

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL DIRIGIDA A LA DISMINUCIÓN  
DEL NIVEL DE ADHERENCIA A LAS CREENCIAS IRRACIONALES  
RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS SEXUALES  
DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

**ALVARO JIMENEZ PORTILLA  
CHARLES GUEVARA SOLARTE**

**Asesor:**

**FREDY VILLALOBOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SAN JUAN DE PASTO, 2002**

## **RESUMEN**

Para formular la propuesta de intervención grupal dirigida a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, se diseñó y aplicó una prueba a 90 estudiantes de 13 a 16 años. se encontró que más del la mitad de la población tiene niveles altos de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, que las proporciones aumentan con la edad y existe polaridad de los grupos en niveles bajos y altos de adherencia. Se formuló la propuesta, teniendo en cuenta los lineamientos de la terapia de grupo, atacando las creencias irracionales que a través de la evaluación indicaron mayor preponderancia.

### **ABSTRACT**

To formulate the intervention proposal grupal, directed to the decrease of the adherence level to the irrational beliefs related with the risk sexual conduct in adolescent, it was designed it was applied a test to 90 students of 13 to 16 years. It found that more half of the population has high adherence levels to the irrational beliefs related with the risk sexual conduct. The proportions increase with the age it exists polarity of the groups in low and high levels of adherence. It formulated the proposal taking in account the lineament of the group therapy, changing the irrational beliefs through of the evaluation indicated the greatest prevalence.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, tiene como fin diseñar una la propuesta de intervención grupal dirigida a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes en estudiantes del colegio Centro de Integración Popular, de edades entre 13 y 16 años, para el año lectivo 2002-03. Planteamos la propuesta como un objetivo específico de la educación sexual, estableciendo una descripción diagnóstica y proponiendo un diseño cuasi - experimental para su desarrollo.

La teoría que subyace a esta propuesta, está formulada con base en los planteamientos de Ellis y Grieger (1990), acerca de las creencias irracionales, la cual sostiene que la disminución en el nivel de adherencia a estas creencias, incidirá directamente en los comportamientos sexuales de riesgo.

Antecedentes en este campos, muestran que programas destinados a la prevención del Sida, en adolescentes, mediante intervenciones de orientación cognitiva han resultado eficientes, al tener en cuenta la factores como la percepción de invulnerabilidad del adolescente y su baja disonancia cognoscitiva (Papalia y Weinkods, 1997).

La información sobre sexualidad en los adolescentes, no ha sido suficiente para prevenir las conductas sexuales de riesgo, puesto que dicha información va a ser filtrada e interpretada de diferentes maneras según sus creencias.

A través del diagnóstico descriptivo, se priorizó las subvariables con las cuales se diseñó la propuesta para esta población específica. Esto brindó

datos sobre la situación real de los adolescentes, frente a este fenómeno con base en un instrumento que cumple con los criterios de validez y confiabilidad.

La propuesta está planteada de tal manera que se puede aplicar en el plazo de un año escolar, con sesiones semanales, evacuando la totalidad de los temas alrededor de un año. Se utilizará recursos de la terapia de grupo, teniendo en cuenta las características del contexto educativo. Esta propuesta es aplicable a diversas poblaciones, realizando previamente la estandarización y descripción de la situación de las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en otros colegios.

## PROBLEMA

Las adolescentes embarazadas son más propensas a sufrir complicaciones como anemia, parto prolongado y toxemia; tienen dos veces más probabilidades de dar a luz bebés con bajo peso y con defectos neurológicos, y tres veces más de tener bebés que morirán en el primer año de vida. Además de que muchas de las madres son pobres, no se alimentan bien, consumen drogas, reciben cuidados prenatales inadecuados o carecen de ellos. Las madres adolescentes, tienen menos probabilidad de terminar la escuela secundaria, o hacerlo a mayor edad. Pueden tener problemas económicos y de quedar embarazadas de nuevo. Es más probable que tengan hijos con mal rendimiento académico, ser hiperactivos, obstinados, agresivos y desatentos (Papalia y Weindkos, 1997).

Bayés (1995), menciona que en las adolescentes, se aumenta el riesgo de contagiarse de ETS, debido a su cervix inmaduro, que tiene menos cantidad de secreciones vaginales y no forma una barrera protectora. El peligro se aumenta cuando son forzadas causando traumas genitales.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Prosalud, 2000), el 19 % de las adolescentes en Colombia ya son madres o están embarazadas de su primer hijo. Es decir, 1 de cada 5 adolescentes, a los 17 años, ha estado embarazada alguna vez y 1 de cada 3 a los 19 años. La incidencia es mayor en la zona rural: 26% frente a un 17% en la zona urbana.

El Litoral Pacífico ocupa el primer renglón de Colombia en índices de embarazo y maternidad en adolescentes de 15 a 19 años, problemática que

ha venido en ascenso continuo desde los últimos cinco años. En Nariño, el 18.8% de las adolescentes resulta embarazada cada año (Prosalud, 2000).

La mayoría de los y las adolescentes que están en riesgo de provocar un embarazo o contagiarse de una ETS, son aquellos que empiezan temprano su actividad sexual, los que tienen múltiples compañeros, los que no usan condón y los que no tienen información adecuada, o tienen poca información, acerca de la sexualidad.

En Colombia el 42% de los jóvenes entre 13 y 18 años, han tenido relaciones sexuales. El 8% de las mujeres en edad fértil, tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años. A los 19 años, 3 de cada 5 mujeres adolescentes, ya han tenido relaciones sexuales (Prosalud, 2000).

Las adolescentes en nuestro país, saben y emplean menos la planificación familiar con respecto a los demás grupos de edad. Conocen el condón, saben para qué sirve, pero su método preferido es la píldora. El 6% no sabe dónde comprar un preservativo, cifra que llega al 30% en aquellas que tienen bajo nivel educativo. Las adolescentes que viven en unión libre, tan solo utilizan el condón en un 3.7% y las adolescentes solteras sexualmente activas lo utilizan en un 31.6% (Prosalud, 2000).

El 23% de las adolescentes en Colombia, inicia el uso de métodos anticonceptivos después de tener su primer hijo y el tiempo que esperan para tener otro bebé en promedio 20 meses, lapso menor que en el resto de las mujeres. (Prosalud, 2000).

Según encuesta aplicada, en el Colegio Centro de Integración Popular, de la ciudad de Pasto, el 21% de los hombres y el 5% de las mujeres, tienen vida sexual activa, de los cuales un 5% termina en embarazo y un 1% en el

contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual. Estos datos son aproximados, debido a que la población masculina es tres veces superior a la femenina, los varones tienden a exagerar su desempeño sexual y muchas de las mujeres no contestaron la encuesta.

El 23% de las mujeres y 69% de los hombres están dispuestos a utilizar condón en sus relaciones sexuales. Las mujeres preferirían utilizar la píldora en un 30%, la inyección en un 14%, y no sabe o no contesta un 12%. Los hombres, en un 3% están dispuestos a no utilizar métodos en sus relaciones sexuales. El 16% de las mujeres y el 27% de los hombres están de acuerdo con la multiplicidad de parejas.

En Estados Unidos, los adolescentes que no usan anticonceptivos o que los usan de manera ineficaz y poca regularidad, tienden a estar entre los 13 y 14 años. Relativamente tienen poca experiencia sexual, ignoran aspectos claves de la sexualidad, se avergüenzan de iniciar su vida sexual y en general no mantienen relaciones de compromiso; tienden a tener bajas aspiraciones educativas y de carrera, a estar desligados de los deportes u otras actividades y a consumir alcohol y drogas (Papalia y Weinkods, 1997).

Las tasas de actividad sexual en la adolescencia se han elevado, en especial entre las mujeres. En comparación al año 1995, en Colombia la edad de inicio de las relaciones sexuales en mujeres bachilleres disminuyó medio año. La edad promedio en ese año era de 20.2 y en el año 2000 de 19.7 años. Para aquellas que reciben educación universitaria el promedio de edad de inicio descendió en 2.6 años. En 1995 era de 23.4 años y para el 2000 de 21.8 años. Estas cifras se acercan a la edad de inicio de las mujeres no escolarizadas (Profamilia, 2000).



Se ha incrementado igualmente el número de mujeres con múltiples parejas sexuales. En Estados Unidos los compañeros promedio de mujeres casadas, a la edad de 50 años, se ha elevado de tres a seis en la última generación (Bayés, 1995).

El aumento de embarazos y ETS en la adolescencia, obedece a una serie de comportamientos influenciados por una constelación de variables, lo cual compete en forma fundamental, pero no única, a la psicología, en la elaboración de programas de prevención.

El Plan Educativo de Prevención del SIDA desarrollado en la comunidad de Valencia (España) entre los años 1993 y 1995 forma parte de un programa de prevención primaria dirigido a la población adolescente. Dicha orientación está justificada por la mayor vulnerabilidad que ante el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ofrecen los adolescentes (Papalia y Weinkods, 1997).

El adolescente elabora sus propias teorías y sistemas de creencias sobre la realidad e información que ha recibido sobre sexualidad, que lo lleva a una subjetiva inmunidad y le permite actuar en situaciones de riesgo elevado, gracias a que al distorcionar su percepción muestra bajos niveles de disonancia cognoscitiva (Papalia y Weinkods, 1997).

El predominante valor del grupo de iguales como definidor del rol adolescente, en frecuente oposición a los criterios del adulto, incide en el modo como se inician los comportamientos sexuales de riesgo y acceso a las drogas. Así pues el citado Plan Educativo de Prevención del Sida propicia estilos de comportamiento incompatibles con la transmisión del VIH (Papalia y Weinkods, 1997).

Los países industrializados de Europa, han proporcionado educación sexual amplia y universal. Los programas masivos estimulan a los jóvenes adolescentes a postergar relaciones sexuales pero también piden a los sexualmente activos que aumenten el uso de anticonceptivos. Tales programas incluyen educación acerca de la sexualidad y la adquisición de habilidades para la toma de decisiones sexuales responsables y la comunicación con los compañeros. Así mismo, proporcionan información sobre los riesgos y las consecuencias del embarazo en la adolescencia, acerca de los métodos de control natal y de dónde obtener ayuda médica y de planificación. Los programas dirigidos a los adolescentes varones enfatizan en lo conveniente de postergar la paternidad y en la necesidad de asumir responsabilidades cuando éstas ocurran (Papalia y Weinkods, 2001).

En Gran Bretaña, Francia, Suecia y en los países bajos, los anticonceptivos son gratuitos para los adolescentes. Suecia redujo cinco veces la tasa de embarazos en la adolescencia después de establecer la educación en métodos anticonceptivos, el libre acceso de los jóvenes a ellos y la libertad del aborto. A los padres suecos no se les puede informar que sus hijos han buscado anticonceptivos, si los hijos exigen privacidad (Papalia y Weinkods, 2001).

Programas efectivos de educación sexual en Estados Unidos, buscan ayudar a los jóvenes a tomar decisiones, a desarrollar su autocontrol emocional y tratar con pares y adultos. Se incluye programas de servicio voluntario a la comunidad, junto con debates de salón de clases acerca de las decisiones de la vida futura (Papalia y Weinkods, 2001).

Las estrategias cognitivas como la toma de decisiones, autocontrol emocional y entrenamiento asertivo, tienen en cuenta las creencias irracionales como un factor determinante en su desarrollo y mantenimiento. Las creencias irracionales se encuentran en el fondo de toda alteración emocional, que llevan a la persona a tomar decisiones apresuradas y a reaccionar de manera sumisa o agresiva a muchas de las presiones para llevar a cabo conductas sexuales. De allí que consideramos que el estudio de los factores cognitivos, concretamente las creencias irracionales, dentro del modelo de personalidad de la Terapia Racional Emotiva, puede hacer un excelente aporte a los modelos de prevención en salud sexual y reproductiva, desde mucho antes que éstos problemas empiecen a manifestarse. Haciendo una intervención temprana en el desarrollo de la personalidad de los niños y adolescentes a través de la modificación de creencias, podemos disminuir la frecuencia de los comportamientos de riesgo, logrando una mejor calidad de vida en la edad adulta.

## JUSTIFICACIÓN

Esta investigación pretende brindar una línea para nuevas investigaciones destinadas a examinar e intervenir en aquellos factores que estén predisponiendo al niño o adolescente a asumir conductas sexuales de riesgo. Su fin es práctico en el sentido de intervenir en aquellas variables relevantes y controlables que estén incidiendo en el fenómeno.

Los recursos que se emplean en Educación Sexual, podrían ser mejor utilizados, debido a que, teniendo en cuenta un diagnóstico claro sobre las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, la prevención primaria resultaría más eficiente, y a su vez a largo plazo se beneficiarían instituciones Estatales del sector salud, gracias a la reducción en embarazos y ETS en adolescentes. Las nuevas generaciones se beneficiarían si se estudia más científicamente los factores psicológicos relacionados con el embarazo no deseado y las ETS.

Esto es especialmente cierto en nuestras comunidades de estratos sociales bajos, en donde el control natal y la prevención de ETS se hace difícil, debido a que no tienen acceso a los servicios de salud, o los recursos económicos para adquirir métodos de planificación eficaces. Esto sumado a que en Colombia, se mantiene una cultura que impide el uso de los métodos anticonceptivos de forma eficiente. En su lugar, se pueden adelantar programas de prevención primaria que a menor costo obtendrían los mismos resultados deseados.

Esto es precisamente lo que sucede en Colegio Centro de Integración Popular. Muchos estudiantes inician su vida sexual sin las medidas de precaución necesarias, puesto que no utilizan el preservativo, son

susceptibles a la presión de grupo, presentando irresponsabilidad emocional y déficit en habilidades sociales, etc. A partir del estudio de las creencias irracionales, estableceremos un diagnóstico claro que nos permita diseñar un programa de intervención de base cognitiva, para ofrecer a la comunidad educativa del Centro de Integración Popular y colegios populares, una herramienta precisa para prevenir conductas sexuales de riesgo.

Las escuelas, colegios, universidades, casas de jóvenes y demás contextos donde se está impartiendo la educación sexual en la actualidad, mantienen los viejos modelos de información, que a decir verdad no garantizan el cumplimiento de los objetivos que se pretenden a nivel nacional. Profundizando en el modelo que pretendemos dar a conocer, es posible que obtengamos mejores resultados a corto y largo plazo para la prevención del embarazo y las ETS en la adolescencia.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo diseñar una la propuesta de intervención grupal dirigida a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes en los estudiantes del Colegio Centro de Integración Popular de la ciudad de Pasto, para el año lectivo 2002-03?

### **Subpreguntas de Investigación**

¿Cuáles son las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes?

¿Qué características psicométricas deberá poseer un instrumento para evaluar el nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes?

¿En qué niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo se encuentran los adolescentes?

¿Qué sector de la población estudiada tiene más altos niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, según la edad y el género?

¿Qué creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo se han de priorizar para la propuesta de intervención?

¿Qué estrategias de la Terapia Racional Emotiva se pueden utilizar para la disminución de los niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Diseñar una propuesta de intervención grupal dirigida a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes del Colegio Centro de Integración Popular de la ciudad de Pasto, para el año lectivo 2002-03.

### **Objetivos Específicos**

Definir las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Establecer las características psicométricas que deberá poseer un instrumento para evaluar las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Medir los niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en que se encuentran los adolescentes.

Identificar el sector de la población estudiada que tiene más altos niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, según la edad y el género.

Establecer las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo que se han de priorizar para la propuesta de intervención.

Seleccionar las estrategias de la Terapia Racional Emotiva que se utilizarán en la propuesta de intervención grupal dirigida a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.



## MARCO TEÓRICO

### Enfoque Cognitivo-Comportamental

Siguiendo a Dorsch (1994), esta escuela psicológica, conocida tradicionalmente con Behaviorismo, nace con Watson en 1913, cuando publicó "Psychology as the behaviorist views it". Allí desarrolló su programa según el cual la psicología debía circunscribirse al estudio de la conducta objetivamente observable y mensurable, renunciando enteramente a la descripción de los contenidos de conciencia. Afirmó que las teorías psicológicas solamente debían contener conceptos que se refiriesen a lo objetivo (en el sentido físico), evitando los contenidos que solamente pueden conocerse por introspección (pensamiento, sentimiento, percepción).

En sus inicios, el behaviorismo se basaba en gran parte en la reflexología rusa (Bechterev, Pavlov) y adoptó el concepto del reflejo condicionado como su principal fundamento. Pueden considerarse como predecesores inmediatos del behaviorismo, el funcionalismo americano y la psicología experimental con animales (Yerkes, Morgan, Thorndike). El carácter empírico del behaviorismo corresponde a la posición central del aprendizaje en estos estudios. Se considera a la conducta como nacida de la experiencia y por lo tanto aprendida. El método más importante de la psicología behaviorista es la experimentación animal, con base en la cual se establecieron las leyes fundamentales de la conducta, que se consideran válidas para el hombre. Los más conocidos representantes de esta escuela son: Guthrie, Holt, Hull, Hunter, Lashley, Skinner, Tolman, Watson y Weiss (Dorsch, 1994). Hay que tener en cuenta que para el estudio de la conducta

se utiliza el término organismo para referirse tanto a sujetos animales como humanos, sin perder de vista sus particularidades de cada uno de éstos, en cuanto a edad, género, especie, etc.

Los diversos investigadores se distinguen marcadamente entre sí por sus posiciones teóricas, pero todos ellos tienen en común la exclusiva consideración de lo que es observable físicamente, es decir, los estímulos y las reacciones. Por ello, se le llama también psicología del estímulo y respuesta. Lo que ocurren en el organismo después del estímulo y antes de la respuesta no es directamente observable; sólo puede ser objeto de teorías, las cuales inicialmente tuvieron base en la fisiología que explica todos los procesos por reflejos. Estas teorías se conocerían después como moleculares al estilo de Guthrie y Watson (Dorsch, 1994).

Tolman por su parte renunció a las explicaciones fisiológicas, explicando la conducta como orientada hacia un objetivo, que no puede explicarse por el simple esquema del reflejo. Introdujo las “variables intermedias o intervinientes” en el esquema Estímulo – Respuesta. Tolman mantiene el enfoque behaviorista, porque dichas variables no presuponen ninguna vivencia de (contenido de conciencia), sino que son construcciones que se definen operativamente (definición operacional). Tolman llama molar a su behaviorismo, porque no toma como punto de partida los elementos de conducta más pequeños posibles (reflejos), sino aspectos unitarios y psicológicamente significativos. Se exterioriza esta posición en la tesis, de que con un estímulo no se aprende meramente un movimiento determinado, sino que por el contrario, los estímulos son aprehendidos por el organismo como signos dotados de una significación (Dorsch, 1994).

Otro gran sistema, es el behaviorismo del Hull, el cual se caracteriza por su forma de exposición, con base en el método matemático - deductivo. Todos los supuestos necesarios para la exposición del tema se presentan en forma de postulados (axiomas), de los que se derivan consecuencias (teoremas), que deben poder comprobarse empíricamente. Si las observaciones empíricas contradicen los postulados, deben modificarse hasta que el sistema esté libre de contradicciones. Hull intentó establecer con este método un sistema unitario sin fisuras que explicase los modos de conducta simples, mediante la expresión cuantitativa de todas las variables. De este modo, todo proceso puede describirse en forma de funciones covariantes. Así, la mayoría de los postulados de Hull pueden calificarse de variables intermedias en el sentido de Tolman. Hull, llama a su behaviorismo molar, pero también es molecular, puesto que hasta el más pequeño segmento del proceso se presenta en relación con un objetivo lejano (Dorsch, 1994).

Skinner por su parte, renuncia a cualquier clase de conceptos esclarecedores y variables intermedias, tanto si se trata de construcciones fisiológicas como de hipótesis psicológicas. Skinner se limita a establecer correlaciones entre magnitudes del estímulo y datos de la conducta. Las leyes son, en este enfoque, generalizaciones de relaciones funcionales. Su behaviorismo es descriptivo (Dorsch, 1994).

Bandura (1982), consideró que estas conceptualizaciones eran poco efectivas para explicar los procesos por los que se adquiere y modifica la conducta social. Consideró que la mayoría de las aplicaciones de las teorías del aprendizaje a problemas de la conducta social y desviada, se limitaban a

una gama de principios basados en estudios de aprendizaje animal en situaciones individuales y sustentados fundamentalmente por ellos. Bandura consideró que para explicar adecuadamente los fenómenos sociales, era necesario ampliar y variar estos principios, e introducir otros nuevos ya establecidos y confirmados mediante estudios de la adquisición y modificación de la conducta en situaciones diádicas y de grupo. Así, plantea su Teoría del Aprendizaje Social (TAS), donde establece que las conductas se aprenden y mantienen mediante procesos distintos. Unas respuestas están primariamente bajo el control de estímulos exteriores y son afectadas por procesos de condicionamiento clásico. Una segunda forma de control, son las contingencias o consecuencias que siguen a una respuesta según el paradigma del condicionamiento operante. El tercero y más importante sistema de influencia reguladora opera según procesos cognitivos mediadores, los cuales determinan que estímulos o acontecimientos externos son atendidos por un individuo determinado, cuáles de ellos son percibidos por él mismo y cuáles afectarán a su futuro comportamiento. Se da por tanto una interacción recíproca entre individuo y entorno, dado que éste no es un sujeto pasivo ante los acontecimientos exteriores, sino que tiene un papel activo en el cambio de contingencias que modifican su comportamiento y en la selección de los estímulos de su ambiente (Vallejo, 1991).

El modelo cognitivo- comportamental, en sus años de evolución, ha recorrido una etapa en la que trata de pulir y enriquecer su estructuración interna, superando los inconvenientes más relevantes del reduccionismo, pero manteniendo la posición epistemológica del empirismo, común a toda

la ciencia occidental. Lo que pretende es el estudio de la conducta observable y mensurable trabajando con conceptos operacionales, posición que vincula esta tendencia con las teorías que siguen las directrices de la ciencias de la naturaleza. El término conducta se interpreta de manera general, incluyendo tanto respuestas manifiestas, como las respuestas cubiertas (por ejemplo, emociones, creencias, motivaciones y autoverbalizaciones), siempre y cuando estas respuestas se puedan operacionalizar claramente (Rimm y Master, 1979).

A su vez, no se limita a la mera descripción de los acontecimientos de la conducta tal y como ocurren. Es un intento en descubrir un orden, demostrando que algunos hechos tienen unas relaciones válidas con otros. Ninguna tecnología práctica podría basarse en la ciencia hasta que tales relaciones hayan sido descubiertas. Sin embargo, el orden no es solamente un posible resultado final; es una hipótesis de trabajo que debe adoptarse desde un principio. No podemos aplicar los métodos científicos a un tema que lleva de un sitio a otro caprichosamente. La ciencia no describe solamente, también predice. No se ocupa únicamente del pasado, sino también del futuro. Y la predicción no es tampoco el último paso. En la medida en que las condiciones pertinentes pueden ser alteradas o incluso controladas el futuro puede ser controlado. Si vamos a utilizar los métodos científicos en el campo de los asuntos humanos, hemos de suponer que la conducta está determinada y regida por leyes. Hemos de esperar descubrir que lo que el hombre hace es el resultado de unas condiciones específicas, y que una vez descubiertas éstas, podemos anticipar y hasta cierto punto, determinar sus acciones (Skinner, 1986).

En síntesis, el modelo cognitivo - comportamental, siguiendo estos parámetros, estudia la conducta humana, como la interacción de la persona total y su ambiente en un relación bidireccional. El hombre y su ambiente están en continuo e íntima reciprocidad, cada uno controlando al otro. El comportamiento es un campo multifactorial que se establece cada vez que la persona se acopla recíprocamente con las variables del ambiente. Cualquier comportamiento, incluyendo el sexual, puede ser descrito, definido científicamente y comprendido cuando se ha estudiado los factores que se interrelacionan en un campo, y cuando se ha descubierto como efectúan sus relaciones recíprocas (Costa y López, 1989).

El Análisis Funcional de la Conducta (AFC), es el instrumento utilizado por los la psicología cognitivo- comportamental, que consiste como su nombre lo indica, en el análisis de las variables de las cuales la conducta es función, proporcionando lo que podemos llamar un análisis causal o funcional. Con esto se pretende predecir y controlar la conducta, que es nuestra variable dependiente, el efecto del que vamos a averiguar la causa. Las variables independientes (causas de la conducta) son las condiciones de las que la conducta es función. Las relaciones entre ambas (causa-efecto) son leyes científicas. Una síntesis de estas leyes, expresada en términos cuantitativos, proporciona un cuadro completo del organismo como un sistema de conducta, lo cual se hace dentro de los límites de la ciencia, entendiendo, prediciendo y controlando la conducta en términos de probabilidades (Skinner, 1986). Entre más factores hayamos estudiado y analizada como causas de la conducta, podemos decir que la probabilidad de ocurrencia de dicha conducta específica, es cercana al 100%; cuando no

logramos determinar un factor relevante de la conducta, diremos que la probabilidad de ocurrencia es cercana al 0%. Así, en cada Análisis Funcional, tenemos un margen de error, al estilo de las modernas teorías científicas que aseguran que  $1 + 1$ , es lo más probable que sea 2.

## Conducta sexual humana

### Teoría del Instinto

La conducta sexual humana, se ha explicado tradicionalmente bajo el modelo de la sexualidad animal. Con las explicaciones de Darwin, fueron admitidos un número sumamente extenso de instintos como explicaciones de la conducta humana. El instinto definido como la tendencia responder de una forma que es característica de una especie, puede adquirir una respetable categoría científica, pero no puede ser utilizado como explicación (Skinner, 1986).

Los teóricos del aprendizaje han sido criticados por la generalización de los principios que se han descubierto según experimentos con animales, estableciendo que dichos principios no pueden aplicarse a las conductas humanas. Pero dichos principios, no se refieren a conductas instintivas, sino precisamente a conductas aprendidas. En la presente investigación, definimos la conducta sexual humana como aprendida, por lo que hemos de tomar algunos principios de la psicología del aprendizaje para explicarla.

La tendencia de los miembros de una especie a conducirse de un modo determinado, no constituye un hecho más notable que una tendencia a manifestar ciertos rasgos anatómicos o de fisiología interna. Tanto la conducta como sus rasgos anatómicos forman igualmente parte del

organismo. La categoría propia de la especie es una variable a tener en cuenta para valorar la probabilidad de cualquier clase de conducta. Puesto que no podemos cambiar la especie de un organismo ni la edad, la variable no tiene importancia para aumentar nuestro control, pero la información acerca de la categoría de la especie nos permite predecir una conducta y, a su vez, hacer uso más eficaz de otras técnicas de control (Skinner, 1986).

Varias formas de la llamada conducta instintiva, particularmente en especies distintas al hombre, aparecen normalmente, en edades características, y puede ser que la categoría de la especie y la edad del organismo sean nuestras únicas variables útiles. La predicción ha de hacerse sobre la base de la información obtenida con otros organismos de la misma especie y similares ambientes. Las diferencias individuales pueden ser muy grandes y, por lo tanto, no podremos predecir con exactitud cuándo un individuo emprenderá un determinado tipo de conducta sexual, basándonos en las probabilidades características de una especie o, en el promedio de edad que marca el comienzo de la actividad sexual en una población determinada. Siempre habrá un margen de error, que hemos de corregir teniendo en cuenta la capacidad de aprendizaje, o habilidad de nuestro sujeto o grupo, dentro de la misma categoría de especie y nivel de maduración, variables que pertenecen a la misma categoría (Skinner, 1986).

Uno de los ataques que más a fondo se hicieron contra la doctrina del instinto partió de John B. Watson, (citado por Cofer, 1972) y de otros defensores de la teoría del comportamiento como Morgan. Mediante la observación de niños, en el momento en que eran estimulados de diferentes maneras, obtuvieron pruebas que llevaron a la conclusión que existen



únicamente tres reacciones emocionales innatas que son, miedo, ira y amor, y que estas reacciones pueden ser incitadas de manera innata por tan sólo unas cuantas situaciones estimulantes. Como partidario de la teoría del medio, Watson llegó a negar los instintos humanos.

El concepto de instinto comenzó a declinar por los años 1920, cuestión que no fue completada, debido a que la noción de instinto era una noción motivacional. Los instintos designaban impulsos o fuerzas en el comportamiento que le daban a éste su molde final. Aun cuando la fe en los instintos declinó, sus aspectos motivacionales habían que salvarse. Fue el impulso, el concepto que se empezó a analizar.

La conducta sexual, puede establecerse como potencial, más que como un caso típico que se expresa de manera continua, típica o simultánea. Puede presentarse de manera individual, esporádica o episódica, aun cuando es muy probable que los mecanismos que subyacen a la misma, cuando se manifiestan, se hallen de continuo presente en nuestro sistema nervioso. Sólo ante determinadas condiciones quedan activados los mecanismos que subyacen a un determinado acto, y el término impulso como lo cita Cofer (1972), se utilizó para hacer referencia a la condición necesaria para poner en acción dichos mecanismos. Estos mecanismos podían desarrollar sus propias *energías* una vez que hubieran sido formados y empleados.

### Teoría del impulso

El concepto de impulso fue pronto empleado para hacer referencia a las condiciones fisiológicas que parecen subyacer a la realización de los comportamientos preparatorios y de las reacciones consumatorias. El

impulso, reside en los tejidos y constituyen la fuente de los impulsos. Estas necesidades de los tejidos, se ven provocadas por condiciones de privación, o de exceso y servirán para despertar o instigar actos, que bien sea de manera innata o por la práctica, han sido desarrolladas para enderezar anormalidades causadas por las necesidades de los tejidos. El impulso queda reducido a las necesidades de los tejidos, o por las necesidades en sí mismas (Cofer, 1972).

El impulso como concepto, tomó inicialmente la forma de estímulo interno, que puesto en correlación con las necesidades de los tejidos hace despertar la acción. Así el impulso sexual, resulta de la acción de mediadores químicos en el torrente sanguíneo. Según esta teoría, los andrógenos y la testosterona, ejercen efectos específicos que aumentan el impulso sexual en ambos géneros. Así, los varones que han sido privados de su principal suministro de testosterona debido a la castración, o cuyo nivel de testosterona es bajo debido a enfermedad, va perdiendo su interés por la sexualidad. Igualmente estas hormonas ejercer influencia sobre los impulsos sexuales femeninos. A las mujeres que se le priva de toda fuente de andrógenos mediante la extirpación de los ovarios o glándulas suprarrenales, pierden sus impulsos sexuales, dejan de tener fantasías y sueños eróticos, y no pueden ser excitadas por una estimulación sexual que anteriormente había sido eficaz. A las mujeres a las que se les suministra testosterona con fines medicamentosos se muestran más enérgicas y alcanzan un alto nivel de excitación sexual (Kaplan, 1996).

Esto puede explicar porque los varones experimentan un incremento de su impulso sexual en la adolescencia como consecuencia de las altas

dosis de andrógenos, llegando a su máximo de actividad sexual sobre los 17 ó 18 años de edad. Su impulso sexual se manifiesta en muchas conductas sexuales. El joven desea descarga sexual, aunque no esté enamorado. Si no dispone de compañera sexual, obtendrá el orgasmo mediante la masturbación o las poluciones nocturnas. Puede llegar a tener entre cuatro y ocho orgasmos diarios, y su periodo refractario es muy corto, pues dura de varios segundos a un minuto. La erección es instantánea como respuesta a la estimulación física y psíquica. La experiencia orgásmica es muy intensa, eyaculando con vigor hasta una distancia de 24 centímetros. Las mujeres por su parte, suelen alcanzar su máximo de excitabilidad sexual en los últimos años de la década de los 30, y en los primeros de la de los 40. A esta edad es cuando predominan las aventuras extramatrimoniales; la lubricación vaginal se da instantáneamente, tienen mayor facilidad para el orgasmo, experimentan orgasmos múltiples y sienten más interés por la sexualidad que en años anteriores. Este incremento en el impulso sexual de las mujeres, podemos atribuirlo a la mayor influencia de los andrógenos y testosterona que en la adolescencia, donde priman los efectos del estrógeno y progesterona. La progesterona inhibe el impulso sexual femenino, debido a que antagoniza la acción del andrógeno. (Kaplan, 1996).

A su vez, esto explica las diferencias significativas que se dan en cuanto a conducta sexual de hombres y mujeres. En Estados Unidos, por ejemplo, la masturbación se realiza el 92% de los hombres y el 62% de las mujeres; el coito prematrimonial en los hombres se da en 83% y el 33% para las mujeres; el 60% de los hombres frente al 50% de las mujeres han efectuado coito extramatrimonial; el 60% de los hombres y el 55% de las

mujeres han tenido contactos bucogenitales y el 19% de los hombres frente al 14% practican el coito rectal. En Japón, el 36% de los hombres frente al 25% de las mujeres ha experimentado con las caricias heterosexuales. En Colombia, el 58% de los hombres y el 54% de las mujeres han tenido contactos bucogenitales. El 25% de los hombres, frente al 21% de las mujeres han practicado el coito rectal (Alzate, 1997).

A pesar, de los datos contundentes a la teoría local de los impulsos, existen pruebas que muestran que los determinantes biológicos de la conducta sexual, no son tan relevantes como parece serlo. No cabe duda alguna de que en determinados casos es de suma importancia la estimulación local para la conducta sexual, pero no es esencial para la misma. Estudios hechos sobre órganos que han sido amputados o cuyos nervios han sido seccionados, nos indican que muchas especies, incluso el hombre siguen dando pruebas de conductas sexuales. Se ha dado casos en el hombre, donde la conducta sexual puede prolongarse indefinidamente tras la castración, aun cuando la regla general quizá sea la de un descenso en el interés sexual. Está muy lejos de ser claro que los niveles hormonales en la corriente sanguínea, se vean reducidos por el comportamiento sexual. De manera que una interpretación de estos comportamientos en el sentido de una reducción del impulso no es apropiada. Frecuentemente se ha hablado de los impulsos homeostáticos como procesos que alivian tanto los excesos como el déficit y se puede ver en las actividades excretoras. No es nada obvio, sin embargo, que exista exceso alguno, o que éste se vea disminuido en el comportamiento sexual de la hembra y la eyaculación del macho, la cual no es hormonal (Cofer, 1972). En Suecia el 46% de las

muchachas a los 16 años de edad han tenido relaciones sexuales, frente al 31% de los muchachos (Alzate, 1997), y entre los adolescentes de los países árabes, la masturbación es poco practicada y es menos aceptable que la homosexualidad (McCary y cols, 1996).

Se ha dicho muy a menudo, apoyándose en el modelo homeostático, que la reducción del impulso es la base del refuerzo para el aprendizaje. Pero esta conclusión no tiene porque ser necesariamente verdadera, debido a que según experimentos, las preferencias han sido aprendidas cuando las consecuencias producen un aumento de la estimulación, por lo menos en cantidades moderadas. Los animales aprenden cuando la recompensa la constituye un apareamiento incompleto, que no reduce el impulso sexual. Esto indica que no todo refuerzo puede ser debido a una reducción del impulso (Cofer, 1972).

Muchos estudiosos de la conducta han tenido interés en establecer unos estados intermedios hipotéticos como los impulsos, pero la simplicidad del concepto de impulso es sólo aparente. Este concepto no puede eliminar una diversidad real de datos. Un impulso es un recurso verbal, mediante el cual describimos un estado de intensidad o fuerza y no puede responder preguntas experimentales. No podemos controlar la conducta de un organismo cambiando de forma directa sus impulsos sexuales. Para cambiar de manera indirecta estos estados, hemos de manipular otras variables significativas y hacer frente a toda la complejidad de estas operaciones (Skinner, 1986).

Hull, citado por Ardila (1979), estableció que un impulso es una construcción hipotética, entre ciertas condiciones antecedentes y cierto

comportamiento consecuente. En su sistema representa la letra D, y entra en la fórmula básica al multiplicar la resistencia del hábito:  $sEr = sHr * D$ , donde  $sEr$  es el potencial de excitación,  $sHr$  es la resistencia del hábito y D es el impulso.

### Privación e incentivo

Debido a las dificultades de la teoría del impulso, se han sugerido otros procesos que pudieran sustituir a la misma. Una de ellas es considerar el impulso como estado central, que se refiere a condiciones de privación de alguna especie que tienden a verse asociadas con una actividad multiplicada, de una manera relacionada a un fin, bien sea de manera general, bien sea de manera específica (Cofer, 1972).

Skinner (1986), considera que impulso no necesita ser considerado como algo mental o fisiológico, puesto que hace referencia a los efectos de privación y saciedad, que alteran la probabilidad de la conducta de forma específica. Teóricamente, si un organismo es sometido a una severa privación de alimento por ejemplo, su conducta será más activa en el sentido de buscar comida. A mayor privación, mayor actividad del organismo. Pero la privación y saciedad sexual, no están directamente relacionada con el intercambio visible de materiales. La privación sexual puede consistir simplemente en la imposibilidad de manifestar dicha conducta. La saciedad sexual puede ser tanto el resultado del mero ejercicio de la conducta sexual, como de la especial consecuencia conocida como orgasmo (Skinner, 1986).

Una forma de cuantificar la privación, se realiza con base en el tiempo transcurrido desde la última saciedad. Pero debido a que la última

satisfacción, pudo haber sido suficiente o no, para producir la saciedad (completa satisfacción), resulta difícil determinar la privación. Además como mencionamos anteriormente, una satisfacción parcial, puede hacer que la privación resulte aparentemente mayor, al ejecutar la conducta. Una excesiva privación, puede llevar por otra parte a lo que se conoce como desesperanza aprendida, donde el sujeto ha aprendido que es inútil responder y se establece una pauta de comportamiento acorde con esa situación (Wittig, 1984).

Una alternativa de explicación del impulso es el incentivo, que de ordinario se considera como objetos, condiciones o estímulos externos al organismo. Se pueden dividir en incentivos positivos y negativos. Los positivos son aquellos hacia los cuales tiende a acercarse el organismo y los negativos aquellos que trata de evitar. Así, una hembra puede ser considerada como objeto - incentivo para el macho, el cual tratará de llegar a ésta. Así mismo, puede adquirir un valor de incentivo, los indicios de la situación en la que tuvo el apareamiento. En una especie como la humana, en la que se halla altamente desarrollados los procesos simbólicos, aparece como muy probable que puedan ser imaginados objetos, situaciones o estados incentivos. En estos casos el incentivo es interno, más que externo. En el caso de los animales inferiores juzgamos los incentivos típicamente como de realidades externas (Cofer, 1972).

La función del incentivo es la de instigar al organismo para que se acerque a él o la de hacer surgir en el organismo un estado de excitación que lo mueva (motive) a acercarse al incentivo. Este estado de excitación es semejante al impulso, sólo que la excitación a que nos referimos es

provocada por el incentivo más que por condiciones de privación (Cofer, 1972).

### Teoría del refuerzo

Wittig (1984) establece que el refuerzo es otra alternativa a la teoría del impulso, debido a que la conducta puede ser explicada según las condiciones en que tuvo lugar, sin hacer referencia a procesos especiales de ningún género, tales como el impulso o la activación por los incentivos. Para hacer referencia a las conductas no aprendidas, se clasifica al refuerzo como primario o secundario. El refuerzo primario es cualquier estímulo o evento que incrementa o mantiene automáticamente la fuerza de una respuesta, esto es, que no se requiere aprendizaje para que el estímulo sea reforzante. Los reforzadores secundarios son los estímulos o eventos que incrementan o mantienen la fuerza de una respuesta, solamente después de que se han aprendido sus propiedades reforzantes, cuando se asocia con un refuerzo primario o con otro reforzador secundario. Así mismo, el refuerzo está clasificado como positivo o negativo. Un refuerzo positivo es cualquier estímulo o evento que, cuando se presenta, incrementa o mantiene la fuerza de una respuesta; negativo es cualquier estímulo o evento que, cuando se termina o retira, incrementa o mantiene la fuerza de una respuesta.

Sin embargo, este enfoque del aprendizaje, desestima la influencia de las variables sociales para la adquisición de respuestas nuevas. Los procedimientos de condicionamiento operante pueden ser muy efectivos, sobre todo si el aprendiz ya dispone un repertorio comportamental que provoque respuestas parecidas en algo a la conducta deseada. Pero es dudoso que así pudiesen adquirirse muchas de las respuestas que emiten



casi todos los miembros de nuestra sociedad, si el adiestramiento social procediese sólo por aproximaciones sucesivas. Esto es particularmente cierto en la conducta que no tiene ningún estímulo seguro que la produzca, aparte de las señales que dan otros miembros de la especie que exhiben dicha conducta. En este caso es la imitación el aspecto esencial del aprendizaje; incluso en los casos en que se sabe que hay algún estímulo capaz de suscitar una aproximación a la conducta deseada, la provisión de modelos sociales puede acortar considerablemente el proceso de adquisición (Bandura, 1982).

### Teoría del Aprendizaje Social

En este aspecto, la teoría del aprendizaje hace la diferencia entre moldeamiento y modelamiento. El paradigma del condicionamiento operante, sostiene que la mayoría de las respuestas se aprenden en forma de ensayo y error, pero cuando dicha respuesta está frente a una orientación externa, reforzando las aproximaciones sucesivas del comportamiento deseado, estamos frente al moldeamiento. En cambio el modelamiento especifica la observación de alguna pauta de comportamiento, como requisito indispensable para la incorporación y manifestación de dicha respuesta o secuencia de respuestas. Hace referencia a un modelo, el cual puede ser una persona o cualquier representación de una pauta de respuesta, que puede referirse a seres humanos, animales o representaciones simbólicas, mediante el empleo de estímulos verbales, la televisión el cine u otros medios de comunicación. El modelamiento no sólo se aplica a los seres humanos. Muchos experimentos con monos, demuestran que se da este tipo de aprendizaje en animales (Chance, 1994).

Debido a la gran diversidad de teorías frente a los factores mediacionales de la conducta, se ha optado por estudiar la motivación dentro de una concepción más amplia que del impulso. Es un hecho bien conocido que la conducta humana y animal no se encuentra motivada *únicamente* por la satisfacción de los impulsos primarios, ni de impulsos secundarios que se han aprendido por asociación con los primarios. El hombre explora el ambiente y hace muchas más cosas de las que se le permiten según el modelo homeostático, de reducción del impulso. Ardila (1979), plantea que los impulsos están arraigados en las necesidades primarias del organismo, y un motivo es consecuencia del impulso con conexiones aprendidas y que se caracteriza por su orientación hacia metas. El impulso se limita a activar el comportamiento y a señalar ciertos estímulos del ambiente; el aprendizaje hace todo lo demás. Las conexiones aprendidas llevan al organismo a identificar el objeto que persigue y a responder en una forma o en otra los a impulsos. Defendemos la teoría de que en el comportamiento sexual humano, se basan en los motivos.

### Motivación sexual

Wittig (1984) define la motivación como una variable diferente del aprendizaje que afecta la ejecución de la conducta. Tanto la motivación como el aprendizaje son variables intermediarias entre ciertas condiciones antecedentes y cierto comportamiento consecuente. La motivación no está directamente relacionada con el aprendizaje sino con la ejecución de una conducta que es observable. La amplitud de la respuesta, está en función de diferentes variables, donde la motivación es sólo una de ellas. En general, se infiere que la ejecución se incrementa a medida que aumenta la

motivación, pero una vez que la motivación ha llegado a un nivel bastante alto, la ejecución comienza a disminuir formando una curva en forma de “U” invertida.

Wittig (1984), define la motivación como “toda condición interna que inicia, guía y mantiene el comportamiento de un organismo” (p. 230). Aquí se incluyen elementos cognitivos, estableciendo una dirección en la conducta, lo que explicaremos más adelante como metas del sujeto. Con esta definición, hemos de tener en cuenta que toda condición interna incluye aspectos biológicos, emocionales y cognitivos, siempre y cuando el análisis funcional de la conducta demuestre que esas condiciones fueron las que activaron dicho comportamiento. Puede darse por ejemplo el caso de un sujeto que lleve una semana sin tener relaciones sexuales con su pareja, y empiece a imaginarse tener relaciones sexuales con ella ese mismo día. Recordará cómo fue la última vez y entonces diremos que los factores cognitivos activaron esa conducta. Pero resulta que precisamente tuvo ese día en la mañana un encuentro casual con ella, del que apenas cruzaron palabras. El análisis funcional nos diría que fue ese hecho el que activó la conducta, con las consecuencias fisiológicas y cognitivas pertinentes. De allí que cuando expliquemos el modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva, y siguiendo los parámetros del modelo cognitivo – comportamental, digamos que no hay un condición determinante de la conducta, sino que ambiente y organismo están en íntima reciprocidad.

Con esto, la teoría del instinto queda re-evaluada incluso para el mundo animal. La base del modelo del aprendizaje social es que hay continuidad en cuanto a los principios aplicados a la conducta y que, simple

y llanamente, la conducta sexual humana aumenta en complejidad y diversidad, debido a la gran capacidad de aprendizaje. A la evolución de las especies animales se le abren dos alternativas contrapuestas, dos vías para aumentar la eficiencia biológica: la especialización y la generalización. Los insectos eligen la primera, el hombre la segunda. Muchas otras especies eligen formas mixtas. Para especies de tamaño reducido, y por ende de corta vida, el conjunto completo de conductas vitales tiene que ser en su mayor parte innato, dado que disponen de poco tiempo para “perder” en las tareas del aprendizaje. En éstas especies tampoco se dan los cuidados parentales, una razón más para adherirse a la línea evolutiva de la alta especialización, corto periodo de aprendizaje y formas de comportamiento mecánico y poco versátil. Las especies de vida larga pueden cargar con los costos biológicos que representa la infancia (periodo no productivo) y aprovechar la gran plasticidad otorgada por la inmadurez de las estructuras neuronales, para lograr un apropiado ajuste a las condiciones particulares del nicho que les sea contemporáneo. La evolución a lo largo de ésta segunda línea converge necesariamente con la inteligencia. Se sacrifica la ultraperfección de lo instintivo en la ejecución de las tareas vitales, pero se enriquece el abanico de posibilidades conductuales. La potencia se sustituye por potencial (Vélez, 1990).

El aprendizaje más que el instinto, se ha demostrado su influencia en la conducta de diversidad de especies, que van desde los monos, perros, gatos, palomas, ratas, abejas e incluso en organismos unicelulares (Chance, 1994), (Wittig, 1984). De allí que los principios basados en estudios animales referentes al aprendizaje, podemos aplicarlos a las conductas

sexuales humanas hasta donde nos sea posible. En esta línea de ideas vamos a revisar el concepto de sexualidad humana.

## **Sexualidad humana**

Los etólogos han cometido muchos errores al clasificar muchas conductas animales como instintivas. Llamar a algo instintivo, equivale a dar una explicación del mismo y verse libre de la necesidad de examinar dicha realidad. Experimentos con primates superiores, demuestran que el ambiente es determinante en el desarrollo de la conducta sexual, puesto que por efectos de aislamiento, criados en cautiverio, los monos son incapaces de emitir muchas de las respuestas sexuales adultas (Chance, 1994).

En el hombre no hay una sexualidad natural, una sexualidad adulta, heterosexual, genital. Existe una amplia gama de conductas sexuales tan vasta que cubre desde los animales, los niños, los cadáveres, los excrementos, etc. La heterosexualidad es tan posible como la homosexualidad y se explica con base en unos principios comunes. No parte en los genitales ni que termina en la reproducción. Ante esto aseguramos que hay historias de aprendizaje que determinan el desarrollo de la conducta sexual y que la diversidad de culturas han hecho difícil la generalización de dichos comportamientos. Pero la ciencia no trata de buscar explicaciones últimas, ni verdades absolutas. Su característica esencial es que es falible, verificable y autocorrectiva. Debe aprobar el examen de la experiencia. A fin de explicar un conjunto de fenómenos, el científico inventa conjeturas fundadas de alguna manera en el saber adquirido. Sus suposiciones pueden ser cautas o audaces, simples o complejas. En todo caso, deben ser puestas a prueba. El test de las hipótesis fácticas es empírico, esto es, observacional o experimental. Si las

leyes planteadas fracasan en la práctica, fracasan por entero (Skinner, 1986).

Alzate (1997) define la sexualidad como “el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. A su vez, la función sexual humana la define como la función conciente y condicionada por la cultura que se ha derivado filogenéticamente de la función reproductora pero que es ejercida en primer lugar de modo placentero o lúdico y secundariamente de modo reproductor” (p. 5).

Hay que aclarar que sexualidad como la toma Alzate, es el contexto más amplio del que vamos a tomar únicamente las condiciones comportamentales. Función sexual y conducta sexual, son conceptos que se concatenan y extrapolan de tal manera que hay puntos intermedios desde dos perspectivas. De allí que de la anatomía, fisiología y factores socioculturales de la sexualidad, hemos de revisar los elementos más pertinentes sin abarcarlos completamente debido a la extensión del tema.

Alzate (1997), explica que la función sexual humana es ejercida fundamentalmente de dos modos, el erótico o primario y el reproductor o secundario, y en dos planos y órganos, el mental o psíquico y el corpóreo o somático, cuyos elementos generan comportamientos, o sea, manifestaciones en el plano externo u observable. Todos estos elementos están en general, aunque no forzosamente, concatenados en una secuencia de varias fases, las cuales, en el ejercicio del modo erótico, son básicamente cinco: apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica. Cuando el individuo opta por ejercer la función sexual de modo reproductor, hay que

agregar una sexta fase, la reproductora. Así, Alzate, toma el comportamiento sexual como manifestaciones en el plano externo. Lo “interno”, hace referencia a los fenómenos psíquicos y procesos fisiológicos cerebrales que no pueden ser observados directamente. En términos conductuales diríamos que son variables intermedias o intervinientes que se definen operacionalmente.

Debido a la variedad de culturas y la gran capacidad de aprendizaje, las conductas sexuales humanas son muy diversas. El proceso evolutivo hizo que el comportamiento sexual vaya siendo cada vez menos dependiente de los instintos y más de la corteza cerebral y del aprendizaje. Los factores ambientales producen cambios estructurales en el cerebro por lo que el desarrollo de la conducta sexual está influido por ellos, aún en mamíferos infrahumanos (Alzate, 1997).

Vélez (1990), explica cómo la conducta sexual animal está determinada rígidamente por los cíclicos periodos de estro o celo, haciendo que la hembra se transforme notoriamente durante éstos periodos, de tal modo que los machos lo pueden advertir sin ninguna dificultad. Esto produce a su vez transformaciones importantes en los machos (aumento de la agresividad y la intolerancia con la presencia de otros machos son las más comunes). Estas alteraciones van dirigidas a proporcionar la unión sexual y la selección de los más aptos. Durante el apareamiento, la hembra no manifiesta signos importantes de excitación presentando un orgasmo débil. Una vez superado el periodo de celo, la hembra generalmente no vuelve a aceptar monta por parte del macho y la vida sexual, para todos, deja de tener interés hasta el próximo estro.



La sexualidad en la especie humana es bien distinta. Muestra un enorme enriquecimiento y diferencias notables con respecto a la de las especies más próximas. A pesar de su ciclo menstrual de 28 días, la hembra humana actual es receptiva, prácticamente todo el tiempo, conservando, sin embargo un vestigio de estro alrededor de los días correspondientes a la ovulación, pero es tan débil en la mayoría de las mujeres, que tienen que utilizar diferentes métodos para determinarlo (Vélez, 1990).

Esto tuvo una ventaja evolutiva importante, dado que la unión sexual podía realizarse durante los irregulares periodos de permanencia de los cazadores en sus hogares, incrementando considerablemente las posibilidades de embarazo, con el consiguiente aumento de la eficacia reproductiva. Un apareamiento a la víspera de la ovulación puede significar un embarazo, aunque los cazadores ya ese día estén de regreso a los territorios de caza. Por otro lado la suspensión del estro, proporciona una reducción de la agresividad masculina y permite una vida social más armónica y pacífica (Vélez, 1990).

La madurez sexual femenina, se presenta dos o tres años antes de completar la madurez física y psicológica. El hímen que en algunas especies de primates aparece en forma vestigial. Su desarrollo en la especie humana se explica de manera no satisfactoria, mencionando que es un truco evolutivo para controlar el tamaño de la población al retrasar la fecha del primer apareamiento. La menopausia o suspensión brusca de la capacidad reproductiva, es desconocida por completo en el resto del mundo animal. La forma frontal de realizar el coito, es un subproducto posible del bipedismo,

postura que practica únicamente el hombre a parte de los koala (Vélez, 1990).

Morris, citado Vélez (1990), menciona que el orgasmo femenino tiene también ventajas evolutivas, puesto que el alto gasto energético que le precede, exige un periodo posterior de relajación y descanso, generalmente en posición horizontal, lo que aumenta en forma considerable las probabilidades de fecundación, debido a una mayor retención del semen (Vélez, 1990).

Al respecto, consideramos que si se mantiene coherencia con el concepto de la continuidad de las especies, el orgasmo femenino no pudo aparecer de la manera como lo explica Desmond Morris. De hecho, el orgasmo femenino fue desconocido hasta entrado el siglo XX. La eyaculación precoz del hombre, no era un problema y fue sólo después de las investigaciones de Masters y Johnson, citados por Cohen y colaboradores (1994), que estos problemas se estudiaron a fondo. La inhibición de la sexualidad sin ningún problema orgánico, ha llegado a niveles altísimos en algunas poblaciones, donde más del ochenta por ciento de las mujeres no han conocido jamás el orgasmo. Esto obedece a determinadas épocas de la historia, a determinadas circunstancias familiares, sociales y religiosas. Es decir, factores culturales que inciden en el aprendizaje y manifestación de dichas conductas.

Vélez (1990), afirma que la poligamia y la monogamia, encontradas en el mundo no son más que estrategias puestas en marcha por la evolución para resolver de manera óptima los problemas del entorno. La poligamia ofrece a los machos evidentes ventajas reproductivas, pero siempre que las

condiciones ambientales no sean demasiado críticas. Si el alimento está escaso o muy disperso se vuelve poco rentable. En este caso el número alto de descendientes puede significar la muerte, por inanición de toda la familia. La abundancia de comida por el contrario estimula la poligamia. En un nicho donde la predación sea especialmente alta, la monogamia, se puede tornar ventajosa; la pareja es una unidad con mayor capacidad de defensa que la madre sola y así la crías tienen mejores probabilidades de sobrevivir. Cuando la predación llega a límites más altos, la poliandria puede convertirse en una excelente solución: una hembra atrae a varios machos, generalmente más fuertes y agresivos que ella, y entre todos consolidan una familia estable, capaz de resistir con solvencia los embates de los predadores.

Como podemos darnos cuenta, las conductas sexuales humanas, a pesar de su diversidad y complejidad, parten de unos principios adaptativos y se han ido modificando de generación en generación para la supervivencia de la especie. El hecho de reproducirse de unas formas especiales en momentos críticos de la especie humana y de haber incentivado el subproducto del placer sexual, representó en todo momento una ventaja evolutiva frente a las demás especies.

En la época contemporánea, gracias a la extraordinaria disminución de la mortalidad infantil y debido a los adelantos en medicina, se ha creado el gravísimo problema de la superpoblación. Por ello los gobiernos responsables, independiente de las ideologías políticas, realizan esfuerzos tendientes a controlar la natalidad y a alcanzar la tasa cero de crecimiento demográfico, a la cual habrá que llegar apelando incluso a medidas más o

menos coercitivas, como ya está sucediendo en la República China. Desde ningún punto de vista es adaptativo o ventajoso en la actualidad tener muchos hijos, de allí que la función sexual y placentera, estén cada vez más desligadas.

La conducta sexual humana, está reforzada principalmente por las consecuencias placentera que de ésta se obtienen. Es decir, el fin de dicha conducta es la búsqueda de saciedad sexual, pero el fin reproductivo es secundario.

La conducta sexual analizada en estos términos, hace referencia a un organismo o sujeto en particular. Esta es la variable mediacional que se compone fundamentalmente de la intencionalidad. Es decir, que toda conducta sexual tiene un fin y puede variar de persona a persona. Así por ejemplo, podemos definir la conducta sexual dentro de la fase relacional de Alzate (1997), como toda acción o actividad de una persona que busca ponerse en relación con una pareja (objeto sexual) compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo.

#### Fases de las conductas sexuales

En la fase estimuladora, hay dos etapas: la interacción corporal del sujeto con el objeto sexual y la estimulación somatosexual. Esta fase viene a ser la continuación directa de los comportamientos de la fase relacional y consiste en actividades somatosexuales, o sea, los actos corporales efectuados mutuamente por el sujeto y el objeto, por uno sobre otro o por el sujeto sobre sí mismo, con el propósito de producir estimulación sexual y generalmente el orgasmo; esta fase se manifiesta mediante las siguientes

conductas que básicamente cuatro: actividades heterosexuales, actividades homosexuales, la masturbación y las actividades sexuales con animales. A la conducta masturbatoria se llega sin pasar por la fase relacional (Alzate, 1997).

En la fase excitatoria, la respuesta sexual humana es una consecuencia ordenada de acontecimientos fisiológicos, cuya meta consiste en preparar los cuerpos de los dos miembros de sexo opuesto para que cumplan la reproducción de la especie. Para que el acto sexual tenga éxito, los órganos genitales de cada uno de los miembros de la pareja deben experimentar un serie de cambios intensos en cuanto a su forma y función, tomando como punto de partida el nivel basal. Es literalmente imposible que se produzca el coito cuando los miembros del pareja no se hallan sexualmente excitados. Esto es, cuando el pene se halla flácido y cuando la vagina está seca y no se ha dilatado. Antes que las personas puedan ejecutar cualquier tipo de respuesta sexual, el cuerpo tiene que sufrir una serie de procesos similares de adaptación, que incluyen modificaciones muy extensas en cuanto a dimensiones químicas y fisiológicas (Kaplan, 1996).

En ambos sexos se producen una serie de alteraciones fisiológicas pero complementarias que los preparan para realizar el coito. Éstos cambios no se limitan a las áreas genitales. La estimulación sexual despierta reacciones de tipo neurológico, vascular, muscular y hormonal que afectan el funcionamiento del soma en su totalidad, en grado mayor o menor. La transformación que sufren los genitales se debe en gran parte a una vasocongestión local. La dilatación refleja de los vasos sanguíneos penianos y circunvaginales en respuesta a los estímulos sexuales hace que los

órganos sexuales se dilaten y distiendan con el paso de la sangre. Esto produce una erección en el macho y una lubricación y dilatación en los genitales femeninos (Kaplan,1996).

La fase terminal de la función sexual, es la orgásmica. Desde el punto de vista fisiológico, el orgasmo masculino se caracteriza por una serie de contracciones rítmicas separadas por intervalos aproximados de cuatro quintos de segundo. Estas son más fuertes y espaciadas durante el orgasmo. La eyaculación de esperma se produce por movimientos bruscos e irregulares, por sacudidas; primero se expulsa el líquido que proviene de los testículos, más rico en espermatozoides, y luego el líquido seminal prostático. Por eso en el hombre toda relación sexual puede traer consigo la fecundación; las dos funciones del aparato genital y placer sexual, están ligadas indisolublemente, mientras que en la mujer están separadas, puesto que la fecundación no es posible sino una vez por mes, en el momento de la ovulación. El orgasmo femenino por su parte, se caracteriza por una serie de contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica. Estas se acompañan de contracciones del útero, con aumento de la presión negativa intrauterina, y del ensanchamiento del cuello (Cohen y cols, 1994).

En los varones, el primer orgasmo se confunde prácticamente con la torarquía. Niños prepúberes pueden experimentar el orgasmo pero no eyacular, mientras que algunos hombres adultos se quejan de que no sienten orgasmo a pesar de eyacular (Alzate, 1997).

Kinsey, citado por Alzate (1997), halló que en dos tercios de los casos del primer orgasmos masculino, fue debido a la masturbación, y en el resto a las poluciones nocturnas, el coito heterosexual y los contactos

homosexuales. En Colombia, en estudiantes universitarios las causas principales fueron la masturbación en el 58% de los casos y las poluciones 29%. En cuanto a las mujeres, la edad mediana del primer orgasmo está un poco por debajo de los 20 años y las causas principales fueron: la masturbación en el 40% de los casos y las caricias heterosexuales diferentes del coito vaginal en el 24%. En Colombia, el primer orgasmo en estudiantes universitarias fue la masturbación en el 43% de los casos (Alzate, 1997). Puede observarse entonces que los hombres comienzan la adolescencia con el primer orgasmo, mientras que este señala más bien el final de la adolescencia en las mujeres. Con estos datos, podemos deducir que la conducta sexual del hombre, es significativamente más y mejor reforzada que la de la mujer en la adolescencia, debido a su capacidad para lograr orgasmos.

La función reproductiva, es la consecuencia natural de toda conducta sexual, que se puede prevenir de dos manera únicamente: evitando las relaciones sexuales o usando métodos anticonceptivos. Las Enfermedades de Transmisión Sexual, son una consecuencia desafortunada de las relaciones sexuales, siendo el uso del condón el método más efectivo para prevenirlas, a parte de la abstinencia. Toda conducta sexual hace referencia a un sujeto, el cual tiene la capacidad de autodirigir sus acciones, obteniendo consecuencias gratificantes o aversivas. Muchos factores mediacionales y sociales hacen que se refuercen las conductas sexuales de riesgo, que veremos más adelante, lo que le impide a la persona desarrollar satisfactoriamente su sexualidad. A continuación analizaremos como se

desarrolla la conducta sexual desde la infancia con el fin de prevenir las conductas sexuales de riesgo.

#### Aprendizaje de las conductas sexuales basado en consecuencias

Segura (1993), establece que los seres humanos aprendemos a emitir respuestas incluyendo la de los genitales. Por procesos de condicionamiento se desarrollan inhibiciones sexuales. Si una erección, va seguida de dolor, temor o culpabilidad, se extingue dicha respuesta sexual. Las zonas genitales, así como las extragenitales, han adquirido su capacidad de respuesta sexual específica a través del aprendizaje. Los genitales son ineludiblemente sensibles en tanto que las zonas extragenitales son exclusivamente adquiridas y su sensibilidad, localización y riqueza, dependen de cada biografía personal.

La base de la sensibilidad sexual es el sentido del tacto, una parte de la cual se especializa. Por raro que parezca, se aprende a percibir sensaciones de carácter sexual con los órganos genitales. Infortunadamente algunas personas no lo aprenden en el momento oportuno o aprenden a inhibirse. Estas personas pueden tener la misma sensación cuando se les estimula los órganos genitales que cuando se les estimula cualquier otro lugar de la piel. La condiciones del aprendizaje varían grandemente en relación a las condiciones sociales y culturales (Segura, 1993).

El castigo o las contingencias negativas, que mutilan la respuesta sexual, pueden derivarse de un gran número de fuentes: un daño físico real y patente por haber sido descubierto practicando un acto sexual tabú; sentimientos encubiertos de culpabilidad o una serie de episodios amenazadores, humillantes o desagradables, que siguen a la expresión



sexual. El temor o la anticipación a la crítica, la humillación o el rechazo del compañero puede contribuir también a que la respuesta sexual adquiera un significado simbólico negativo, resultando así en impotencia (Kaplan, 1996).

Otro mecanismo a través del cual se puede adquirir una respuesta disfuncional, es el refuerzo. Aún cuando las disfunciones sexuales son una fuente de dolor y de tortura para el paciente, persisten porque puede que se vean recompensadas de una manera abrupta. Por ejemplo, la eyaculación retardada de un hombre puede ser recompensada por la expresión satisfacción de la mujer, o simplemente por el sentido de alivio de eyacular más adelante él solo, es decir, a salvo, del temido compromiso de dejar embarazada a la mujer (Kaplan, 1996).

De este modo la persona puede llegar a evitar la sexualidad, lo cual supone una reducción drástica en la frecuencia del contacto sexual, o la persona puede sentirse arrastrada por su ansiedad y evitar ciertos aspectos sensuales del erotismo y constreñir de esa manera su conducta sexual. Ciertos aspectos de la sexualidad pueden llegar a provocar culpa o temor y ansiedad en virtud del proceso de condicionamiento. En este caso el sujeto tiende a evitar la exposición al estímulo que provoca ansiedad y que, desgraciadamente consiste en situaciones y sentimientos excitantes y placenteros. Esta pauta de evitación sexual se refuerza y mantiene debido a que es recompensada por una reducción de la ansiedad. Así una persona que aprende a evitar las experiencias sexuales eficaces y que es incapaz de percibir sus propios sentimientos eróticos difícilmente podrá tener una respuesta sexual normal. Además, la evitación de nuevas experiencias sexuales priva al individuo atemorizado de oportunidades para perder sus

temores, para garantizar confianza en su sexualidad y para desarrollar su potencial erótico (Kaplan, 1996).

### La conducta sexual a lo largo de la vida social

El aprendizaje de la conducta sexual comienza desde el nacimiento. Las primeras fricciones que se le dan al recién nacido cuando se le baña, la primeras caricias, le están enseñando a disfrutar del contacto suave con su piel. En seguida aprende las primeras diferenciaciones: agradable-desagradable, frío- caliente, suave- áspero, etc. Poco a poco explora y descubre su propio cuerpo, palpándolo y particularmente moviéndolo. Poco antes de cumplir el primer año descubre sus genitales, en especial el varón, y con frecuencia encuentra que tocarlos es agradable, por lo que esta conducta se refuerza. Es común que hasta los cuatro años, niños y niñas se estimulen sus genitales; están entrenando y desarrollando su capacidad de percibir sensaciones con ellos (Segura, 1993).

Los juegos sexuales infantiles son necesarios para el ulterior correcto funcionamiento erótico y reproductor de los seres humanos. En dichos juegos pueden realizarse actos semejantes a las montas animales, con movimientos pelvianos y, en ocasiones con presencia de erección. No es de extrañar, pues, que en muchos casos las disfunciones sexuales de los adultos tengan relación con la prohibición de las actividades sexuales infantiles. De hecho, los ejercicios que se prescriben a los adultos sexualmente disfuncionales, se asemejan notablemente a los juegos sexuales practicados por los niños que no son cohibidos, y dan la impresión de ser recapitulaciones de los procesos tempranos de aprendizaje sexual (Alzate, 1997).

Existen numerosas culturas que adoptan actitudes permisivas con respecto a los juegos sexuales infantiles. En ellas, los actos masturbatorios

y heterosexuales imitativos de los que efectúan los adultos son vistos con naturalidad por estos, y su práctica es estimulada como preparación para el buen ejercicio de la función sexual madura; incluso en algunas sociedades (hopis, siriono, kazakos), los adultos estimulan los órganos sexuales de los niños. No es entonces, coincidencial que, hasta donde se ha podido establecer, en dichas culturas la función erótica está libre de muchas de las disfunciones comunes en la sociedad occidental (Alzate, 1997).

Por otra parte, los niños comprenden rápidamente que si realizan sus juegos sexuales en público serán censurados y castigados por los adultos, por lo cual los efectúan en la clandestinidad. Así se hace más evidente el desarrollo progresivo de la ideación y los actos sexuales infantiles.

Buena parte de la instrucción social en nuestra cultura, está destinada a extinguir o inhibir buena parte de las conductas sexuales, debido a que las pautas de respuesta aprendidas en una situación, tienden a generalizarse a otras en que se consideran socialmente indeseables. Por otro lado, las exigencias sociales varían a medida que el niño crece, de modo que una pauta de respuesta que se estimula en un estadio del desarrollo puede considerarse más tarde inadecuada, y en consecuencia requerir de modificación. Finalmente, hay pautas de conducta que se les permiten y refuerzan a los adultos pero en el niño o adolescente reciben sanción social. De allí que las estimulaciones aversivas que se le den al niño van a competir con la imitación y la recompensa obtenida de las conductas sexuales. En este caso, la finalidad de la instrucción social, es inhibir algunas de las manifestaciones de la conducta sexual hasta que el niño alcance la edad o el estatus social que convierten la actividad en aceptable o estimada. En

cambio en la edad adulta, el hecho de no desarrollar la sexualidad puede ser fuente de censura social (Bandura, 1982).

En la preadolescencia, se provee un entrenamiento fundamental: la experiencia social. Al descubrir que el sexo opuesto produce sensaciones agradables, se orienta hacia él, reforzándose la conducta heterosexual. Esta conducta se desarrolla vertiginosamente en la adolescencia, cuando descubre nuevas sensaciones al masturbarse. Las caricias heterosexuales cubren todo el periodo que va desde la pubertad hasta el matrimonio, alternando con la masturbación y a veces con experiencias homosexuales. Así se refuerza y completa la comprensión de la naturaleza social de las relaciones sexuales al participar otra persona descubriendo y experimentando la reciprocidad. Explora y descubre otro cuerpo y deja que el suyo sea descubierto y explorado (Segura, 1993).

Bandura (1982), plantea que el desarrollo de la conducta sexual en la adolescencia está ampliamente condicionado por la disponibilidad de oportunidades para la experiencia sexual. La conducta sexual de los adolescentes es, sobre todo, resultado del aprendizaje social, lo cual determina en gran parte el momento, la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de hombres y mujeres. En este periodo de desarrollo los padres fomentan activamente las salidas con amigos del sexo opuesto y permiten escauceos.

Riso (1998), plantea que nuestra cultura es más tolerante y permisiva frente a la conducta sexual masculina, que además la promueve y anima. Los actuales adolescentes gozan de mayor libertad en cuestiones sexuales que la de las generaciones precedentes, pero los padres no están totalmente

de acuerdo en que se fomenten pautas continuadas de relaciones amorosas en la adolescencia, ni que de ellas obtengan mayores satisfacciones (Bandura, 1982). Swart (1975), establece que en nuestro contexto sociocultural se incorporan poderosos estimulantes de la actividad sexual del adolescente, lo cual se pone claramente de manifiesto en obras culturales, producciones de teatro, el cine, la televisión, la publicidad de masas, la moda y así sucesivamente. Por otra parte, dicha situación coexiste con la condenación oficial (social o moral) del erotismo. No pocas veces, el resultado es la retirada del adolescente en un ámbito homosocial (en asociación con iguales del mismo sexo), el cual normalmente es reemplazado luego por una asociación heterosocial (iguales del sexo opuesto) (Alzate, 1997).

### **Factores cognitivos en la conducta sexual**

Ellis y Grieger (1990), establecen que los factores cognitivos intervienen en la conducta sexual de dos formas: una mediante la cual los objetos-estímulo, adquieren un nuevo *significado sexual* para el sujeto, por procesos de condicionamiento, y segundo, cuando *pensamientos sexuales* activan conductas sexuales. De esta forma, las personas aprenden a dar a ciertos estímulos externos un significado sexual y también identifican y etiquetan ciertos estímulos internos como sexuales. Así se ha estudiado, cómo la actividad cognitiva puede aumentar o disminuir el ciclo de respuestas sexuales o inhibir y desinhibir conductas sexuales.

Cuando un estímulo, adquiere la significación sexual, la persona en cuestión, ha de discriminarlo frente a otros estímulos con distintos grados

de semejanza. De esta manera quedará ligada una respuesta con determinado estímulo. Cuanto más retrinja la respuesta a estímulos idénticos o similares al original, mayor será el grado de discriminación o diferenciación que muestra.

Mucho antes de alcanzar la madurez sexual fisiológica, los niños presentan formas de conducta, que en nuestra cultura, se consideran con implicaciones sexuales; por ejemplo: tocarse los genitales, mostrarlos o mirar los de los otros, se clasifican como respuestas sexuales; la región mamaria es un objeto sexual, condicionado culturalmente, cuyas implicaciones sexuales se le hacen cada vez más claras al niño. Su acentuación, su exposición parcial y su ocultación son algunos de los medios por los que se desarrolla su significación sexual. Por lo tanto, el mirar los pechos, acariciarlos, se convierten en una actividad con alto significado sexual. De esta misma forma otras partes del cuerpo se convierten en estímulos sexuales condicionados por la cultura. Hay determinadas pautas de conducta que adquieren una significación sexual bien como elementos propios del acto sexual o como actividades previas a él (Bandura, 1982).

La significación sexual, incluye procesos de percepción y evaluación del estímulo sexual. La percepción entraña tres procesos: la detección, el etiquetado y atribución. La detección se refiere a la habilidad de una persona para darse cuenta de la presencia de un estímulo o para discriminarlo de otros (Ellis y Grieger, 1990). Esto tiene que ver con procesos atencionales determinando lo que se observa selectivamente en la profusión de las influencias del modelado y qué información se extrae de los

hechos modelados continuos. Incluye una exploración autodirigida del ambiente y la construcción de percepciones significativas de los hechos modelados (Mahoney y Freedman, 1988).

El etiquetado se refiere a los descriptores que el sujeto utiliza para categorizar el suceso estimular siendo una operación de clasificación. El tercer paso es la atribución, que es la búsqueda de una explicación para la percepción. La atribución elegida por el individuo dependerá en gran medida de las señales del contexto. La evaluación del estímulo sexual implica la aplicación de juicios generalmente de “bueno” o “malo”. Los padres que se mostraban disgustados con los dibujos seguramente estaban haciendo evaluaciones negativas del estímulo sexual (Ellis y Grieger, 1990).

Los estímulos sexuales finalmente son transformados y reestructurados mediante sistemas de representación imaginarias y verbales. Se ensayan las concepciones simbólicas de los hechos cuando se observa por primera vez lo que implica un proceso de retención (Mahoney y Freedman, 1988).

Los procesos cognitivos que activan las conductas sexuales comienzan con la transformación de las concepciones simbólicas en acciones apropiadas. La producción conductual, incluye un proceso de ajuste de las concepciones y metas mediante la retroalimentación desde la acción. La conducta es así modificada con base en la información comparada para lograr una correspondencia cercana entre concepción y acción (Mahoney y Freedman, 1988).



### Modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva

En este proceso de producción conductual, el modelo ABC de Terapia Racional Emotiva (TRE) plantea que cuanto más general y filosófica sea la cognición, más probablemente estará fuera del conocimiento e inarticulada y más probablemente influirá significativamente en la conducta. Este modelo plantea tres de cogniciones que son: posiciones de la vida, valores y hábitos interpretativos (Ellis y Grieger, 1990).

Las posiciones de vida fundamentales se adoptan desde la infancia determinando la extensión y los límites de las experiencias y conductas. Estas posiciones son generalizaciones y abstracciones a menudo no reconocidas e inarticuladas, que guían y establecen los límites de nuestro pensar, hacer y sentir. Son los supuestos más básicos, el contexto que guía nuestras vidas. Dos de las posiciones de la vida que analiza el modelo ABC contextual son: la afirmación y el yo como contexto (Ellis y Grieger, 1990).

La afirmación es una posición activa de poder y acción potencial, para obtener lo que se quiere en el futuro. Más allá de la aceptación, la persona está “eligiendo” lo que está allí y lo que no está. Es tomar lo que uno recibe cuando uno lo recibe y no tomar lo que no se recibe cuando no se lo recibe (Ellis y Grieger, 1990).

Aplicando este principio a la conducta sexual, imaginemos a un sujeto al que su novia le ha terminado. Si utiliza la afirmación empleará un razonamiento como el siguiente: “Algunos días, mi mente no puede dejar de pensar en ella. Así que me digo a mí mismo ¿por qué quiero estar con ella si no puedo? Por mucho que quisiera no cambiarán las cosas. Así que tengo un elección: puedo seguir quejándome de esto, o puedo asumirlo. Me pasa

esto quizá, unas diez veces al día y me salgo de la situación y funciona. Me digo a mí mismo: “esto es lo mejor que puedo hacer para sentirme bien”, así que me relajo y abandono la lucha porque no puedo hacer nada a no ser preocuparme por mí mismo hasta la muerte intentando algo que no puede ser”.

El yo como contexto es la descripción del rol, atributos y conductas de la persona teniendo en cuenta sus facultades potenciales (Ellis y Grieger, 1990). Una mujer de 30 años, casada dice lo siguiente acerca de su yo contextual: “Me siento sexualmente viva y abierta a la experimentación sexual, lo cual me ha permitido deshibirme frente a mi marido y esto me hace sentir muy bien. Además soy intuitiva y capaz de comunicarme con facilidad sobre el sexualidad”.

#### Metas y conducta sexual

En el proceso de producción conductual, se encuentran los valores o metas de las personas. La TAS plantea que las personas no reaccionan simplemente a sus ambientes inmediatos, ni están ancladas en los restos del pasado. Muchas de sus conductas son intencionales y están bajo el control de la anticipación. Anticipan las consecuencias de sus acciones futuras estableciendo metas y planifican cursos de acción que les conducen a futuros valorados. De esta forma la gente se motiva a sí misma y guía sus acciones anticipadamente. Esta capacidad, al reducir el impacto de las consecuencias inmediatas, puede apoyar la conducta anticipada incluso cuando las condiciones reales no conduzcan especialmente a ello (Mahoney y Freedman, 1988).

Las metas respecto a la conducta sexual que la gente generalmente se plantea son: tener una vida sexualmente satisfactoria, mejorar la calidad de las relaciones con el sexo opuesto y con la pareja, y disfrutar de las relaciones sexuales sin temor a un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual o de abuso sexual. Esto corresponde a la definición de salud sexual y reproductiva (De Saade y cols, 1996).

La TAS, distingue entre metas finales y submetas próximas. Las metas finales influyen en la elección de los cursos de acción, las cuales ayudan a temporizar y reducir esfuerzos en el presente. Las submetas próximas movilizan efectivamente los esfuerzos y dirigen lo que uno hace aquí y ahora. Las submetas asequibles conducen a aspirar a las metas últimas creando de esta forma las condiciones más favorables para continuar con la automotivación. Tales automotivadores próximos cultivan la competencia, aumentan sus autopercepciones de eficacia y fomentan el interés intrínseco en las actividades (Mahoney y Freedman, 1988).

Las metas a corto plazo frente a la conducta sexual son la ejecución de comportamientos que buscan colocar a la persona en relación con una pareja (objeto sexual), compatible con sus preferencias sexuales, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo. Las metas a largo plazo son: no embarazarse en circunstancias desfavorables, no contagiarse de enfermedades de transmisión sexual, ni ser víctima de abuso sexual. El modelo ABC, plantea unas metas todavía más generales como son: permanecer vivo, ser razonablemente feliz y libre de dolor cuando se está solo por sí mismo, cuando se asocia con otras personas y cuando se ven inmersos en una relación íntima (Ellis y Grieger, 1990).

A este respecto, la TRE, no solamente es filosófica, sino que incluye la específica perspectiva existencial-humanista de otras escuelas terapéuticas. En cierto grado, incorpora el punto de vista de Alfred Adler, Kurt Goldstein, Karen Horney, Victor Fankl, Carl Rogers, etc. Esta perspectiva ve a las personas como holistas, a los individuos orientados hacia metas que tienen importancia en el mundo solo porque son humanos y viven; las acepta incondicionalmente con sus limitaciones y se centra particularmente en sus experiencias y valores, incluyendo sus potencialidades de auto-actualización. Al mismo tiempo la TRE apoya el humanismo ético, la filosofía de la asociación humanista americana que anima a la gente a vivir de acuerdo con reglas que acentúan unos intereses humanos por encima de los intereses de la naturaleza inanimada, de los animales inferiores, o de cualquier orden natural o deidad asumida. Esta perspectiva reconoce a la gente sólo como humana y de ninguna como sub-humana o supra-humana. Parte de la hipótesis de que la fe devota en entidades o poderes supra-humanos casi siempre conduce a una pobre salud emocional y a disminuir la felicidad a corto plazo. Aunque la Terapia Cognitivo –Conductual, está en general orientada de forma humanista no tiene estrictamente porque estarlo, mientras que la perspectiva humanista es intrínseca a la TRE (Ellis y Grieger, 1990).

#### Cognición, motivación y conducta sexual

Con esto llegamos a los procesos motivacionales de las conductas sexuales. La TAS distingue entre adquisición y ejecución de una conducta sexual. La conducta sexual aprendida observacionalmente está influida por

tres tipos de incentivos que son: directos, vicarios y autoproducidos (Mahoney y Freedman, 1988).

Los incentivos directos dependen de la valoración que haga el sujeto tanto de los estímulos sexuales como de los refuerzos sociales. Los incentivos autoevaluados operan como dispositivos motivacionales más que como reforzadores automáticos de la conducta. Los resultados afectan a la conducta a través de la mediación del pensamiento, donde las consecuencias por sí mismas producen a menudo un cambio pequeño en la conducta, hasta que la gente se *de cuenta* de qué acciones se están reforzando o castigando (Mahoney y Freedman, 1988).

La forma en que la conducta sexual se ve influida por sus efectos, depende de los juicios que forman las personas sobre las reglas que gobiernan los resultados, el significado que atribuyen a los resultados y las creencias sobre cómo sus acciones cambiarán probablemente los resultados futuros a lo largo del curso del tiempo. Las personas exhiben con mayor probabilidad la conducta sexual modelada si tiene como consecuencia resultados valorados, que si no es reforzada o tiene efectos de castigo (Bandura, 1982). Suponiendo que un adolescente está en una fiesta con el propósito de bailar. Invita a la muchacha más bonita pero es rechazado. Inmediatamente observa la situación se decide por una muchacha que acaba de bailar, obteniendo éxito. De esto saca la conclusión de que “es más probable bailar en una fiesta si se invita a las muchachas que más bailan y menos probable que cuando se invita a las más bonitas”.

Los refuerzos vicarios hacen referencia a que las consecuencias observadas influyen en la ejecución de la conducta modelada de forma

parecida a las consecuencias experimentadas directamente. Ver que la conducta modelada tiene éxito en los otros, incrementa la tendencia a comportarse de forma similar, mientras que ver que se castiga la conducta modelada disminuye esta tendencia (Bandura, 1982). El impacto de las consecuencias observadas depende de las inferencias del observador en el sentido que podrían experimentar resultados similares o no llevar a cabo las actividades modeladas (Mahoney y Freeman, 1988). En la misma situación del baile, el muchacho se da cuenta que un compañero obtiene más éxitos al decirle cumplidos a la muchacha con la que va a bailar, por lo que decide practicar esta conducta obteniendo más éxitos.

El tercer tipo de refuerzos que hacen más probable la ejecución de la conducta sexual, son los autoproducidos, que se refieren a las reacciones autoevaluadoras que generan las personas hacia sus propias acciones. Las personas expresan lo que encuentran satisfactorio y evitan las que desapruueban personalmente (Mahoney y Freedman, 1988).

La conducta produce autorreacciones a través de una función de juicio, comparando la conducta percibida con los patrones internos y la ejecución de otras conductas. Esta valoración de las actividades sexuales tiene que ver con la estimación cognitiva de los factores personales y situacionales que afectan a la propia ejecución. Los juicios favorables permiten que aparezcan autorreacciones positivas (Mahoney y Freedman, 1988).

Estos juicios llevan a lo que el modelo ABC plantea como hábitos interpretativos que se refieren al estilo habitual del procesamiento de información que una persona habitualmente deduce. Entre éstos hábitos se

encuentra: el locus de control interno o externo, expectativas de autoeficacia, perspectiva de resultado, visión del mundo amigable, soportable y buena y un visión del mundo esperanzadora y positiva (Ellis y Grieger, 1990). En la situación del baile, el éxito lo atribuye a los cumplidos (control interno) o al atractivo físico de los demás compañeros (control externo); se convence a sí mismo de “es capaz de invitar a bailar y lo volverá a intentar de nuevo si es rechazado” (expectativas de autoeficacia); estima que cierto tipo de conductas le llevará a unos resultados esperados (expectativas de resultado).

Comenzamos explicando la conducta sexual estableciendo el modelo conductual según el cual, el ambiente determina un tipo de conductas y cogniciones. Finalizamos la explicación del modelo, explicando como las cogniciones pueden modificar el ambiente y las consecuencias conductuales.

La ejecución de la conducta sexual humana, depende de dos procesos: activo-reactivo y activo- activo. El proceso activo-reactivo, se inicia cuando la persona al intentar lograr sus metas, busca ambientes o partes de ambientes que considera llevarán al logro de sus metas. Allí atiende selectivamente e interpreta lo que encuentra. De este modo la gente crea los acontecimientos que eventualmente producen reacciones emocionales y conductuales. Así la interacción entre ambiente (A) y cogniciones (B), influyen en las consecuencias y cogniciones (C) (Ellis y Grieger, 1990). Una pareja de casados considera que el mirar películas pornográficas puede incrementar su excitación sexual; se someten a este ambiente y obtienen las consecuencias fisiológicas esperadas.

El proceso activo-activo se produce cuando las personas asumen las metas considerándolas más importantes que las reacciones emocionales o cognitivas que acompañan a las conductas que van a ser ejecutadas. De este modo el actuar, sentir y pensar no están determinados por ninguna condición previa o inmediata o suceso estimulador. Esto conlleva el proceso de sentir de acuerdo con la acción, donde los acontecimientos del ambiente empiezan a responder de una forma que concuerde con este proceso y los acontecimientos terminan siendo la consecuencia de las cogniciones (Ellis y Grieger, 1990). Un joven invita a su novia a almorzar, objetivo que mantiene a pesar de: estar enojado con ella y preferir tomar cerveza con sus amigos. Además mantiene su propósito adelantando trabajos para estar libre a esa hora. El resultado es el siguiente: sus amigos le ayudan a acabar sus trabajos y la relación con su novia mejora después del almuerzo.

#### Conductas sexuales de riesgo

El concepto de riesgo se ha utilizado de modo estadístico determinando la epidemiología de una enfermedad o trastorno aplicado a grupos o muestras de población, concepto que está ligado a la vulnerabilidad psicobiológica (Vallejo, 1991). Frente a la sexualidad, en los años ochenta con la aparición del SIDA, se determinó a los homosexuales como “grupos de riesgo”, debido a que todas las personas afectadas con esta epidemia presentaban este rasgo común. Actualmente se ha llegado a establecer a los adolescentes como un potencial grupo de riesgo, debido a que en buena parte son sexualmente activos, muchos de ellos experimentan con alcohol y otras drogas, lo cual anula o atenúa la práctica de hábitos preventivos; además muestran sentimientos de invulnerabilidad ante la



amenaza del SIDA, la información que poseen y sus formas de prevención incluso si es adecuada, es ineficaz para cambiar sus comportamientos de riesgo. Luego de diagnosticarse nuevos casos de SIDA en heterosexuales o bisexuales, y al comprenderse mejor la etiología de las enfermedades, la atención se ha centrado en los comportamientos de riesgo susceptibles de transmitir el virus (Bayés, 1995).

Los comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia, corresponden a los que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual o de producir un embarazo. Entre ellos podemos mencionar: inicio de relaciones sexuales a temprana edad, escaso uso del preservativo, elevada frecuencia coital, práctica del coito durante la menstruación, ovulación o anal; multiplicidad de parejas, incluida la monogamia serial, y realización de actividades sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

Las influencias paternas y las prácticas de crianza ayudan a desarrollar comportamientos de riesgo, al no satisfacer las necesidades emocionales básicas de los niños y adolescentes. Estos padres no refuerzan con frecuencia el comportamiento socialmente aprobado en la infancia temprana y son crueles o incoherentes al castigar los comportamientos socialmente rechazados. No se involucran estrecha y positivamente en la vida de los hijos y son incapaces de estar al tanto de sus actividades. Estas familias se caracterizan por la escasa comunicación y la poca habilidad para resolver problemas (Papalia, 2001).

Masters y colaboradores (1996), afirman que en su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos

adolescentes ven en el conducta sexual un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias replanteando los valores de la anterior generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo u otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente.

Casi siempre es en compañía del grupo de iguales que los adolescentes comienzan a realizar conductas antisociales, siendo frecuente la elevada tasa de actividades sexuales en adolescentes agresivos (Bandura, 1982). Aquellos adolescentes que poseen tendencia hacia los comportamientos sexuales de riesgo, son los que tienen mayor probabilidad de inclinarse hacia otros adolescentes que ya practican dichos comportamientos y ser influenciados por ellos. La influencia del grupo es especialmente fuerte cuando las orientaciones no son claras. Incluso puede llegar a impulsarlos en contra de su juicio personal. Los adolescentes que desafían las normas, se sienten satisfechos de buscar consejo en amigos que estén en la misma posición (Papalia, 1997).

La comunicación entre iguales implica el establecimiento fáctico de normas y modelos de actuación por parte de los adolescentes que hayan asumido comportamientos sexuales de riesgo, en presencia de adolescentes que aún no los practican. Para formar parte de uno de tales grupos, se espera que el adolescente acepte sus valores y normas de comportamiento, incluso aunque estos sean de riesgo. Es posible que el adolescente carezca de las fortalezas para resistirse (Bayés, 1995).

Se incrementa la probabilidad de presentarse un comportamiento sexual de riesgo cuando la consecuencia social que le acompaña o sigue es

aprobación, pero cuando la consecuencia es negativa, se castiga reduciendo su probabilidad. Igualmente la aprobación social de grupo de iguales, genera importantes cambios en el comportamiento sexual de riesgo, cuando un adolescente observa que sus compañeros están incrementando dichas conductas y la consecuencia que le sigue es de normalidad social (Bayés, 1995).

La presión social es la principal razón por la cual 3 de cada cuatro mujeres y la mitad de los varones en Estados Unidos, inician sus relaciones sexuales. En un estudio de 1389 estudiantes de sexto grado de las escuelas públicas de Filadelfia, el predictor más preciso de cuales jóvenes empezarían sus relaciones sexuales al final del año escolar, fue la influencia de grupo que se expresaba mediante la afirmación de que muchos amigos de la misma edad ya habían tenido experiencias sexuales (Papalia, 1997).

## **Creencias Irracionales y sexualidad**

Las creencias son los instrumentos psicológicos que utilizamos para organizar y manejar el mundo que nos rodea, nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. La gente tiene innumerables creencias, porque los seres humanos tienen muchos tipos de cogniciones. La TRE se interesa por las creencias racionales que llevan a comportamientos de autoayuda y por las irracionales que llevan a comportamientos autoderrotistas o socialmente derrotistas (Mahoney y Freedman, 1988).

### Creencias racionales e irracionales en la TRE

El modelo ABC de la TRE, define las creencias irracionales como las cogniciones, ideas o filosofías de carácter absoluto que se encuentran en el fondo de toda alteración emocional y conductual. Estas creencias incluyen evaluaciones, inferencias, expectativas y conclusiones de lo que sucede en el mundo y están comprometidas con los deseos, anhelos, preferencias, demandas, órdenes y necesidades (Ellis y Grieger, 1990).

Ruiz (2000), define que lo racional o irracional de una creencia depende de su correspondencia con la realidad. Si al procesar la información del medio, nuestro pensamiento está en correspondencia con la realidad, podemos decir que tenemos una creencia racional o lógica. Si por el contrario nos aleja de la realidad, estamos ante una creencia irracional.

La realidad es entendida como una serie de procesos que ocurren en muchos niveles que son diferentes unos de otros, simultáneos y no subordinados. Es una red de procesos, que todos están entrelazados. Cada proceso ocurre en su nivel de procesamiento de la información, que es diferente de otros niveles y puede verificarse en una situación compleja, de

acuerdo a diversos niveles de observación, o diversos puntos de vista. De acuerdo a esto, y en correspondencia con la concepciones post-racionalistas, la realidad no es única (Ruiz, 2000).

Hay que aclarar que al principio la Terapia Racional Emotiva se llamó Terapia Racional, porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos, y quería diferenciarlos claramente de las otras terapias de los 50. Mucha gente, sin embargo, identificó la terapia racional con el racionalismo del siglo XVIII, que afirmaba que el conocimiento tiene esencialmente su origen en la razón sin basarse en la experiencia, lo cual era realmente lo opuesto. Siempre tuvo marcados los componente conductuales y evocativo-emotivo, y desde el comienzo se favoreció la asignación de tareas, la desensibilización en vivo, y el entrenamiento en habilidades. Era también sumamente confrontativa, bastante diferente al análisis clásico y a la terapia centrada en el cliente rogeriana. De éste modo Ellis, en colaboración con su principal asociado en este nuevo modo de tratamiento, el doctor Rober A Harper, decidieron al principio de los 60, cambiar el nombre al de Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 1990).

Por otra parte, la TRE en ese sentido, se puede decir que es post-racionalista, debido a que no pretende adaptar al sujeto a una realidad social, o a unos ideales colectivos. En ese aspecto pretende antes que nada que el sujeto se responsabilice de sí mismo y sea capaz de formar sus propios criterios. Vemos en este aspecto nuevamente sus rasgos comunes con la perspectiva humanista. En este sentido se establece la definición de adaptación, cuando el sujeto responde a las presiones ambientales de manera satisfactoria (Ellis y Grieger, 1990).

Las creencias pueden referirse tanto al mundo físico, biológico o social. El pensamiento racional ha producido grandes logros a nivel de ciencia y tecnología, mientras que las creencias irracionales nos pueden alejar tanto de la realidad, que podríamos perder las nociones básicas para vivir en sociedad (Mahoney y Freedman, 1988). La TRE se interesa por las creencias que hacen referencia a la persona y que subyacen a los problemas emocionales, principalmente de ansiedad y depresión. Nuestra investigación se centrará en las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo.

Otro criterio utilizado para la definición de creencias irracionales, es su verificación empírica. Las creencias irracionales no se pueden verificar empíricamente, es decir no están sujetas a prueba. Uno de los métodos de la TRE es la verificación y contrastación con la realidad de las creencias irracionales, sometiéndolas a prueba, que tarde o temprano por su carácter quedan sin fundamento. Si se instalan creencias racionales, se obtiene una mejoría en la conducta (Rimm y Masters, 1979).

Como complemento a la definición de creencias irracionales, la TRE plantea que son filosofías, cogniciones o ideas que sabotean y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes, mientras que las racionales, ayudan y alientan el logro de los objetivos personales (Mahoney y Freedman, 1988). Así podemos plantear que la persona puede llegar a tener metas irracionalmente altas o bajas, lo cual afecta directamente a su autoeficacia. Las metas son un tipo especial de cognición y por lo tanto están sujetas a los mismos criterios. Pero las creencias no sólo afectan a la metas, sino también a la percepción y evaluación de los acontecimientos. Por esta razón,

como lo plantea el modelo ABC, de la interacción de diversos tipos de cogniciones, determina en gran medida lo que una persona hace en cualquier situación dada o sobre cualquier acontecimiento determinado (Ellis y Grieger, 1990).

Cuando las creencias irracionales están afectando a las metas (que a su vez son una consecuencia cognitiva de estas), es un caso de mayor gravedad que cuando se hace una valoración exagerada de un acontecimiento. Cuando una persona tiene la firme intención de violar a alguien, su conducta está motivada por metas irracionales y creencias irracionales. Las percepciones distorsionadas se ubican en un posición intermedia. Hay que aclarar que el modelo ABC es contextual, lo cual quiere decir que hay determinismo recíproco y no lineal entre diversas cogniciones, conducta y ambiente. La TAS, menciona al respecto, que cuando la creencia difiere de la realidad, la conducta está débilmente controlada por las consecuencias, hasta que la experiencia repetida introduce poco a poco expectativas realistas. Pero no siempre las creencias son las que cambian en dirección de la realidad social, puesto que actuar sobre las expectativas irracionales puede alterar el comportamiento de los otros, moldeando así la realidad en dirección de las creencias (Mahoney y Freedman, 1988). Myers (1991), menciona que fenómenos como la *profecía del autocumplimiento*, se explican de esta manera, cuando nuestras expectativas provocan una conducta que a su vez confirma nuestras creencias.

#### Creencias y conductas sexuales de riesgo

Partiendo del supuesto de que los objetivos básicos de toda persona a nivel de sexualidad son: tener una vida sexual satisfactoria, con la libertad

de decidir cuándo y con qué frecuencia procrear o no hacerlo, sin riesgo de contraer una ETS o ser víctima de abuso sexual, mejorando las relaciones de pareja, toda filosofía, pensamiento o idea encaminada a éste propósito establecerá conductas sexuales de prevención, mientras que aquellas creencias que impidan o bloqueen dichos propósitos, llevarán a la persona a conductas sexuales de riesgo. Esta definición no es exacta para la presente investigación, debido a que algunos tipos de creencias irracionales bloquean cualquier tipo de manifestación sexual, afectando la conducta sexual en general (como la abstinencia sexual), pero la persona está asumiendo una conducta sexual preventiva y no de riesgo. Sólo cuando la persona no logra evitar un embarazo indeseado o la adquisición de una ETS, podemos decir que está asumiendo conductas sexuales de riesgo. El abuso sexual tampoco lo vamos abordar, por lo que nuestra investigación se enfocará en la prevención del embarazo y las ETS.

Las creencias irracionales pueden ser positivas o negativas. Las positivas generan sentimientos positivos inconvenientes, tales como grandiosidad, hostilidad y paranoia, haciendo que la persona se sienta superior a los demás. A su vez, la persona adopta una posición infantil y egocéntrica considerando que “el mundo automáticamente debe seguir el que camino que se quiere”. El sujeto exige e insiste que la vida sea en la forma que él quiere (Ellis y Grieger, 1990).

Por otra parte, las creencias racionales positivas, son aquellas observaciones y evaluaciones de carácter flexible que provocan sentimientos positivos convenientes, tales como el amor, felicidad, placer y curiosidad, incrementando sin límites las satisfacciones humanas. En cambio las



creencias irracionales positivas (Bi+), tarde o temprano conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones. Prácticamente todas las órdenes, demandas, insistencias y deberes absolutistas tanto para sí mismo como para los demás, son inconvenientes y potencialmente autosaboteadores (Ellis y Grieger, 1990).

A las Bi+ le subyace su contraparte cuando “el mundo no es de la forma que se quiere” como desde luego sucede en la realidad. Las creencias irracionales negativas (Bi-) son evaluaciones absolutistas pesimistas encontrando el mundo como “terrible e insoportable”, generando sentimientos negativos inconvenientes tales como depresión, angustia, desesperación e inutilidad, al igual que conductas autoderrotistas (Ellis y Grieger, 1990).

Los adolescentes asumen conductas sexuales de riesgo cuando al buscar tener una vida sexual satisfactoria, no tienen en cuenta las consecuencias a largo plazo de muchas de sus conductas sexuales. Este bloqueo de sus metas básicas se debe a las creencias irracionales, las cuales se pueden definir como una valoración exagerada de las actividades sexuales. Dichas actividades sexuales son un reforzador como cualquier otro, sea primario o condicionado; así adquiere su dimensión necesaria para que la persona desarrolle su repertorio comportamental en diversos campos de acción, conservando la flexibilidad y la disposición a aprender. Pero cuando las actividades sexuales se convierten en algo indispensable de la vida, debido a que gran parte del repertorio conductual está en función de éstas, consideramos que éste factor lleva a la persona a asumir conductas

sexuales de riesgo, como el inicio temprano de las actividades sexuales, alta tasa de relaciones sexuales, multiplicidad de parejas, etc.

Este tipo de valoraciones afectan las metas (o elaboración de respuestas a partir de unos estímulos), la evaluación del estímulo sexual (que son las creencias propiamente dichas) y la percepción de dichas actividades.

Así un sujeto con Bi+, frente a los acontecimientos sexuales, tienen la tendencia hacia la magnificación de dichos estímulos, encontrando el mundo más sexual de lo que es en realidad. Un simple cumplido puede tomarlo como una propuesta de matrimonio. Después de evaluar un simple cumplido como coqueteo, puede abordar a dicha persona con intenciones de entablar relaciones amorosas o sexuales.

Las Bi+ generan comportamientos de riesgo, tanto respecto al comportamiento sexual, la violencia y las drogas, debido a que desinhiben conductas a niveles muy altos. Las Bi- producen inhibiciones conductuales, que cobran importancia en las conductas sexuales de riesgo, al bloquear el desarrollo de medidas preventivas como comprar condones, planear las relaciones sexuales o hablar de sexualidad con los padres. Igualmente pueden coexistir los dos tipos de creencias irracionales aumentando o disminuyendo exponencialmente las conductas de riesgo. Así por ejemplo, aquel adolescente que se desinhibe para relaciones sexuales frecuentes con varias parejas y al mismo tiempo se inhibe en la compra de condones, tiene mayor riesgo que aquel que no compra condones y es fiel a su pareja. Así podemos definir diferentes niveles de riesgo por medio del cruce de estas variables.

Hay muchas creencias irracionales relacionadas con la sexualidad, como por ejemplo “la masturbación produce enfermedades mentales”, lo cual podría llevar al sujeto a inhibir dicha conducta. Es irracional, porque no corresponde a la realidad y no tiene verificación empírica, pero no nos interesa este tipo de creencias pues no lleva al sujeto a asumir conductas sexuales de riesgo. Cualquier tipo de creencia que lleve a una conducta sexual de riesgo será tomada en cuenta.

## **Educación Sexual**

### Antecedentes del Proyecto de Educación sexual

En la década de los 70, surgió la Corporación Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC), dirigido por la Doctora Cecilia Cardinal de Martín. Este organismo no gubernamental inició un proceso de capacitación de educadores sexuales tanto colombianos como latinoamericanos. Puede decirse, sin temor a equivocación, que todos los educadores sexuales de América Latina han tenido, en su formación alguna influencia de CRESALC. Por la misma época apareció la Sociedad Colombiana de Sexología, organismo que agrupa a los profesionales de la sexología y de la educación sexual (Rubiano, 1994).

En esa década, el Estado, consciente de los problemas sexuales que empezaron a ser notorios en la juventud, definió la cátedra de “Comportamiento y Salud” para los dos últimos grados de Educación Media Vocacional en Bachillerato, la cual tuvo como objetivo informar a los adolescentes sobre aspectos importantes de la sexualidad, con el fin de prevenir embarazos prematuros y enfermedades de transmisión sexual. Dicha cátedra fue desarrollada desde el área biológica y, en algunos casos, intervino en el área de ética o de educación religiosa. Aunque en sus inicios cumplió relativamente sus objetivos, con el tiempo se pudo apreciar que su ubicación en el proceso educativo era muy tardía y además su enfoque era casi exclusivamente biológico (Rubiano, 1994).

En la década de los 80 se llevaron a cabo algunas renovaciones curriculares, especialmente las de preescolar y primaria. En preescolar,

específicamente, se incluyó en el currículo una educación sexual distribuida a lo largo de todas las actividades, con una concepción acertada e integral. Sin embargo, en la práctica estos contenidos y actividades relativos a la educación sexual no siempre se llevaron a cabo. Los maestros no eran capacitados para ello y solamente un pequeño porcentaje de docentes de preescolar habían cumplido realmente con esta formación. Igual que anteriormente en la primaria, los temas de sexualidad se desarrollaron fundamentalmente en el área biológica. Sus contenidos hacían énfasis en la reproducción y en el desarrollo. Con estas renovaciones se pretendía solucionar, en parte, el problema ya planteado en la década de los 70 referente a lo tardío de la información (Rubiano, 1994).

En la década de los 90 con el surgimiento de la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia, la educación sexual adquirió un carácter prioritario. La Consejería, en coordinación con el Fondo de Naciones Unidas para la Población, las Universidades de Pamplona y Santo Tomás, y CRESALC, inició un proceso gradual tendiente a determinar necesidades y promover estrategias de educación sexual. Las experiencias recogidas, sistematizadas y analizadas fueron la base para la constitución del Plan Nacional de Educación Sexual, el cual surgió para responder a la primera necesidad identificada como urgente: la de lograr una coordinación eficaz entre los diferentes estamentos que tienen que ver directa o indirectamente con la sexualidad y la educación sexual; las instituciones correspondientes a nivel nacional que venían colaborando con este proyecto, como el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Fondo de Naciones Unidas para la Población, Instituto de Bienestar Familiar y algunos

organismos no gubernamentales y universidades, entraron a formar parte del Plan Nacional de Educación Sexual (Rubiano, 1994).

El Ministerio de Educación Nacional (2002), establece que en 1991 la Presidencia de la República a través de la Consejería para la Juventud, la mujer y la familia, inició la elaboración de un Plan Nacional de Educación Sexual a raíz de una tutela sentenciada a favor de una docente que solicita el reintegro a su labor docente después de haber sido destituida por enseñar a niños de 3° de primaria sobre sexualidad. A partir de ese momento el Ministerio de Educación Nacional, convocó una consulta nacional de expertos en educación sexual cuyas recomendaciones se consignaron en la resolución N° 03353 del 2 de Julio de 1993, por la cual se establece el desarrollo de proyectos instituciones de Educación Sexual en el país. La ley 115 de febrero 8 de 1994, en su artículo 14 establece la obligatoriedad de cumplir con la Educación sexual impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad y ratifica en el decreto reglamentario 1860 de Agosto 3 de 1994, las enseñanza se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos.

#### Proyecto Nacional de Educación Sexual

Los objetivos del Proyecto Nacional de Educación Sexual tienen que ver con generar cambios en los conocimientos, valores, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad, de acuerdo con la ciencia y el humanismo fomentando la salud en general y la salud sexual en particular tanto física como mental, teniendo en cuenta las creencias y los valores populares; replantear los roles tradicionales hombre- mujer buscando una mejor relación de pareja; promover modificaciones de la estructura familiar

para mejorar las relaciones entre padres e hijos; lograr que hombres y mujeres decidan responsablemente cuál es el momento en que pueden traer hijos al mundo utilizando adecuadamente los diversos medios de regulación de fertilidad (MEN, 2002).

Siguiendo a Forero (1999), el proyecto de educación sexual, exige la conformación de un grupo coordinador que represente a la comunidad educativa, que apoye, oriente y facilite su planeación y realización. Este equipo debe estar conformado por educadores sexuales, estudiantes, padres de familia, orientadores, personal administrativo y por todos aquellos que la institución educativa considere. Este grupo liderará el proyecto, pero la responsabilidad de su ejecución será compartida por todos los miembros de la comunidad educativa.

A partir de 1999, de acuerdo con el Plan de Desarrollo del Ministerio de Educación Nacional, las Casas de Juventud de todo el país deben incluir como uno de sus servicios prioritarios, un programa de promoción de salud sexual y reproductiva, labor que se lleva a cabo en asocio con el Ministerio de Salud, el ICBF y las ONG'S que vienen trabajando en este asunto. Con esto se fortaleció el proyecto en la escuela y comenzó su incursión en el área de la promoción de la salud sexual y reproductiva dirigida a la población juvenil desde diferentes escenarios. Sus objetivos son: 1) Elaborar programas que prevengan el embarazo precoz. 2) Diseñar y desarrollar estrategias de prevención del aborto. 3) Efectuar campañas que conduzcan a la disminución de Enfermedades de Transmisión Sexual y del VIH / SIDA. 4) Prevenir el abuso sexual y cualquier otro tipo de violencia contra los adolescentes de ambos géneros. 5) Promover los derechos sexuales y

reproductivos de la juventud, con una perspectiva de equidad entre géneros (MEN, 2002).

De Saade y colaboradores (1996), plantean que la educación sexual en el sector salud ha cobrado importancia en los últimos años, sobre todo a partir de la puesta en marcha de las nuevas políticas de promoción y prevención, puesto que desde la década de los 70 hubo un marcado énfasis por los programas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual, llamadas en ese tiempo enfermedades venéreas. En los años 80 con el auge del VIH-SIDA, cobra fuerza la prevención y la importancia de integrar la educación sexual en los programas de ETS-VIH-SIDA, en la que se han incorporado otros sectores. De esta manera, la experiencia de trabajo entre salud y educación se plasmó en el plan intersectorial a mediano plazo de prevención y control de las ETS-VIH-SIDA. A partir de dicho plan se han desarrollado diversas acciones en todo el país y actualmente se pretende llegar a más de 360 mil jóvenes en las diez ciudades con más alta incidencia en VIH-SIDA (De Saade y cols, 1996).

Sin duda alguna la ley 10 de 1990, la Constitución Nacional de 1991 y las leyes 60 y 30 de 1993, indican el enorme giro e importancia que para la calidad de vida de los colombianos tienen en materia de salud, las actividades de promoción y prevención. Cabe señalar que la ejecución de actividades de promoción en este sentido exige una labor intersectorial de educación, salud y trabajo, de tal manera que la población eleve su calidad de vida. La búsqueda de compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la humanidad, al igual que la equidad de género, son el producto de diversos gobiernos interesados en lograr un desarrollo



sostenible y socialmente equitativo para el siglo XXI. Estos compromisos han surgido en conferencias y cumbres internacionales que de una u otra forma aportan interesantes aspectos a los lineamientos de la educación sexual en tal sentido. Entre estas conferencias se encuentran la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo a finales de 1994 y la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (China) y Copenhague (De Saade y cols, 1996).

### Evaluación del Proyecto de Educación Sexual

Desde 1993, el Ministerio de Educación Nacional, promovió la formación de aproximadamente 2.400 docentes de todo el territorio nacional, para que implementen los proyectos en sus respectivas instituciones escolares. En 1996 se estudió 332 escuelas de 155 municipios del país, utilizando técnicas cuantitativas. En total se aplicaron 730 entrevistas a directivas, docentes, padres y madres de familia y 1649 encuestas a estudiantes de ambos géneros. Los resultados de esta investigación muestran que el 92% de las instituciones evaluadas contaban con el Proyecto de Educación Sexual, con cambios positivos en el ambiente de la escuela en relación con el tema de la sexualidad y en las actitudes de los docentes, apoyo de padres y madres de familia, disponibilidad de personal capacitado en educación sexual, contenidos con enfoque integral y el desarrollo de valores con una metodología dinámica y participativa; orientación formativa hacia el ejercicio responsable de la sexualidad, adaptabilidad de los enfoques y temas a todas las edades y grupos, y motivación de las comunidades educativas frente a los problemas asociados a la sexualidad humana (MEN, 2001).

En Pasto, la Universidad Mariana (2002), ha formado 243 especialistas en Educación Sexual, desde su primera promoción en el año de 1995. Su formación incluye aspectos de Ética, Pedagogía, Desarrollo Humano, Investigación, Pareja y Familia, Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Humanos y el Proyecto de Educación Sexual. Se ha creado igualmente la Asociación de Educadores Sexuales de Nariño, que consta de 30 integrantes y junto con la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento han realizado cada año desde 1996, encuentros de Educación Sexual. El último encuentro se hizo a nivel nacional en Octubre del 2001.

Garzón (2002), menciona que Nariño ha sobresalido a nivel nacional por sus encuentros en educación sexual, pero cerca de un 80% de los especialistas en educación no están desarrollando sus proyectos en las instituciones donde laboran. Esto debido principalmente a fallas administrativas y a falta de incentivos a los que han de elaborar el proyecto. Los colegios que se han destacado son entre otros, el Colegio María Goretti, Liceo de la Universidad de Nariño, Liceo Central de Nariño, San Francisco Javier. Los municipios a nivel departamental están Cumbal, Chachagüí y Ricaurte. En el Liceo Central de Nariño, lleva a cabo uno de los mejores proyectos que consiste fundamentalmente en una jornada completa al año dedicada al mismo. Le sigue el Liceo de la Universidad, en el que se dedican jornadas cada 15 días extraclase, de dos horas. Los demás en su mayoría utilizan bloques de clases, a lo largo del año, y el proyecto queda en manos del algún profesor de las áreas relacionadas como biología, ética o religión. El manejo de seminarios ha sido el fuerte en cada institución, tanto para

estudiantes, padres y profesores. El taller se está iniciando, sin estar plenamente desarrollado. La terapia de grupo en ningún caso ha sido considerada.

## **Bases de la Propuesta de Intervención**

### La información Vs Creencias

La información es una condición necesaria pero no suficiente para prevenir conductas sexuales de riesgo, puesto que esta información va a ser filtrada e interpretada de diferentes maneras según las creencias de los adolescentes y que muchas veces no están definidas claramente. El dar información básica en educación sexual no predice si el adolescente va a adoptar medidas preventivas, sino la creencia que subyace en él. La información se modifica y se sesga de acuerdo a las creencias, y la interacción entre diversos tipos de cogniciones (percepciones, atribuciones, generalizaciones, evaluaciones y metas), predice más probablemente cual será el comportamiento sexual del adolescente. La educación sexual ha de ser encaminada primero que todo a la evaluación de dichas creencias, para luego intervenir en éstas.

Una de las metas básicas de los adolescentes es acercarse a las personas del sexo opuesto para establecer una relación de amistad o amorosa e iniciar sus relaciones sexuales. Se plantea igualmente esta meta a nivel del grupo de iguales, por lo que el adolescente inicia su vida sexual para estar a la par con sus amigos (Papalia y Weindkos, 1997).

Del conocimiento que tenga de los resultados de las diferentes alternativas de conducta encaminadas al inicio de las relaciones sexuales, depende el riesgo o seguridad. Gibson e Ivacevich (1980), han clasificado tres tipos de decisiones según su riesgo que son: a) certidumbre, cuando hay conocimiento cabal de la probabilidad de los resultados para cada alternativa, b) incertidumbre, cuando el adolescente no tiene conocimiento

en absoluto de la probabilidad de los resultados de cada situación alterna y c) riesgo, cuando el sujeto tiene una estimación pobre de los resultados de cada solución posible.

Cuando hay certeza, la persona puede iniciar su vida sexual con todas las medidas de precaución, dependiendo del grado de conocimientos sobre el tema. Entre más informada esté, se supone que menor será el riesgo. Así por ejemplo si una adolescente sabe que en su primera relación sexual puede quedar embarazada debido a que está en un periodo fértil, esta información le ayudará a tomar mejor la decisión, aplazando la conducta o usando preservativo. Entre más actualizada esté en conocimientos, mejor será tomada la decisión. Si tiene una información, como la suministrada por el grupo de amigos, como por ejemplo que la masturbación antes de la relación sexual previene el embarazo, la decisión es riesgosa confiando en algo que es falso. Si no tiene conocimiento sobre el tema, es probable que evite las relaciones sexuales o que caiga en dicho riesgo.

Hay que tener en cuenta, que la información por sí sola, no determina con certeza, si va a asumir o no una conducta sexual de riesgo, porque puede estar muy bien informada e iniciar sus relaciones sexuales sin precaución o puede no estar informada sobre el tema y a la vez evitar conductas sexuales de riesgo. Las creencias van a determinar qué información se recoge, se analiza y se utiliza para la toma de decisiones. Para los que valoran negativamente las actividades sexuales, cualquier argumento a favor de éstas será descartado y será procesado todo argumento en contra. Así por ejemplo, tendrá en cuenta el 3 % de

inseguridad que ofrece el condón en contraposición al que valora positivamente las relaciones sexuales, el cual puede tomar por seguro el 75% del coito interrumpido como un argumento a favor.

#### El papel del grupo en el desarrollo de las creencias

Debido a que el grupo de iguales es determinante en la formación de las creencias las intervenciones que se hagan serán a manera de terapia de grupo, puesto que el empleo de otras personas sirve como punto de referencia en la modificación de las creencias. Cuando los adolescentes comparan sus creencias con las de otras personas, tomarán distancia psicológica de ellos mismos y se darán cuenta más fácilmente de la inconsistencia entre lo que creen que es cierto o racional y lo que de manera más objetiva creen que es cierto, otras personas (Swiller y Alonso, 1995). Teniendo en cuenta que en los grupos de estudiantes en su mayoría tienen creencias racionales, servirán como modelo para los que nos las tienen. La influencia de grupo se utilizará de manera positiva.

Cartwright y Zander (1982), mencionan que la presión social de grupo resulta de las metas comunes que se plantean los adolescentes a nivel de conducta sexual, y que los ayudarán a hacer “realidad” sus opiniones y creencias sobre el tema. Se aseguran de esta manera unos patrones de conducta adecuados para el grupo, con el fin de llegar a sus metas y surgen presiones interpersonales que proporcionan y mantienen una creencia aceptada mediante el consenso.

A menudo la realidad lógica y objetiva no da a los sentidos bases o pruebas que permitan al adolescente hacer un juicio o formular una opinión claramente racional. Respecto al tema, sin pruebas directas disponibles, se

establece la validez subjetiva de las opiniones simplemente porque el grupo está de acuerdo. Después surgen fuerzas entre personas importantes que mantienen esta uniformidad de creencias (Cartwright y Zander, 1982).

Los grupos de iguales ayudan a los adolescentes a cumplir las exigencias sociales y encuentran respuestas que no brinda la familia o la escuela. Se brindan apoyo mutuo y aprenden comportamientos adecuados para su género y a incorporar a su autoconcepto los papeles correspondientes. El grupo ayuda a los adolescentes a desenvolverse en sociedad, ajustar sus deseos y necesidades a los de los demás, saber cuándo ceder y cuándo permanecer firmes. Es un lugar de experimentación y un entorno para lograr la autonomía e independencia de los padres (Cartwright y Zander, 1982). El problema que surge al interior de estos grupos se da cuando se suprime el disenso para favorecer la armonía grupal. El grupo se vuelve homogéneo y se aísla de puntos de vista contrarios; capitaneado por un líder que señala qué decisiones se van a tomar. Esto tiende a suprimir la información veraz de otros cursos posibles de acción, por lo que una creencia irracional se va a formar fácilmente. Los miembros del grupo configuran un sistema cerrado de comunicación que continuamente refuerzan las creencias irracionales. Nadie puede ingresar en el círculo íntimo de los que toman las decisiones a menos que de antemano, compartan la misma visión del mundo (Myers, 1991).

Los grupos destruyen todo cuestionamiento que se haga de las decisiones al dedicarse colectivamente a justificarlas. No se aprecia el disenso y los integrantes que manifiestan tener sus dudas, se enfrentan con la refutación inmediata que no siempre se hace con argumentos lógicos.

Puesto que estar en desacuerdo produce malestar y por otra parte parece haber consenso en el grupo, los miembros tienden a contener o anular sus opiniones contrarias, así se elimina cualquier desviación. Finalmente algunos miembros se dedican a proteger al grupo de informaciones contrarias. Esto lleva a grandes defectos en la toma de decisiones que se refleja en la no búsqueda o discusión de informaciones contrarias o de otras opiniones posibles (Myers, 1991).

Así los adolescentes, se forman una visión de la sexualidad que generalmente termina en un círculo cerrado de generalizaciones e inferencias que si no se alimentan de cuestiones científicas, se alejan tarde o temprano de la realidad. Termina dando explicaciones de los acontecimientos sexuales, tanto de hombres y mujeres estableciendo técnicas especiales para hacer el amor, estrategias para evitar el enamoramiento porque los hombres y mujeres son como son, etc. Estas generalizaciones los llevan a plantearse metas que con frecuencia terminan en conductas sexuales de riesgo.

#### El papel de los padres en el desarrollo de las creencias

Los niños y adolescentes que han sido fuertemente castigados por su conducta independiente, son más propensos a copiar la conducta de los demás y a sufrir la influencia de los refuerzos sociales que dispensan los grupos (Bandura, 1982). Estilos de comunicación entre padres e hijos demasiado estrictos y autoritarios pueden ser especialmente contraproducentes cuando los hijos llegan a la adolescencia, lo cual hace que rechacen la influencia paterna y busquen apoyo del grupo de iguales a toda costa. Adolescentes que ven a sus padres como personas que les dan



poca oportunidad, para participar en las decisiones que los afectan, están dispuestos a hacer cualquier cosa para ganar la popularidad entre los amigos (Papalia, 1997).

Hederich y colaboradores (1995), establecen que en Nariño existe una tendencia a una mayor rigidez familiar con respecto a las demás regiones del país, castigando los padres con mayor severidad en más de un 18%. Los padres tienen alto control sobre las decisiones individuales de sus hijos, lo cual se presenta en más de un 22% de las familias.

Arieti (1965), establece que todo niño adolescente requiere a veces de desaprobación, pero si se encuentra en una atmósfera familiar de constantes reproches, críticas y repetidas reprimendas, adquiere la convicción de que existe algo malo en él que carece de valor. Este sentimiento interno de poca valía, puede acompañarlo a lo largo de la vida y aumentar aunque se trate de pequeños descuidos, como por ejemplo: la comparación con otros niños, promesas incumplidas, ridiculización de las actividades creativas, falta de aliento estimulante, decepciones, etc. Estos padres son inestables a la hora de valorar lo que está bien y lo que está mal. En consecuencia los niños no pueden desarrollar su capacidad de iniciativa y cuando tiene que realizar algo por sí mismos se encuentran ansiosos. Son personas inseguras y no hacen nada que moleste a los demás.

Este tipo de adolescentes sienten que *deben* ser aprobados por los demás a toda costa y es terrible o catastrófico cuando no sucede esto. Su autoestima está amenazada, por lo que asumen que deben o tienen que hacer bien las cosas y ser aprobados por los demás. La posición de vida que adoptan es la exigencia que consiste en la insistencia en que sucedan

ciertas cosas: “exijo, tienes que, deberías, tengo que”, una resistencia y una protesta contra el hecho de que otras cosas no son lo que se quiere. La vida ha de ser tal como se quiere que sea y que el mundo automáticamente debe seguir el camino que uno quiere descartando lo que no se quiere, porque si no sucede esto es “algo terrible e insoportable” (Ellis y Grieger, 1990).

Los adolescentes con este tipo de creencias fácilmente caen en conductas sexuales de riesgo, debido a que las relaciones amorosas y sexuales satisfactorias son a menudo difíciles de encontrar, por lo que su forma de razonar es la siguiente: “debo ganar la aprobación de todos los amores altamente deseables que encuentro, y sino soy bastante incapaz, inútil y detestable”, “los compañeros que elijo deben ser considerados, amarme, quererme y satisfacerme sexualmente, porque o si no son personas despreciables”, “las condiciones deben estar organizadas de tal forma que encuentre fácil y suavemente amores potenciales y relaciones sexuales, y es horrible y no puedo soportarlo cuando hay bloqueos reales a mis propósitos” (Ellis y Grieger, 1990, p. 189). Esto se aplica de forma semejante al grupo de iguales, el cual brinda seguridad emocional, es fuente de afecto, simpatía y comprensión, y en donde se establecen relaciones íntimas (Papalia y Weindkos, 1997).

Las consecuencias emocionales de este tipo de creencias, se expresan en la incapacidad de los adolescentes para posponer las satisfacciones sexuales y la baja tolerancia a la frustración cuando no las obtienen. Se puede explicar este tipo de reacciones por medio de la analogía con el test del bombón el cual puede ser un buen pronosticador de conductas sexuales de riesgo: imagínese a un niño de cinco años al que se le hace la siguiente

propuesta: “si terminas tu tarea, te daré dos bombones, pero si no, te daré uno solo ahora mismo”. Goleman (1996), plantea que los niños que no son capaces de posponer sus satisfacciones, al llegar a la adolescencia tienden a ser más conflictivos, a ser tercos e indecisos y a sentirse fácilmente perturbados por las frustraciones, reaccionando de manera exagerada ante la irritación de manera brusca u hostil.

El adolescente con este tipo de reacciones emocionales, tendrá en cuenta únicamente las satisfacciones inmediatas de las conductas sexuales de riesgo, perdiendo de vista las consecuencias negativas a largo plazo, puesto que “no es capaz” de privarse de las sensaciones placenteras o demorarlas hasta el momento en que puedan satisfacerlas sin peligro (Bayes, 1995).

Estas creencias van a sesgar cualquier tipo de información que reciben respecto a lo sexual. Así por ejemplo: el adolescente puede llegar a pensar que: “no va a pasar nada en mi primera relación sexual, porque si pasa algo, no lo soportaría; por eso acepto y creo que no va a pasar nada” “creo esto porque quiero tener relaciones sexuales y convencer a mi pareja para que ella acceda, pues de lo contrario no accedería y sería algo insoportable”. Cualquier argumento en contra puede ser rechazado inmediatamente o simplemente no ingresa al grupo de adolescentes que mantienen esta creencia.

El “no soy capaz” se puede generalizar afectando las conductas sexuales preventivas. Así por ejemplo el adolescente piensa que: “no soy capaz de comprar condones, porque no soportaría el rechazo de la gente o de mis padres al enterarse que estoy teniendo relaciones sexuales. “Si mis

padres se enteran de esto, se van a molestar mucho conmigo lo cual sería terrible e insoportable”.

Estas creencias combinadas con la valoración exagerada de las actividades sexuales llevan al adolescente a conductas sexuales de alto riesgo al pensar lo siguiente: “quiero sentir el máximo de placer en mis relaciones sexuales por lo que usar condón es algo molesto y no lo tolero”. “Quiero sentir mucha emoción en mis relaciones sexuales y no me gusta ni tolero el relaciones sexuales planeadas”.

A diferencia de otras perspectivas de educación sexual, la presente propuesta está destinada a la disminución del nivel de adherencia a las creencias irracionales relaciones con las conductas sexuales de riesgo como son: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el escaso uso del preservativo y la multiplicidad de parejas. Para esto se ha de utilizar las técnicas de la Terapia Racional Emotiva aplicada a grupos de niños y adolescentes.

### **Terapia grupal cognitivo - conductual**

El método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones, a través de la influencia sobre los patrones de pensamiento; está dirigido a la resolución de problemas, modificación de conductas y pensamientos disfuncionales. El modelo cognitivo también sostiene que la evaluación realista y la modificación del pensamiento producen un mejoramiento en la conducta (González, 1999).

La terapia grupal cognitivo-comportamental tiene la ventaja de proporcionar mayores oportunidades para practicar el aprendizaje de

diversas respuestas. Se ha demostrado que los enfoques basados en el desempeño son más efectivos que los puramente cognoscitivos. A su vez, las terapias cognitivas al emplear técnicas comportamentales pueden modificar aún mejor los pensamientos y creencias irracionales. Se parte de la idea de que los cambios comportamentales llevan a cambios en las creencias. Una vez que la persona comienza a cambiar su conducta, la creencia se atenúa (Swiller y Alonso, 1995).

El terapeuta anima y persuade a los sujetos a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene. Para lograrlo, en la terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas, así como de co-terapeutas para superar de manera exitosa las creencias (González, 1999).

El grupo proporciona el empleo de otras personas como punto de referencia para la modificación de creencias. Cuando las personas comparan las creencias de otras personas, con frecuencia toman distancia psicológica de sus propias creencias irracionales. Comienzan a ver una inconsistencia entre lo que creen que es cierto o correcto para ellos mismos y lo que de manera más objetiva creen que es cierto sobre otras personas (Swiller y Alonso, 1995).

La terapia de grupo se desarrolló debido a que puede hacer un uso más eficiente del tiempo y esfuerzo del clínico. En los grupos cognitivo-comportamentales se da a los miembros un conjunto de aprendizajes apropiados según el modelo diádico de cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas. Se muestran las conductas de manera más verídica y los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas

en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y el reforzamiento apropiados. Muchos grupos comportamentales han enfatizado la adquisición de habilidades sociales y de asertividad las cuales se consideran importantes para una vida exitosa. La terapia de grupo cognitivo-comportamental proporciona un campo inmediato para el cambio y la práctica. Por esta razón los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales son una parte integral de muchos programas de terapia cognoscitivo conductual de grupo (Swiller y Alonso, 1995).

Los ejercicios de juego de roles dentro del grupo se aproximan de manera mas realista a las experiencias sociales de cada uno de los miembros. El aliento para modificar los patrones cognoscitivos y comportamentales y el reforzamiento del cambio por parte de los miembros del grupo tienen un mayor efecto en el porvenir de los que participaron (Swiller y Alonso, 1995).

Debido a que los seres humanos son seres cognoscitivos en particular, con capacidad para reflexionar sobre sus pensamientos, las terapias cognitivas adaptan la persuasión y la educación emocional, como uno de los métodos esenciales, utilizando métodos cognitivo-comportamentales (González, 1999).

Ellis y Grieger (1990) afirman que el pensar de manera correcta es un medio excelente para adquirir un autocontrol emocional, es decir, es posible controlar las reacciones emocionales pensando con claridad: la ignorancia y los errores de apreciación bloquean el pensamiento recto.

#### El papel de terapeuta

Los humanos no pueden dejar de pensar, por tanto el psicólogo debe estar muy atento del enorme papel que la cognición y el filosofar desempeñan en los asuntos humanos.

Los terapeutas cognitivos cuestionan, enfrentan y ayudan a los sujetos a abandonar sus creencias irracionales y anima al grupo a refutarlas y buscar otras más adaptativas. Tanto el psicólogo como el grupo pueden proponer tareas activas a los participantes, estas tareas se realizan fuera del grupo pero se discuten durante las sesiones y se ha encontrado que estas resultan más eficaces cuando las propone y corrige un grupo que cuando sólo lo hace el psicólogo. El papel del psicólogo es activo y directivo a la hora de dirigir el grupo. Cuando se trata de refutar creencias erróneas de alguien el psicólogo es quizás el miembro más activo del grupo, y los demás hacen preguntas, prueban, enseñan, animan, dan tareas para llevar a la casa, presentan ejercicios estructurados, etc. (González, 1999).

El tratamiento de la Terapia Racional emotiva en grupo se basa en un modelo educacional y persuasivo. Se enseña a los clientes a identificar como se perturban a sí mismos escribiendo sus creencias irracionales, luego se les informa porque sus creencias son irracionales y como cambiarlas.

Ya que las personas se resisten a cambiar sus creencias, cuando se les presenta la nueva información se utiliza métodos persuasivos. Estos métodos tienen el propósito de ayudar a las personas a vencer sus disfuncionalidades de una manera más eficiente (Ellis y Grieger, 1990).

Los métodos disuasivos se basan en teorías de formación y cambio de actitud. El componente evaluativo de las actitudes es el objeto particular de cambio, porque en la TRE, el sistema de creencias se basa en evaluaciones.

La información dada se dirige al componente conocido de una actitud, debido a que muchas actitudes no se basan en el conocimiento y la información dada tiene sus limitaciones. Las actitudes a menudo se presentan formadas por tres componentes: conocimiento, evaluación y acción que están en relación interdependiente. Un cambio en uno, puede llevar al cambio de los otros dos (Ellis y Grieger, 1990).

Una teoría fundamental del cambio de actitudes es la disonancia cognoscitiva, que plantea que el cambio en las evaluaciones, se seguirá del cambio en el conocimiento o en la acción o al revés. Este enfoque hace uso de este principio, ofreciendo argumentos contra el mantenimiento de creencias absolutistas y asigna tareas entre las sesiones de terapia. La tarea generalmente consiste en que el cliente haga algo que sea inconsistente con sus creencias y de esta forma induzca a la disonancia (Ellis y Grieger, 1990).

La Terapia racional –emotiva se planeó para el trabajo terapéutico con adultos, y se adaptaron recientemente para el uso con niños y adolescentes. Para ellos se plantearon algunos principios que son tenidos en cuenta en su teoría de la personalidad. Los problemas de conducta de los niños son de una mayor incidencia que en los adultos, pero menos graves (O'Connor, K. 1995).

Los principios que se aplican son: la influencia recíproca entre la cognición, las emociones y la conducta, es tan importante para los niños y adolescentes como lo es para los adultos. La conducta se comunica mediante procesos verbales, donde se considera que la conducta desorganizada es un expresión de pensamiento irracional. Pero el pensamiento de un niño en etapa preoperacional u operacional concreta



puede ser ilógico o irracional, con escasa comunicación verbal de conducta. Los niños pueden ser impulsivos, y su conducta y su actividad con frecuencia preceden al pensamiento y reflexión. Inclusive cuando los niños funcionan en un nivel óptimo, no son capaces de pensar de la misma manera en que puede hacerlo un adulto. No se trata de hacer pensar a un niño como un adulto, sino de ayudarlo a que se comporte de un modo más adaptativo. Para ello se utiliza el concepto de ausencia de pensamientos adaptativos (déficit cognoscitivos), así como de errores cognoscitivos (distorsiones). Las intervenciones son sencillas, específicas y concretas orientadas hacia la realización de tareas y solución de problemas principalmente (O'Connor, K. 1995).

Los problemas de conducta se desarrollan debido a que el niño ha aprendido procedimientos inapropiados para manejar las situaciones de la vida. La intervenciones está enfocadas como la de un maestro, a impartir habilidades para el enfrentamiento positivo y conductas alternativas. Que el niño aprenda de las experiencias, de manera que pueda aplicarlas, de modo que “aprenda a aprender” (O'Connor, K. 1995).

El modelo educativo es particularmente aplicable a niños y adolescentes, al enseñarles como reemplazar conductas inadaptables con otras más adaptativas, lo mismo que instruirlos en los métodos alternativos específicos para el enfrentamiento. Debido a que el niño genera menos alternativas que el adulto y se le dificulta ponerlas a prueba, se le enseña por modelamiento un método alternativo de enfrentamiento. Así se instruye para la realización de autoafirmaciones sencillas y positivas, junto

con retroalimentación positiva. A su vez se ha de reforzar la colaboración del niño (O'Connor, K. 1995).

Para la utilización del método socrático para los niños y adolescentes, generalmente no se de utilizar preguntas directas abiertas, las cuales se cambia a un formato de afirmación, que resulta más provechoso. Sus capacidades cognoscitivas son más limitadas que en el adulto, por lo que pueden tener problemas al analizar las situaciones, proporcionar explicaciones alternativas y comprender las consecuencias. Los niños son buenos perceptores, pero males interpretes, pues cuando al sugerirles explicaciones alternativas, es probable que permanezca adherido a la explicación previa más personal (O'Connor, 1995).

Para desafiar las creencias de uno mismo, es necesario distanciarse de ellas, algo que puede ser complicado para los niños y adolescentes. Para ello necesita un historial acumulado de acontecimientos, a fin de comprender las ramificaciones de ciertas situaciones. El aprendizaje se presenta por la experiencia y los niños y adolescentes todavía tienen un número limitado de vivencias sobre las cuales establecerlo. El pensamiento y la realidad no siempre están separados. El juego por lo general le ayuda a crear esas experiencias, por lo que se necesita más trabajo inferencial, deduciendo las creencias de sus actividades, o por expresiones verbales espontáneas. Sin embargo, no se ha de subestimar las capacidades cognitivas de los niños y adolescentes. Se les debe considerar sobre la base de *que pueden* hacer, no desde la perspectiva de lo que hacen normalmente. Puede intensificarse sus capacidades para comprender problemas complejos mediante diferentes estrategias, tales como proporcionar ejemplos concretos

y utilizar preguntas menos abiertas, mejorando la capacidad de razonamiento. Esto es especialmente cierto para la descripción de experiencias y emociones, comparar sus conductas y sentimientos con base en el lenguaje, que a su vez puede beneficiar su autocontrol (O'Connor, K. 1995).

#### Técnicas didácticas de persuasión

Estas técnicas ayudan a los clientes a reconocer el rol de los pensamientos irracionales en las conductas disfuncionales, y facilita el desarrollo de las creencias racionales.

La *explicación de la razón fundamental terapéutica*, consiste en que las suposiciones básicas, las consideraciones teóricas relevantes, y el apoyo empírico relacionado con el proceso de tratamiento se explican al grupo en términos claros y no técnicos. Esta explicación, permite disminuir la no familiaridad del cliente con los métodos de tratamiento y explicar su papel en el proceso de terapia. Esta técnica explica al grupo a que es cada uno de ellos el responsable de ejercer control sobre sus cogniciones desadaptadas. Este elemento es esencial para asegurar la participación del grupo en el plan terapéutico (Ellis y Grieger, 1990).

En el *análisis y evaluación lógica*, los principios de la lógica son explicados por el terapeuta para alterar las condiciones desadaptadas del cliente. La discusión lógica o el argumento formal pueden dirigirse hacia dos temas: el primero, la validez lógica de la premisa del cliente y la incongruencia con su conducta de la premisa del grupo (Ellis y Grieger, 1990).

*Reducción al absurdo*, es un método en el cual, el terapeuta aparenta asumir, por un momento, que la premisa irracional del cliente es correcta, a continuación llevando a la premisa defectuosa a su extremo lógico y se ilumina su absurdo (Ellis y Grieger, 1990).

En el *análisis y evaluación empírica*, la cognición es comparada con las observaciones de la vida real y / o evidencia empírica relacionada con el contenido de la cognición. La comparación permite una evaluación del grado en que la cognición, es una expresión realista de los hechos conocidos de una situación. Esta técnica parece particularmente cuando es complementada con la asignación de tareas (Ellis y Grieger, 1990).

En la *contradicción con el valor apreciado*, el terapeuta introduce una situación disonante, para el cliente, demostrándole que una cognición particular, contradice o es incongruente con una creencia o cualidad valorada en él (Ellis y Grieger, 1990).

En la *reacción incrédula del terapeuta* el terapeuta intenta inducir la disonancia expresando simplemente de una forma incrédula, su no creencia de que el cliente pudiera realmente mantener una cognición irracional desadaptada de este tipo (Ellis y Grieger, 1990).

*Apelar a las consecuencias negativas*, significa que las conductas desadaptadas del grupo y las consecuencias negativas de esas conductas son representadas como resultado de las cogniciones desadaptadas. La técnica incluye especificar las consecuencias negativas de la cognición desadaptada y animar al cliente a evitar o escapar de las consecuencias displacenteras mediante la modificación de la cognición problemática (Ellis y Grieger, 1990).

En las *analogías negativas*, el terapeuta verbaliza una analogía, que aparea la cognición desadaptada del cliente con un estímulo negativo. Se proyecta la analogía para elicitación de sentimientos negativos con respecto a la cognición (Ellis y Grieger, 1990).

*Apelar a las consecuencias positivas del cambio*, representa que las consecuencias positivas de las cogniciones adaptadas alternativas, son desarrolladas por el terapeuta y el grupo. El terapeuta puede especificar las consecuencias afectivas y conductuales adaptadas al cambio cognitivo, centrándose inicialmente en las consecuencias más aparentes e inmediatas

gradualmente desarrollar aquellas con una de naturaleza a largo plazo (Ellis y Grieger, 1990).

### Métodos activos de Terapia Racional Emotiva

Estos métodos buscan hacer del proceso terapéutico una experiencia más intensa para que sus clientes, de modo que puedan ser estimulados para identificar y cambiar sus inferencias defectuosas y sus evaluaciones irracionales más eficazmente. Estos métodos activos se utilizan en la evaluación del problema, para el debate del problema, y para animar al cliente a trabajar hacia sus problemas emocionales y conductuales (Ellis y Grieger, 1990).

#### Métodos activos de evaluación

*Lenguaje del terapeuta connotativo y activo*, es una forma eficaz para ayudar al grupo a usar su potencial imaginativo, es que el terapeuta use un lenguaje rico, colorido y evocativo mientras ayuda al cliente a entrar en una escena. Es también importante para el terapeuta, modular su voz de tal forma que esté a tono con el lenguaje empleado (Ellis y Grieger, 1990).

*Otros recuerdos*, es una técnica que consiste en que a veces, se pide a los clientes que lleven recuerdos que pueden ser dibujos sujetos, pinturas significativas y poemas escritos tanto por ellos mismos, como por otras personas. Lo importante es que estos recuerdos sirvan para relacionarse con los temas que se están trabajando en la terapia (Ellis y Grieger, 1990).

En la *técnica de la pesadilla interpersonal*, los terapeutas racional emotivos, utilizan métodos originalmente derivados de la terapia gestáltica y el psicodrama para ayudarse en la fase de evaluación de la terapia. Esta técnica puede usarse mejor con los clientes que son capaces de especificar solo superficialmente un suceso *temido* anticipado, que implica otras personas pero no son capaces de especificar en detalle la naturaleza de los

sucesos y como reaccionarían si el suceso fuese a ocurrir (Ellis y Grieger, 1990).

Las *sesiones de terapia en vivo*, tienen como fin, trasladarse desde la habitación de entrevista a los escenarios de la vida real en los que los clientes experimentan dificultades emocionales, es un método particularmente útil para obtener material de evaluación cuando los métodos tradicionales han fracasado para proporcionar tales datos (Ellis y Grieger, 1990).

#### Métodos activos de debate

El *método imaginativo* es muy eficaz para usarse en el debate de creencias irracionales como proyección en el tiempo. Cuando un cliente hace evaluaciones negativas exageradas de un suceso, a menudo deja de pensar sobre ello y por lo tanto no puede ver detrás de sus implicaciones *temidas*. El propósito de la proyección en el tiempo es permitir a los clientes ver activamente que el tiempo y el mundo continúan después de que acontece el *suceso temido* (Ellis y Grieger, 1990).

En *el terapeuta racional emotivo como narrador*, relata diferentes historias, parábolas, chistes, poemas, aforismas y bromas a los clientes. Aquí el factor clave modifique el contenido de estos para adaptarlos a la situación ideosincrática del cliente (Ellis y Grieger, 1990).

Las *acciones extravagantes del terapeuta*, pretenden que los terapeutas racionales emotivos usen en el diálogo verbal, acciones extravagantes relacionados con la creencia irracional, con el fin de discriminar más fácilmente entre evaluaciones globales y evaluaciones de conductas o atributos (Ellis y Grieger, 1990).



En la *inversión de roles racional*, el terapeuta representa un cliente genuino con un problema emocional que es generalmente similar al del cliente. Se anima al cliente a adoptar el rol de terapeuta racional emotivo y a debatir las creencias irracionales del *cliente* (Ellis y Grieger, 1990).

Con las *autorrevelación del terapeuta*, éste pretende dar a conocer una experiencia personal referente al tema tratado en la sesión (Ellis y Grieger, 1990).

Las *acciones paradójicas del terapeuta*, es un método usado cuando los clientes, a través de sus acciones, comunican mensaje al terapeuta acerca de sí mismos que están basados en creencias irracionales. El terapeuta realiza acciones tendientes a exagerar la actitud irracional del cliente, con el fin de contradecirla (Ellis y Grieger, 1990).

En las *comunicaciones paradójicas del terapeuta*, el terapeuta exagera humorísticamente las creencias irracionales del cliente, llevando estas creencias e inferencias a una conclusión absurda (Ellis y Grieger, 1990).

La *conducta no verbal y paralingüística del terapeuta*, se utiliza para enfatizar algo, asociando alguna conducta no verbal dramática con una señal paralingüística (Ellis y Grieger, 1990).

#### Métodos para trabajar problemas emocionales y conductuales

Uno de los métodos es el *proselitismo racional*, en el cual, se anima a los clientes a enseñar la TRE a sus amigos. Al enseñarlo a otros, los clientes llegan a estar más convencidos de las filosofías racionales (Ellis y Grieger, 1990).

Otra técnica es el *debate de grabaciones*, que implica animar a los clientes a poner una secuencia debatida en cassette. Se les piden que

desarrollen tanto la parte racional como la irracional de ellos mismos (Ellis y Grieger, 1990).

Las *afirmaciones apasionadas*, son otro ejemplo de las técnicas para trabajar problemas emocionales. En éstas el cliente y terapeuta trabajan juntos para desarrollar autoafirmaciones racionales, apropiadas para que el cliente las pueda usar en la vida diaria. Se anima a los clientes a repetir estas frases de un manera fuerte, en lugar de su tono de voz normal (Ellis y Grieger, 1990).

En los *ejercicios de ataque de vergüenza*, se anima al cliente a hacer algunos actos que previamente ha considerado *vergonzosos*. Se anima al cliente a actuar de tal forma que anime a otras personas del entorno sin producir daño ni a sí mismo ni a otras personas y sin alarmar indebidamente a otros (Ellis y Grieger, 1990).

La *desensibilización en vivo*, requiere que los clientes confronten sus miedos repetidamente de una forma implosiva. La meta principal es llevar a los clientes a experimentar un *nivel diez* de pánico, ya que solo así pueden aprender que se puede sobrevivir y continuar después de tal experiencia (Ellis y Grieger, 1990).

Las *actividades de permanecer allí*, tienen como propósito que los clientes experimenten intensamente que ellos pueden tolerar y aguantar experiencias incómodas. Tales circunstancias proporcionan un contexto para debatir las creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1990).

## **MÉTODO**

### **Población**

Estudiantes del Colegio Centro de Integración Popular de la ciudad de Pasto, colegio que se ubica en la zona sur-occidente de la ciudad de Pasto, de estratos sociales uno, dos y tres. Este colegio es de carácter oficial y departamental, presenta una proporción de género de tres hombres por cada mujer. Se enfatizó en los estudiantes de los grados 8° y 9°, abarcando una población entre los 13 a 16 años de edad, en un total de aproximadamente 90 estudiantes. Seleccionamos esta población debido a que es la que se encuentra en mayor riesgo. Se aplicó una encuesta, cuyos resultados muestran la relación de tres factores de riesgo en cuanto a conductas sexuales, como indica la Tabla 1.

Tabla 1

Proporción a la disposición de conductas sexuales de riesgo

	Edades	Disposición al inicio de vida sexual	Disposición al no uso del condón	Disposición a múltiples parejas
Varones	13-14	39%	30%	30%
	15-16	58%	12%	25%
Mujeres	13-14	0%	75%	25%
	15-16	0%	71%	28%

## **Variables**

La variable a medir es el grado o nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con conductas sexuales de riesgo, encontradas en los estudiantes. Las variables demográficas que se tuvieron en cuenta fueron el género y la edad.

### **Definición conceptual del Atributo**

La definición conceptual del atributo se estableció así: las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, son aquellas evaluaciones, inferencias, expectativas, conclusiones o filosofías de carácter exagerado o absoluto acerca de las relaciones sexuales.

### **Definición operacional del Atributo**

La definición operacional del atributo, es la siguiente: las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo se miden a partir de la forma como el adolescente valora los refuerzos dados por las relaciones sexuales, que lo llevan a buscar la aprobación de los demás, a colocarse metas irracionales, o a creer que no tiene ningún tipo de control sobre sus emociones, facilitando el inicio temprano de relaciones sexuales, el escaso uso del preservativo y la multiplicidad de parejas.

## **Subvariables**

### Creencias irracionales

Las subvariables quedan definidas de la siguiente manera: la necesidad de aprobación se estructura sobre la base del pensamiento que indica una extrema necesidad de ser aprobado por cada persona significativa para el adolescente.

La autexigencia se estructura sobre la base del pensamiento que afirma que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posible.

La irresponsabilidad emocional, se estructura sobre la base del pensamiento que afirma que el sujeto no tiene la capacidad de controlar sus emociones.

### Conductas sexuales de riesgo

Respecto a las conductas sexuales de riesgo, su definición se estableció así: el inicio temprano de relaciones sexuales, está determinado por su presencia, antes o durante la pubertad. En Colombia la pubertad se inicia en promedio a los 13.1 años (Alzate, 1997).

El escaso uso del preservativo se refiere a su no utilización en todas y cada una de las relaciones sexuales. Esta definición queda establecida así debido a que la utilización óptima del preservativo es la que realiza de forma sistemática.

La multiplicidad de parejas se refiere al establecimiento de relaciones sexuales con más de una pareja a la vez.

## **Instrumento**

Se diseñó como instrumento de medición una encuesta estructurada, de 90 ítems de respuesta alternativa, ejecución típica, papel y lápiz y de aplicación colectiva. El tiempo de contestación de la prueba es de 20 a 30 minutos. Se especificaron las instrucciones en el material escrito teniendo en cuenta el contenido según el género.

Los sujetos seleccionaron las respuestas que consideraron más acordes con sus valoraciones personales, por medio de dos alternativas: SI o NO. Las repuestas se indicaron directamente el bloque de la prueba. Cada respuesta obtuvo una puntuación de cero (0), y uno (1) que sumadas dieron como resultado un rango de puntajes de entre cero a 90 puntos. En los anexos se encontrará el formato del instrumento, cálculo de la confiabilidad, validez y baremos.

### Confiabilidad y Validez

Para establecer la confiabilidad del instrumento se siguió la estrategia del análisis interno en una sola aplicación de la prueba. Por trabajar con ítems de tipo dicotómico, se utilizó la fórmula de Kuder – Richardson, hallándose un índice de 0.88

Su validez estuvo determinada por el método de validación de contenido. Para esto se solicitó la colaboración de cinco jueces, todos psicólogos, los cuales tuvieron que evaluar cada ítem de la prueba según su



pertinencia y redacción, teniendo en cuenta las definiciones de la variable y subvariables de cada escala. El valor obtenido fue de 0.889 (Ver Anexos B).

### Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en el Colegio Centro de Integración Popular Extensión Chambu II. Esta prueba se realizó con 49 estudiantes, 13 mujeres y 36 varones. Se llevó a cabo en ambiente con iluminación adecuada, libre de interrupciones y de manera individual. Se observó que las instrucciones fueron entendidas con facilidad, no surgiendo preguntas al respecto de relevancia. En lo que respecta al tiempo de resolución de la prueba, ésta se logró llevar a cabo entre 15 y 25 minutos. La mayoría de los estudiantes contestaron todas las preguntas.

### **Tipo de Estudio**

La investigación es de tipo descriptivo y pretendió determinar las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, de los estudiantes entre 13 y 16 años del Colegio Centro de Integración Popular. Según esta información y teniendo en cuenta variables demográficas, se estableció un diagnóstico claro sobre este fenómeno, con el fin de lanzar una propuesta de intervención dentro del contexto de la educación sexual.

## RESULTADOS

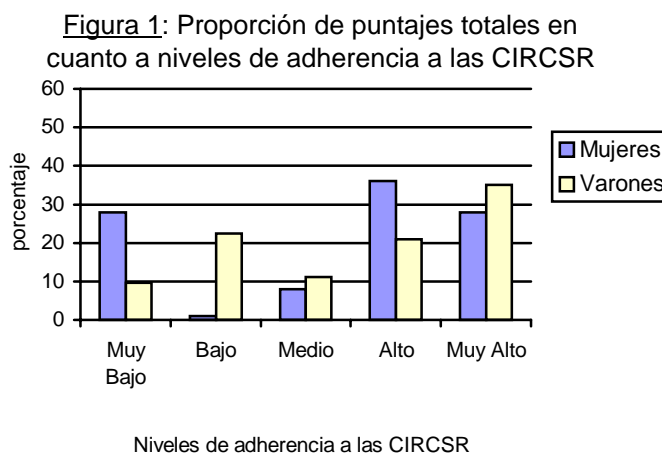
Los puntajes totales de la prueba, indican que más de la mitad de las mujeres y los varones, se ubican en niveles altos de adherencia a las Creencias Irracionales Relacionadas con las Conductas Sexuales de Riesgo (CIRCSR), como indica la Tabla 1.

Tabla 1

Proporción de la Población en Niveles Altos de Adherencia a las CIRCSR

<u>Nivel de adherencia</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Varones</u>
Alto	36%	21%
Muy Alto	28%	35%

La proporción de niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en mujeres y varones muestran una distribución en forma de “U”, lo que significa que hay polaridad como indica la figura 1. Hacia los extremos se ubica la mayoría de la población, en contraste con los puntajes medios que representa apenas del 10%.



En cuanto a la edad, tanto en hombres como en mujeres se demuestra que a mayor edad, mayor nivel de adherencia frente a las conductas sexuales, como indica la Tabla 2.

Tabla 2 Comparación entre Niveles de adherencia a las CIRCSR

<u>Nivel / Edad</u>	<u>con respecto a la Edad</u>			
	<u>Mujeres</u>		<u>Varones</u>	
	13-14	15-16	13-14	15-16
Alto	33%	37%	18%	21%
Muy Alto	24%	30%	22%	44%

A mayor edad, los adolescentes tienden a aumentar sus niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo. Hay que tener en cuenta que en muchas escalas, hay bajos niveles en adolescentes mayores. Para fines terapéuticos, estos adolescentes pueden ser aprovechados como modelos para las intervenciones.

Las escalas donde se encontraron elevadas proporciones en los niveles de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, independiente del género fueron: Autoexigencia relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales (53%) y Autoexigencia relacionada con el escaso uso del preservativo (56%).

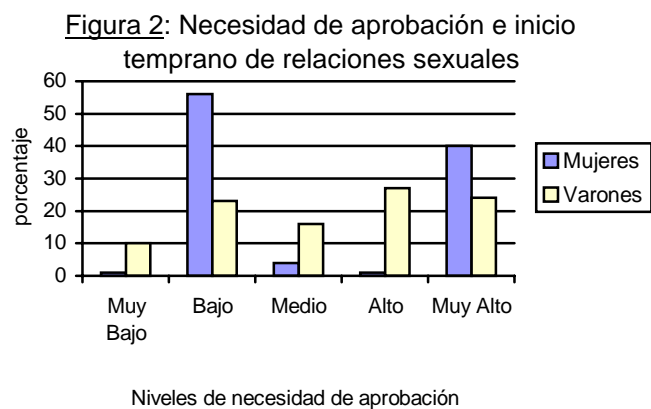
Las escalas que tienen mayor proporción de niveles elevados de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en las mujeres, fueron: Irresponsabilidad emocional

relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales (56%), Autoexigencia relacionada con la utilización del condón (56%) y Autoexigencia relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales (53%).

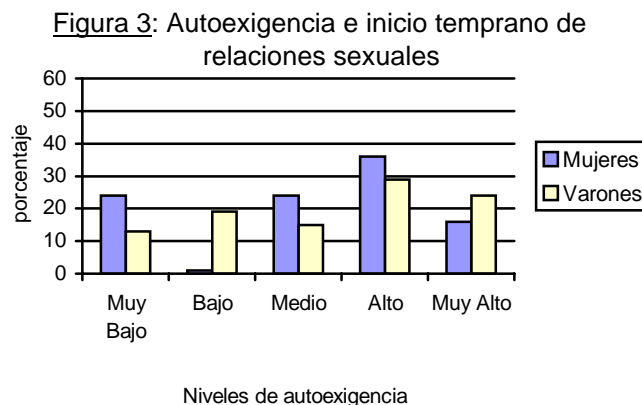
Las escalas que tienen mayor proporción de niveles elevados de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo en los varones, fueron: Irresponsabilidad emocional relacionada con el escaso uso del preservativo (71%), Necesidad de aprobación relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales (51%) y Autoexigencia relacionada con la utilización del condón (42%).

#### Análisis de los Niveles de adherencia a las CIRCSR por escalas

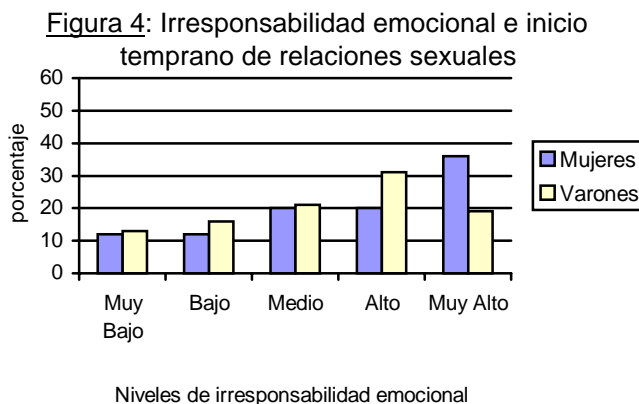
En la Escala N°1, (Necesidad de aprobación relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales), hay una tendencia a la polaridad en las mujeres, mostrando la gráfica en forma de “U”. En el caso del varones hay una distribución equitativa en cada nivel de adherencia a esta creencia (Ver figura 2).



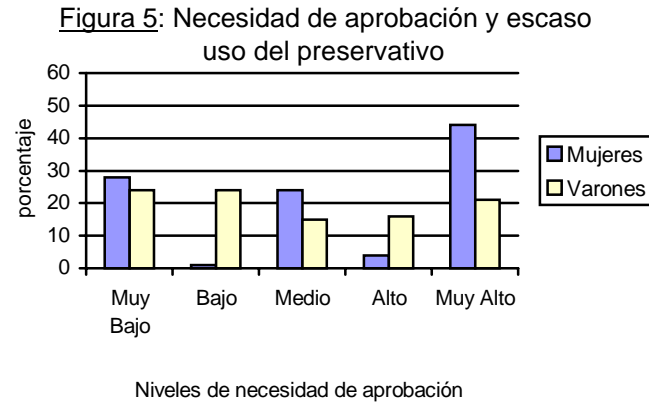
En la Escala N°2 (Autoexigencia relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales), hay una distribución equitativa tanto en hombres como mujeres, con ligeras tendencias hacia los puntajes altos (Ver figura 3).



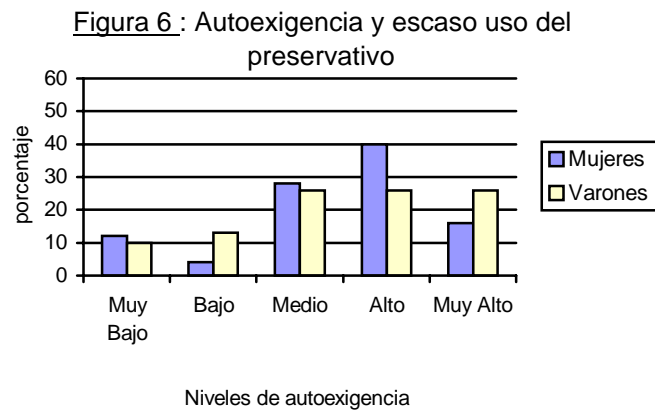
La Escala N°3 (Irresponsabilidad emocional relacionada con el inicio temprano de relaciones sexuales), muestra una elevación constante y ligera tanto en hombres como mujeres hacia los puntajes altos (Ver figura 4).



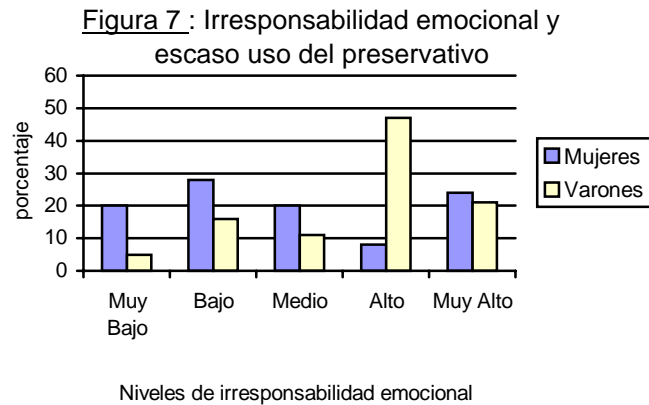
La Escala N°4 (Necesidad de aprobación relacionada con el escaso uso del preservativo), muestra una elevada proporción de mujeres en niveles de adherencia con respecto a los varones y además en ellas los resultados son más dispersos (Ver figura 5).



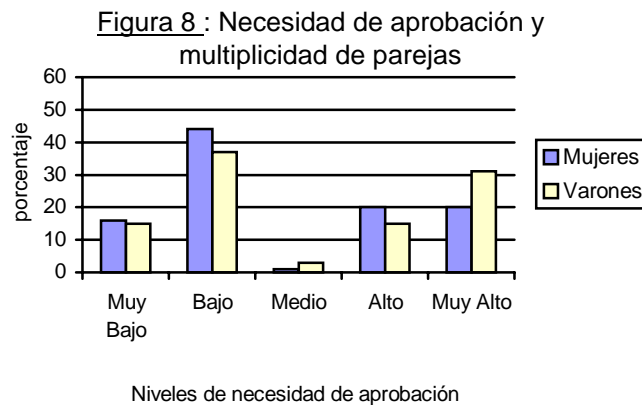
En la Escala N°5 (autoexigencia relacionada con el escaso uso del preservativo), se encuentra que hay un mayor porcentaje de la población tanto de varones como mujeres en niveles altos de adherencia; las mujeres superan a los varones (Ver figura 6).



La Escala N°6 (Irresponsabilidad emocional relacionada con el escaso uso del preservativo), se encuentra gran proporción en niveles altos de adherencia en los varones. En las mujeres, la distribución es equitativa (Ver figura 7).

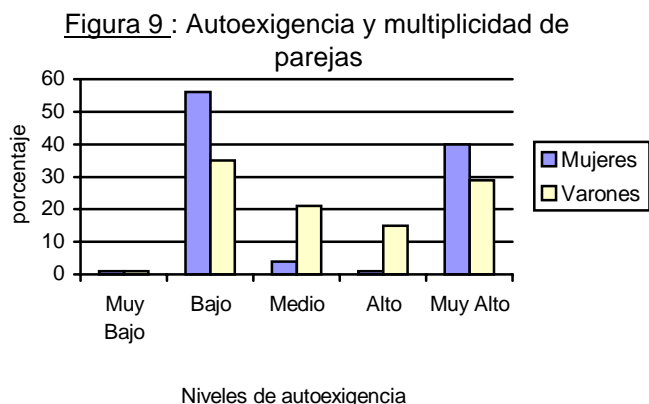


En la Escala N°7 (Necesidad de aprobación relacionada con la multiplicidad de parejas), se encuentran la mayor proporción en niveles bajos de adherencia, mostrando polaridad en la distribución de los dos géneros en forma de “U” (Ver figura 8).

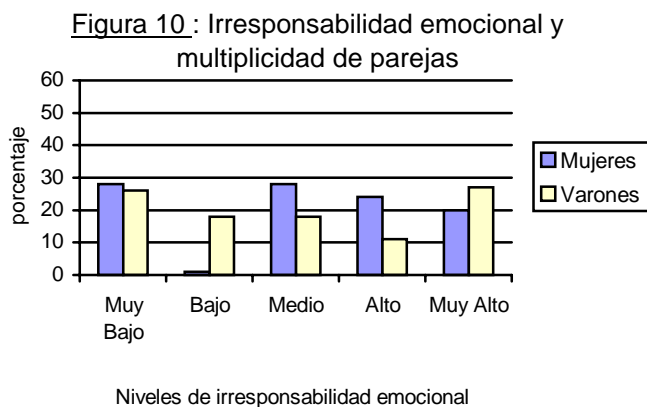




En la Escala N°8 (Autoexigencia relacionada con multiplicidad de parejas), se encuentra una alta proporción de la población en niveles bajos de adherencia a esta creencia irracional, tanto en varones como en mujeres. Se muestra igualmente una figura en forma de “U”, demostrando polaridad, debido a que hay proporciones altas en los extremos y bajas en el los puntajes medios (Ver figura 9).



En la Escala N°9 (Irresponsabilidad emocional relacionada con multiplicidad de parejas), hay una distribución equitativa tanto en mujeres como en varones (Ver figura 10).



### Análisis general de los Resultados

Los resultados demuestran en primer lugar, que más del 50% de los estudiantes, tanto varones como mujeres, están en niveles altos o muy altos de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, haciéndola susceptible de incrementarse. Esto se contrarresta con puntajes bajos, lo que significa una polaridad de los grupos, haciendo pertinente la intervención colectiva.

Hay una tendencia al incremento de las proporciones de niveles de adherencia en relación directa con el aumento de la edad, lo que hace necesario una intervención temprana para evitar que el problema se agudice.

Los adolescentes están teniendo metas irracionalmente altas frente al inicio temprano de relaciones sexuales, e irracionalmente bajas frente al uso del condón. Esto significa que los adolescentes se consideran a sí mismos adultos para iniciar su vida sexual, pero niños para utilizar condones.

Las adolescentes, están en riesgo de iniciar sus relaciones sexuales por creer que no tienen la suficiente capacidad para controlar sus emociones. Esto confirma la teoría que afirma que las mujeres sobrevaloran el papel del enamoramiento como condición necesaria para el inicio de relaciones sexuales, perjudicando el autocontrol emocional.

En los varones el factor de la irresponsabilidad emocional relacionado con el escaso uso del preservativo, es el factor más predominante, por lo que se puede esperar el incremento conductas sexuales de riesgo en ese sentido. Esto va de la mano con la tendencia a necesitar de aprobación para el inicio

temprano de relaciones sexuales, que en conjunto lleva al inicio temprano de relaciones sexuales, sin el uso del preservativo.

