and male responsibility: A research agenda. *Urban league review*, 12.
- WEBER, F.T., ELFENBEIN, D.S., RICHARDS, L.N., DAVIS, A.B. & THOMAS, J. (1989). Early sexual activity of delinquent adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 398-403.
- WERNER, P.D. (1988). Personality correlates of reproductive knowledge. *Journal of sex research*, 25 (2), 219-234.
- WOODHOUSE, A. (1982). Sexuality, femininity and fertility control. *Women's Studies Int. Forum*, 5, 1-15.
- WORLD HEALTH ORGANITATION (1976). Psychosocial aspects of abortion. A review of issues and needed research. *Bull wld htlh org*, 53 (1), 83-106.
- WRIGHT, L.S. & ROGERS, R.R. (1987). Variables related to pro-choice attitudes among undergraduates. *Adolescence*, 22 (87), 517-524.
- YAMAGUCHI, K. & KANDEL, D. (1987). Drug use and other determinants of premarital pregnancy and its outcome: A dinamic analysis of competing life events. *Journal of Marriage and the Family* 49, 257-270.

- YARBER, W.L. & MC.CABE, G.P. (1981). Teacher characteristics and the inclusion of sex education topics in grades 6-8, 9-11. *Journal of School Health*, 51, 288-291.
- ZABIN, L.S. & AL. (1986). Adolescent pregnancy-prevention program: A model for research and evaluation. *J. of Adolescent Health Care*, 7 (2), 77-87.
- ZELNIK, M. & KANTNER, J. (1977). Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States, 1976 and 1971. *Family Planning Perspectives*, 9, 55-71.
- ZELNICK, M., KIM, Y.J. & KANTNER, J.F. (1979). Probabilities of intercourse and conception among U.S. teenage women, 1971 and 1976. *Family Planning Perspectives*, 11, 177-183.
- ZELNIK, M. & KIM, Y.T. (1982). Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 11, 177-183.
- ZONGKER, C.E. (1977). The self-concept of adolescent girls. *Adolescence*, 12 (48), 477-488.
- ZUCKERMAN, B.S., AMARO, H. & BEARSLEE, W.R. (1987). Mental health of adolescent mothers: the implications of depression and drug use. *J. of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 8 (2) 111- 116.



EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKLETA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiaduna: Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO