

## CAPITULO VIII.

### ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN SEXUAL

**Silvia Ubillos**

**Esperanza Navarro**

#### **Introducción**

Aunque el interés central de este capítulo es conocer las características de la conducta sexual de los adolescentes, en un primer apartado se revisan los principales cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa de la vida ya que la complejidad de la experiencia sexual sólo se puede entender si tenemos en cuenta la interrelación de todos estos aspectos. Estos cambios suponen una nueva etapa que conducen al adolescente a una forma distinta de conocer la realidad, de percibirse y de relacionarse con los demás. Durante la adolescencia, el aspecto de los jóvenes cambia como resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad. Su forma de pensar varía a medida que desarrollan la habilidad para manejar abstracciones y sus sentimientos cambian con respecto a casi todo. Todas las áreas del desarrollo convergen cuando los adolescentes se enfrentan a su principal tarea: establecer una identidad como adultos, incluida la sexual. A lo largo de este capítulo, se analizan las repercusiones de estos cambios bio-psico-sociológicos en el desarrollo sexual de los adolescentes.

En un segundo apartado, se examinan con mayor profundidad las características sexuales de los adolescentes y se describen detalladamente sus comportamientos sexuales de riesgo y de salud. Para ello, se hará hincapié en las recientes investigaciones europeas (francesas y españolas en particular) sobre adolescencia y sexualidad, así como en los estudios de nuestro contexto que contrastan la generalidad y aplicabilidad de las investigaciones anglosajonas sobre sexualidad.

La curiosidad, interés y preocupación que suscita la sexualidad en la adolescencia, además de las dificultades propias de las primeras experiencias, hace que este tema sea un aspecto a tener en cuenta en su educación (Serrano et al., 1996). En un tercer apartado, además de analizar la situación actual de la educación sexual en España, se proponen diversas líneas de actuación de gran utilidad a la hora de diseñar programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes.

#### **Cambios Físicos, Psicológicos y Sociales en la Adolescencia**

La adolescencia se define como un *período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta*. Se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20. Sin embargo, su base física ha comenzado mucho antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después (Papalia y Olds, 1997). Los cambios biológicos que señalan el final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual. Sin embargo, la adolescencia también es un proceso social y emocional. Se ha dicho que *'la adolescencia comienza en biología y termina en cultura'*.

Si bien han habido evoluciones históricas y persisten diferencias interculturales, la idea de que la adolescencia no es una fase genérica del desarrollo y es un fenómeno limitado a sociedades complejas y desarrolladas ha sido cuestionada. La investigación trans-cultural cuantitativa de Schlegel y Barry (1991, citada en Schlegel, 1994) sugiere que la adolescencia es una fase social que se encuentra en todas las culturas, así como en los primates terrestres. Hoy en día, el final de la adolescencia no está definido con claridad en las sociedades occidentales, industrializadas e individualistas. La pubertad se presenta antes de lo acostumbrado y, debido a que el periodo de educación que exige esta compleja sociedad es más largo que en épocas anteriores, la edad adulta llega más tarde.

Una ceremonia de iniciación adolescente se define como el reconocimiento social, ceremonial, de la transición de la niñez a otra etapa de la vida. Los ritos de iniciación de la madurez son comunes en muchas sociedades tradicionales en donde llegar a la madurez sexual se considera el comienzo de la edad adulta. Estos ritos pueden incluir bendiciones religiosas, separación de la familia, severas pruebas de fortaleza y resistencia, mutilación, perforación de orejas, extracción de los dientes, tatuajes y actos de magia. En las sociedades industriales modernas ningún ritual ni símbolo marca el paso de la infancia a la edad adulta. En cambio, se reconoce una amplia etapa de transición con el nombre de adolescencia.

En una muestra de 180 sociedades, una buena parte (casi el 50%) no tenía ceremonias de iniciación, 30 tenía iniciaciones para chicas, 17 para chicos y 46 para ambos sexos. Las iniciaciones femeninas eran en su mayoría ceremonias individuales (87%), mientras que un 47% de las iniciaciones masculinas eran individuales y un 43% colectivas. Por tanto, las iniciaciones masculinas no eran ni más frecuentes ni de tipo colectivo, como se pensaba comúnmente en la antropología.

En las sociedades de subsistencia (cazadores-recolectores) predominan las iniciaciones femeninas. En las sociedades de tipo medio (con organización tribal y superior), las iniciaciones son comunes para ambos sexos. En sociedades complejas (con Estado y división de clases), las ceremonias de iniciación tienden a estar ausentes, es decir, la omisión de rituales de paso de la adolescencia a la adultez no es privativa de las sociedades desarrolladas e individualizadas, sino que se comparte con la mayoría de sociedades complejas y con muchas de las denominadas simples (Schlegel, 1994).

### ***Desarrollo Físico e Imagen Corporal***

El *desarrollo puberal* resulta de un aumento de la cantidad de testosterona en los chicos y de los estrógenos en la mujer. Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente, el comienzo de la menstruación en las chicas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias.

La variedad en los cambios acontecidos es normal, pues existe un rango de entre seis y siete años para la pubertad entre niños y niñas. El proceso suele durar cerca de cuatro años y comienza casi dos años antes en las chicas que en los chicos. En promedio, las niñas comienzan a presentar el cambio de la pubertad a los nueve o diez años de edad, empiezan a menstruar a los 12,5 años y alcanzan la madurez sexual alrededor de los 13 o 14 años. Sin embargo, niñas normales pueden mostrar los primeros signos a los siete años o sólo hasta los 14 (comenzando la madurez sexual a los 9 y 16, respectivamente). La edad promedio para que los muchachos entren en la

pubertad son los 12 años, eyaculan semen alrededor de los 13,5 años y alcanzan la madurez sexual a los 14. No obstante, niños normales pueden comenzar a mostrar cambios entre los 9 y 16 (y llegan a la madurez sexual entre los 11 y 18 años) (Chumlea, 1982).

Por tanto, una primera señal de maduración es el repentino crecimiento del adolescente, un aumento significativo en estatura y peso que en las niñas comienza generalmente entre las edades de nueve años y medio y 14 años y medio, y en los muchachos entre los 10 años y medio y los 16. Por regla general dura dos años y poco después de que este crecimiento termina, la persona alcanza su madurez sexual. El clímax del crecimiento de la estatura en los hombres es dos años posterior que en las mujeres. El cambio de voz, que precede al crecimiento, se produce aproximadamente ocho meses después de las primeras menstruaciones en las mujeres (Papalia y Olds, 1997; Lagrange y Lhomond, 1997). El aumento de estatura queda virtualmente completo hacia los 18 años (Behrman y Vaughan, 1983). El crecimiento repentino en los chicos es más intenso y su aparición tardía les permite un periodo de crecimiento extra.

Los cambios físicos de la adolescencia se suceden en una secuencia que es mucho más consistente que su duración real, aunque este orden varía en cierto modo de una persona a otra. Algunas personas pasan la pubertad de una manera muy rápida, mientras que para otros el proceso toma mucho más tiempo (Tobin-Richards, Boxer, Kavrell y Petersen, 1984).

Se ha constatado la existencia de una *tendencia secular* que implica un aumento de la estatura y del peso, así como un adelanto de la madurez sexual. Esta tendencia comenzó hace cerca de 100 años en EE.UU., Europa Occidental y Japón, aunque en apariencia no se ha dado en otras naciones (Chumlea, 1982). La explicación más obvia para esta tendencia secular parece ser una mejora de las condiciones de vida y salud. De hecho, la evidencia nos indica que la edad de la madurez sexual es más tardía en los países menos desarrollados que en las naciones más industrializadas. En Nueva Guinea, las niñas comienzan a menstruar entre las edades de 15,4 y 18,4 años, en comparación con la edad promedio de 12,5 en EE.UU. (Eveleth y Tanner, 1976).

Se han estudiado las ventajas y desventajas de la madurez precoz y tardía en los niños. Existen factores a favor y en contra para ambas situaciones. A los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen tener una ventaja sobre los jóvenes que maduran después, pues obtienen muchos beneficios para su auto-estima (Alsaker, 1992). Por otra parte, quienes maduran más tarde pueden sentir y actuar de manera más infantil, disfrutan de una niñez más larga ya que no tienen que afrontar las nuevas y variadas exigencias de la adolescencia y pueden ser más flexibles para adaptarse a los problemas de ser más pequeños. Además presentan una mayor apariencia de niños que sus compañeros (Livson y Peskin, 1980). No obstante, parece que muchas de las diferencias desaparecen en la época adulta (Jones, 1957, citado en Papalia y Olds, 1997).

Las ventajas y desventajas de la madurez precoz y tardía en las niñas resultan menos claras pues no suele gustarles madurar pronto. Por lo general son más felices si maduran a la par de sus compañeras; ni antes ni después (Alsaker, 1992).

En general, existe mayor probabilidad de que los efectos de una madurez precoz o tardía sean negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros, bien sea por estar mucho más o mucho menos desarrollados, cuando no ven los cambios como una ventaja (Simmons, Blyth y McKinney, 1983). La mayoría de los efectos

producidos por los cambios físicos en la pubertad parecen estar mediatizados por factores sociales y psicológicos o por su interacción (Brooks-Gunn y Warren, 1987, citado en Papalia y Olds, 1997).

En la actualidad, aunque muchas niñas tienen sentimientos encontrados acerca de la menarquía y de la menstruación, la mayoría los toma como un obstáculo superado. Cuanto mejor estén preparadas las niñas para este cambio, más positivos serán sus sentimientos y menor su angustia (Ruble y Brooks-Gunn, 1982). Para a las que la menarquía les llega pronto, existe mayor posibilidad de que la consideren desagradable (Ruble y Brooks-Gunn, 1982). Esto puede deberse a que están menos preparadas o a que, simplemente, se sienten fuera del contexto de sus amigas.

Con respecto a la imagen corporal, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su aspecto que los chicos de la misma edad, sin duda debido al mayor énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres. Específicamente, las jóvenes adolescentes presentan índices de depresión más altos que los chicos, sobre todo por la preocupación que les causa su aspecto (Rierdan, Koff y Stubbs, 1989).

### ***Los Años de Adolescencia como Años Formativos de la Identidad***

La búsqueda de una identidad, de una auto-categorización social, la formación de un auto-concepto definido y la adquisición de un bagaje cultural, aunque se desarrollan durante toda la vida, se supone que adquieren mayor preponderancia durante la adolescencia, que sería la época formativa de la identidad por excelencia. Según Erikson (1968) *la crisis psicosocial de la adolescencia consiste en el conflicto de la identidad versus la confusión de identidad*. La confusión de la identidad y del rol en esta etapa hace que el joven necesite bastante tiempo para alcanzar la edad adulta (después de los 30 años). Cierta nivel de confusión de identidad es normal. Ella explica el comportamiento caótico de muchos adolescentes y la dificultad mostrada en muchos de estos jóvenes a la hora de tomar conciencia de la manera en que se ven. Erikson sostiene que el ‘pandillismo’ y la no aceptación de las diferencias -características de la adolescencia- son defensas contra la confusión de la identidad.

La virtud principal que surge de esta crisis de identidad es la de la fidelidad (lealtad a toda prueba, confianza o sentimiento de entrega al ser amado, a los amigos o compañeros). La fidelidad también entraña identificarse con una serie de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una búsqueda creativa o un grupo étnico. La auto-identificación se logra cuando los jóvenes escogen valores o personas para serles leales, antes que aceptar los que provienen de los padres (Papalia y Olds, 1997).

Erikson afirma que la intimidad en los adolescentes es diferente de la verdadera intimidad, que implica compromiso, sacrificio y concesiones, y sólo se alcanza cuando una persona ha logrado una identidad estable. Pero esta sucesión sólo describe el desarrollo masculino pues, según la teoría de Erikson, el desarrollo de las mujeres es una desviación de la norma masculina ya que ellas logran la identidad y la intimidad al mismo tiempo: una adolescente deja a un lado el problema de la identidad a medida que se prepara para identificarse con el hombre con quien se emparejará. Esta orientación típicamente masculina ha sido la causa de muchas de las críticas que se formulan a la teoría de Erikson.

Para otro autor, Marcia, la identidad es ‘*una organización interna, dinámica y auto-construida de impulsos, habilidades, creencias e historia individual*’. Este

psicólogo identificó cuatro estados de identidad determinados por la presencia o la ausencia de crisis y compromiso, dos elementos fundamentales para formar la identidad: 1) logro de la identidad (crisis que conduce al compromiso); 2) aceptación sin raciocinio (compromiso sin crisis); 3) difusión de identidad (sin compromiso, crisis incierta); y, 4) moratoria (crisis sin compromiso). Posteriormente relacionó estos estados de identidad con varias características de la personalidad incluidas la ansiedad, la auto-estima, el razonamiento moral y los patrones de comportamiento. Las categorías no son permanentes, cambian a medida que las personas se desarrollan (Marcia, 1979, citado en Papalia y Olds, 1997).