En general, las 6 primeras escalas tienen una alta proporción de la población en niveles altos de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo, determinando que la intervención se hará en conjunto (varones y mujeres), y haciendo énfasis en las dos conductas sexuales de riesgo como son inicio temprano de relaciones sexuales y escaso uso del preservativo. Frente a la multiplicidad de parejas, las proporciones en niveles altos fueron bajas, por lo que para la propuesta no se ha de intervenir en éste factor.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **Generalidades**

Nombre de la propuesta: La Sexualidad un continuo aprendizaje

Nivel a quien se dirige: adolescentes de 13 a 16 años.

Número de sesiones: Diez sesiones, de dos horas, con intervalos semanales.

### **Objetivos**

#### Objetivo General

Disminuir el nivel de adherencia respecto a la autoexigencia relacionada con el inicio temprano de las relaciones sexuales

#### Objetivos Específicos

Explicar al grupo de terapia los lineamientos básicos de trabajo de la Terapia Racional Emotiva.

Entrenar en la identificación y debate de la creencias irracionales.

Generar y modelar pensamientos racionales alternativos.

Fortalecer el hábito de pensar racionalmente.

## **Lineamientos Básicos del Programa**

Nuestra propuesta, es una actividad preventiva que tiene que evaluar, predecir e intervenir en el nivel de adherencia a las creencias irracionales relacionadas con las conductas sexuales de riesgo. La evaluación es una actividad diagnóstica que dentro del modelo cognitivo-comportamental ha de ser científica y operacional. Para esto hemos desarrollado una prueba que puede ser estandarizada en muchas otras poblaciones, como colegios privados, población rural o adolescentes de otras edades. Su validación puede verificarse de forma predictiva, comparando el desempeño del adolescente durante largos periodos de tiempo. Claro está que pueden desarrollarse pruebas paralelas que ayuden a su confiabilidad y validez, para llegar a un margen de error mucho menor.

En lo que hace referencia a la propuesta, consideramos que siendo coherentes con lo que hemos venido desarrollando, una propuesta científica ha de tener un grupo control y uno experimental en cada intervención con pre-prueba y post-prueba. Nuestra propuesta viene a ser un conjunto de técnicas, que han de someterse a una evaluación, registrando la posible influencia de variables extrañas que pueden afectar los resultados de la intervención.

El diseño más apropiado para las características de la población es el cuasi-experimental, con pre-prueba, post-prueba y grupo control, lo cual nos permite tomar grupos intactos (en nuestro caso los respectivos cursos) y verificar si se dan cambios significativos gracias a la intervención terapéutica.

Después de comprobada la eficiencia de la propuesta, podemos reaplicarla a otras poblaciones con similares características, con previo diagnóstico. Como toda terapia, se establecerán los lineamientos básicos para someterla nuevamente a verificación y tener una propuesta más contextualizada a la situación de la población estudiada. A largo plazo se deberán hacer iguales procedimientos con poblaciones diferentes y nuevas estandarizaciones, para poder generalizar los resultados a grandes grupos de adolescentes. Éstos lineamientos generales de la propuesta, deberán revisarse después de un plazo de al menos 5 años, debido a los constantes cambios socio-culturales que enfrenta nuestra región.

### **Proceso de la terapia**

Para determinar la línea de base de las creencias irracionales, se utilizó la prueba que se anexa, la cual permitió obtener información sobre los niveles de riesgo en cuanto conductas sexuales, tanto en general como de forma específica según las escalas. Se encontraron altos de riesgo en cuanto al inicio temprano de relaciones sexuales y escaso uso de preservativo. El número de sesiones dedicadas a la terapia será de 15 sesiones, con intervalos semanales entre ellas y duración de 2 horas cada una.

Los fundamentos de la terapia, se expondrán de forma tal que los estudiantes logren cinco insights necesarios para que el proceso terapéutico sea eficiente. Estos son: 1) entender que las ideas y creencias actuales de la gente juegan un papel extremadamente importante en el origen de las conductas sexuales de riesgo; 2) entender que los sucesos históricos

circundantes, en la adquisición original de las creencias irracionales, no son determinantes a la hora de cambiar las creencias y conductas de riesgo; 3) tener consciencia, conocimiento y apreciación de que las ideas o creencias irracionales pueden generar conductas sexuales de riesgo; 4) los estudiantes han de aprender a aceptarse a sí mismos a pesar de la dificultad de cambiar las creencias irracionales; 5) finalmente, aprender que se hace necesario trabajar intensamente para modificar las creencias irracionales.

Cada sesión será planeada con el grupo, para aumentar la empatía y motivar a que todos los estudiantes participen activamente a lo largo de la terapia. Este aspecto es útil como un primer modelamiento y como forma de presión social positiva en el grupo.

Para la identificación de las creencias irracionales, el psicólogo deberá buscar sobre todo los “debeísmos” que conducen a conductas sexuales de riesgo, ayudándoles a discriminar valores, preferencias, gustos y demandas absolutistas frente a éstas.

Para rebatir las creencias irracionales, se procederá a ayudar a los estudiantes a deshacerse de sus filosofías irracionales y a reemplazarlas por más racionales. El producto final es crear ideas o filosofías racionales y obrar de acuerdo a ellas automáticamente. En nuestro caso, se va a enseñar a los adolescentes a adquirir creencias racionales respecto al inicio temprano de relaciones sexuales, como por ejemplo, “no es una obligación perder mi virginidad en la adolescencia”, y a la utilización del condón, como “soy capaz de tolerar la vergüenza que me produce comprar condones”, haciendo que esta clase de pensamientos se conviertan en un hábito.

El fortalecimiento de las creencias racionales sirve para arraigar o consolidar en los estudiantes sus ideas y racionales; se les enseña a los estudiantes y se les anima a encontrar formas por sí mismos para convencerse una y otra vez tanto de la validez como del valor pragmático de lo aprendido, así se les puede enseñar un tipo de habituación de imaginación racional emotiva, se les puede animar a predicar pensamientos racionales a otros y al grupo, se les sugiere que se autorrecompensen por pensar racionalmente y que obtengan información que les ayude a debatir permanente y consistentemente sus viejas filosofías.

En esta parte el psicólogo llevará a cabo un proceso activo-directivo de manera enfática e intentará que el proceso de grupo no se deteriore, ni que genere desánimo, apatía, desorganización, presentación desenfadada de sentimientos, anarquía u otras formas de comportamiento se toleran e incluso se provocan.

El psicólogo, es el que mantiene el orden y asegurará que los estudiantes más callados intervengan y los demás no hablen demasiado, procurando que expresen sus creencias irracionales más importantes. Cuando se trata de refutar creencias irracionales de alguien, y de ayudarle con soluciones prácticas, el terapeuta es el miembro más activo del grupo. Los estudiantes podrán hacer preguntas, probar, enseñar, animar, dar tareas para llevar a casa, presentar ejercicios estructurados, etc.

A pesar de que la terapia racional emotiva de grupo requiere un método activo- directivo por parte del psicólogo, es importante el proceso de retroalimentación al final de cada sesión, para permitir un sentido de integración al grupo. Se evalúa la sesión, además de motivar para las



siguientes; en ese momento se pueden dejar tareas para la casa que deberán presentarse en las siguientes sesiones y establecer los cambios individuales de los integrantes. Finalmente se aplicará la prueba al final de las sesiones verificando que hay diferencias significativas con respecto al grupo control.

### Sesiones iniciales

Objetivo específico: Explicar al grupo los lineamientos básicos de trabajo de la TRE.

Objetivos operativos: los adolescentes han de desarrollar los siguientes insights: Las ideas irracionales pueden generar conductas sexuales de riesgo; aprender que es necesario trabajar intensamente para modificar las creencias.

El contenido de las sesiones iniciales es el siguiente: sesión N° 1: Exposición del modelo de la TRE; sesión N° 2: Desarrollar el ejercicio emotivo-racional para hacer entender la relación entre pensamiento, conducta y emoción. Sesión N° 3: Exposición sobre desarrollo personal, determinando objetivos y compromisos a lo largo del proceso.

Ya se ha hecho mención de la necesidad de demostrar la eficiencia de la terapia a través del grupo control, lo que corresponde al enfoque cognitivo-conductual que establece la necesidad de realizar mediciones objetivas. En nuestro caso al Colegio Centro de Integración Popular tiene una Sede y una Extensión, es decir que son dos colegios unidos por el mismo nombre y rector. Nuestra propuesta es la de tomar a la Extensión como grupo control, para después de haber demostrado la efectividad de las técnicas, aplicarlas al grupo control para abarcar la totalidad del colegio.

Cuando se pretenda aplicar las técnicas a otro colegio, u otra población, ha de establecerse un grupo control para esa población. Prácticamente, se ha de aplicar a la mitad de un colegio y luego a la otra mitad con las correcciones pertinentes. Esto con el fin de satisfacer las demandas de Educación sexual, las cuales se deben administrar a la totalidad de los colegios.

Para aplicar la Terapia Racional Emotiva al contexto educativo, es necesario aclarar algunos puntos iniciales. Primero, los estudiantes de un curso que conformarían el grupo de terapia, no participan voluntariamente de dicha terapia en su totalidad. Puede llegar a presentarse que muchos esten desmotivado para iniciar un proceso terapéutico. Al menos esto es lo que se observó en el contexto del Centro de Integración Popular.

Toda terapia de grupo, requiere una selección de los integrantes, incluso con entrevista previa a cada uno. Esto en el contexto educativo tomaría muchas horas, que pueden ser aprovechadas para el proceso terapéutico. Además por tratarse de grupos intactos, por definición no se hace selección. Una alternativa para disminuir el número de integrantes de cada grupo es el trabajo de varios terapeutas con el mismo programa.

Se requiere igualmente altas dosis de motivación por lo que a la parte del rapport hay que emplear una o dos sesiones. Para ello hay que utilizar una dinámica de grupo sencillas y a manera de introducción al proceso terapéutico. En este aspecto, hay que tener en cuenta que nuestro contexto no se han desarrollado habilidades sociales básicas, por lo que actividades lúdicas o el simple hecho de hablar de sí mismo, puede resultar algo penoso para muchos adolescentes.

Las habilidades del terapeuta en este aspecto, han de desarrollarse en primera instancia hacia el logro de éste objetivo. Hacer que el estudiante se sienta motivado hacia las actividades de psicología y que incluso las prefiera a actividades deportivas o jornadas académicas. Atraer al estudiante para que asista a psicología, es una de las labores fundamentales en los colegios.

El entrenamiento en habilidades sociales es parte integral de toda terapia cognitiva-conductual de grupo. Estas habilidades se modelan con los estudiantes, por lo que el terapeuta ha de ser un habilidoso social. Por ejemplo, se puede plantear a los estudiantes, que en un papel escriban el personaje que más les llame la atención, para luego intercambiarlos. Esto con el fin de empezar a desarrollar la empatía. El terapeuta es parte integrante del grupo y es modelo a la vez. Suponiendo que el papel que recibió el terapeuta es de “el pájaro loco”, y de lo que se trata es imitar a dicho personaje, ha de iniciar la actividad el terapeuta imitando él mismo al pájaro loco. Con esto fácilmente se puede romper el hielo y hacer que los estudiantes participen activamente.

El lenguaje corporal, es importante para llamar la atención de los estudiantes. Hablar en lo posible con las manos, ser muy emotivos al expresar las opiniones o creencias. Otro elemento es la escritura, que es a lo que están acostumbrados en las jornadas de clase. Hacerlos escribir en lugar de hablar, es una gran ayuda en las sesiones iniciales, además que se presta para conservar el anonimato. Intercambiar papeles escritos de cosas personales, sin el nombre y al azar es una herramienta básica que se puede combinar con lúdica.

### Sesiones intermedias

Objetivo específico: Entrenar en la identificación y debate de la creencias irracionales.

Objetivos operativos: Se espera que en las sesiones: desarrollen estrategias que permitan la identificación y debate de las creencias irracionales. Se adapten y apliquen las técnicas de evaluación y debate de creencias propuestas por la TRE.

El contenido de las sesiones intermedias es: Sesión 4: Ejemplificar casos donde se presente la creencia irracional abordada, donde el adolescente exponga su percepción de la situación. Sesión 5: Elaboración de autorregistros de Bi que se llevarán hasta el final del proceso, haciendo énfasis en las consecuencias de las creencias. Sesión 6: Debate por grupos de la creencia irracional, modelado por el terapeuta. Sesión 7: Juego de roles respecto a las diferentes posiciones de la creencia con modelamiento.

No hay que perder de vista que la terapia cognitivo-conductual es ante todo directiva, por lo que el terapeuta ha de controlar de forma asertiva la indisciplina. En esta parte pueden empezar a explicarse los lineamientos del proceso terapéutico, sin explayarse mucho, debido a que el estudiante puede tomar al terapeuta como un docente más.

Dependiendo de los avances del grupo en éste aspecto se puede pasar a la segunda fase del proceso terapéutico, que consiste en la identificación y reto de creencias, valores, percepciones y autoverbalizaciones irracionales frente a las conductas sexuales.

A pesar de haber aplicado la prueba y tener un diagnóstico de la situación de las creencias, es necesario hacer que los estudiantes verbalicen

sus creencias y opiniones, para profundizar en ellas. Al verbalizarlas, así sea en tercera persona, se dan a conocer ante los demás y pueden surgir diferencias entre los estudiantes. El terapeuta ha de discriminar a los estudiantes que propician conductas desorganizadas.

Un curso puede ser un grupo muy numeroso, por lo que puede ser útil dividirlo en pequeños grupos para exponer y debatir diferentes creencias. Pero se espera que al final del proceso terapéutico, cada estudiante sea capaz de hablar ante todo el grupo y los demás atender a todos y cada uno de sus compañeros.

En cierta medida las creencias ya están identificadas a través de la prueba. El siguiente paso es exponerlas al grupo explicando y especificando los componentes emotivos, cognitivos y conductuales de las creencias, así como el contexto en el que tienen lugar. Luego se divide al grupo en dos o cuatro grupos, unos que expongan los argumentos a favor de la creencia y otros en contra. La organización de las exposiciones se harán de acuerdo al nivel de adherencia encontrado en la población tomado de mayor a menor. En nuestro caso se ha de partir con la autoexigencia relacionada la el inicio temprano de relaciones sexuales y el escaso uso del condón.

El terapeuta ha de partir explicando estas creencias, de la siguiente manera, por ejemplo: “el día de hoy vamos a realizar un debate acerca de la importancia de las relaciones sexuales en la adolescencia. Les voy a relatar una situación que le pasó a un estudiante de su edad. Este muchacho, creía que tener relaciones sexuales era supremamente importante para ser hombre. Tenía 13 años, y se sentía muy mal por no tener relaciones sexuales. Dejó de salir de su casa, pensó que todos los demás al verlo se

burlaban de él por ser virgen. Pensó que nunca se iba a casar. Constantemente se sentía triste cuando se hablaba del tema o cuando veía en la tele la historia de un muchacho que ya tenía experiencia sexual”. Todo estas afirmaciones se emplearán basadas en la técnica del lenguaje connotativo y denotivo en la fase de evaluación de las creencias.

A continuación, se divide al grupo en dos, mencionando que uno va a apoyar las opiniones del sujeto del ejemplo, y otro va a contradecirlas; “ustedes (señalando a un grupo) van a estar a favor del muchacho, considerando que es muy importante tener relaciones sexuales a los 13 años, y que si no lo logramos nos vamos a sentir muy tristes. En cambio ustedes (señalando al otro grupo), van a estar en contra de la posición de sus compañeros, defendiendo puedo estar tranquilo o contento por no tener relaciones sexuales”. Luego se intercambian los papeles.

Hay que aclarar que es fundamental atacar ante todo la consecuencia emocional de las metas irracionales. En esta parte se ha de dar a entender que las emociones son consecuencia directa de unas creencias, ideas o pensamientos.

El terapeuta ha de tomar nota, o tener en cuenta, las afirmaciones irracionales que van surgiendo en los grupos, para luego intervenir directamente en éstas. Se disuelven los grupos haciendo una mesa redonda que ha de establecerse de forma habitual. El terapeuta empieza a debatir todas las afirmaciones irracionales y se da la oportunidad al grupo de seguir interviniendo.

El terapeuta debe hacer notar la base insostenible y la naturaleza disfuncional de las afirmaciones y reemplazarlas por unas más racionales,

ayudándoles a realizar inferencias más exactas de la realidad. En este punto se puede utilizar a un co-terapeuta para que haga las veces de paciente y dar un modelamiento de cómo se aborda a un paciente con éste tipo de creencias. A manera de juego de roles, se puede utilizar diversas técnicas como inundación imaginaria o intención paradójica. Al final se espera que no se utilice el co-terapeuta sino que los participantes hagan ese mismo juego de roles.

Ejemplo:

*Paciente: “Ayer miré en la televisión, que una muchacha le proponía a su novio tener relaciones sexuales; el novio era casi de mi edad, y al final se dieron las cosas para que esto suceda. Esto me hizo sentir mal, porque pensé que él ya era un hombre, en cambio yo no lo soy todavía”.*

*Terapeuta: Explícame primero ¿Qué es para tí ser hombre?*

*Paciente: Ser hombre es lograr tener relaciones sexuales, cada vez que me lo proponga.*

*Terapeuta: Hasta el momento no conozco a ningún hombre al que todas las mujeres le hayan dicho que sí. Según lo que tú dices, ¿ninguno de esos hombres sería verdaderamente hombre?*  
(análisis y evaluación empírica).

*Paciente: Pues sí yo se que no, pero me sigo sintiendo mal.*

*Terapeuta: Imagínate que eres mayor, y aún no has tenido relaciones sexuales ¿qué harías? ¿se va a acabar el mundo por eso?*  
(método imaginativo).

*Paciente: Creo que no se va a acabar el mundo pero me molestaría mucho esa situación.*

*Terapeuta: Yo no puedo creer que a alguien como tú te moleste le hecho de no tener relaciones sexuales (reacción incrédula). Es este pensamiento el que te está haciendo sentir mal.*

*Paciente: Entiendo. Pero qué hago para no sentirme así.*

*Terapeuta: Podrías decirte a ti mismo que no tienes que estar con todas las mujeres del mundo para ser hombre. Puedes pensar que aunque esto te molesta un poco puedes soportarlo (análisis y evaluación lógica). Y podrías tener simplemente amigas y disfrutar de esta relación, sin llegar a ser novios o tener relaciones sexuales, y ser un hombre en todo el sentido de la palabra. Entonces ¿qué harías si te empiezas a sentir mal otra vez?*

*Paciente: Pensaría que puedo soportarlo y me dedicaría a hacer otras cosas.*

Después del modelo presentado, se dejarían lecturas a manera biblioterapia, para la siguiente sesión y que repitan el ejercicio del debate con sus amigos, familiares o compañeros. Estas lecturas deberá elaborarlas el terapeuta previamente con base en el marco teórico de la presente investigación.

Hay que tener en cuenta que muchos adolescentes de 13 y 14 años, ya han iniciado su vida sexual, razón por la cual es preferible pasar al escaso uso del preservativo. Para cada conducta sexual de riesgo ha de



llevarse a cabo un proceso terapéutico diferente. La autoexigencia relacionada con el escaso uso del preservativo, tiene que ver con creencias irracionales negativas, que fomentan inhibiciones conductuales hacia el uso del preservativo. El proceso terapéutico es al revés del primero. Creencias irracionales positivas relacionadas con el uso del preservativo, hacen referencia a su uso excesivo, aspecto que no se ha de tener en cuenta en vista de que no es una conducta sexual de riesgo.

Para las siguientes sesiones, es importante que los estudiantes empiecen a dar a conocer sus opiniones personales ante todo el grupo, de manera más personal, y así el terapeuta intervenir directamente con los estudiantes que manifiesten sus creencias irracionales y el grupo pasa a tomar el papel de co-terapeutas. El terapeuta escogerá del grupo una persona que exponga sus opiniones sobre el tema relacionado. Si no desean participar se realizará un sorteo para escoger a las personas que van a intervenir. En cada sesión participarán personas diferentes a las anteriores sesiones, logrando la participación de todos y cada uno de los integrantes.

En este aspecto hay que aclarar que en la aplicación de la TRE, respecto a la modificación de valores o metas irracionales, no se trata de imponer una filosofía de vida, así sea por técnicas persuasivas, porque cada terapeuta tendrá sus prejuicios respecto a lo que es adecuado o inadecuado de un comportamiento sexual. Los objetivos básicos de la TRE es cambiar la forma de razonar rígida, inflexible y absolutista (irracional) por otra más flexible y racional.

En esta parte de la terapia, el terapeuta empezará a explicar algunos de los supuestos básicos de la TRE, en lo que se refiere a los ABC. En este

punto, ya se ha adelantado algunos pasos, al demostrar y explicar que las emociones son consecuencia (C) de unas creencias (B). En el caso que se expuso, el acontecimiento activador (A) era el programa de televisión.

Ejemplo:

*“Hoy vamos a retomar algunos elementos de la sesión anterior, en donde un muchacho se sentía triste porque no había logrado tener relaciones sexuales. Algunas de las conclusiones al respecto era que se sentía triste debido a que pensaba que era poco hombre si no tenía vida sexual activa. Si tenemos esta clase de pensamientos (se ha de dibujar en el tablero un esquema), vamos a realizar cierto tipo de comportamientos. Este muchacho, debido a que creía firmemente en que su valor personal estaba determinado por su actividad sexual, seguramente buscaría tener relaciones sexuales a toda costa, para demostrarse a sí mismo que es hombre. Aquí podemos ver que sus motivos para tener relaciones sexuales se debían a un concepto de sí mismo equivocado, porque ser hombre depende de muchas cosas.*

*Muchos jóvenes inician su vida sexual de esta manera, basándose en pensamientos que nada tienen que ver con sus verdaderas intenciones. Ahora quisiera que escriban en un papel, las razones por las cuales una muchacha o muchacho desea iniciar su vida sexual. Puede ser de alguna persona que ustedes conozcan sin escribir el nombre. ¿Qué motivos o razones puede tener un adolescente para iniciar su vida sexual?”*

Con este ejercicio se trata de que los estudiantes exploren otros tipos de creencias irracionales diferentes a la trabajada en la sesión anterior. Luego se intercambiarán papeles de forma aleatoria, para exponer las

creencias. Cada uno leerá el papel que tiene en sus manos y se analizará si lo racional o irracional de dichos argumentos.

Suponiendo que un papel leído menciona que la razón es “querer tener un hijo”. El terapeuta, con los estudiantes analizarán “si el tener un hijo en la adolescencia”, es algo fundamental en la vida de los adolescentes, llevándolos a incrementar su bienestar y felicidad futuras, acerca de las metas básicas de las personas. Al final se ha de concluir, que en algunas circunstancias, el tener un hijo en la adolescencia va cumplir con las metas básicas, suponiendo que exista un noviazgo estable, apoyo de los padres, etc. Pero en otras circunstancias va a bloquear el logro de esas metas básicas, como dificultades económicas, conflictos familiares, etc., definiendo dichos argumentos como irracionales. Un hijo en esas circunstancias, trae consecuencias negativas; procrearlo es una meta irracionalmente alta, puesto que la persona no está preparada para asumir esas responsabilidades.

Este ejercicio permite definir las creencias irracionales, de acuerdo a los argumentos que se analice en el grupo para iniciar las relaciones sexuales. Con esto se empezaría a identificar con mayor claridad las creencias irracionales, para debatirlas y generar alternativas racionales.

Al final de la sesión, se plantea que practiquen la opción de pensar racionalmente frente al inicio temprano de relaciones sexuales, para desarrollar éste hábito. De tarea se puede dejar que se inicien registros acerca de diversas situaciones que estén generando pensamientos irracionales. Estas pueden incluir conversaciones con amigos o familiares, programas de televisión, etc. El registro típico ha de contener como mínimo

siguiendo el modelo ABC, lo siguiente: ¿Qué sucedió? ¿Qué pensaste? ¿Qué sentiste? ¿Qué hiciste luego? Se dejarán tareas y ejercicios para contarrestar dichas creencias con *afirmaciones apasionadas* o *actividad de permanecer allí*.

### Sesiones finales

Objetivo específico: Generar y modelar pensamientos racionales alternativos y fortalecer el hábito de pensar racionalmente.

Objetivos operativos: se espera que en éstas sesiones: Se adapten y apliquen las técnicas dirigidas a problemas emocionales y conductuales de la TRE. Se compruebe de forma empírica de lo aprendido en las sesiones.

El contenido de las sesiones finales es: Sesión 8: aplicación de la técnica de la reducción al absurdo, mostrando lo ilógica de la Bi. Sesión 9: el grupo y el terapeuta crearán afirmaciones racionales para ser usadas en la vida diaria. Sesión 10: se aplicará la técnica del proselitismo racional, a través ensayos conductuales.

En las sesiones finales se espera desarrollar el hábito de la identificación y reto de las creencias irracionales. Los registros brindan la oportunidad a los estudiantes de hablar de sí mismos, lo cual es una tarea que se va a recibir al inicio de cada sesión para evaluar los progresos de la terapia. En este punto el terapeuta puede utilizar la técnica de *autorrelevación*, lo cual aumentará el grado de confianza tal que los estudiantes empiecen a revelar sus creencias irracionales personales y que el grupo brinde apoyo y modelo para pensar racionalmente. Finalmente se reforzará la habilidad para reconocer y debatir las propias creencias con

ejercicios prácticos. Se evaluará el conocimiento de las bases de la TRE, las cuales han de estar perfectamente asimiladas.

En última instancia de lo que se trata es de desarrollar en los estudiantes una nueva filosofía de vida, con un sentido más flexible, racional e independiente frente a las conductas sexuales, basados en los conceptos de la salud sexual y reproductiva.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La propuesta es un objetivo de la educación sexual, la cual ha de basarse en temas específicos, para realizar diagnósticos e intervenciones precisas. La propuesta ha de probarse a prueba, para fines correctivos, teniendo en cuenta una metodología científica.

La propuesta puede ser llevada a cabo en cualquier institución educativa, dentro del diseño cuasi-experimental. Esto no solo beneficiaría a los estudiantes, sino también a los profesionales de la Psicología, y en especial del modelo cognitivo-conductual, quienes pueden tener herramientas útiles para abordar el tema de las conductas sexuales de riesgo.

Las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes más relevantes, son el inicio temprano de relaciones sexuales y el escaso uso del preservativo. No se demostró la relevancia de la multiplicidad de parejas. Sería importante establecer la comparación con otras poblaciones.

Es importante someter la prueba a nuevos tipos de validación, como la establecida a partir de diferencias de grupos o por efectos del tratamiento. Esto ayudaría a pronosticar aún mejor qué estudiantes van a iniciar un tipo de conductas sexuales de riesgo a partir del estudio de las creencias irracionales.

La prueba aplicada sobre creencias irracionales relacionadas con conductas sexuales de riesgo, indicó que el nivel de riesgo de los adolescentes en general es moderado, encontrando que hay relación

directamente proporcional con la edad, independiente del género. En cuanto a género, los varones muestran mayores niveles de adherencia.

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva a la Educación Sexual, brinda una línea de investigación nueva en el campo preventivo, ampliando su cobertura a diferentes poblaciones y a diversos problemas.

Las estrategias más adecuadas para una intervención basada en la TRE, son en nuestro caso, técnicas didácticas de persuasión como el análisis y evaluación lógica, evaluación empírica y apelación de consecuencias negativas. En cuanto a métodos activos de debate como los imaginativos, terapeuta como narrador, inversión de roles y autorrevelación. Y en cuanto a los métodos para trabajar problemas emocionales y conductuales, recomendamos el uso del proselitismo racional, ejercicios de ataque a la vergüenza, desensibilización en vivo y actividades de permanecer allí.

