

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN RELACION AL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y CONTRACEPTIVO DE LOS JOVENES¹

JAVIER GÓMEZ ZAPIAIN, PILAR IBACETA,
FELI MUÑOZ Y ESTHER PARDO

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibersitatea

Resumen

En este estudio presentamos la aplicación de la Teoría de la *Autoeficacia percibida*, propuesto por Bandura, al campo del comportamiento sexual y contraceptivo. La autoeficacia contraceptiva permite analizar la percepción de eficacia respecto a los comportamientos sexuales y contraceptivos que evitan riesgo. En la medida en que una persona sea capaz de comprender y aceptar las relaciones sexuales antes de que estas ocurran, en esa misma medida se podrán poner en acción comportamientos sexuales que evitan riesgos, preservando así un acceso saludable a la experiencia sexual. Estudiamos también la mediación de la actitud hacia la sexualidad, partiendo del apoyo empírico de investigaciones precedentes, en el sentido de que la actitud positiva permite aceptarse a sí mismo-a como sexualmente activo y por tanto más autoeficaz. Los resultados que presentamos apoyan las hipótesis y sugieren formas concretas de intervención en educación sexual.

Palabras clave: Autoeficacia, Actitud, Comportamiento sexual adolescente y juvenil, Contracepción, Educación sexual.

Abstract

In this study we introduce the application of the Theory of Self-Efficacy perceived, proposed by Bandura in the area of sexual and contraceptive behaviour. Contraceptive Self-Efficacy permits an analysis of the perception of efficacy in relation to the sexual and contraceptive behaviour of the young that avoid risks. The extent to which a person is able to understand and to accept sexual relationships before these take place, relates similarly to the way he/she will be able to put into practice sexual behaviour in such a way that avoid risks, thus preserving a healthy attitude to sexual experience. We also studied the measurement of the attitude towards sexuality, beginning with the empiric basis of preceding research in the sense that the positive attitude permits self-acceptance as sexually active and therefore more self-efficacy. The results that we present support the hypothesis and they suggest specific ways of intervention in sexual education.

Key words: Self efficacy, Attitudes, Adolescent psychosexual behavior, Contraception.

Este estudio parte de nuestra experiencia en el campo del comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes (Gómez Zapiain, J. 1991, 1992) sobre todo en la actividad directa de atención a mujeres adolescentes que solicitaban asesoramiento sobre interrupción voluntaria del embarazo, en el entorno de un centro de planificación familiar.

¹ Este trabajo se recibió y fué aceptado en diciembre de 1993.

Una de las contradicciones más evidentes que se dan en estos casos es que la mayoría de las jóvenes embarazadas que mantenían relaciones sexuales coitales con relativa frecuencia, no utilizaban métodos anticonceptivos fiables y al mismo tiempo afirmaban no haberse planteado anteriormente el uso de los mismos. En esta situación, el nivel de conocimientos sobre sexualidad y contracepción es relativamente irrelevante, tal y como afirman muchas de las investigaciones en este sentido y que nosotros mismos replicamos (Gómez Zapiain, 1993).

El interés de este trabajo radica fundamentalmente en la prevención, por ello quisimos estudiar en que medida personas sexualmente activas, o aquellas que están en vías de serlo son capaces de afrontar una situación de riesgo, en este caso el embarazo no deseado.

Nos basamos en el marco teórico de la autoeficacia percibida, propuesto por Bandura (1980), para tratar de explicar que la prevención del riesgo, en este caso del embarazo no deseado, dependerá de la medida en que una persona se perciba a sí misma como capaz de controlarlo.

La teoría de la Autoeficacia ha sido utilizada por Bandura y sus colaboradores para explicar motivaciones sobre un comportamiento generalmente disfuncional que persiste a pesar del deseo de cambio (Bandura, Adams, Hardi y Howels, 1.980; Mac Alister, Perry y Maccoby, 1.979; Rosenthal y Bandura, 1978). Según Bandura, cuando una persona actúa en su medio, esta acción no depende solamente de los conocimientos que se tengan sobre tal acción, ni de las capacidades que se posean para ejecutarla, sino de cómo se perciba la propia eficacia, que es diferente de las capacidades y los conocimientos. Las personas regulan su comportamiento a través de criterios internos y de reacciones autoevaluatoras. La percepción de eficacia implica una capacidad en la que es necesario integrar las subcompetencias cognitivas, sociales y comportamentales en líneas de acción, a fin de conseguir distintos propósitos. Bandura define el concepto de autoeficacia percibida, *"como los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Por tanto el concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos"* (Bandura, 1.977).

Planteadas así las cosas y aplicando el concepto de "Autoeficacia percibida" al campo que nos ocupa, mantenemos la hipótesis de que aquellas personas que se perciban más capaces de controlar su propio comportamiento, correrán menor riesgo porque serán más eficaces en prevenirlo. El término "control" no lo utilizamos en el sentido restrictivo del mismo, sino como capacidad de autorregulación. El objetivo del comportamiento sexual y contraceptivo consiste, en términos de salud sexual, en tener experiencias sexuales satisfactorias, evitando el riesgo de embarazo no deseado. Para ello o bien se utilizan métodos anticonceptivos eficaces, o bien se mantienen relaciones sexuales no coitales.

Desde este punto de vista teórico, observamos cómo la posibilidad de poder anticipar la propia actividad sexual, en nuestro entorno cultural, es francamente difícil. Algunos indicadores sociales que corroboran esta dificultad son, por ejemplo, la parcial tabuización del sexo (tabuización de lo íntimo-individual, exageración-utilización de lo sexual-social-comercial); el no reconocimiento de la sexualidad de los jóvenes, que dificulta el acceso a recursos sanitarios y educativos; las dificultades respecto al rol tradicional que, sin duda, afectan más a las mujeres. En este sentido, el comportamiento sexual en nuestra cultura está repleto de falsas creencias y mitos, algunos de los cuales incrementan el riesgo de embarazos no deseados. Apreciamos diferencias de género en este sentido. La expectativa de los hombres respecto al comportamiento sexual se centra en el coito sin que se perciba ninguna otra alternativa, algo que incluso está incluido en el script cognitivo (Fernández Sánchez- Barbudo, M., 1989). Por ello, las mujeres se verán expuestas a una sobrepresión cultural respecto al coito, situación que es particularmente importante en aquellas que se inician. La mayoría de las investigaciones sobre

comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes indican que se da un período de desfase entre el inicio del comportamiento sexual y el comienzo del uso de los métodos anticonceptivos (Chilman, 1973; Hatcher, 1976; Miller, 1976; Shah, Zelnik y Kantner, 1975; Sorenson, 1973), por lo tanto, un período de actividad sexual sin protección, es decir de alto riesgo.

Un antecedente en la investigación del comportamiento sexual y contraceptivo relacionado con la autoeficacia percibida lo encontramos en Levinson. Esta autora desarrolló la escala Contraceptive Self-Efficacy (C.S.E.) (Levinson, R.A., 1986), que ha sido utilizada por nosotros en el presente estudio. Dedujo del análisis de los datos aportados por su escala, cuatro factores relacionados con el riesgo de embarazo no deseado:

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

Levinson encontró que los dos primeros factores estaban relacionados significativamente con la eficacia del método. Encontró también que los factores b, c y d se relacionaban negativamente con las situaciones en la que se daban coitos no protegidos.

Por otro lado encontró que entre las mujeres que tenían gran facilidad para la excitación sexual, había un grupo significativo de ellas, que se relacionaban con la frecuencia de coito y con situaciones de coito no protegido. Estas relaciones sugieren que algunos-as jóvenes que tienen facilidad para la excitación y que disfrutan de la actividad sexual, tienen mayor riesgo de coito sin protección porque no se plantean su capacidad real de poder controlar la actividad sexual respecto al coito. Sin embargo, de entre estas, las jóvenes que piensan que deberían y que pueden ser responsables de su actividad sexual (las que se perciben autoeficaces), tienen mayor probabilidad de actuar consecuentemente, incluso bajo circunstancias adversas, considerando como adversas aquellas situaciones pasional y emocionalmente elevadas. Las jóvenes, a falta de esta convicción de autoeficacia, tienen menor probabilidad de persistir en aquellos comportamientos que son necesarios para evitar el coito sexual no protegido (Levinson, 1986).

Desde los planteamientos de la autoeficacia percibida el hecho de percibirse a sí misma como sexualmente activa en el caso de que se tenga experiencia sexual, o potencialmente, en el caso de que todavía no se tenga -factor a en Levinson-, puede considerarse como un predictor de riesgo, sin embargo esta relación debe ser matizada por otros factores ya que el comportamiento sexual humano es mucho más complejo. Entre estos factores queremos señalar la actitud hacia la sexualidad y los sentimientos de culpa sexual.