Según Marcia (1979, citado en Papalia y Olds, 1997) las mujeres que se parecían más a los hombres que habían logrado la identidad eran las que aceptaban sin raciocinio; habían hecho un compromiso pero no habían sufrido ninguna crisis personal. Este autor considera que la sociedad presiona a las mujeres para que transmitan los valores sociales de una generación a otra y, por tanto, es importante tener una identidad estable. Es decir, como afirman Brown y Gilligan (1990, citado en Papalia y Olds, 1997), la definición femenina del yo está menos relacionada con el logro de una identidad individual que con las relaciones con otras personas, con sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de los demás y de sí mismas. No obstante, debido a los múltiples cambios ocurridos en la condición de los roles femeninos en las últimas décadas, el estado de aceptación sin raciocinio quizá ya no se acomode a ellas.

Algunos estudios han revelado que la confianza de las chicas en ellas mismas se mantiene bastante firme hasta los 11-12 años, edad en que se muestran muy perceptivas en las relaciones y seguras de sus sentimientos. Sin embargo, cuando entran en la adolescencia aceptan nociones estereotipadas de cómo deben ser y reprimen sus verdaderos sentimientos en aras de ser 'buenas' (Papalia y Olds, 1997).

Un meta-análisis sobre el desarrollo de la personalidad (Cohn, 1991) concluyó que, en general, las diferencias de género surgen en la infancia tardía, se incrementan a los 13 años y se amplían bastante en la adolescencia. Cuando todavía los varones son egocéntricos, las mujeres muestran conformidad social; cuando los primeros comienzan a ser conformistas, las segundas están llegando a la auto-conciencia. En consecuencia, es irónico que se concedan privilegios a los varones desde épocas más tempranas, como independencia y ausencia de supervisión de los adultos, si son las niñas quienes más maduran. Las diferencias de género en el desarrollo de la personalidad parecen originarse en la disparidad de las experiencias sociales de varones y mujeres. La estructura más libre de los juegos de las mujeres, los cuales tienen menos reglas que los de los niños, puede fomentar el desarrollo del razonamiento moral. Los pequeños grupos de juego de las mujeres proveen de más oportunidades para conversar e imitar las relaciones de los adultos que los grandes grupos, corrientes en los juegos de los niños.

Otro autor como Mannheim planteó que las personas que comparten un contexto socio-histórico y que toman de la experiencia un conocimiento de tipo similar forman un grupo social: *una unidad generacional, basada en sus experiencias durante la adolescencia y primera adultez*. Cada generación tendría una posición social única basada en experiencias históricas que la identificaría. Esto ocurriría porque la información que realmente importa es la que la persona adquiere directamente, de primera mano, y además de forma 'fresca' y abierta. La adolescencia y la primera juventud son las fases del ciclo vital en las que las personas viven con más apertura y se 'empapan' más de las experiencias vitales (Pennebaker, Páez y Rimé, 1998).

Finalmente, hay que destacar que en la adolescencia la edad se convierte en un factor de unión importante. Los jóvenes desarrollan un ‘chovinismo generacional’: tienden a creer que la mayoría de los adolescentes comparten sus valores, opiniones y actitudes (véase en el capítulo 10 el fenómeno del falso consenso) y que las personas adultas no lo hacen (Papalia y Olds, 1997).

### ***Desarrollo y Sesgos Cognitivos***

Se ha postulado que en la adolescencia se desarrolla el pensamiento formal, es decir, abstracto. Esto implica que el adolescente puede imaginar diversas posibilidades. Por primera vez tiene la capacidad de aplicar el razonamiento hipotético-deductivo; puede plantear una hipótesis y determinar una manera lógica de probarla. Desde el punto de vista de Piaget, por lo común esta etapa de las operaciones formales se alcanza hacia los 12 años.

Sin embargo, aunque se ha constatado que los adolescentes tienen un desarrollo cognitivo mayor que los niños, también hay que decir que las investigaciones han mostrado que la mitad de los adolescentes y más de un tercio de los adultos son incapaces de resolver problemas lógicos vinculados al pensamiento formal en la manera como la mide el problema del péndulo y la conservación del volumen (Papalia y Olds, 1997). Por tanto, incluso al final de la adolescencia o en la edad adulta, no todos son capaces de llegar al pensamiento abstracto.

Aunque la definición de Piaget sobre la madurez cognoscitiva es importante, el razonamiento formal no es único. Incluso se puede discutir que éste sea el más importante aspecto del pensamiento maduro ya que no considera la importancia de otros aspectos de la inteligencia como es la inteligencia práctica: la habilidad para manejar los problemas del mundo real o la sabiduría que ayuda a la gente a afrontar un mundo, con frecuencia, caótico.

Los adolescentes tienen una nueva habilidad para imaginar un mundo ideal. Comprenden que las personas que una vez adoraron han dejado de ser su modelo y con frecuencia se sienten impulsados a expresarlo. Los adolescentes quieren practicar su nueva capacidad para ver los muchos matices de un aspecto.

Además, los adolescentes suelen tener problemas para decidirse aún acerca de las cosas más simples porque toman conciencia de la multiplicidad de opciones que existen en casi todos los aspectos de la vida. También, resulta frecuente que los adolescentes no reconozcan la diferencia entre expresar un ideal y trabajar por él.

También, se ha postulado que la adolescencia se caracteriza por un egocentrismo socio-cognitivo. Los adolescentes presentan una excesiva auto-conciencia y una tendencia a creer que sus experiencias son únicas, ellos son especiales y que sus opiniones son compartidas por sus pares (Papalia y Olds, 1997). Esta creencia egocéntrica puede ser muy auto-destructiva para los jóvenes pues piensan que están protegidos mágicamente contra el peligro. Algunos autores plantean que este egocentrismo implica que el comportamiento de los adolescentes sigue relaciones de causalidad pre-lógica y que su percepción de ser especiales (e invulnerables) les lleva a actuar en situaciones de riesgo elevado (Serra y Gómez, 1997). Ahora bien, la tendencia a la falsa unicidad (creerse especial en habilidades), al falso consenso (sobrestimar los pares que comparten nuestras creencias y opiniones) y a la ilusión de invulnerabilidad (creer que uno tiene menos riesgo de experimentar acontecimientos negativos) también caracterizan a adultos. Lo que puede ocurrir es que la alta afectividad positiva y la

menor experiencia con situaciones negativas, ambos factores relacionados con la ilusión de invulnerabilidad, refuerzan estas tendencias socio-cognitivas en los adolescentes (Sánchez et al., 1998). Sin embargo, las investigaciones que han contrastado si los adolescentes muestran mayor ilusión de invulnerabilidad no lo han confirmado.

### ***La Adolescencia como Periodo Tormentoso***

Ciertos teóricos han postulado que la adolescencia es un periodo de angustia, conflicto con los padres, arrebatos y agresión (Papalia y Olds, 1997). Sin embargo, ya en los años 30, Mead en su análisis de la cultura de Samoa constató que la adolescencia no era un periodo tormentoso y angustioso en esa cultura. La homogeneidad cultural, la actitud liberal ante la sexualidad y la responsabilidad permitían un fácil desarrollo de la niñez a la adultez. Si bien se ha cuestionado esta imagen demasiado homogénea de la cultura samoana. También se ha encontrado que el rígido sistema de rangos sociales y el tabú de la virginidad entre los samoanos producía frustración e inducía violaciones y conductas violentas (Shankman, 1996).

Pese a eso, la idea central de Mead de que la adolescencia no es sinónimo de ‘rabia y angustia’ se ha visto refrendada. Las clásicas investigaciones de los Offer (1969) mostraron que, en contra del estereotipo dominante, la adolescencia no es una fase de frustración, angustia y tormento, o lo es sólo para un 20%. Los adolescentes, aunque presentan estados afectivos ligeramente más negativos que los hijos más pequeños, no informan de fuertes variaciones afectivas negativas. La investigación de los Offer en adolescentes de clase media de EE.UU. mostró que (Papalia y Olds, 1997):

- Un 25% se caracterizó por un crecimiento continuo, eran realistas, tenían sentido del humor y eran relativamente felices;
- Un 35% se caracterizó por un crecimiento ondulante; se ponían ‘fuera de sí’ durante las primeras crisis, pero luego se adaptaban bastante bien;
- Un 20% se caracterizaba por un crecimiento tumultuoso; y,
- Un 20% no se podía caracterizar bien, aunque era más próximo a los de crecimiento continuo y ondulante (Compas, Hinden y Gerdhart, 1995).

El grueso de las investigaciones, incluyendo las realizadas en nuestro contexto, confirman que relativamente pocos adolescentes experimentan variaciones violentas del estado de ánimo. La mayoría tiene una buena percepción del clima familiar (Papalia y Olds, 1997).

Se ha estimado que en la adolescencia un 3% sufre trastornos afectivos graves como la depresión (INSERM, 2003). Ahora bien, aunque el fenómeno no sea mayoritario en comparación con sus padres y con niños, los adolescentes informan de experiencias emocionales más extremas (positivas o negativas).

Las investigaciones que han estudiado particularmente las primeras etapas de la pubertad, cuando los efectos de las hormonas puberales son más importantes, concluyen que esta época de la vida, comparada con la adolescencia más tardía y con la juventud, se caracteriza más por menores dificultades (Offer y Offer, 1974).

El punto climático de las alteraciones afectivas se manifiesta en la media adolescencia. Las alteraciones del estado de ánimo se asocian a: a) el estrés provocado por los cambios vitales (p. e., el inicio de la escuela secundaria, de las relaciones íntimas con el otro sexo o los sucesos negativos como el bajo rendimiento escolar y el divorcio

de los padres); b) déficit de apoyo social, derivado de la discordia familiar y la baja popularidad entre los pares; c) el desarrollo de la capacidad de razonamiento abstracto también ayuda a que el adolescente se perciba de forma más autocrítica, lo que provoca una disminución del optimismo y la alegría confiada de la infancia; y, d) los cambios biológicos asociados al incremento de la actividad hormonal contribuyen aunque de forma pequeña y en interacción con factores psicosociales a estos problemas afectivos (Arnett, 1999; Rutter, Giller y Hagell, 1998).

La prevalencia del suicidio, del abuso de diversas drogas y del diagnóstico de algunos otros desórdenes psicológicos aumenta con la edad durante la adolescencia. En general, los hallazgos indican un aumento divergente en la década de la adolescencia entre aquellos que pueden afrontar los desafíos de esta etapa y aquellos que no pueden afrontarlos. Este último grupo podría internalizar sus dificultades en depresión o externalizarlos en delincuencia o abuso de drogas (Papalia y Olds, 1997).

Como antes hemos mencionado, en la adolescencia emergen las diferencias de afectividad entre géneros. Las adolescentes presentan tasas de depresión más altas que los chicos, mientras que en la infancia son los niños los que presentan similares o mayores tasas de alteraciones afectivas. El énfasis femenino en los aspectos relacionales y en la aceptación social puede explicar en parte su vulnerabilidad afectiva. Los chicos presentan más trastornos ‘externalizados’ como la conducta antisocial, mientras que las chicas presentan más trastornos internalizados, de tipo afectivo (depresión y ansiedad) y de alimentación (INSERM, 2003; Rutter, Giller y Hagell, 1998).

### ***Calidad de la Relación con los Padres y Hermanos***

La angustia y los arrebatos de furia asociados con los años adolescentes en la cultura occidental se han denominado rebelión adolescente. Tal rebelión puede ir acompañada no sólo de conflictos con la familia, sino también de un aislamiento de la sociedad adulta y una hostilidad hacia sus valores. Sin embargo, como hemos indicado, los estudios típicos de adolescentes encuentran que poco menos de uno de cada cinco encajan dentro de este patrón clásico de la adolescencia (Offer, Ostrov y Howard, 1989). En general, los adolescentes sólo rechazan de manera parcial, transitoria o superficial los valores de los padres. Los valores de los primeros permanecen muy cercanos a los de los segundos, más de lo que la gente cree. La rebelión de los adolescentes son sólo disputas menores.

Por tanto, aunque durante la adolescencia la influencia parental decrece y aumenta la del grupo de pares, la mayoría de los adolescentes continúan mostrando un fuerte apego a sus padres. La gran parte de los adolescentes están satisfechos con su vida familiar, se sienten ligados a sus padres, los evalúan positivamente y adoptan orientaciones de valor semejantes en los temas importantes (Papalia y Olds, 1997).

En general, tanto los hijos como las hijas confían más en las madres, que son las que establecen una relación más emocional, íntima y empática (García, 1994). Por otra parte, también es más probable que el conflicto aflore entre los adolescentes y las madres que entre aquellos y el padre (Steinberg, 1981, 1987).

Algunas investigaciones han constatado que las interacciones padres / hijas son asimétricas y tienden a ser ‘instructivas’ (dar recomendaciones prácticas y reglas a seguir). Las interacciones madres / hijas están más orientadas a temas personales. Las interacciones padres / hijos son menos asimétricas, basadas en actividades compartidas

instrumentales y recreativas (Petersen, 1988). Entre los estilos parentales mencionaremos:

- Democrático: 31% padres y 35% madres en EE.UU.;
- Autoritario: más típico en los padres; e,
- Igualitario y permisivo: más típico en las madres.

Conflictos importantes entre padres e hijos se producen sólo en el 15-25% de las familias y éstas presentaban conflictos antes de que los hijos entraran en la adolescencia (Papalia y Olds, 1997). La frecuencia del conflicto es alta en la adolescencia temprana, mientras que la intensidad es mayor en la adolescencia media. En cambio, las conductas de riesgo llegan a su cenit en la adolescencia tardía y la primera fase de la juventud, (Arnett, 1999). Los temas de discusión sobre los horarios, dónde se les permite ir y con quién, aunque son 'banales' suponen una manifestación de las preocupaciones y tensiones entre padres y adolescentes sobre las conductas de riesgo relacionadas con las drogas, el alcohol, los automóviles y el sexo (Papalia y Olds, 1997). Aunque algunos autores han planteado que los conflictos cumplen la función de facilitar la individuación y autonomía de los adolescentes, son vividos por los padres y los mismos adolescentes como estresantes (Arnett, 1999).

Se ha comprobado que el menor control parental y el menor apego percibido de los padres se asocian a una mayor conducta conflictiva y antisocial (Papalia y Olds, 1997). Comparando los rasgos culturales de diferentes sociedades se encontró que en las culturas en las que los adolescentes tenían menor contacto con los adultos eran sociedades en las que la agresividad y competitividad de aquellos eran mayores (Schlegel, 1994).

La estructura familiar extensa bigeneracional (conviven bajo el mismo techo dos generaciones y los hijos solteros) se asocia a una menor competitividad en los adolescentes masculinos, mientras que la estructura familiar nuclear (una pareja casada y sus hijos) se relaciona con una mayor competitividad en adolescentes de ambos sexos (Schlegel, 1994). La estructura familiar monoparental se asocia con más conductas problemáticas (Dornbusch et al., 1985). No obstante, la presencia de un adulto en el hogar (uno de los abuelos o un amigo de la madre, pero no un padrastro) disminuye los riesgos hasta dejarlos casi al nivel de las familias que viven con los dos padres, en especial para los varones. En el estudio de Madison, Wisconsin y Steinberg (1986, citado en Papalia y Olds, 1997) se encontró que cuanto menor era la supervisión de los adultos, mayor influencia se daba por el grupo de iguales.

Buhrmester y Furman (1990) hallaron que cuando los niños crecían, sus relaciones con los hermanos se hacían más igualitarias pero también más distantes. En la adolescencia, los jóvenes todavía muestran intimidad, afecto y admiración por sus hermanos y hermanas, aunque pasan menos tiempo con ellos (Raffaelli y Larson, 1987, citado en Papalia y Olds, 1997) y sus relaciones son menos intensas. Los hermanos mayores tienen menos poder sobre los menores, disputan menos con ellos, es menos probable que busquen su compañía y no andan muy ligados a ellos. A medida que los adolescentes se separan de la familia, pasan mucho más tiempo con sus amigos cercanos y con las personas con quienes mantienen relaciones amorosas. Esto se debe a que ahora tienen menos tiempo y sienten menos necesidad emocional del vínculo con los hermanos.

La diferencia de edad también produce efectos. Por ejemplo, los hermanos que se llevan varios años tienden a ser más afectuosos y a congeniar entre sí que aquellos

cuyas edades están bastante cercanas. Es probable que el antagonismo y las disputas entre estos últimos surjan de la rivalidad entre ellos, cuyas capacidades son tan parecidas que pueden compararse entre sí (o que son comparadas constantemente por otras personas). Otro factor importante es el género; los hermanos del mismo sexo con frecuencia desarrollan vínculos más estrechos que los de diferente sexo. Sin embargo, aunque los efectos producidos por el orden de nacimiento, la diferencia de edad y el género están presentes en los diversos estudios, son menos importantes que otros factores como el temperamento de cada hijo, la actitud de los padres y la edad de los hijos, en la calidad de las relaciones entre los hermanos (Stocker, Dunn y Plomin, 1989).

### ***La Influencia del Grupo de Pares***

En general, las investigaciones han mostrado que las interacciones con los pares tienen un efecto positivo en la adquisición de capacidades emocionales, comunicativas, sociales y cognitivas. Los adolescentes pasan mucho tiempo con sus compañeros y aumenta la importancia de la presión social de los pares. En general, en la adolescencia las amistades se tornan más estrechas y se desarrollan relaciones con el otro sexo -aunque aparecen diferencias de género importantes-. Hay una tendencia a la segregación sexual en las relaciones -más marcada entre los chicos-. Los grupos de amistades tienden a ser más cohesivos e igualitarios en las chicas y más jerárquicos y menos cohesionados en los chicos. Los chicos viven su adolescencia en grupos de pares homogéneos y de 'homosociabilidad' predominantemente masculinos. Las chicas tienden más a tener amigos y sus grupos de pares no muestran la misma homogeneidad y exclusividad que los de los chicos. En general, los hombres (jóvenes y adultos) tienden a tener más amigos que las mujeres, pero las amistades masculinas no son tan estrechas como las de éstas (Papalia y Olds, 1997; Rice, 2000; Lagrange y Lhomond, 1997).

Algunos autores postulan que en la adolescencia el predominio del grupo de pares incide en el modo en que se inician los comportamientos sexuales de riesgo. Es decir, las conductas de los adolescentes se ven afectadas por una 'vulnerabilidad normativa' (Serra y Gómez, 1997). Al igual que en el caso de los sesgos cognitivos, hay que decir que la vulnerabilidad ante la presión del grupo y de la situación no es privativa de los adolescentes y se manifiesta también claramente en los adultos (Baron y Byrne, 1991). En EE.UU. la presión social influye para que los adolescentes realicen actividades sexuales antes de lo que ellos opinan que deberían hacerlo (Papalia y Olds, 1997). En Francia la influencia normativa también es clara, aunque ésta no se realiza de forma coercitiva (Lagrange y Lhomond, 1997).

Finalmente, en contra de la idea de la vulnerabilidad normativa y del poder del grupo de pares, como hemos dicho, la mayoría de los adolescentes tienen relaciones positivas con sus padres y, si bien los compañeros influyen más que los primeros en los aspectos sociales cotidianos (p. e., estilos de vestir, hablar, etc.), los padres influyen más sobre los valores morales, la elección de la educación y la orientación laboral (Papalia y Olds, 1997; Erro, 1994).

### ***Cultura, Conflicto y Conductas Sociales Desviadas***

Aunque la mayoría de los adolescentes llegan a ser adultos bien adaptados, muchos cometen delitos menores o practican conductas sociales desviantes (Compas et

al., 1995). Un 38,8% de las adolescentes y un 57,7% de los adolescentes españoles han participado frecuentemente en conductas anti-normativas menores -un 80% a veces o a menudo-. Un 50% ha cometido a menudo o frecuentemente vandalismo, menos del 30% robos, el 44% agresión y un 5% consumo de drogas (Serrano et al., 1996). En una encuesta con jóvenes basada en los informes sobre conductas delictivas, más del 80% habían violado la ley a lo largo de su vida en Suiza y Holanda, alrededor del 80% en España y Portugal y más del 60% en Inglaterra (Rutter, Giller y Hagell, 1998).

Algunos autores señalan que durante la adolescencia las conductas sociales desviadas o delictivas se pueden considerar como normativas, o incluso adaptativas ya que sirven para expresar la autonomía (Compas et al., 1995). Se ha diferenciado una subcultura criminal de una subcultura juvenil transgresora menos extrema (p. e., beber alcohol ante de los 16 años, escaparse de casa, fumar tabaco y marihuana, actividad sexual). Tanto el sentido común como las investigaciones han confirmado que durante la adolescencia se desarrolla una subcultura que asocia beber, fumar, asistir a conciertos de Rock y la iniciación sexual (Corsaro y Eder, 1995). De hecho, se ha constatado que la realización de actividades de trasgresión se asocia a una mayor actividad sexual. En España, los hallazgos apoyan la relación entre conducta sexual y conductas agresivas violentas (Serrano et al., 1996; Ayestarán, 1994).

La debilidad de los lazos familiares y escolares se asocian a la implicación en ambas subculturas y los efectos a largo plazo son diferentes. La integración en la subcultura adolescente delictiva afecta negativamente a la carrera laboral de los jóvenes adolescentes masculinos de clase obrera, mientras que no tiene efectos sobre las chicas ni en los jóvenes de clase media, en EE.UU. Por otro lado, la implicación en la subcultura juvenil transgresora 'Light' se asocia a una mejor carrera laboral en los jóvenes de clase media, mientras que no tiene efectos ni sobre las chicas ni sobre los jóvenes de clase obrera (Corsaro y Eder, 1995).

El grado de conflicto entre padres y adolescentes, el nivel de conductas sociales desviantes así como la alteración afectiva se ha asociado a las culturas modernas, complejas e individualistas. En su análisis de 186 culturas tradicionales, Schlegel y Barry (1991, citada en Schlegel, 1994) encontraron que las culturas más tradicionales se caracterizaban por una menor conflictividad y alteración de sus adolescentes, aunque algunas etnografías de culturas tradicionales también describían a la adolescencia como un periodo de alteración afectiva.

En las culturas individualistas se valora que el adolescente desarrolle su autonomía e independencia y se espera que éste sea autónomo al final de la adolescencia e inicio de la juventud. En las sociedades colectivistas los niños y adolescentes tienden a estar más integrados en actividades compartidas con adultos (Fuligni, 1998; Arnett, 1999). En las culturas colectivistas y de alta distancia al poder como las asiáticas (china, filipina, etc.) o la latinoamericana y mediterránea (italiana, griega, española), el mayor énfasis relativo a la armonía familiar y la deferencia ante los padres se asocia a una mayor aceptación de la autoridad parental. La valoración de la simpatía y de la evitación del conflicto también produce que haya una menor tendencia a manifestar abiertamente los conflictos. Finalmente, estos valores se asocian a edades más tardías de realización de actividades autónomas (p. e., tener citas íntimas a una edad más tardía). Los escenarios culturales individualistas en los que los adolescentes estudian, realizan actividades de ocio con sus pares y comparten poco tiempo con sus padres refuerzan esta tendencia.

La tensión entre los valores de la autonomía y la independencia con los del control social y autoridad paternal y la participación en escenarios de actividad no controlados por los padres explican en gran parte los conflictos generacionales y las alteraciones afectivas de la adolescencia. Una investigación que comparó adolescentes asiáticos, hispanos y euro-americanos residentes en EE.UU., encontró que los hijos de padres nacidos fuera de USA tendían a manifestar menos el deseo de discutir con sus padres y creían también que les autorizarían a realizar actividades autónomas a una edad más tardía que sus pares, hijos de padres nacidos en EE.UU. La tercera generación de inmigrantes no se diferenciaba en sus respuestas de los euro-americanos nacidos en EE.UU., sugiriendo que en la tercera generación la aculturación ya habría culminado su efecto.

Aunque los adolescentes de todo tipo manifestaban bajos grados de conflicto, la tendencia era a un aumento del conflicto con el paso del tiempo. Dicho de otra forma, al margen del origen cultural y pese a las diferencias en creencias sobre la autoridad parental, la legitimidad de la discusión abierta con los padres y de las diferencias en edades a las que se esperaba que se les permitieran actividades autónomas, los adolescentes informaban de niveles similares de conflicto (bajos) y de cohesión (altos) con sus padres. La tendencia era al aumento del conflicto y la disminución de la cohesión con el paso de la adolescencia a la juventud. Los autores interpretaron los resultados en el sentido que al amplio repertorio de escenarios de actividades autónomas y separadas de los padres (empleo adolescente, pasar mucho tiempo con sus pares y poco con sus padres en tiempos de ocio, etc.) van a provocar una experiencia común y dificultar la aplicación de valores y normas colectivistas y tradicionales en el caso de los adolescentes asiáticos e hispanos (Fuligni, 1998).

La investigación transcultural ha mostrado que las culturas modernas que excluyen a los jóvenes de las actividades masculinas tienen niveles superiores de conflicto que las culturas en las que los adolescentes participan en las actividades masculinas adultas (Schlegel, 1994). La idea básica es que al tener menor supervisión adulta están más sujetos a las presiones de los pares y exploran mayor número de conductas alternativas, incluyendo las de riesgo. Mientras no haya cambios en los escenarios culturales disponibles (p. e., mayor tiempo de escolaridad, más tiempo de interacción aislada con los pares, menos tiempo con los padres y otros adultos, mayor rango de elecciones en escolaridad, socialización formal más extensa y variada) la mayor exposición a los mass media que enfatizan valores individualistas no parece haber afectado los valores y prácticas tradicionales. La limitada evidencia disponible sugiere que los adolescentes de culturas más colectivistas y de mayor distancia al poder o simplemente menos individualistas han logrado mantener bajos niveles de conflicto y de conductas de riesgo, pese a un consumo masivo de prensa, radio, TV y filmes occidentales (Arnett, 1999). Una explicación del bajo nivel de actividad sexual y de conductas de riesgo en España en comparación con Europa –a pesar de la existencia de valores relativamente individualistas y permisivos en el área de la sexualidad- (véase más adelante), así como del refuerzo de la visión positiva de los padres, se puede encontrar en el hecho de que la evolución del mercado laboral y el aumento de la escolaridad han provocado que los jóvenes españoles sean autónomos más tardíamente<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> El 64% de los jóvenes españoles no era autónomo económicamente, el 57% seguía soltero a los 29 años y el 52% vivía con sus padres entre los 25 y 29 años (Serra y Zacarés, 2000).

## **Desarrollo Sexual en la Adolescencia**

La sexualidad no surge con la adolescencia, pero sin duda éste es el momento en el que las experiencias sexuales -ya sea la fantasía, los cambios corporales o las conductas sexuales y amorosas- son vividas como tales por las personas. Es éste el periodo en el que la mayor parte de las personas van a registrar sus primeras vivencias sexuales como episodios de su biografía personal: primeras citas, primeras caricias íntimas, primeros besos, primeras relaciones coitales (Lagrange y Lhomond, 1997). Así, la sexualidad constituirá un elemento nuevo en la definición de las relaciones entre los grupos, un centro de interés y preocupación del mundo adulto sobre el adolescente y del adolescente sobre sí mismo con consecuencias sobre toda su realidad.

### ***Orientación Sexual***

Por lo general, la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia. Con este término nos referimos al hecho de preferir sexual y afectivamente a las personas del otro sexo (heterosexual) o a las personas de su mismo sexo (homosexual).

La orientación sexual de la gran mayoría de los adolescentes es la heterosexualidad. En España, los porcentajes declarados de orientación homosexual se hallan en torno al 4% (FIPSE, 2002). En un estudio realizado entre adolescentes, el 88,2% se describió como predominantemente heterosexual, el 1,1% predominantemente homosexual o bisexual y el 10,7% no estaba seguro de su orientación sexual (Remafedi, Resnick, Blum y Harris, 1992). Los estudiantes mayores estaban más seguros de su orientación que los menores.

Muchos jóvenes tienen una o más experiencias homosexuales a medida que crecen, en especial antes de los 15 años. Pero las experiencias aisladas, incluso las fantasías o la atracción homosexual, no determinan una eventual orientación sexual; pocos de estos jóvenes la adoptan como patrón regular (Chilman, 1980).

No obstante, aunque en la actualidad la homosexualidad es mucho más aceptada de lo que acostumbraba a ser y a pesar de que muchas personas declaran abiertamente su preferencia sexual por individuos del mismo sexo, la investigación revela que el comportamiento homosexual se ha mantenido estable o ha declinado durante los últimos 30 años (Chilman, 1980) y su incidencia es similar en numerosas culturas (Hyde, 1986).

### ***Masturbación***

La masturbación como comportamiento auto-erótico es bastante común en la adolescencia. Así, se ha confirmado que, tanto en Francia como en nuestro contexto, el 90% de los chicos se ha masturbado a la edad de 18 años, mientras que con esta misma edad tan solo han realizado esta conducta entre un 30% y un 50% de las chicas (Lagrange y Lhomond, 1997).

En Francia, se ha constatado que la edad de la primera masturbación se relaciona más con un cambio de voz temprana que con la edad de clímax del crecimiento de estatura. Igualmente, las chicas que han tenido menstruaciones precoces se masturban antes que las que las tienen tardías. Esto sugiere que la maduración sexual fisiológica juega un papel importante en el inicio de la masturbación (Lagrange y Lhomond, 1997).

En EE.UU., las investigaciones también confirman un aumento del número de adolescentes que declaran masturbarse, y quizás también de la práctica (Dreyer, 1982; Papalia y Olds, 1997).

Es interesante destacar un desfase entre la actitud ante la masturbación y la práctica de esta actividad auto-erótica: Tanto en EE.UU. en la época de la adolescencia, como en Francia en general, existen más personas que declaran masturbarse que personas que tienen una actitud favorable ante ella. Pese a que en la actualidad los mensajes condenatorios de la masturbación no tienen peso social, las personas siguen evaluándola negativamente (Papalia y Olds, 1997; Spira, Bajos et al., 1993).

En Francia, se han constatado diferencias de género sobre la práctica masturbatoria: ésta es menos frecuente y más tardía entre las mujeres. Para dos tercios de los adolescentes masculinos el auto-erotismo precede al hetero-erotismo: dos chicos sobre tres se han masturbado antes de besar a una pareja en la boca. En cambio, en las chicas la masturbación es posterior al primer beso. En general, en los hombres se da una relación inversa entre frecuencia de la masturbación y tener relaciones sexuales. Para los chicos la masturbación aparece como un remedio a la ausencia de relaciones eróticas con el otro. Para las chicas la masturbación es más autónoma del contexto relacional.

Los adolescentes que se masturban más frecuentemente son aquellos que se han iniciado antes en esta práctica sexual, que han tenido una pubertad precoz y que no han tenido ni experiencia genital ni coital. Las chicas que se masturban con mayor frecuencia muestran las mismas características, con la diferencia de que éstas tienen más relaciones sexuales genitales (Lagrange y Lhomond, 1997).

### ***Sociabilidad y Sexualidad***

Como mencionamos, los adolescentes pasan mucho tiempo con sus compañeros. Además, en la época de la adolescencia aumenta la importancia de la presión social de los pares. Se han constatado diferencias de género en la socialización de los adolescentes, en particular en la socialización sexual. Los grupos de pares de las chicas son más igualitarios y menos homogéneos, jerárquicos y exclusivos que los de los chicos. Los adolescentes organizan la sociabilidad en torno a la demostración de la fuerza física, valoran el ser 'duros' y el auto-control. Las adolescentes enfatizan el ser apreciadas por sus pares y su apariencia física, así como la empatía y el compartir emociones (Corsaro y Eder, 1995).

Según estudios europeos, la transición a la sexualidad se da entre los chicos mediante una integración de las chicas en su mundo relacional que gira en torno al núcleo duro de pares. Sin embargo, las chicas son más flexibles y no tienen el equivalente de un núcleo duro o pandilla. En el caso de los chicos, la búsqueda de amistades del otro sexo se orienta hacia el deseo de una pareja íntima. En el caso de las chicas esta búsqueda se inicia mucho antes. Los chicos tienen que abrirse a otros medios para encontrar parejas, no sucediendo lo mismo en el caso de las chicas (Lagrange y Lhomond, 1997).

Además de estas diferencias de género, se han encontrado diferencias de clase. Los adolescentes y jóvenes de clase obrera enfatizan sus experiencias sexuales, ven a las chicas como 'objetos sexuales', débiles, indirectas y sexualmente pasivas. La chica que flirtea con muchos chicos o tiene muchas parejas es descalificada como 'zorra', al margen de que ella tenga realmente o no relaciones sexuales. Las chicas de clase obrera desarrollan una cultura del romance como parte de su resistencia a las normas de

rendimiento académico, es decir, valoran la pareja, el matrimonio, la familia, la moda y la belleza y orientan sus esfuerzos a tener un novio (Corsaro y Eder, 1995; Ubilllos y Pizarro, 1994).

### ***Características de la Actividad Sexual Adolescente***

Uno de los principales cambios en la sociedad occidental ha sido el aumento de relaciones sexuales prematrimoniales y una actitud dominante más positiva hacia ellas. Otro de los cambios es la disminución del doble patrón (el código que permite mayor libertad sexual a los hombres que a las mujeres) y de las diferencias de actividad sexual entre hombres y mujeres (Papalia y Olds, 1997).

Los resultados sugieren que se han producido importantes cambios informativos, actitudinales y comportamentales entre los adolescentes occidentales en los últimos 20 años (Rice, 2000; Lagrange y Lhomond, 1997). Se ha encontrado un incremento en los conocimientos sobre contracepción y un decrecimiento en la proporción de jóvenes que opina que la iniciativa sexual es patrimonio del sexo masculino. Asimismo se observa, especialmente en el caso de las mujeres, un adelanto en el inicio de las relaciones sexuales coitales y un aumento creciente de la actividad sexual.

Aunque en la actualidad la mayoría de los adolescentes afirma que tiene mayor experiencia sexual que la que poseían los adolescentes en 1979, cierta evidencia revela que el adolescente típico de hoy en día tiene relaciones sexuales con menor frecuencia y con pocos compañeros.

Los hombres se inician más temprano y manifiestan mayor número de parejas. Las mujeres se inician con hombres de mayor edad que ellas y los adolescentes masculinos se enfrentan a una situación de escasez de parejas disponibles -las chicas de su edad salen con chicos mayores y/o tienen menor actividad sexual-. La experiencia sexual e íntima de las chicas se caracteriza por un menor número de parejas pero de mayor duración y con menos intervalos sin pareja íntima. Los chicos tienen una experiencia a la inversa: más parejas, de menor duración y con más tiempo sin relaciones íntimas (Lagrange y Lhomond, 1997). También, es más probable que una joven tenga sus primeras relaciones sexuales con un novio estable, mientras que un muchacho pueda tenerlas con alguien a quien conoce por casualidad (Zelnik y Shah, 1983).

Contrariamente a la visión de la liberación sexual, la mayoría de los jóvenes sexualmente activos no han tenido muchas parejas diferentes (Rice, 2000). La pauta predominante en la adolescencia es la monogamia serial, es decir, mantienen relaciones sexuales con una única persona en una relación que es experimentada como formal, con una percepción de enamoramiento intenso y apasionado pero de corta duración, a la que le sigue otra relación de similares características. Las creencias y actitudes son más liberales que la práctica: aunque una mayoría<sup>2</sup> cree que se puede salir con más de una persona, la mayoría tienen relaciones monógamas (Lagrange y Lhomond, 1997).

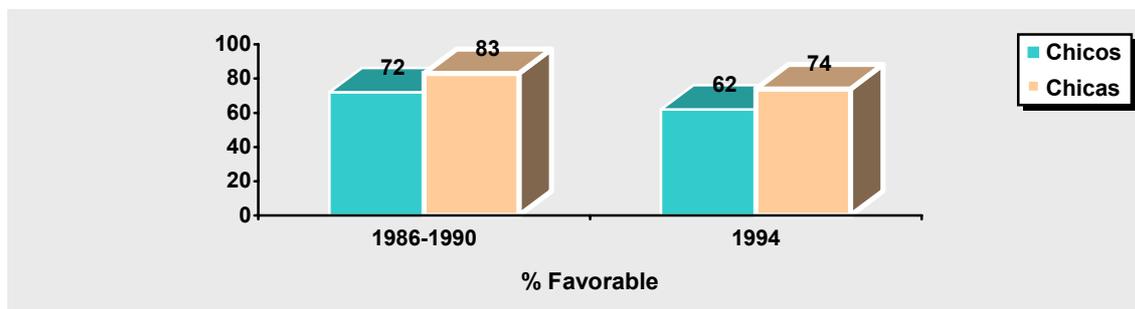
Tanto en EE.UU. como en España, chicos y chicas comparten en general la importancia del amor como requisito de las relaciones sexuales. Como se refleja en el gráfico 1, la evolución ha sido hacia una mayor liberalidad. Coherentemente, en

---

<sup>2</sup> 60%

discusiones grupales la mención al tema de la relación sexual integrada en la relación afectiva era casi tres veces superior a la sexualidad sin tabúes (Ubillos y Pizarro, 1994).

Gráfico 1. % de Jóvenes que Consideran el Amor un Pre-Requisito de las Relaciones Sexuales



Fuente: Ubillos y Pizarro, 1994

El estar motivados a tener relaciones sexuales por amor se asocia a relaciones más estables y el estar motivados por el deseo sexual a relaciones más cortas. Las relaciones más duraderas, en las que se salió un tiempo previamente antes de realizar la práctica sexual coital, se designan más como ‘amor’ que las breves e intensas. Tanto el tipo de experiencia como la escasez de parejas puede explicar el bajo nivel de motivos amorosos en las relaciones de los chicos (Lagrange y Lhomond, 1997).

Resumiendo, tanto en EE.UU. como en España, chicos y chicas comparten en general la importancia del amor como pre-requisito de las relaciones sexuales. En estos países, la sexualidad premarital en la relación de pareja estable es vista como normativa, es decir, se evalúa positivamente y se considera frecuente; una pareja estable que llegue virgen al matrimonio es percibida negativamente. A pesar de ello, la experiencia sexual pre-marital no está asociada a la estabilidad marital (Páez et al., 1994).

### ***Experiencia e Iniciación Coital: Factores Asociados a la Iniciación Sexual***

Hacia la edad de los 15 años, el 90% de los adolescentes han experimentado algún comportamiento sexual. La emergencia de la sexualidad en este periodo es, por tanto, normativa. La mayoría aplastante de los jóvenes se inicia en la sexualidad en una secuencia canónica: primero besos y caricias, luego caricias genitales, coito y, finalmente, otras prácticas genitales. En Francia, se han diferenciado cuatro escenarios de iniciación sexual (véase tabla 1).

Tabla 1. Escenarios de Iniciación Sexual en Francia

<i>Misma pareja en besos y caricias</i>	Misma pareja en contactos genitales y coito	9,1%
<i>Misma pareja en besos y caricias</i>	Diferente pareja en contactos genitales y coito	5,1%
<i>Pareja de caricias diferente de primeros besos</i>	Misma pareja de caricias, contactos genitales y coito	5,4%
<i>Pareja de caricias diferente de primeros besos</i>	Pareja de contactos genitales y coito diferente de las primeras caricias	30,4%

Fuente: Lagrange y Lhomond, 1997

En el 90% de los casos, la primera persona con la que se intercambia un beso no será con la que se mantenga la primera experiencia coital y esta última raramente será la persona con la que se forme una pareja a largo plazo (Lagrange y Lhomond, 1997).

La edad de inicio de las relaciones coitales ha disminuido de forma progresiva, especialmente entre las chicas (Lagrange y Lhomond, 1997). En España, la edad media de inicio en las prácticas coitales se sitúa en torno a los 18 años, siendo ligeramente anterior en los varones (FIPSE, 2002).

Mientras que en España a los 18 años han tenido relaciones sexuales coitales un 41% de chicos y un 20% de chicas, las cifras de otros países occidentales son superiores: en Francia, un 47% de chicos y un 41% de chicas han tenido relaciones coitales a los 18 años y, en EE.UU. un 86% de varones y un 80% de mujeres habían tenido experiencia de coito a la edad de 19 años (Martín y Velarde, 1996; Lagrange y Lhomond, 1997; Papalia y Olds, 1997).

Según el estudio de Martín y Velarde (1996), en España, la edad promedio de iniciación sexual es de 17 años y 7 meses en chicos y 18 años y 8 meses en chicas, convergiendo con los países occidentales en edad de inicio coital.

En contra de una idea alimentada por los mass media, en los países occidentales la edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales no ha decrecido, lo que ha disminuido son las diferencias entre hombres y mujeres. Lo que ha ocurrido es la emergencia de un largo periodo de aprendizaje sexual de caricias y flirteo que se inicia más tempranamente, en la primera adolescencia (entre los 12 y 15 años). Otro factor explicativo de este cambio es un inicio de las relaciones sexuales más unificado: si en las generaciones nacidas a principios de siglo, pasaban 10 años desde que el 10% de los jóvenes tenía experiencia coital hasta que el 70 u 80% de esa generación tenía este tipo de experiencia, en la actualidad tan solo pasan tres años y medio (Wellings et al., 1994; Spira, Bajos et al., 1993).

Las investigaciones en EE.UU. mostraron que los predictores de una edad temprana de iniciación sexual eran (Corsaro y Eder, 1995): a) una pubertad temprana; b) el consumo de alcohol, tabaco y drogas; c) la poca escolaridad; d) la pertenencia a clases populares; y, e) la familia monoparental. Asimismo, los valores tradicionales y una fuerte orientación religiosa eran factores asociados con una edad tardía de inicio de relaciones sexuales (Papalia y Olds, 1997).

En la investigación de Parrillo et al. (1997) el no vivir con un padre se asoció con un inicio temprano de la actividad sexual para los hombres. Aquellos que iniciaron la relación coital a una edad temprana tenían más probabilidad que aquellos que la retrasaban de haber tenido experiencia sexual con un gran número de parejas. También, tenían más probabilidad de haber consumido alcohol o drogas la última vez que tuvieron una relación sexual y de haber provocado un embarazo. Además, los hombres que se inician sexualmente a una edad temprana, tienen mayor riesgo de ser diagnosticados de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). No se encontraron relaciones entre los iniciadores tempranos de la actividad sexual y el uso de condones en el último encuentro sexual.

En Francia, ni la supuesta falta de control parental asociada al divorcio, ni la práctica religiosa, ni las creencias críticas sobre el matrimonio y la fidelidad se asocian a la iniciación sexual. Los factores asociados son: a) la edad precoz del primer beso; b) el consumo de tabaco, alcohol y marihuana; y, c) el porcentaje de pares que tienen relaciones sexuales, y en particular del otro sexo, es determinante en el caso de los

chicos. La existencia de facilidades u oportunidades en el contexto es fundamental. En el caso de las chicas, a medida que crecen disminuye la importancia de que haya hombres experimentados en su entorno para la iniciación coital y aumenta la importancia de que tengan amigas experimentadas (Lagrange y Lhomond, 1997).

Las creencias críticas ante la sociedad, una mayor edad, el consumo de alcohol y tabaco son aspectos asociados a la iniciación sexual entre los adolescentes españoles (Serrano et al., 1996). Mientras que en las investigaciones realizadas en la década de los 70, la religiosidad y el control parental jugaban un rol inhibitorio de la iniciación sexual temprana, esto no es así actualmente en Francia. En cambio, en España, la religiosidad y el control parental siguen jugando un papel inhibitorio de la iniciación sexual (Martín y Velarde, 1996).

Como ya hemos indicado, una influencia normativa (mientras más pares lo hacen, más me siento presionado a hacer como ellos) es clara. Sin embargo, esta influencia social no es coercitiva. El porcentaje de chicas que contesta que no ha tenido ganas de tener relaciones coitales y que fue su pareja la que tomó la iniciativa es similar en las personas que tienen mayoría vs. minoría de pares con experiencia sexual (Lagrange y Lhomond, 1997). Si hubiera una presión coercitiva, el porcentaje de personas que declararían haber tenido relaciones sin ganas y por iniciativa de la pareja debería ser mayor a menor edad y entre las personas con mayoría de pares sexualmente activos (véase tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de Chicas con Minoría vs. Mayoría de Pares Sexualmente Activos que Muestran una Influencia Social Coercitiva sobre las Relaciones Sexuales

	Minoría de pares sexualmente activos		Mayoría de pares sexualmente activos	
	15 años	18 años	15 años	18 años
<i>Sin ganas</i>	4,9%	7,7%	11,5%	4,7%
<i>Pareja iniciativa</i>	52,9%	49,5%	49,8%	45,0%

Fuente: Lagrange y Lhomond, 1997

Se pueden interpretar los resultados anteriores en el sentido de que la presión social se internaliza y los sujetos siguen un modelo que ellos valoran. Estos datos no confirman la idea de que la mayoría de los adolescentes siguen presionados desde el exterior hacia una iniciación sexual prematura. De hecho, la mayoría opina que los 18 años es la edad ideal para comenzar las relaciones sexuales, edad media en la que la mayoría inicia su actividad coital (Papalia y Olds, 1997).

### ***Problemas de Salud Asociados a la Sexualidad y Conductas Preventivas***

Aunque en la adolescencia se dan bajas tasas de discapacidades y enfermedades crónicas, es el período del ciclo vital en el que se da la mayor prevalencia de conductas de riesgo y en el que se establecen las pautas de comportamiento sexual que van a mantenerse en la vida joven y adulta (DiClemente, 1992).

Su tendencia a correr riesgos se refleja en sus altos índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio. También los problemas de salud como la obesidad,

anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y consumo de estupefacientes son frecuentes entre los adolescentes. El embarazo no deseado, el aborto, el contagio de ETS y del VIH/SIDA, determinadas patologías ginecológicas y las disfunciones sexuales son problemas asociados a la iniciación coital durante la adolescencia. El futuro de muchos jóvenes puede verse hipotecado a través de su comportamiento sexual: no se dispone de vacuna contra el SIDA, algunas ETS pueden provocar infertilidad e incluso intervenir en el desarrollo de una patología más severa como el cáncer de cerviz, la maternidad en la adolescencia puede suponer un riesgo para el bebé y para la madre, además de los efectos psicológicos, emocionales, familiares y económicos que supone para la chica o pareja adolescente.

Los estudios coinciden en señalar como predictores del comportamiento sexual de riesgo la precocidad en la edad de inicio la actividad sexual, el fracaso escolar, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Serrano et al., 1996) y, concretamente para las chicas, la pubertad precoz, la pertenencia a familias monoparentales o desestructuradas y establecer un noviazgo con un chico de mayor edad. Por el contrario, el interés por seguir unos estudios, la religiosidad, el control y apoyo paternal se han asociado a una iniciación sexual más tardía en ambos sexos y a la adopción de medidas de prevención en las prácticas sexuales (Miller et al., 2001).

En EE.UU. se constató que la mayoría de adolescentes que iniciaban relaciones sexuales lo hacían sin utilizar preservativos y era sólo entre los nueve meses y dos años, después de la iniciación sexual cuando buscaban ayuda contraceptiva (Kirby, 1992). Los motivos planteados eran: a) el miedo a que se enteraran los padres o la ansiedad ante el examen médico o el temor ante el control de natalidad porque podría ser peligroso; b) la falta de conocimiento: pensaban que no tenían relaciones sexuales tan frecuentes como para quedarse embarazadas, que eran demasiado jóvenes para quedarse embarazadas, no sabían dónde pedir ayuda o pensaron que el método que utilizaban era bueno; c) la no planificación de la contracepción: nunca se lo habían planteado, no habían pensado en la contracepción y no habían planificado tener relaciones sexuales; d) la ambivalencia ante el control de natalidad: estaban esperando a tener una relación más seria con su pareja para tomar medidas de contracepción, pensaban que el control de natalidad estaba mal o querían el embarazo. Sólo el 35% de los adolescentes de EE.UU. entre 15 y 19 años utilizaban un método contraceptivo (incluyendo el coito interrumpido) en la primera relación sexual coital. Como resultado, la tasa de embarazo adolescente fue del 100 por mil en 1988 (Rice, 2000).

Sin embargo, la tendencia ha ido hacia el aumento del uso del preservativo, tanto en EE.UU. como en Francia y España (Rice, 2000; Lydié, 1999; Martín y Velarde, 1996). También, se ha constatado un aumento en el número de jóvenes que utilizan el preservativo en su primera relación sexual coital.

En Holanda y Francia, revisiones de las campañas preventivas han encontrado aumentos importantes, aunque insuficientes, en el porcentaje de sujetos en riesgo (sujetos con parejas múltiples simultáneas o con varias relaciones) que declaran llevar a cabo conductas preventivas (Romer y Hornick, 1992; Spira, Bajos et al., 1993).

El método más elegido por los jóvenes es el preservativo seguido, en el caso de las mujeres de 17 años, de la píldora contraceptiva. Los tres miedos más frecuentemente mencionados han sido el miedo a contraer una ETS, el miedo al embarazo o a convertirse en padre. El miedo al SIDA es similar en ambos sexos y en todos los grupos

de edad<sup>3</sup>. Éste no se percibe como un peligro personal, debido fundamentalmente al escaso número de casos de SIDA y a que pocos adolescentes conocen personas cercanas infectadas por el VIH (Martín y Velarde, 1996; Lagrange y Lhomond, 1997).

Estos cambios explicarían, en parte, que la tasa de embarazo adolescente y la incidencia de algunas enfermedades venéreas hayan decrecido ligeramente. De hecho, la disminución de la tasa de embarazos adolescentes ha sido general en toda Europa desde 1970, con la excepción del Reino Unido. Así en este país, en 1999, la tasa de madres adolescentes entre los 15 y los 19 años era del 29,8 por mil, seguida de Portugal con 20,9 por mil. España se situaba en un rango inferior de 8,2 por mil, aunque superior a Francia e Italia que compartían un 7 por mil. Esta tasa significa que en 1999 más de 18 mil españolas menores de 19 años se quedaron embarazadas, de las que poco más de un tercio (unas siete mil) optaron por el aborto. Hace una década, los embarazos adolescentes suponían un 40% más y los abortos un tercio menos (Argos, 2000; Serra y Zacarés, 2000). En España, se ha confirmado que en general la tasa de madres adolescentes está disminuyendo en todas las edades. Sin embargo, aumenta anualmente la proporción de mujeres embarazadas que deciden interrumpir la gestación. Según los datos del Ministerio de Sanidad, la tasa de abortos en chicas menores de 19 años en España ha aumentado durante la década de los 90<sup>4</sup>. Además, la proporción de abortos es especialmente elevada entre las más jóvenes<sup>5</sup>.

En Europa, dos tercios de las ETS las contraen personas menores de 19 años y en algunos países sigue aumentando el número de casos de ETS en esta población. Por ejemplo, en el Reino Unido entre los años 1995 y 2000 los casos registrados de ETS entre jóvenes de 16 y 19 años de edad aumentaron un 58,3%.

Según datos actualizados a 30 de junio de 2001, de los 61.028 casos declarados de SIDA en España, el 80,5% corresponde a hombres y el 19,5% a mujeres. En las edades entre los 13 a los 29 años, el número de casos asciende a 19.572 y la proporción de hombres también es muy superior (75,4%) a la de las mujeres (24,6%). No obstante, si atendemos a las vías de transmisión, el 80,5% de todos los casos entre los 13 y 29 años corresponde a la vía parenteral y, siguiendo la tendencia general, un 78% son hombres y un 22% mujeres. En el caso de la vía heterosexual (8,7% de todos los casos entre los 13 y 29 años), esta tendencia se invierte: el 67% son mujeres y el 33% son hombres. La vía homosexual y bisexual supone el 6,4% de todos los casos entre los 13 y 29 años. Por tanto, la vía sexual supone un 15% del total de casos entre los 13 y 29 años (véase gráfico 2).