En efecto, tanto la actitud hacia la sexualidad como los sentimientos de culpa sexual, en tanto que predisposición al comportamiento sexual, tienen unos claros efectos (Gómez Zapiain, J. y Etxebarria, I., 1993). De entre estos, queremos destacar uno de ellos: Las personas con tendencia a una actitud negativa a la sexualidad (erotofobia), como aquellas con tendencia a sentimientos altos de culpa sexual, tienen la dificultad de aceptarse a sí mismos-as como sexualmente activos, tanto si tiene experiencia sexual, como si todavía no se tiene. Las personas sexualmente activas tienden a tener la dificultad de no poder aceptar y, por tanto, no poder anticipar, que pueden tener nuevas relaciones sexuales. Las personas que no tienen experiencia sexual tienen dificultades para aceptarse sexualmente activas en un futuro más o menos próximo. En ambos casos esta dificultad impedirá plantearse seriamente el interés y la necesidad de adiestrarse en las estrategias que eviten el riesgo, como el uso eficaz de métodos anticonceptivos, o el planteamiento de relaciones no coitales. Estas previsiones están avaladas por Fisher y Byrne (Fisher, Byrne y White, 1983), entre otros. A través de una serie

de estudios, se observa que las mujeres jóvenes que veían positivamente una variedad de estímulos sexuales, (erotofílicas) eran más tendentes a anticipar el coito, a aprender información contraceptiva relevante, a adquirir anticonceptivos, a discutir temas sexuales y a usar anticonceptivos, que sus compañeras que veían de forma más negativa los estímulos sexuales (erotofóbicas) (Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988). Resultados similares se han obtenido en las investigaciones relacionadas con los sentimientos de culpa sexual. (Mosher, 1973; Upchurch, 1978).

Habiendo observado que el hecho de que aceptarse a sí mismo-a como sexualmente activo-a, o potencialmente activo-a, en caso de no tener todavía experiencia sexual, era un predictor de riesgo al cual han llegado los investigadores de ambos campos, nos planteamos qué relación existe entre la actitud hacia la sexualidad, la autoeficacia contraceptiva y la experiencia sexual.

En este sentido planteamos las siguientes hipótesis: a) Las mujeres que tienden a la erotofilia tenderán también a ser más autoeficaces. b) Las mujeres que, sin experiencia sexual coital, tiendan a la erotofilia tenderán también a ser más autoeficaces. c) Las mujeres sexualmente activas que tienden a ser más autoeficaces utilizarán métodos anticonceptivos más seguros.

Respecto a la primera hipótesis pensamos que la erotofilia permite aceptar mejor la propia sexualidad y por tanto sentirse más autoeficaz. Respecto a la segunda, de confirmarse, avalaría la necesidad de plantearse que es necesario ofrecer a los-as adolescentes inexpertos-as formas de intervención en educación sexual que superen la mera información que, a todas luces, es insuficiente. Respecto a la tercera, en caso de cumplirse, denotaría que las personas más autoeficaces controlarían el riesgo usando de manera eficaz los métodos anticonceptivos.

Método

Esta Investigación se desarrolló en el ámbito de Guipúzcoa, la recogida de datos fue efectuada en Centros de Bachillerato, Formación Profesional, y Facultades Universitarias del Campus de Guipúzcoa.

Descripción de la muestra

Han participado en este estudio un total de 876 mujeres, escolarizadas y solteras comprendidas entre 16 y 25 años.

Procedimiento

En primer lugar se elaboró un Cuestionario General de Recogida de Datos, que incluía los siguientes instrumentos :

- 1.- Datos Sociodemográficos.
- 2.- Datos sobre el Comportamiento sexual y contraceptivo.
- 3.- Test de Actitud hacia la Sexualidad. (Gómez Zapiain, 1991)
- 4.- Escala de Autoeficacia Contraceptiva (Levinson, 1986).
- 5.- Escala Valoración Costes y Beneficios del Uso de Métodos Anticonceptivos (Condelli, 1986).
- 6.- Escala de Susceptibilidad al Embarazo (Gómez Zapiain, 1991).
- 7.- Escala de Conocimientos sobre Contracepción (Gómez Zapiain, 1991).

Este cuestionario general fue cumplimentado por grupos escolares y universitarios. En los niveles preuniversitarios, los cuestionarios se rellenaron de forma voluntaria en hora lectiva y en presencia de los entrevistadores que se prestaban a resolver cualquier duda. En los grupos

universitarios se explicaba colectivamente el motivo de la investigación y las características del cuestionario y se resolvían las posibles dudas. Los cuestionarios se entregaban de forma voluntaria en un gran buzón colocado en un lugar bien accesible de las respectivas facultades. En ambos grupos se garantizaba el anonimato.

Resultados

En una primera aproximación, encontramos que las mujeres que son sexualmente activas tienden a ser más autoeficaces que las que no lo son, Tabla 1.