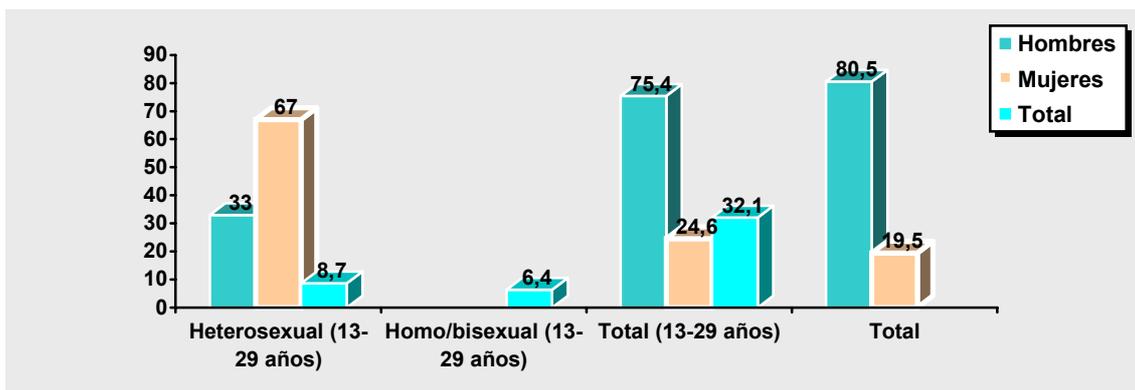
---

<sup>3</sup> Un 50% no relató ningún miedo al SIDA

<sup>4</sup> Del 3,12% en 1990 al 8,29% en el 2001

<sup>5</sup> El 38,8% de las embarazadas entre 15 y 19 años interrumpen la gestación, es decir, 5 casos por cada mil mujeres (El País, 2000)

Gráfico 2. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Actualización a 30 de Junio de 2001



Fuente: Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 2002

En 1993, un informe de las Naciones Unidas identificó a las adolescentes sexualmente activas como el ‘siguiente eslabón principal’ de la epidemia del SIDA, aunque afortunadamente esto no se ha corroborado a lo largo de la década de los 90. En un análisis de información recopilado entre 31 naciones de Europa, Asia y África, el índice del VIH llegó al máximo entre las mujeres de 15 a 25 años, en comparación con el máximo para los hombres de 25 a 35 años. La mayor susceptibilidad de las jóvenes ante este virus puede deberse a factores físicos y culturales; desde el punto de vista físico están menos protegidas en parte porque las membranas de sus vaginas son más delgadas que en las mujeres mayores y la mucosa que producen estas membranas es más delgada y contiene menor cantidad de células inmunizantes (Futterman et al., 1993). Las jóvenes pueden ser incluso más susceptibles que las mujeres maduras a las infecciones causadas por las enfermedades de transmisión sexual en la parte superior del tracto genital, lo cual conduce a serias y peligrosas complicaciones. Las adolescentes tienen mayor posibilidad que las mujeres adultas de descartar la atención médica y menos posibilidad de seguir el tratamiento; suelen sentirse abochornadas por advertir a sus compañeros cuando contraen una enfermedad de esta índole y, además, son mayores las posibilidades de que se diagnostiquen incorrectamente (CDC, 1983).

Es preciso considerar también dos variables que actúan para facilitar el comportamiento de riesgo en el adolescente: la probabilidad y la inmediatez del reforzamiento de las conductas de riesgo. Para el adolescente, la relación sexual está asociada a la obtención inmediata de placer con probabilidad casi absoluta. Disponer de las medidas de prevención puede demorar la satisfacción deseada, pero se evita el riesgo -probable y subjetivamente minimizado- de contraer una enfermedad cuyos efectos, aunque temibles, se sufrirán años después.

Podemos concluir que tanto en EE.UU. como en Europa, incluyendo España, el número de personas sexualmente experimentadas se ha estabilizado, ha aumentado la utilización de preservativos y, especialmente entre los jóvenes con mayor riesgo, ha disminuido la incidencia de embarazos no deseados adolescentes y ETS, y ha aumentado la proporción de abortos. La tendencia general ha sido un descenso de la vía parenteral y un aumento de casos de SIDA a través de la vía sexual y específicamente de la heterossexual. Casi se ha triplicado el porcentaje de casos en la última década, siendo las mujeres, y especialmente las más jóvenes, las que presentan una mayor vulnerabilidad.

## **Educación Sexual**

Afortunadamente, algunos estudios indican que la educación sexual dirigida a los adolescentes ha dado resultado; los varones de 15 a 19 años que habían recibido educación sexual tenían menor número de compañeros sexuales, utilizaban condones con más frecuencia y tenían menos relaciones esporádicas (Ku, Sonenstein y Pleck, 1992). Además, aunque muchas personas temen que los adolescentes pongan en práctica lo que aprenden sobre el sexo, se ha constatado que la educación sexual impartida en las escuelas y en la comunidad no origina mayor actividad sexual en los adolescentes y constituye la principal medida de prevención sexual (Eisen y Zellman, 1987).

No obstante, pese al tiempo transcurrido y a los grandes fenómenos sociológicos en torno a la sexualidad que han surgido en las últimas décadas, en la actualidad la educación sexual no está generalizada en las escuelas y centros educativos, existe escasa formación e información entre los enseñantes y los propios estudios universitarios de sexología están aislados de la educación dentro de las aulas (López, 1990). Prueba de ello son los resultados obtenidos al respecto por Meretith y Deven (2002, citado en Alcelay, 2002) quienes concluyen que en Europa la educación sexual no está muy extendida ni aborda los aspectos básicos asociados a la adopción de conductas preventivas. Sólo los países nórdicos, Bélgica y Holanda imparten una formación correcta. Resulta significativo que países como Suecia, Dinamarca u Holanda, donde la educación sexual se imparte desde hace tiempo, sean los que registren menores índices de embarazos adolescentes y de casos de SIDA.

En España se introdujo la educación para la salud en 1990 como una materia transversal en el currículum de toda la enseñanza primaria y la secundaria obligatoria y dentro de ella los campos de la educación sexual, el VIH/SIDA y la educación sobre las drogas. Pero ello no lo asegura en absoluto: en definitiva, cada centro y cada maestro siguen haciendo lo que consideran más oportuno (Nájera, 1996).

La educación sexual tiene un amplio campo de intervención y argumentos sobrados que justifican su necesidad. Ofrecer información, ayudar a transformar actitudes y fomentar el desarrollo de las habilidades relacionales y de comunicación necesarias son objetivos básicos de todo programa de educación sexual.

### ***Educación Sexual y Fenómenos Culturales***

A pesar de la gran importancia de los factores biológicos, tales como el funcionamiento hormonal, en la actualidad nadie niega la importancia del contexto cultural en el comportamiento sexual humano (Weeks, 1998).

En cuanto a la sexualidad adolescente, la investigación psicosocial destaca al menos tres grandes fenómenos culturales recientes que actúan como vectores de influencia en el desarrollo de nuevas formas de iniciación sexual: la era SIDA, la 'sexuación o erotización' de los medios de comunicación y el consumo orientado a jóvenes, y los cambios en las relaciones entre hombres y mujeres o efecto del feminismo. Veamos en qué consiste cada uno de ellos, cuáles pueden ser sus efectos con relación al comportamiento sexual adolescente y cómo se podrían traducir en un programa de educación sexual.

1. *La era SIDA.* Es posible destacar al menos dos efectos sobre la sexualidad adolescente que se derivan de la aparición y extensión de la pandemia SIDA. En primer

lugar, la institucionalización de la comunicación sexual, al menos de un tipo de comunicación sexual, que tiene que ver con la prevención de los riesgos ante la sexualidad. Nunca como en estas décadas los gobiernos, la ciencia, el arte, la educación y la familia se habían implicado en la educación sexual de los jóvenes y adolescentes con tanto interés. Los adolescentes reciben gran cantidad de información, de forma abierta y desde diferentes fuentes (Ubillos y Mayordomo, 2003). En segundo lugar, y como consecuencia de este interés por hablar sobre sexualidad, los adolescentes de principios del siglo XXI pueden percibirse muy informados, rechazar en mayor medida la educación sexual que generaciones previas, ‘ansiosas’ por escuchar hablar de sexo en las aulas o en la TV, siendo probable al mismo tiempo que muchos adolescentes dispongan de una información errónea, fragmentada, carente de un cuerpo de conocimientos que le de un significado. Nuevas fuentes de información, desmotivación ante la educación sexual y exceso de información incierta son elementos que un programa de educación sexual debiera considerar en la planificación de su estrategia metodológica y sus contenidos.

2. *La sexuación o erotización del consumo.* La sencilla observación nos indica que la sexualidad se ha convertido en un reclamo publicitario muy recurrido para todo tipo de productos de consumo, y que éstos se dirigen a población incluso pre-puberal. Así, las generaciones de niños que más televisión consumen asisten desde sus casas al bombardeo de información acerca de la importancia del aspecto físico y la belleza y todos sus complementos (p. e., la cosmética, las dietas) para el éxito social. La tradicional asociación entre belleza y seducción que se buscaba en las mujeres jóvenes parece haber descendido a chicas de todas las edades, incluso a los varones. Los investigadores preocupados por los trastornos de la alimentación alertan sobre la posible influencia de estos mensajes en el desarrollo de la imagen corporal y su relación con los trastornos anoréxicos y bulímicos. Estudios cualitativos sobre los factores implicados en las prácticas sexuales de riesgo, como el embarazo adolescente o el alto consumo de la píldora post-coital, observan que para muchas chicas el noviazgo y la vivencia de la sexualidad es una expresión de éxito dentro del grupo en tanto que expresión de su capacidad de seducción. Ambas cuestiones tienen grandes efectos en la adolescencia, en el momento en el que una vez confirmados los cambios puberales, la nueva imagen corporal ha de ser integrada como parte del yo. La educación sexual ha de procurar fomentar entre los jóvenes el sentido crítico frente a este tipo de mensajes.

3. *El efecto del feminismo.* A pesar de que la sexualidad es uno de los ámbitos comportamentales en los que se observan las mayores diferencias de género (Baumeister, 2001; Oliver y Hyde, 1993), éstas no han dejado de reducirse en las últimas décadas. Aunque persiste la doble norma (evaluación desigual de un mismo comportamiento sexual en función del género), las diferencias se reducen al comparar estudios de los años 70 con estudios de los años 90 (Navarro-Pertusa et al., 2003). Sin duda, esta confluencia de género aporta un nuevo marco de referencia general en el que se han de definir nuevas estrategias de relación entre los sexos, lo que incluye la seducción y el mismo comportamiento sexual. Además, se transforman valores y creencias tradicionales acerca del modo en que un hombre y una mujer se ha de comportar sexualmente. Los adolescentes de ambos sexos pueden experimentar una cierta confusión acerca de cómo expresarse con su grupo, con su pareja y con su sexualidad en este nuevo contexto. Los programas de educación sexual deben tener en cuenta el proceso de equiparación entre los géneros, las tensiones que éste pueda generar, su posible influencia en la experimentación de la sexualidad y sus

consecuencias para el desarrollo efectivo de estrategias de prevención frente a los riesgos de la sexualidad, como el VIH y el embarazo no deseado.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las cuestiones vistas así como una propuesta de integración en un programa de educación sexual.

Tabla 3. Cultura, Sexualidad Adolescente y Educación Sexual

Fuente	Efectos a nivel general	Efectos sobre la sexualidad adolescente	Áreas temáticas en educación sexual
<i>SIDA</i>	Comunicación sobre sexualidad en la familia, escuela, comunidad y mass media.	Auto percepción de estar muy informado. Rechazo de la información de los programas. Información fragmentada, incoherente, inconsistente.	Información sobre SIDA, reproducción / anticoncepción, cambios puberales, etc.
<i>Sexo y mass media</i>	Seducción como éxito social. Comportamiento sexual como éxito social.	Patologización de los cambios puberales. Complejos. Trastornos de la alimentación y menstruales. Hiperafectividad. Comportamientos sexuales desadaptativos.	Actitudes hacia el cuerpo. Responsabilidad. Sentido crítico.
<i>Roles</i>	Cambios en las normas de comportamiento respecto del sexo. Cambios en los comportamientos sexuales.	Tensión por la convivencia de formas tradicionales y nuevas de vivir los roles sexuales: entre iguales, parejas y generaciones. Polarización de los roles y violencia de género	Roles sexuales. Violencia de género.

Fuente: Elaboración de las autoras

### ***Educación Sexual Formal***

Cuando hablamos de educación sexual formal nos referimos a aquella que se realiza en las aulas, de forma explícita, intencionada y programada.

En España, las generaciones más jóvenes son las que más han accedido a informarse sobre la prevención sexual del VIH/SIDA a través de las fuentes científicas y educativas, fundamentalmente por medio de conferencias y programas de educación sexual. A pesar de esto, aunque cerca de la mitad de los jóvenes entre los 18 y 25 años han recibido alguna conferencia, sólo en torno al 15% ha recibido algún programa de educación sexual. Por tanto, aunque el contexto social ha favorecido una evolución positiva de todas estas fuentes de información, se confirma la ausencia de una propuesta firme de educación y de un currículum estandarizado lo que limita la prevención de los riesgos sexuales (Ubillos y Mayordomo, 2003).

En la actualidad, nadie discute la conveniencia y necesidad de ofrecer educación sexual a los adolescentes. Otra cuestión es qué tipo de educación sexual o de programas debemos implantar en las escuelas y desde otras instituciones: a qué edades, con qué

objetivos, qué contenidos y metodologías se han de utilizar, qué papel han de desempeñar los padres y quienes deben ser los responsables últimos de llevar a cabo la tarea. Pese a la diversidad, y a menudo disparidad, de criterios acerca de todas estas cuestiones se considera elementos fundamentales de toda estrategia de educación sexual (López, 1990; Kirby y DiClemente, 1994):

- *Objetivos básicos.* Conseguir que los alumnos alcancen conocimientos amplios, científicamente contrastados y adecuados a su edad. Conseguir que los alumnos acepten la sexualidad como una dimensión positiva. Aceptar la sexualidad como una dimensión que conviene cuidar y potenciar. Fomentar comportamientos saludables y responsables con el propio cuerpo y el de la pareja.

- *¿Cuándo empezar?* Los estudios han demostrado que cuando se comienza la educación sexual antes de que los jóvenes sean sexualmente activos se fomenta el desarrollo de un comportamiento sexual de no riesgo.

- *Contenidos.* En el periodo adolescente, entre los 12 y 18 años, es aconsejable trabajar las siguientes unidades temáticas, modulando los contenidos en función de la edad de los participantes y las necesidades derivadas del contexto del adolescente: pubertad y figura corporal; fisiología y anatomía genital; identidad sexual y rol de género; adolescencia y relaciones interpersonales: familia, grupo de iguales, mejor amigo; enamoramiento, deseo y atracción; conducta sexual; anticoncepción y aborto; ETS; VIH/SIDA; violencia sexual y habilidades de relación y comunicación.

- *Metodología.* La información por si sola no es suficiente para poder cambiar la conducta. Los programas que utilizan la dramatización, los juegos, talleres y los ejercicios que refuercen su habilidad de comunicación han mostrado ser más efectivos que aquellos que recurren a la mera exposición de información.

- *¿Quién debe impartir la educación sexual?* Los resultados de la investigación indican que los programas impartidos por expertos son más efectivos a la hora de impartir información objetiva y conseguir que los estudiantes se impliquen en actividades en el aula, que el uso de voluntarios o líderes entre los iguales. Por su parte, el uso de pares o líderes entre iguales ha demostrado tener más éxito en el establecimiento de normas y actitudes asociadas con la adopción de conductas preventivas y para manejar las relaciones entre iguales. Por el contrario, se ha observado que el uso de personal voluntario es el menos eficaz. Esto se explica por el agotamiento que produce en el educador una tarea repetitiva y compleja, que puede despertar reacciones negativas en los padres y el profesorado y para la que es necesario disponer de habilidades pedagógicas y psicológicas así como formativas muy específicas (Ubillos, 2002).

- *¿Deben participar los padres?* Como ya se ha señalado, sabemos que la comunicación frecuente, abierta y positiva entre padres e hijos se relaciona positivamente con una iniciación sexual más saludable. La educación sexual en las aulas puede incorporar a los padres en su programa de actividades a fin de aunar esfuerzos y objetivos. Lo que no signifique que sea imprescindible.

La educación sexual orientada a la prevención de los riesgos de la sexualidad tiene como fin la promoción de una sexualidad saludable, que afronte con éxito la posibilidad de un embarazo no deseado, la transmisión del VIH-SIDA y otras ETS, así como la prevención de patologías ginecológicas. Practicar el sexo seguro supone ser capaz de llevar a cabo una serie de comportamientos en torno a la propia vida sexual.

Todas las medidas incluidas en esta estrategia son igualmente importantes para mantener un comportamiento sexual de no riesgo. Éstas son:

- Mantener relaciones sexuales sin penetración (petting).
- Uso sistemático de un preservativo en toda relación coital. Uso combinado de crema lubricante y preservativo en las prácticas coitales anales.
- Prueba del VIH siempre que se tengan dudas o en relaciones de pareja estable: cuando se desea cambiar a un método anticonceptivo diferente del preservativo (p. e., la píldora) y uno de los dos o ambos han mantenido relaciones sexuales coitales desprotegidas.
- Revisión ginecológica anual (para las chicas). Además, ante un cambio de pareja, una relación sexual desprotegida y/ o cualquier indicio de ETS.

Llevar a cabo de forma efectiva cada uno de estos comportamientos requiere de unos conocimientos o unidades de información mínimos. Por ejemplo, difícilmente se pensará en el sexo sin penetración o petting como un comportamiento sexual placentero si se desconoce la respuesta sexual humana femenina y masculina y el destacado papel del clítoris en la satisfacción y obtención del orgasmo en las mujeres.

Pero las necesidades no son únicamente de orden informativo. Es más, la información sobre sexualidad a menudo está marcada por aspectos actitudinales, de tal forma que una persona llega a escuchar sólo aquello que le confirma en su opinión (Páez y Sánchez, 2001). Un claro ejemplo es la asociación que numerosos estudios han observado entre homofobia y menor percepción de vulnerabilidad al VIH/SIDA en varones: al considerar el SIDA una ‘enfermedad gay’ al tiempo que se rechaza al colectivo homosexual, la persona se desasimila del problema, no lo percibe cercano ni real, y por tanto no verá la necesidad de protegerse.

Con todo, el comportamiento sexual de riesgo es siempre una conducta entre dos personas, al menos, por tanto se trata de un riesgo relacional. La investigación ha destacado como factor fundamental en la prevención de los riesgos de la sexualidad las habilidades de comunicación con la pareja (Cáceres y Escudero, 1994; Wight, 1992). Sería interesante que los programas orientados a este objetivo planificaran actividades que fomenten las habilidades de comunicación, sin olvidar que las negociaciones en un encuentro sexual entre adolescentes lo son, en su mayoría, entre dos personas que comparten sentimientos de atracción, simpatía, enamoramiento, a veces dependencia, celos, etc.

A modo de orientación y ejemplo, en la siguiente tabla se presenta una propuesta de las autoras acerca de la información a transmitir, las posibles actitudes a tener en cuenta y las dificultades asociadas a las habilidades relacionales que se pueden presentar para la adecuada puesta en práctica de cada estrategia de prevención.

Tabla 4. Educación Sexual para la Prevención de los Riesgos de la Sexualidad

<b>Comportamiento sexual preventivo</b>	<b>Información</b>	<b>Actitudes</b>	<b>Habilidades relacionales</b>
<i>Sexo sin penetración (petting).</i>	Anatomía y Fisiología genital. Respuesta sexual. Masturbación femenina y masculina.	Identificación coito y sexo completo, sexo adulto y entrega amorosa. Chicas: creencia que el amor protege.	Negociación y comunicación con la pareja sexual. Roles de género. Varones: presión de los amigos, dificultad para decir no.
<i>Uso de un preservativo en toda relación coital.</i>	Normas de utilización del preservativo: Dónde adquirirlos, dónde transportarlos, dónde guardarlos, cómo usarlos, garantías de buen estado y calidad. Qué hacer en caso de rotura.	Costes y beneficios del uso del preservativo: Asociación entre preservativo y promiscuidad, disminución de placer, del romanticismo y de la espontaneidad. Creencia que el amor protege.	Negociación y comunicación: En la adquisición. Con la pareja sexual. Roles de género. Chicas: método masculino; asociado a promiscuidad sexual. Manejo del preservativo.
<i>Prueba del VIH.</i>	Dónde realizarla cuándo y por qué Confidencialidad. Tiempo en obtener resultados. Precio.	Estigmatización de la persona con VIH / SIDA. Asociación entre prueba del VIH y promiscuidad, consumo de drogas, homosexualidad. Asociación SIDA-muerte	Negociación en la solicitud de la prueba. Negociación y comunicación con la pareja sexual. Manejo de los celos: reconocimiento del pasado sexual.
<i>Revisión ginecológica anual (para las chicas)</i>	Dónde realizarla cuándo y por qué. Confidencialidad. Tiempo en obtener resultados. Precio.	Rechazo a hacer pública la conducta sexual, por temor a la familia o al grupo de iguales. No reconocimiento de ser sexualmente activa.	Negociación en la solicitud de la revisión. Labilidad de las relaciones amorosas. Comunicación con la familia, si fuera necesario.

Fuente: Elaboración de las autoras

Además de esta propuesta sobre las conductas sexuales preventivas, los estudios que han examinado las teorías o modelos psico-sociales que se han aplicado para predecir la adopción de conductas sexuales de riesgo han dado lugar a una serie de aportaciones teóricas y empíricas de gran utilidad y eficacia para diseñar programas de educación sexual. Si el objetivo de estas intervenciones educativas es que la comunicación suscite cambios comportamentales preventivos, se deberían tener en cuenta las siguientes consideraciones (Páez et al., 1994; Ubillós, 2001):

1. La información correcta no está asociada con la conducta preventiva, pero es posible que ejerza un efecto indirecto sobre ella.
2. La información correcta y las creencias incorrectas corresponden a dos dimensiones diferentes.
3. La percepción de gravedad de las consecuencias derivadas de las conductas sexuales de riesgo tiene baja capacidad de explicar y predecir la conducta preventiva porque es homogéneamente alta.
4. El riesgo percibido de embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA parece tener una relación consistente pero baja con la conducta de riesgo, es decir muestra validez convergente, sin embargo tiene poca validez predictiva ya que no se asocia con la conducta preventiva.
5. La ilusión de invulnerabilidad o la tendencia a percibir que uno tiene menos riesgo de experimentar acontecimientos negativos es una creencia normal y común en las personas. Por tanto, las creencias deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo esta ilusión de invulnerabilidad.
6. Los costes y beneficios percibidos del uso de contraceptivos se han asociado de forma consistente pero baja con la conducta preventiva.
7. La norma subjetiva, que indica hasta qué punto la persona podría obtener la aprobación o desaprobación de los otros significativos al realizar o no el comportamiento, tiene menos importancia que la actitud propia y la actitud de la pareja hacia el uso del preservativo. A su vez, ambas son más explicativas que el riesgo percibido y los costes-beneficios.
8. Las normas descriptivas, que se refieren a la frecuencia percibida de uso del preservativo por parte de las personas similares a uno, son las que presentan las correlaciones significativamente más altas con el uso del preservativo probablemente porque lo que se percibe que la gente hace es más ‘válido’ o ‘real’ que lo que se percibe que la gente dice que hay que hacer.
9. La relación entre la intención de conducta y el comportamiento en el uso del preservativo es media-alta.
10. Tanto el control percibido o la percepción de los obstáculos internos y externos o situacionales para realizar la conducta como la autoeficacia, que se refiere a la propia capacidad para realizar una acción, presentan una relación media con la conducta, por lo que son variables predictoras importantes.
11. La ilusión de control (tendencia a tener una visión optimista de la capacidad de controlar las situaciones de intimidación sexual) disminuye la probabilidad de uso del preservativo.
12. La adopción de habilidades de comunicación con la pareja es la variable que se ha mostrado más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH / SIDA, las actitudes positivas hacia el uso del preservativo y adecuados niveles de percepción de riesgo y de control redunden en cambios en la conducta sexual.
13. La experiencia anterior en el uso del preservativo parece ser un determinante importante de la conducta de no riesgo.
14. El disponer y llevar preservativos son dos comportamientos preparatorios que han mostrado una fuerte asociación con la conducta preventiva. Es decir, la planificación aumenta la probabilidad de uso del preservativo.

15. Aunque cada vez más jóvenes mantienen relaciones sexuales dentro de un escenario hedónico, el escenario romántico consumado es el más normativo, frecuente y deseado. En este sentido, un aspecto de la prevención es tomar conciencia de la asociación entre la ilusión de invulnerabilidad y la ilusión de control dentro del escenario prototípico romántico, ya que la presencia de un sentimiento amoroso provoca una sensación de confianza. Modificar estas creencias parece difícil ya que el cambio entra en contradicción con nuestra representación colectiva del amor romántico consumado, y no sólo con las representaciones pasionales o hedónicas del amor.

De todas estas aportaciones, se derivan las siguientes propuestas de actuación para diseñar programas de educación sexual:

1. Además de la transmisión de conocimientos correctos, es necesario modificar las creencias incorrectas sobre la transmisión para que la gente sea capaz de interpretar, asimilar y usar la información científica sobre los modos de transmisión y valorar correctamente su riesgo.
2. El riesgo y los costes / beneficios percibidos deben ser un foco secundario de los programas de educación sexual, por su menor capacidad predictiva. La educación debe orientarse antes que nada a un cambio de normas descriptivas, de actitudes y de intención de conducta. La educación sexual deberá fomentar la disminución de la norma descriptiva hacia las conductas de riesgo, hacer tomar conciencia de la norma subjetiva real más favorable hacia las conductas preventivas, así como dar a conocer los fenómenos que caracterizan a la norma social (la tendencia a proyectar las características negativas y subestimar la frecuencia de las positivas) y alentar la intención de uso del preservativo.
3. Las intervenciones prácticas se deben dirigir a la disminución de la ilusión de control, a la adquisición de habilidades sociales, de asertividad y afrontamiento del estrés.
4. Los programas de educación sexual deberían potenciar especialmente la adopción de habilidades de comunicación con la pareja. No obstante, la comunicación sobre estos temas debe tratar específicamente sobre la utilización del preservativo y no sobre cuestiones generales de prevención sexual ya que es la que permite que las parejas lleguen a acuerdos específicos que hacen factible su utilización.
5. Una de las tareas claves de los programas es entender cómo la experiencia pasada regula la acción futura y diseñar intervenciones que puedan imitar o modelar los efectos del uso previo del preservativo entre los no usuarios y usuarios esporádicos.
6. Las campañas de prevención, teniendo en cuenta que la conducta sexual de los jóvenes es improvisada y con un nivel de estrés medio, deberían proponer medidas realistas y adecuadas a los sujetos diana: que no impliquen una fuerte capacidad de auto-control y planificación, como es la realización de comportamientos preparatorios (p. e., llevar preservativos o tener fácil acceso a las máquinas de preservativos en lugares de diversión y ligue). Las campañas deberían actuar sobre elementos situacionales: precios subvencionados para los preservativos, lugares donde comprar métodos contraceptivos de forma discreta y mensajes consistentes de las autoridades sanitarias respaldando la utilización de preservativos.
7. Insistir en el uso del preservativo como muestra de confianza y de protección es un mecanismo eficaz para incrementar su uso, no sólo en las relaciones pasionales, sino también en las relaciones románticas consumadas. Además, habrá que examinar y

cuestionar las conductas alternativas de prevención, particularmente la selección de parejas ‘normales’ diferentes del prototipo implícito de persona de riesgo.