TABLA 1.- T-TEST entre "Actividad sexual coital actual y "AUTOEFICACIA"

ACTIVIDAD SEXUAL COITAL ACT. AUTOEFICACIA CONTRACEPTIVA	FREC.	MEDIAS	Valor de T	PROB.
Grupo 1= No activas	579	40.47	-8.06	0.000
Grupo 2= Activas	295	44.17		

En el cuestionario de recogida general de datos, indicamos a las mujeres que no tenían experiencia sexual, que trataran de contestar al cuestionario de Autoeficacia poniéndose en la situación que sugiere cada ítem. Démonos cuenta de que a las mujeres no activas se les pide que imaginen y se posicionen ante una situación todavía no experimentada. Las sexualmente activas, sin embargo, tienen que expresar cómo perciben su capacidad de regular una situación sobre la que ya tienen experiencia.

En la Tabla 1 encontramos cómo las mujeres que no tienen experiencia sexual tienden a considerarse menos eficaces para manejar una situación sexual de riesgo, que las que sí tienen experiencia. La diferencia de medias es significativa. La experiencia sexual probablemente haga que se pueda percibir mejor las posibilidades reales de control y, por tanto, aumente la puntuación de autoeficacia en el grupo de las activas, independientemente de cual sea su actitud hacia la sexualidad.

Por otro lado debemos recordar que las mujeres sexualmente activas tienden a ser más erotofílicas (actitud positiva hacia la sexualidad) que las no activas (Gómez Zapiain, 1992). Según los resultados que vamos a explicar a continuación, se cumple la tendencia de que las erotofílicas son más autoeficaces. En nuestros datos las mujeres sexualmente activas tienden a ser más erotofílicas que las no activas y más autoeficaces que las no activas. A continuación veremos la relación entre la actividad sexual, la autoeficacia y la actitud hacia la sexualidad.

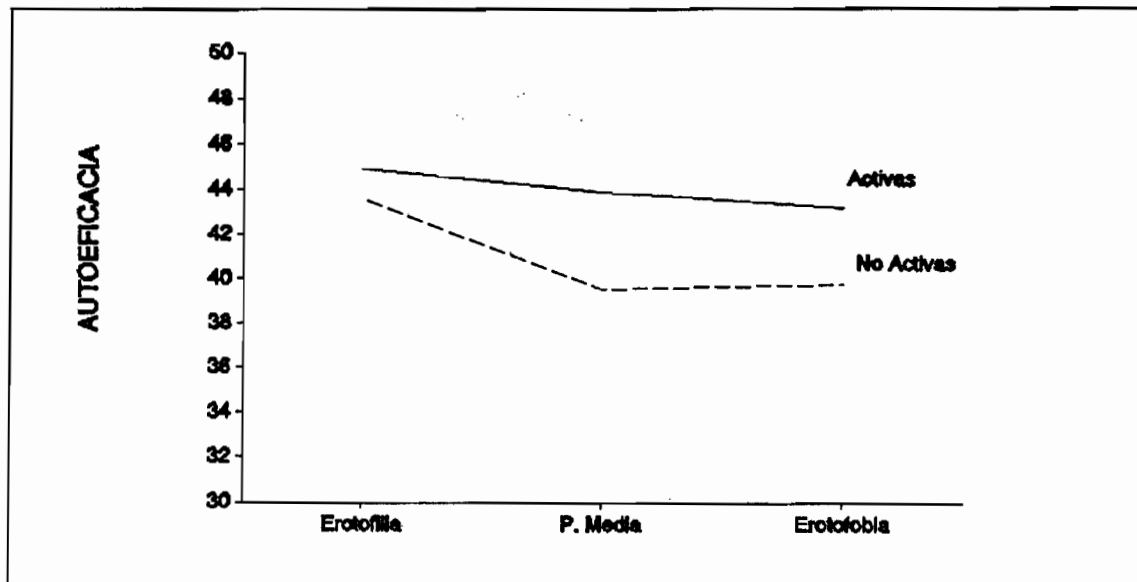
Para ello realizamos un ANOVA entre las tres variables siendo la "Autoeficacia" la variable dependiente y "Actividad Sexual Coital" y "Actitud hacia la Sexualidad" las independientes.

El Análisis de Varianza, cuyos resultados presentamos en la Tabla 2., indica que la "Autoeficacia Contraceptiva" (percepción de la capacidad de sentirse eficaz en una situación de riesgo de embarazo), está relacionada con la "Actitud hacia la Sexualidad" y con la "Actividad Sexual", ambas de forma significativa. Vemos como la interacción entre las variables independientes es tendencial (sig.= 0.065).

TABLA 2.- Análisis de Varianza entre "Autoeficacia Contraceptiva" y "Actividad Coital" y "Actitud hacia la sexualidad"

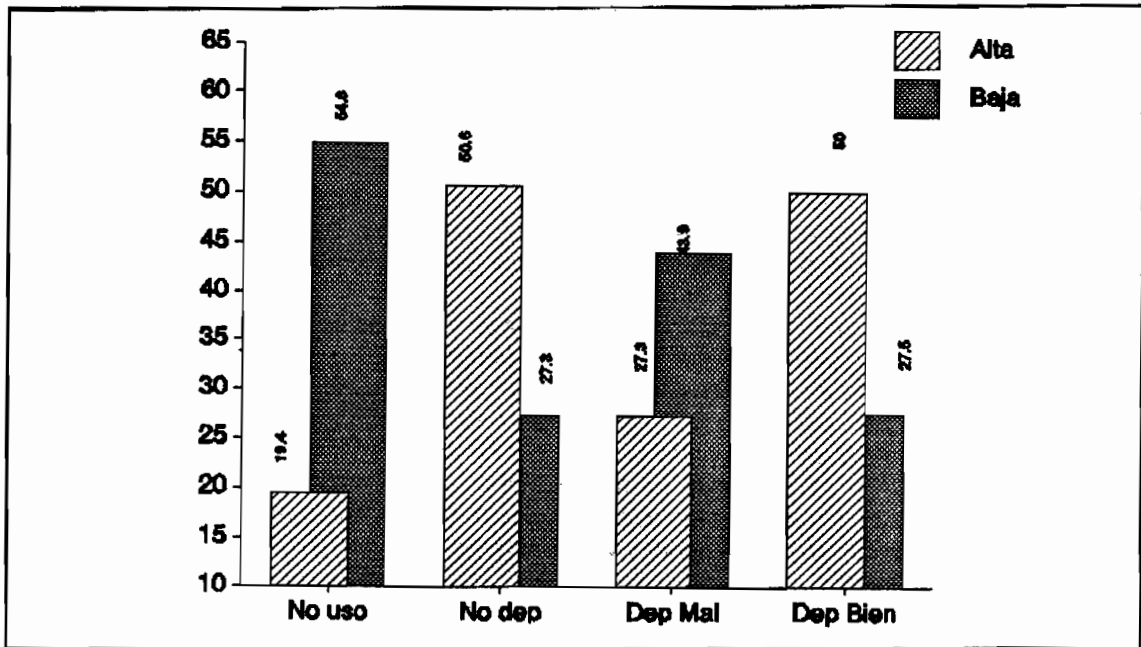
	N	\bar{X} (AUT)	F	SIG.
ACTIVIDAD COITAL				
Grupo 1= No activas	295	40.44	28.44	0.000
Grupo 2= Activas	295	44.14		
ACTITUD SEXUAL				
Grupo 1= EROTOFILICAS	203	44.42	8.52	0.000
Grupo 2= Punt. media	169	41.84		
Grupo 3= EROTOFÓBICAS	218	40.65		
INTERACCIÓN ACTIVIDAD-ACTITUD			2.73	0.065

Podemos afirmar que existen diferencias significativas entre Erotofóbicas y Erotofilicas en relación a la Autoeficacia. Se observa una cierta interacción que sin ser significativa, es tendencial. La gráfica 1 ilustra los datos comentados. Las erotofilicas tienden a ser más autoeficaces que las erotofóbicas, sin embargo, no hay mucha diferencia entre activas y no activas. No obstante, entre las erotofóbicas la diferencia es mayor. Las no activas se perciben como menos eficaces que las activas.



GRÁFICA 1.- ANOVA entre Autoeficacia, Actitud y Actividad Coital

Comparando las gráficas de las activas y no activas, éstas nos sugieren que la experiencia sexual influye en la autoeficacia, la interacción entre ambas no es significativa (gráfica 2.). Las erotofóbicas que tienen experiencia, coital se perciben como más capaces de controlar situaciones de riesgo, mientras que las erotofóbicas que no tienen experiencia se perciben como menos eficaces. Las mujeres sexualmente activas tienden a ser más autoeficaces y entre ellas las más erotofílicas tienden a serlo más que las erotofóbicas.



GRÁFICA 2.- Relación entre Autoeficacia y Uso de Métodos

La distribución en el gráfico del grupo de mujeres no activas sexualmente es de gran interés. De estas, el grupo que tiende a la erotofilia (actitud positiva hacia la sexualidad) se perciben a sí mismas como más eficaces a la hora de controlar una situación de riesgo, aún sin haber vivido esa experiencia. El grupo que tiende a la erotofobia se perciben claramente como menos autoeficaces. Las mujeres de este grupo estarían más desprotegidas respecto al riesgo de embarazo no deseado, a pesar de su tendencia a una menor actividad sexual, debido precisamente a su erotofobia (Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988; Gómez Zapiain, 1992). Una proporción del grupo de mujeres sexualmente activas que tienden a la erotofobia, que podría alcanzar el 30% (Upchurch, 1978), accederían al comportamiento sexual coital probablemente por otras motivaciones distintas a su propio interés por la actividad sexual. Cuando esto ocurre, este grupo tiende a ser muy negligente respecto a la contracepción (Mosher, 1973). Este grupo, de mujeres no activas sexualmente, con tendencia a la erotofobia y con una baja percepción de eficacia respecto a la contracepción, podría considerarse como un grupo diana, desde el punto de vista de la prevención.