### ***Educación Sexual Informal***

La educación sexual no formal es el papel que ocupan los padres y los amigos como agentes de información sexual de los adolescentes.

Obtener una buena información sobre sexualidad es sin duda uno de los elementos fundamentales de la educación sexual adolescente. ¿Desde qué fuentes se informan mayoritariamente los adolescentes? Los estudios realizados en España indican que son principalmente fuentes no formales (los amigos, la TV y la familia) las principales vías de información sobre sexualidad, y ello a pesar de que, como ya hemos comentado, en los últimos años se ha incrementado notablemente el porcentaje de jóvenes que reciben programas de educación sexual en el aula (Ubillos y Mayordomo, 2003).

#### *Los Padres*

Pese a la importancia concedida a la familia, especialmente a los padres, en la educación sexual de sus hijos adolescentes, los resultados de la investigación indican que la comunicación sobre sexualidad en las familias es escasa, los padres comunican poco, se sienten incómodos hablando del tema y se auto-perciben como poco preparados. En España, un 42% de los adolescentes entre los 18 y 19 años declara que la familia es una de sus fuentes de información principales (Ubillos y Mayordomo, 2003).

Los estudios señalan igualmente que una comunicación frecuente, abierta y positiva entre padres e hijos sobre sexualidad se asocia a una iniciación sexual más tardía y a un menor número de parejas sexuales, así como a un uso más consistente de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos, especialmente en el caso de las hijas (Miller et al., 2001).

Por otra parte, se observa que es la madre la principal transmisora de información sobre sexualidad, sobre todo en temas como la menstruación, el embarazo y los métodos anticonceptivos, y especialmente con sus hijas. Igualmente, se ha observado que los padres de ambos sexos se comunican más con las hijas que con los hijos varones.

En un estudio acerca del contenido de la comunicación entre padres e hijos en materia de sexualidad (Rosenthal et al., 1998) se investigó la frecuencia e importancia de la comunicación en la familia sobre 20 temas. Estos se podían agrupar en cuatro: madurez reproductiva y aspectos sociales, prevención de los riesgos de la sexualidad, comportamiento sexual relacional y sexualidad solitaria. Los resultados indicaron que el tema de conversación más habitual y más valorado era la prevención de los riesgos de la sexualidad, seguido por el tema del desarrollo puberal y aspectos sociales de la sexualidad. Los datos revelaron un efecto de género de tal forma que la diada que establecía más comunicación, tanto en el número de temas tratados como en la importancia considerada, fue la madre y la hija. Las autoras concluyen que la comunicación sobre sexo en casa en esta muestra era escasa, limitada a los aspectos reproductivos y preventivos, sostenida por la madre y privilegiando a la hija.

### *Los Amigos y Amigas*

Los adolescentes prefieren a sus iguales como fuentes de información sobre sexualidad, se sienten más cómodos hablando de sexo con sus amigos y amigas y confían sus experiencias sexuales a personas de su misma edad con más facilidad que a sus padres o personas adultas (Rice, 2000). Por ejemplo, en España, el 75% de una muestra representativa de jóvenes entre los 18 y 19 años afirma que sus amigos/as son su principal fuente de información (Ubillos y Mayordomo, 2003).

También, se ha observado un efecto del género en cuanto al contenido de la información, de tal forma que entre las chicas predomina la comunicación sobre aspectos reproductivos, de salud sexual y afectivos, mientras que la comunicación sobre la experiencia, el placer y la anatomía genital son más comunes en los grupos de chicos (Rosenthal et al., 1998).

### ***Práctica sobre el Uso del Preservativo***

Mediante la escala que se presenta en esta práctica se evalúan las creencias o expectativas asociadas al uso del preservativo, es decir, se trata de identificar lo que una persona piensa en torno al preservativo. Se miden dos dimensiones: a) las ventajas del preservativo o los ‘beneficios’ que se perciben por su utilización; y, b) las desventajas del preservativo o ‘costes’ que se perciben por su uso. La escala en su conjunto está formada por 33 afirmaciones (items) sobre el preservativo, 19 se refieren a los ‘costes’ (p. e., ‘no siempre se tienen a mano’) y los 14 restantes aluden a los ‘beneficios’ (p. e., ‘previenen el SIDA’).

### *Escala del Preservativo (Ubillos, 1995)*

A continuación, señala tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes características relacionadas con los preservativos.

Responde marcando con un círculo o con una x el número de la escala que mejor refleje tu respuesta, es decir tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

1= Totalmente en desacuerdo; 2= Muy en desacuerdo; 3= En desacuerdo; 4= De Acuerdo; 5= Muy de acuerdo; 6= Totalmente de acuerdo.

#### **LOS PRESERVATIVOS:**

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Previenen el embarazo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2.- No siempre se tienen a mano.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3.- Hay que saber dónde comprarlo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4.- Engorroso, incómodo, complicado de usar.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5.- Tranquilizan y dan seguridad en la relación.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6.- Crea dudas en el otro acerca de tu estado de salud.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7.- Pueden estar defectuosos.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8.- Sin efectos negativos, no tienen contraindicaciones.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9.- Rompen con el romanticismo de la situación.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10.- Es fácil tenerlo encima, es fácil tenerlo a mano.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11.- Me posibilita tener relaciones con varias personas sin tener riesgo.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12.- Interrumpe el acto sexual.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13.- Da corte comentar que hay que "ponerlo".  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14.- No es natural, es artificial.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15.- Son baratos.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16.- Previenen de enfermedades de transmisión sexual.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17.- Disminuye el placer.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18.- Me siento incómodo culpable de andar con ellos todo el tiempo.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19.- Son fáciles de obtener.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20.- Es inseguro, hay dudas de su eficacia.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21.- Es higiénico.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22.- Hay que depender de él, hay que pensar en tenerlo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23.- Me preocupa que lo encuentren en mi casa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24.- Son sencillos y fáciles de utilizar.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25.- Se rompen fácilmente, son frágiles.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26.- Su colocación es un juego erótico más.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27.- Me da vergüenza comprarlo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28.- Si los tienes crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29.- Los chicos que los tienen dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30.- Hay que saber usarlo, ponérselo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31.- Se utilizan sólo en el momento de la relación sexual.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32.- Previenen del SIDA.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33.- No hace falta ir al médico.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

### **Claves de Corrección**

Para obtener la puntuación de la persona en la dimensión de 'costes' se sumarán los 19 ítems siguientes: 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29 y 30. Para obtener la puntuación en la dimensión de 'beneficios' se sumarán los ítems siguientes: 1, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 31, 32 y 33.

Las puntuaciones obtenidas una vez efectuadas las sumas anteriores se interpretan del siguiente modo.

En el caso de los 'costes':

1. Si ha obtenido una puntuación mayor o igual que 72 significa que considera que el uso del preservativo lleva asociado un gran número de consecuencias negativas. En este caso, la persona mantiene unas expectativas o creencias menos positivas hacia el preservativo que el 70% de una muestra normativa de estudiantes españoles.
2. Si ha obtenido una puntuación menor o igual que 63 significa que percibe pocas consecuencias negativas derivadas de su utilización. Por tanto, la persona mantiene expectativas o creencias más positivas hacia el preservativo que el 70% de una muestra normativa de estudiantes españoles.
3. La aplicación de un programa de educación sexual consigue mejorar la percepción de costes de uso del preservativo. De forma que una muestra normativa de estudiantes españoles pasa de obtener una puntuación de 66 antes de aplicar el programa a una de 62 puntos después de realizarlo.

Por lo que se refiere a los "beneficios":

1. Si ha obtenido una puntuación mayor o igual que 67 significa que estima que la utilización del preservativo tiene un gran número de consecuencias positivas. Por tanto, la persona mantiene unas expectativas o creencias más positivas hacia el preservativo que el 70% de una muestra normativa de estudiantes españoles.
2. En cambio, si ha obtenido una puntuación menor o igual que 58 refleja que percibe pocas ventajas derivadas del uso del preservativo. En este caso, la persona mantiene unas expectativas o creencias menos positivas hacia el preservativo que el 70% de una muestra normativa de estudiantes españoles.
3. La aplicación de un programa de educación sexual consigue mejorar la percepción de beneficios de uso del preservativo. De forma que una muestra normativa de estudiantes españoles pasa de obtener una puntuación de 64 a una de 70 puntos.

## Resumen

- ✓ La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta que comienza alrededor de los doce años y termina a los 20.
- ✓ La adolescencia es un periodo formativo de la identidad y la experiencia de estos años tiende a sobre-recordarse y a constituir la base sobre la que se forma el bagaje cultural de la persona.
- ✓ En esta etapa se desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de razonamiento hipotético-deductivo
- ✓ Los adolescentes presentan, según algunos autores, de forma más marcada, tendencias o sesgos egocéntricos: el sesgo de falsa unicidad (creerse especial en habilidades), el sesgo de falso consenso (sobrestimar los pares que comparten nuestras creencias y opiniones) junto al chovinismo generacional (creer que sus opiniones son compartidas con los pares y muy diferentes de sus padres).
- ✓ En la adolescencia, la ilusión de invulnerabilidad no es específicamente más alta que en la etapa adulta.
- ✓ La adolescencia es una fase donde el conflicto familiar también es minoritario.
- ✓ La influencia parental decrece y aumenta la del grupo de pares, aunque la mayoría de los adolescentes continúan mostrando un fuerte apego a sus padres.
- ✓ Los grupos de amistades tienden a ser más cohesivos e igualitarios en las chicas y más jerárquicos y menos cohesionados en los chicos. La idea de que la presión social influye para que los adolescentes realicen actividades sexuales de riesgo o se inicien sexualmente antes de lo que ellos deseen parece ser válida sólo para una minoría.
- ✓ La mayoría de los adolescentes cometen delitos menores o conductas sociales desviantes menores, pero se convierten en adultos bien adaptados.
- ✓ Existe una subcultura adolescente trasgresora poco extrema. La realización de actividades de trasgresión se asocia a una mayor actividad sexual. También se reconoce la existencia de una subcultura criminal que afecta a un número minoritario de adolescentes.
- ✓ La debilidad de los lazos familiares y escolares se asocian a la implicación en ambos tipos de subculturas.
- ✓ Un mayor conflicto entre padres y adolescentes, más conductas desviantes y la mayor alteración afectiva se ha asociado a las culturas modernas, complejas e individualistas. La menor supervisión adulta puede hacer que los adolescentes estén más sujetos a las presiones de los pares y exploren mayor número de conductas alternativas.
- ✓ La mayoría de los adolescentes se declara heterosexual. Las ocasionales relaciones homosexuales son relativamente comunes, aunque no determinan una eventual orientación sexual.

- ✓ El auto-erotismo es el comportamiento más común en la adolescencia, aunque hay más personas que declaran masturbarse que personas que tienen una actitud favorable ante ella. Se han constatado diferencias de género sobre la práctica masturbatoria: ésta es menos frecuente y más tardía entre las mujeres. Además, para la mayoría de los adolescentes masculinos, el auto-erotismo precede al hetero-erotismo. En cambio, en las chicas la masturbación es posterior al primer beso.
- ✓ La transición a la hetero-sexualidad se da entre los chicos mediante la integración de las chicas en sus grupos de pares, mientras que los grupos de chicas son más igualitarios, flexibles y cohesionados.
- ✓ El aumento de relaciones sexuales prematrimoniales y una actitud predominantemente positiva hacia ellas, una disminución del doble patrón y de las diferencias de actividad entre hombres y mujeres, así como un estancamiento o reducción de la frecuencia y variedad de la actividad sexual en la adolescencia, han sido modelos de evolución comunes en los países occidentales. La monogamia serial es la pauta dominante en esta etapa de la vida.
- ✓ Los hombres se inician más temprano y manifiestan mayor número de parejas. Las mujeres se inician con hombres de mayor edad que ellas, tienen menos parejas, pero de mayor duración y con menos intervalo sin pareja íntima que los chicos.
- ✓ Aunque el porcentaje de chicas que consideran el amor un pre-requisito de las relaciones sexuales es algo superior al de los chicos, ambos sexos comparten la importancia del amor.
- ✓ La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales ha disminuido, especialmente entre las chicas, situándose la media en torno a los 18 años. España va convergiendo con los países occidentales en la edad de inicio coital.
- ✓ Los predictores generales de una edad temprana de iniciación sexual son una pubertad temprana, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la poca escolaridad, la pertenencia a clases populares y a una familia monoparental. Los valores tradicionales y una fuerte orientación religiosa eran factores asociados con una edad tardía de inicio de relaciones sexuales.
- ✓ La educación sexual en la adolescencia es una necesidad, por su relevancia en el proceso de transición a la vida adulta.
- ✓ La educación sexual formal ha aumentado en los últimos años, pero continúa siendo escasa, a pesar de que ha demostrado su efectividad en la prevención de los riesgos para la salud del comportamiento sexual adolescente.
- ✓ Es importante que los programas de educación sexual dirigidos a los adolescentes tengan en cuenta la promoción de comportamientos sexuales de no riesgo, la prevención del VIH / SIDA, de los embarazos no deseados y de otros riesgos para la salud.
- ✓ Los programas de educación sexual orientados a la prevención de los riesgos de la sexualidad, además de transmitir información deben fomentar el cambio de actitudes y el desarrollo de habilidades relacionales y de comunicación.