Las previsiones de riesgo que hacíamos en el punto anterior, en función de la Actitud hacia la Sexualidad y de la Autoeficacia, se deberían reflejar en el uso contraceptivo como una forma de control del riesgo. Utilizaremos la variable "Uso de método", cuyas categorías son: "No

Uso", "No Dependientes de Coito", "Dependientes de Coito (mal utilizados)", "Dependientes de Coito (bien utilizados)"². Según esta clasificación de métodos obtenemos el gráfico 2.:

Los datos obtenidos apoyan la hipótesis de que la autoeficacia percibida se relaciona con comportamientos que evitan riesgo. En el grupo de mujeres que "no utilizan ningún método", encontramos mayor proporción de las que se perciben como menos autoeficaces (54.8%), que entre las que se perciben como muy autoeficaces (19.4%). En el grupo de mujeres usuarias de "No dependientes de coito", recordemos que son los métodos más seguros, observamos mayor proporción entre las que puntúan alto en autoeficacia (50.6 %), que entre las que puntúan bajo (27.3%). En el grupo de las que utilizan "Dependientes de coito (mal utilizados)", se da mayor proporción entre las menos autoeficaces (43.9%), que entre las más autoeficaces (27.3%). Por último, entre las que usan los métodos "Dependientes de coito (Bien utilizados)", también encontramos mayor proporción entre las más autoeficaces (50.0%), que entre las menos (27.5%). Para hallar estos porcentajes, cruzamos la variable resultante de la nueva clasificación del uso de métodos, según explicamos anteriormente, con la variable resultante de convertir la Escala de Autoeficacia, en tres categorías, alta, media, baja puntuación en autoeficacia. Esta distribución de frecuencias y porcentajes obtuvo un chi cuadrado de 19.19 y una significación de $p < 0.03$.

Los resultados obtenidos respecto a las categorías "Dependientes de coito, bien y mal utilizados" indican lo siguiente: En primer lugar es preciso tener muy en cuenta el factor de deseabilidad social, en aquellas personas que se autodefinen como usuarios-as de preservativos. Una persona que haya utilizado alguna vez un preservativo, aunque generalmente no lo haga, se considerará usuaria de preservativo. El desdoblamiento de esta categoría en bien y mal utilizados, nos ha permitido de forma relativa, aislar el factor de deseabilidad social, y comprobar que existen claras diferencias de comportamiento entre unos y otros. Así, aquellas personas que se sientan más autoeficaces y que opten por el uso de preservativos, harán un uso más responsable de él. Por tanto, la eficacia del preservativo, el método más utilizado en la iniciación sexual, dependerá del nivel de autoeficacia contraceptiva, entre otras cosas.

Discusión

Son muchos los factores que intervienen en el riesgo de embarazo no deseados entre adolescentes. La naturaleza de estos factores es de origen cognitivo, afectivo, ecológico, comportamental, etc. Alguno de ellos son difícilmente aprehensibles por su carácter subjetivo. Este estudio ha replicado algunos resultados obtenidos en otras investigaciones, en concreto los referidos a los efectos producidos por la actitud hacia la sexualidad y los sentimientos de culpa sexual respecto al comportamiento sexual y contraceptivo. Se han obtenido por tanto datos que apoyan la primera de las hipótesis planteadas. Se observa la tendencia de que las mujeres que tienden a la erotofilia tienden también a percibirse como más autoeficaces. Al contrario, las mujeres que tienden a la erotofobia tienden a tener menor experiencia sexual, utilizan peor los recursos anticonceptivos y por tanto se les puede atribuir mayor riesgo de quedarse embarazadas; las mujeres que no son sexualmente activas, tendiendo a la erotofobia, tienen mayores dificultades para percibirse eficaces en situaciones de riesgo imaginadas.

² "No dependientes de coito": Anovulatorios, Diu. "Dependientes de coito, mal utilizados": Métodos barrera generalmente preservativos, no utilizados al 100% de los coitos. "Dependientes de coito, bien utilizados": Idem, utilizados el 100% de los coitos. "No uso": No utilización de ninguna forma de contracepción. El coito interrumpido no se considera como método.

Sin embargo, aún habiendo obtenido la tendencia general descrita, no siempre la erotofilia predice menor riesgo. La propia erotofilia, en tanto que actitud abierta hacia la sexualidad, hace que algunas personas se expongan a situaciones de riesgo. Niveles altos de excitación sexual pueden modificar la percepción del riesgo, menospreciándolo. La frase "...va, por una vez no va a pasar nada"- es aquí muy representativa de la que queremos decir. Levison también propone que la activación sexual puede ser un factor de riesgo, tal y como lo hemos indicado más arriba. Nosotros mismos hemos encontrado esta misma evidencia en investigaciones anteriores (Gómez Zapiain, J., 1992). Una posible hipótesis para la intervención en educación afectivo sexual sería que, en la medida en que se consiga personas que se perciban eficaces en una situación de riesgo, la probabilidad de que se evite el riesgo en situaciones altamente eróticas aumentará.

No obstante, queda una cuestión pendiente en este estudio y que, desde nuestro punto de vista, tampoco se han planteado investigaciones precedentes, es la supuesta direccionalidad del modelo que subyace en la articulación de las variables estudiadas. ¿Es la erotofilia la que favorece la experiencia sexual, mejora la autoeficacia y disminuye el riesgo? o ¿Es la experiencia sexual la que hace que mejore la actitud hacia la sexualidad? Esta cuestión sugiere futuras investigaciones.

Sin embargo al plantear la investigación general de la que parte el estudio que aquí hemos presentamos, elegimos algunas variables consideradas por nosotros como "educables", es decir, susceptibles de cambio. Entre ellas, la autoeficacia y la actitud hacia la sexualidad son variables relacionadas con el riesgo de embarazo que podrían modificarse a través de una intervención educativa diseñada con una metodología adecuada.

Para evitar el riesgo es necesario conocer y detectar la situación en que éste se da. En situaciones comunes, como la circulación de vehículos, o el contagio de enfermedades, los indicadores del riesgo son suficientemente claros y se pueden articular líneas de acción que lo eviten. Respecto al riesgo de embarazo la cuestión es más complicada porque precisamente los indicadores no se pueden prever tan claramente. La capacidad de sentirse potencialmente activo-a antes de iniciar la actividad sexual, poder anticipar la situación antes de que esta ocurra, sentirse capaz de manejar una situación de riesgo, son algunos de estos indicadores.

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

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

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

Referencias

- Adler, N., y Hendrick, S. (1997). Relationships Between Contraceptive Behavior and love Attitudes, Sex Attitudes, and SEfl-Esteem. *Conselling y Development*
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., y Howells, G. M. (1980). Test of the generality of self efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- Boldero, J., Moore, S., y Rosenthal, D. (1992). Intention, contest, and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *Journal of applied social psychology*, 22 (17), 1374.
- Byrne, D. (Ed.). (1983). *Adolescents, sex, and contraception*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Castells, E. (1978). *El derecho a la contracepción*. Barcelona: Ediciones ROL S.A.
- Cvetkovich, G., y Grote, B. (1981). Psychosocial maturity and teenage contraceptive use: A investigation of decision-making and communication skills. *Population and Environmet* (4), 211-226.
- Chilman, C. (1973). Why do unmarried women fail to use contraception?. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7, 167-168.
- Christopher, F. S., y Cate, R. M. (1985). Anticipated influences on sexual decision-making for first intercourse. *Family relations*, 34, 265-270.
- Dryfoos, J. G. (1988). *Putting the boys in the pictures. A review of programs to promote sexual responsibility among young males*. Santa Cruz: Network Publications.
- Fernández Sánchez- Barrudo, M. (1989). Estudio normativo de los scripts de cortejo e intercambio sexual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42 (3), 403-411.
- Fisher, W. A. (1984). Predicting contraceptive behavior among university men: the roles of emotions and behavioral intentions. *Journal of applied Social Psychology*, 14, 104-123.
- Fisher, W. A., Byrne, D., y White, L. (1983). Emotional barriers to contraception. En D. BYRNE y W. A. FISHER (Eds.), *Adolescents, sex and contraception* Hilldale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research* (25), 123-151.
- Fisher, W. A., Miller, C. T., Byrne, D., y White, L. A. (1980). Talking dirty: Responses to communicating a sexual message as a function of situational and personality factors. *Basic and Applied Social Psychology*, 1, 115-126.
- Gómez Zapiain, J. (1991) *Factores de riesgo de embarazos no deseados en la adolescencia y juventud*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad del País Vasco.
- Gómez Zapiain, J. (1992). La actitud hacia la sexualidad y se relación con el embarazo no deseado. *Cuadernos de medicina psicosomática* (23), 33-47.
- Gómez Zapiain, J., y Etxebarria, I. (1993). Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual. In D. PAEZ (Eds.), *Salud, expresión y represión social de las emociones*. (pp. 119-148). Valencia: Promolibro.
- Hatcher, R., Guest, F., Steward, F., Steward, G., Tressell, J., Cerell, S., y Cates, W. (1986). Contraceptive technology: 1978-1979. *New York: Halstead Press*.
- Hatcher, S. (1976). Understanding adolescent pregnancy and abortion. *Primary Care*, 3, 407-425.
- Ingham, R. (1992). Commentary: Seeing the Real through the eyes of the ideal: Some comments on Traeen, Lewin and Sundet's (1992) account of gender differences in norwegian young people's sexual behavior. *Community y Applies Social Psychology*, 2 (2), 239-246.
- Kazdin, A. E. (1974). Effects of covert modeling and reinforcement on assertive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 240-252.
- Leonard, J. J. (1988). Contraceptive Knowledge, Attitudes and Behaviors of Black Adolescent Males Attending a Predominately Black University. *Health Education*, 22-26.
- Levinson, R. A. (1984). Contraceptive self-efficacy: a primary prevention strategy. *J. of social Work y Human Sexuality*, 3 (1), 1-15.
- Levinson, R. A. (1986). Contraceptive self-efficacy: a perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *Journal of Sex research* (22), 347-369.
- Loewenstein, G., y Furstenberg, F. (1991). Is teenage sexual behavior rational? *Journal Applied Social Psychology*, 21, 957-986.
- MacCorquodale, P. (1984). Gender roles and premarital contraception. *Journal of marriage and the family, Feb. 1984*, 57-63.
- Miller, B. C., Christensen, R. B., y Olson, T. D. (1987). Adolescent self-esteem in relation to sexual attitudes and behavior. *Youth Society*, 19, 93-111.
- Miller, S. H. (1983). Young adolescent mothers how they and their children fare. *Early Child Development and Care*, 7, 265-278.
- Miller, W. (1976). Sexual and contraceptive behavior in young unmarried women. *Primary Care*, 3, 427-453.
- Miller, W. B. (1986). Why some women fail to use their contraceptive method: A psychological investigation. *Family Planing Perspectives* (18), 27-32.
- Mosher, D. (1973). Sex differences, sex experience, sex guilt, and explicitly sexual films. *Journal of Social Issues*, 3, 95-112.
- Mosher, D. L., y Vonderheide, S. G. (1985). Contribution of sex guilt and masturbation guilt to women's contraceptive and use. *The Journal of Sex research* (21), 24-39.
- Oliva Delgado, A., Serra Salomón, L., y Vallejo Orellana, R. (1992). Conducta sexual y contraceptiva entre jóvenes andaluces. *Apuntes de Psicología* (35), 53-66.
- Pasini, W. (1980). Anticoncepción y placer. In G. ABRAHAM y W. PASINI (Eds.), *Introducción a la sexología médica* (pp. 166). Grijalbo.
- Poal Marcet, G. (1987). Cómo se manifiesta el malestar/

- problemática en los jóvenes. *Grupo de trabajo sobre conceptos de salud sexual. Copenhague, 5-7- Mayo 1987. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea* .
- Rosen, A. S. (1992). Beliefs, attitudes, and intention in the context of abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (4), 1464.
- Rosenthal, T. L., y Bandura, A. (1978). Psychological modeling: theory and practice. En S. L. GARFIELD y A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. (pp. 621-658). New York: Wiley.
- Scott-Jones, D., y Turner, S. L. (1988). Sex education, contraceptive and reproductive knowledge, and contraceptive use among black adolescent females. *Journal of adolescent research*, 3 , 171-187.
- Sedeno López, E. (1990). Actitudes, conocimientos y conducta contraceptiva en adolescentes. Un estudio correlacional. *Sexología* (44).
- Shah, F., Zelnik, M., y Kantner, J. F. (1975). Unprotected intercourse among unwed teenage pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1 , 39-44.
- Sorenson, B. (1973). Adolescent sexuality in contemporary America. *New York: World* .
- Stiffman, A. R., Earl S. F., Robins, L. N., Jung, K. G., y Kulbok, P. (1987). Adolescent sexual activity and pregnancy: Socioenvironmental problems, physical health and mental health. *Journal of youth and adolescence*, 16 (5), 497-509.
- Upchurch, M. L. (1978). Sex Guilt and contraceptive use. *Journal of Sex Education and Therapy* (4), 27-31.
- Weisman, C. S., Plichta, S., Nathanson, C. A., y Chase, G. A. (1991). Adolescent women's contraceptive decision making. *The journal of health and Social Behavior*, 32 , 130-144.
- Whitley, B. E., y Hern, A. L. (1991). Perceptions of vulnerability to pregnancy and the use of effective contraception. *Personality and social psychology bulletin*, 17 , 104-109.