Se puede profundizar aún más en las creencias irracionales positivas, que en muchos casos son más frecuentes que las negativas, a las que se les ha dado mayor importancia. Esto con el fin de brindar herramientas de aplicación de la Terapia Racional Emotiva, y utilización a otros problemas conductuales.

El objetivo general de la propuesta es llegar a unos niveles moderados de racionalidad suficientes para fomentar las conductas sexuales preventivas. Los niveles demasiado bajos, plantean nuevos problemas a nivel de sexualidad.

Las creencias irracionales relacionadas con el uso de anticonceptivos, causaron muchos problemas en las parejas, haciendo que la mujer desista

de utilizarlos. Consideramos que las creencias irracionales relacionadas con el uso del preservativo, con el tiempo disminuirán haciendo que se use entre los adolescentes de forma más frecuente, gracias a propuestas de intervención como la planteada en la presente investigación.



## GLOSARIO

*adaptación*: noción de correspondencia con la realidad. La adaptación se produce cuando un organismo responde a las presiones ambientales de manera satisfactoria.

*análisis funcional de la conducta*: instrumento utilizado para la identificación y descripción de las variables antecedentes y consecuentes que intervienen en un comportamiento, así como el análisis de las relaciones funcionales entre esas variables, las variables del organismo y el propio comportamiento.

*aprendizaje*: cambio relativamente permanente en el repertorio comportamental del organismo, que ocurre como resultado de la experiencia.

*atribución*: explicación subjetiva de una percepción.

*axioma*: principio o enunciado que no puede deducirse de otro, ni puede comprobarse, pero no necesita demostración porque es evidente.

*castigo*: condición en la cual la presencia de algún estímulo aversivo es contingente con alguna respuesta ejecutada por el organismo.

*cognición*: término común para designar todos los procesos o estructuras que se relacionan con la conciencia y el conocimiento, como la percepción, el recuerdo, reconocimiento, representación, conceptos, pensamiento, conjetura, expectación y metas.

*condicionamiento clásico*: procedimiento de adquisición de una respuesta en el cual un estímulo previamente neutral se aparea con un estímulo que produce una respuesta, hasta que el estímulo neutral provoca el mismo tipo de respuesta.

*condicionamiento operante*: se refiere al procedimiento de adquisición de respuestas que implica manipular sus consecuencias para alterar la probabilidad de dicha respuesta.

*conducta*: respuesta o acto observado o medible. Se define de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones psicofisiológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente, pero que se definen en términos que pueden medirse de forma operacional.

*conducta molar*: conducta total, en bloque, que abarca la totalidad del organismo.

*conducta molecular*: segmento de conducta, elemento de reacción de un organismo.

*conducta sexual*: conjunto de acciones de un organismo dirigidas a establecer una relación con un objeto sexual, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo. En el ser humano, la reproducción es un fin secundario de la conducta sexual.

*conducta sexual de riesgo*: serie de acciones que perjudican o afectan la salud sexual de la persona.

*conductismo*: escuela psicológica americana que se basa en la observación del comportamiento objetivo del organismo que estudia en relación con el medio ambiente. Su fundador fue John B. Watson.

*conciencia*: procesos psíquicos que son experimentados por el sujeto, de forma inmediata como percepciones, pensamientos y sentimientos.

*contingencia*: en el condicionamiento operante el requerimiento de que ciertas respuesta se den antes de que pueda ocurrir el refuerzo.

*creencias irracionales*: ideas o filosofías de carácter absoluto que se encuentran en el fondo de toda alteración emocional o conductual. Incluyen evaluaciones, inferencias, expectativas y conclusiones de lo que sucede en el mundo y están comprometidas con los deseos, anhelos, preferencias, demandas, órdenes y necesidades.

*desesperanza aprendida*: la aceptación de las consecuencias de una situación como inalterables o inescapables aún cuando sea posible un respuesta alterna.

*discriminación*: el responder al estímulo original pero no a otro similar.

*egocentrismo*: es una forma de concebir el mundo, valorando todo en relación a la importancia que tiene para sí mismo.

*empirismo*: teoría filosófica, según la cual la experiencia es la única fuente de conocimiento.

*entrenamiento asertivo*: estrategia concebida para incrementar la capacidad del sujeto para afrontar las relaciones interpersonales con mayor seguridad y eficacia, potenciando su recursos de autoafirmación.

*estímulo*: agente o condición externa o interna que a través de los receptores (órganos de sensoriales) puede influir en el organismo.

*estimulación sexual*: acción de un fenómeno interno o externo que al ser percibido psíquica o somáticamente por el sujeto, es susceptible a inducir en él una sensación placentera específica, o una reacción somatofisiológica también específica.

*evitación*: una respuesta que permite a un organismo, abstenerse de experimentar un estímulo aversivo que ha anticipado.

*excitación sexual:* percepción subjetiva del continuo de sensaciones satisfactorias inducidas por la estimulación sexual.

*extinción:* cualquier procedimiento que termina una contingencia, respuesta – refuerzo; también es el resultado de ese procedimiento, el retorno de la respuesta condicionada a su valor previo al condicionamiento.

*filogenia:* origen y desarrollo de un organismo o especie por evolución biológica.

*funcionalismo:* sistema psicológico que estudia los propósitos del comportamiento y la adaptación de los organismos al ambiente.

*función sexual humana:* la función consciente y condicionada por la cultura que se ha derivado filogenéticamente de la función reproductora, pero que es ejercida en primer lugar de modo placentero o lúdico y secundariamente de modo reproductor.

*generalización del estímulo:* el responder no solamente al estímulo original sino a otro semejante.

*homeóstasis:* tendencia que tienen todos los organismos a evitar los cambios en sus condiciones de vida, conservando o restableciendo el equilibrio alcanzado.

*inhibición:* perturbación del curso normal de las funciones corporales o psíquicas.

*impulso:* estado fisiológico o psicológico que resulta de alguna necesidad.

*incentivo:* combinación de un impulso y algún refuerzo asociado.

*instinto:* patrón de respuesta compleja, no aprendido dado por todos los miembros de una especie a las condiciones de un estímulo particular.

*irresponsabilidad emocional:* creencia del sujeto que considera no tener control alguno sobre sus emociones.

*modelamiento:* observación y subsecuente incorporación y manifestación de una respuesta o una secuencia de respuestas que se da a través de un modelo.

*moldeamiento:* reforzar aproximaciones sucesivas a un comportamiento deseado.

*motivación:* conjunto de condiciones que inician, dirigen y mantienen una conducta.

*percepción:* conjunto de impresiones sensoriales, llegada por medio de los centros nerviosos al cerebro, y que se vivencia como un todo conexionado.

*postulado:* proposición que se considera necesario admitir pero no pueden demostrarse. Se plantean basándose en hechos o consideraciones de orden práctico.

*prevención primaria:* conjunto de programas a nivel de salud pública que protege a la población de un riesgo o problema de terminado, mucho antes de que se presente.

*privación:* periodo desde que se satisfizo por última vez una necesidad.

*procesos cognitivos:* eventos internos como pensamientos, creencias, autoinformaciones, percepciones e imágenes mentales.

*psicología experimental:* término que designa al mismo tiempo el modo de investigación y el conjunto de resultados obtenidos en psicología con base en la realización de experimentos.

*racionalismo*: doctrina según la cual el conocimiento tiene esencialmente su origen en la razón; no se basa en la experiencia.

*realidad*: red de procesos que ocurren a diferentes niveles entrelazados, que se verifica de acuerdo a la observación y el procesamiento de la información de cada nivel.

*reflexología*: ciencia que pretende conocer y explicar la mayor cantidad posible de contenidos psíquicos por medio de los reflejos condicionados.

*refuerzo*: toda condición que incrementa o mantiene la fuerza de una respuesta.

*refuerzo vicario*: la experiencia de observar, comprender y posiblemente, identificarse con el refuerzo dado a la respuesta del modelo.

*saciedad*: satisfacción completa de un estado de impulso.

*saciedad sexual*: resultado del ejercicio de la conducta sexual o de sus consecuencias.

*salud sexual y reproductiva*: hace referencia a tener una vida sexualmente satisfactoria, mejorar la calidad de las relaciones con el sexo opuesto y con la pareja, y disfrutar de las relaciones sexuales sin temor a un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual o de abuso sexual.

*sexualidad humana*: conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual.

*teorema*: proposición científica que afirma una verdad demostrable. Consta de un supuesto o hipótesis y de una conclusión o tesis.

*teoría del aprendizaje social:* teoría que fundamenta el aprendizaje en la relación interpersonal entre el observador y el modelo.

*toxemia:* presencia de sustancias venenosas en la sangre, que provocan un estado patológico.

*variable interviniente:* magnitud que entra en juego entre observaciones anteriores, que son condiciones antecedentes, la conducta observada, y a la que, aparte de ser la cualidad de un elemento funcional definido matemáticamente, no se atribuyen en la función de dependencia otras cualidades suplementarias.

## REFERENCIAS

- ALZATE, H. (1997). Sexualidad humana. Santa Fe de Bogotá: Temis.
- ARDILA, R. (1979). Psicología del Aprendizaje. México: Siglo XXI editores.
- ARIETI, S. (1965). Interpretación de la Esquizofrenia. Barcelona: Editorial Labor.
- BANDURA, A. (1982). Aprendizaje social y Desarrollo de la Personalidad. (6ª edición). Madrid: Alianza.
- BAYES, R. (1995). Sida y Psicología. Madrid: Martínez Roca.
- CARTWRIGHT, D., & ZANDER, A. (1982). Dinámica de Grupos. México: Trillas.
- COFER, C. (1972). Motivación y emoción. Madrid: Desclée de Brouwer.
- COHEN, J., KAHAN, J., TORDAM, G., & VERDOUX, C. (1989). Vida sexual. Bogotá: Norma.
- COSTA, M. & LÓPEZ, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- CHANCE, P. (1994). Aprendizaje y Conducta. México: Manual Moderno.
- DE SAADE, M. T., MORENO, I., HERRERA, S. E., GONZÁLEZ, A., GIRALDO, C.,
- OCAMPO, L., & MONSALVE, L. H. (1996). Lineamientos de Educación Sexual para el sector salud. Bogotá: Ministerio de Salud.
- DORSCH, F. (1994). Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.



ELLIS, A. & GRIEGER, R. (1990). Manual de Terapia Racional-Emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.

FORERO, A. (1999). La nueva Educación. Bogotá: Prolibros.

KAPLAN, H. S. (1996). La nueva Terapia Sexual. Madrid: Alianza.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL (2002). Proyecto Nacional de Educación Sexual. Pasto: Secretaría de Educación.

GARZÓN, F. (2002). Situación de los Educadores Sexuales en Nariño. Pasto: Colegio Champañagt, entrevista personal.

GIBSON, L., & IVACEVICH, J. (1980). Organizaciones: Conducta, Estructura, Proceso. Madrid: Irwin.

GOLEMAN, D. (1996). La Inteligencia emocional. Bogotá: Javier Vergara.

GONZÁLEZ, J. J. (1999). Psicoterapia de Grupos. México: Manual Moderno.

HEDERICH, C., CAMARGO, A., GUZMÁN, L. & PACHECO, J. C. (1995). Regiones cognitivas de Colombia. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

MAHONEY M. & FREEDMAN A. Comps. (1988). Cognición y Psicoterapia. Barcelona: Paidós.

MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. & KOLODNY, R. C. (1994). Sexualidad humana. Bogotá: Grijalbo.

MYERS, D. (1991). Psicología social. Madrid: Médica Panamericana.

- O'CONNOR, K. & SHAEFER, C. (1995). Manual de Terapia de Juego. México: Manual moderno.
- PAPALIA, D. E. & WEINDKOS, S. (1997). Desarrollo Humano (6ª edición). McGraw-Hill.
- PAPALIA, D. E. & WEINDKOS, S. (2001). Desarrollo Humano (8ª edición). McGraw-Hill.
- PROSALUD, (2000). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia.
- RIMM, D. y MASTERS, J. (1979). Terapia de la Conducta. México: Trillas.
- RISO, W. (1990). Entrenamiento Asertivo. Bogotá: Norma.
- RISO, W. (1998). Intimidades masculinas. Bogotá: Norma.
- RUBIANO, P. (1994). La Educación en la Sexualidad. Bogotá: Conferencia episcopal.
- RUIZ, A. (2000). Memorias Seminario Mentes abiertas. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
- SEGURA, A. (1993). La Sexualidad en el Adolescente. Medellín: Bronce Editorial.
- SKINNER, B. F. (1986). Ciencia y conducta humana. Barcelona: Martínez Roca.
- SWILLER, H. y ALONSO, A. (1995). Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. México: Manual Moderno.
- UNIVERSIDAD MARIANA (2002). Postgrado en Educación Sexual. Pasto: Oficina de Postgrados.

VALLEJO, J. (1991). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.  
Barcelona: Salvat.

VELEZ, A. (1990). El Hombre: Herencia y Conducta. Medellín:  
Universidad de Antioquia.

**ANEXOS A: FORMATO DE LA PRUEBA**

PRUEBA SOBRE CREENCIAS RELACIONADAS  
CON CONDUCTAS SEXUALES

Coloque su edad en  
años: \_\_\_\_\_

Formato Masculino

INSTRUCCIONES

En esta prueba, vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que piensas acerca de algunos comportamientos sexuales. Todas las preguntas tienen dos contestaciones: "SI" o "NO". Deberás leer cada pregunta y marcar con una (X), la respuesta que esté más de acuerdo con lo que generalmente piensas.

Ejemplo:

¿Crees que utilizar condón disminuye el placer sexual? SI  NO

En este caso, la persona considera que en realidad el condón disminuye el placer sexual por lo que ha marcado "SI".

Algunas preguntas no estarán hechas de la forma en que te gustaría. Sin embargo, deberás contestar a todas con muchas sinceridad.

No te detengas demasiado en una pregunta, contéstala y pasa a la siguiente.

Recuerda que tienes que contestarlas todas; pero solamente puedes marcar una respuesta de las dos que hay.

Es muy importante que comprendas bien lo que debes hacer. Si tienes alguna dificultad, pregunta ahora.  
Si te equivocas, borra la señal que habías hecho, y marca la respuesta que consideres correcta.

## NO PASES A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE TE LO INDIQUEN

1. ¿Te molesta que tus amigos(as) tengan mayor experiencia sexual que tú?..... SI NO
2. ¿Sólo teniendo relaciones sexuales te demuestras que eres verdaderamente hombre?  
..... SI NO
3. ¿Una vez que empieza la excitación sexual crees que es imposible detenerla?... SI NO
4. ¿Te importaría mucho que tus padres te rechacen por comprar condones?..... SI NO
5. ¿Eres capaz de comprar condones?..... SI NO
6. ¿El usar condón impide sentirse satisfecho?..... SI NO
7. ¿Debes tener muchas experiencias sexuales para ganar el respeto de tus compañeros?  
..... SI NO
8. ¿El tener varias parejas hace que un hombre sea más valioso?..... SI NO
9. ¿Podrías mantener un noviazgo sin relaciones sexuales?..... SI NO
11. ¿El tener mayor experiencia sexual te hace sentir superior a los demás?..... SI NO
12. ¿Te consideras incapaz, si tu noviazgo no termina en relaciones sexuales?..... SI NO
13. ¿Crees que se soportaría la vida sin relaciones sexuales?..... SI NO
14. ¿Te molestaría que alguien conocido te descubriera comprando condones?..... SI NO
15. ¿Te da miedo comprar condones?..... SI NO
16. ¿Crees que si hay excitación sexual, nadie es capaz de esperar a comprar condones?  
..... SI NO
17. ¿El tener varias parejas te convierte en alguien superior a los demás?..... SI NO
18. ¿El tener una sola pareja te convierte en alguien incapaz?.....SI NO
19. ¿Eres capaz de rechazar una propuesta de tener relaciones sexuales?.....SI NO
21. ¿Sólo teniendo relaciones sexuales les demuestras a tus amigos(as) que eres  
verdaderamente hombre?..... SI NO
22. ¿Piensas que es una necesidad, perder tu virginidad en la adolescencia?..... SI NO
23. ¿Es posible esperar a ser mayor para empezar a tener relaciones sexuales?..... SI NO
24. ¿Sólo si tus amigos(as) usan condón, tú lo harías?.....SI NO
25. ¿El usar condones te hace menos hombre?..... SI NO
26. ¿Si estás enamorado de tu novia, tendría relaciones sexuales sin condón?..... SI NO

27. ¿Sólo teniendo varias parejas les demuestras a tus amigos(as) que eres verdaderamente hombre?..... SI NO
28. ¿Deberías tener relaciones sexuales con todas las personas que te gustan?.....SI NO
29. ¿Si varias personas te gustan tendrías relaciones sexuales con ellas?..... SI NO
31. ¿Si pierdes tu virginidad en la adolescencia, serás más importante ante tus amigos(as)? ..... SI NO
32. ¿Necesitas tener relaciones sexuales lo más pronto posible?..... SI NO
33. ¿Es posible rechazar una propuesta para tener relaciones sexuales?..... SI NO
34. ¿Dejarías de utilizar condón para no perder a tu novia?.....SI NO
35. ¿Crees que usar condones disminuye el placer sexual?..... SI NO
36. ¿Sólo utilizarías condón si tuvieras varias novias?..... SI NO
37. ¿Para atraer a las mujeres debes tener muchas experiencias sexuales?..... SI NO
38. ¿Si rechazas una oportunidad de tener relaciones sexuales es porque eres poco hombre? ..... SI NO
39. ¿Las relaciones sexuales son demasiado importantes como para rechazarlas?...SI NO
41. ¿Si tu novia te pide tener relaciones sexuales, las tendrías para no perderla?...SI NO
42. ¿Crees que es muy importante perder tu virginidad en la adolescencia?.....SI NO
43. ¿Si la situación se da, tendrías relaciones sexuales con tu novia?..... SI NO
44. ¿Si tu novia te pide usar condones, es por desconfianza?.....SI NO
45. ¿Usar condones da menos satisfacción a tu novia?..... SI NO
46. ¿Serías capaz de aplazar una relación sexual, si no tienes condones?..... SI NO
47. ¿Si los demás te rechazan por tener una sola pareja, debes tener varias, para que te acepten?..... SI NO
48. ¿Cuando conoces a alguien que te atrae, debes tener relaciones sexuales lo más pronto posible con esa persona?..... SI NO
49. ¿Sólo si todas las mujeres que te gustan, aceptan tener relaciones sexuales contigo serías feliz? ..... SI NO
51. ¿Piensas que si ya has tenido experiencias sexuales serás más admirado por las mujeres? ..... SI NO
52. ¿Si logras tener relaciones sexuales con tu novia eres un duro?..... SI NO

53. ¿Para ser feliz en un noviazgo se debe tener relaciones sexuales?.....SI NO
54. ¿Si tu novia te quiere, dejarías de utilizar condón?..... SI NO
55. ¿El usar condones hace perder la masculinidad?..... SI NO
56. ¿Rechazarías una buena oportunidad de tener relaciones sexuales, sólo por no tener condones?..... SI NO
57. ¿Cambias tus opiniones frente a la infidelidad por quedar bien con tu amigos(as)?..... SI NO
58. ¿Necesitas experimentar con las relaciones sexuales, en cualquier relación de pareja para ser importante?..... SI NO
59. ¿Es completamente imposible ser fiel a una pareja?..... SI NO
61. ¿Tendríamos relaciones sexuales sólo para agradarle a tu novia?..... SI NO
62. ¿Crees que experimentar con las relaciones sexuales te hace una persona más importante?..... SI NO
63. ¿Si quieres mucho a tu novia tendrías relaciones sexuales con ella?..... SI NO
64. ¿Utilizarías condón sólo si tus amigos(as) creen que es correcto?..... SI NO
65. ¿El comprar condones hace pasar muchas vergüenzas?..... SI NO
66. ¿Crees que podrías detener una relación sexual hasta comprar condones?..... SI NO
67. ¿Es muy importante para tí que tu grupo te respete por tus conquistas?..... SI NO
68. ¿Tener varias parejas es una obligación para ser más valioso?.....SI NO
69. ¿La única forma de sentirse satisfecho, es cambiar de pareja constatemente?. SI NO
71. ¿Tendríamos relaciones sexuales para que los demás te acepten?..... SI NO
72. ¿Es muy importante para tí tener experiencias sexuales?..... SI NO
73. ¿La atracción física entre dos personas los lleva a tener relaciones sexuales?.. SI NO
74. ¿Utilizarías condón sólo si otras personas te los dan?..... SI NO
75. ¿Te molesta tener que comprar condones?..... SI NO
76. ¿Tener que usar condones le quita lo emocionante a una relación sexual?..... SI NO
77. ¿Manejas las relaciones de pareja de acuerdo con las opiniones de los demás?.....SI NO
78. ¿El conquistar varias parejas, te hace capaz en la sexualidad?..... SI NO

79. ¿Cuando hay gusto entre dos personas, es inevitable que terminen en relaciones sexuales?..... SI NO
81. ¿Con frecuencia cambias tus opiniones con respecto al inicio de las relaciones sexuales, por quedar bien con tus amigos?..... SI NO
82. ¿Si tu pareja se negara a tener relaciones sexuales contigo te sentirías rechazado como persona?.....SI NO
83. ¿Para que las relaciones sexuales sean satisfactorias tienen que ser espontáneas? ..... SI NO
84. ¿Utilizarías condón sólo si tus padres te lo permiten?..... SI NO
85. ¿Crees que comprar condones cuesta mucho trabajo?..... SI NO
86. ¿Si tu novia te excita eres capaz de detenerla y comprar condones?.....SI NO
87. ¿Te preocupa tener pocas relaciones sexuales en comparación con la de tus compañeros? .....SI NO
88. ¿Debes tener éxito en la conquista de las personas que te gustan, para ser más atractivo?..... SI NO
89. ¿Es imposible controlar los impulsos sexuales hacia varias personas que te gustan?..... SI NO
91. ¿Tener experiencias sexuales es algo importante para que los demás te respeten? .....SI NO
92. ¿Te molesta cuando otros te dicen que son mejores que tú en las relaciones sexuales? ..... SI NO
93. ¿Te preocupa mucho tener relaciones sexuales?.....SI NO
94. ¿Utilizar condón es pecado?..... SI NO
95. ¿Es muy complicado utilizar condones?..... SI NO
96. ¿Eres capaz de aplazar una relación sexual, si te falta dinero para comprar condones? .....SI NO
97. ¿Soportarías el rechazo de tus compañeros, por tener pocas experiencias sexuales? ..... SI NO
98. ¿Si no logras tener relaciones sexuales con alguien que te agrada es porque eres inútil? .....SI NO



99. ¿Si sientes muchas ganas de tener relaciones sexuales, debes satisfacerlas con varias personas?..... SI NO

Gracias por tu colaboración.

## **ANEXOS B: CORRECCIÓN DE LA PRUEBA**

### Validez

La prueba fue sometida a la evaluación de cinco jueces, todos psicólogos, que fueron: Margarita Chaves, Blanca Rita Bernal, Sonia Betancourth, Elizabeth Ojeda y Leonidas Ortiz. Evaluaron la pertinencia y redacción de cada ítem de la prueba. Se evaluó la prueba teniendo en cuenta los acuerdos en cada ítem, en relación al número de jueces, obteniendo un puntaje de 0.886; este valor representa una validez alta. Se siguieron todas las recomendaciones con respecto a la redacción de los ítems.

El método de validación por jueces consistió en evaluar cada ítem a partir de su pertinencia. Se tomó el número de aciertos de los jueces y se los dividió entre el total de jueces. Por ejemplo, el ítem n°1, fue aprobado por los jueces número 2,3,4 y 5 pero desaprobado por el juez número 1. Esto lleva a la operación  $4/5$ , que da como resultado 0.8; se obtuvo un promedio de todos los ítems de cada escala, y entre éstas para el valor de la prueba total, como se muestra en la Tabla N°3.

Tabla N°3

Evaluación de la validez por Escalas

Escala	Promedio
1	0,9
2	0,82
3	0,88
4	0,84
5	0,92
6	0,92
7	0,92
8	0,88
9	0,9
Total	0,88667

### Confiabilidad

Esta se obtuvo a través del análisis interno aplicando la fórmula Kuder de Richardson ( $Kr_{20}$ ), obteniendo un valor de 0.881, la cual se considera una confiabilidad alta. Este análisis se lleva a cabo debido a que todos los ítems son medidas del mismo atributo, es decir que es una prueba homogénea en cuanto a su contenido. La fórmula indica el procedimiento.

p: proporción de aciertos.

q: proporción de errores.

K: número de ítems de la prueba.

$S^2X$  : Varianza total de prueba.

$$Kr_{20} = \frac{K}{K-1} \left[ \frac{S^2X - \sum p_i \cdot q_i}{S^2X} \right]$$

$$Kr_{20} = \frac{90}{89} \left[ \frac{114.7 - 14.77}{114.7} \right]$$

$$Kr_{20} = 1.01 \left[ \frac{99.93}{114.7} \right]$$

$$Kr_{20} = 1.01 (0.8712)$$

$Kr_{20} = 0.881$
-------------------

### Baremos

El método utilizado para establecer los baremos, fue el método de agrupación de datos a partir de deciles para la prueba total y pentiles para cada escala. Debido a que la T de Student respecto a diferencias de grupos entre hombres y mujeres era mayor que el valor crítico de la tabla, se realizaron baremos para cada género. Respecto a la edad no hubo diferencias significativas. La fórmula indica el valor calculado.

$$t = \frac{\overline{XA} - \overline{XB}}{\sqrt{\frac{SA}{NA} + \frac{SB}{NB}}} \quad t = \frac{28 - 17.2}{\sqrt{\frac{9.08}{36} + \frac{6.5}{30}}} \quad t = \frac{10.8}{\sqrt{0.47}} \quad t = \frac{10.8}{0.69} \quad t = 15.7$$

Grados de libertad = 64      Valor crítico de la tabla = 2.6    para 0.995

El resultado de la  $t$  es mayor que el valor crítico de la tabla demostrando que hay diferencias significativas, por lo que se hace necesario establecer baremos por cada género. Respecto a la edad en las mujeres se obtuvo una  $t$  0.39, con 11 grados de libertad y un valor crítico de 3.11, por lo que no hay diferencias significativas. Para los hombres se obtuvo una  $t$  de 2.16, con 34 grados de libertad y un valor crítico de 2.7

Para el establecimiento del nivel de adherencia a las creencias irracionales, se tuvo en cuenta la mediana. Se escogió este método debido a que la población estudiantil se considera normal, estableciendo niveles altos de adherencia a las creencias irracionales, puntajes por encima de la mediana y por debajo de la mediana como niveles bajos de adherencia a las creencias irracionales. En los puntajes totales, se establecieron deciles, donde el decil 5 y 6 corresponden a la mediana. En el caso de las escalas se

utilizó el mismo método pero con pentiles, por lo que el pentil 3 corresponde a la mediana. Las Tablas 4, 5 y 6 indican la conversión de puntuaciones directas a deciles.

Tabla 4

Baremos prueba total

Deciles	Mujeres	Varones
1	6-10	9-13
2	11-12	14-15
3	13	16-22
4	14	23-25
5	15	26-28
6	16	29-30
7	17-19	31-32
8	20-22	33-34
9	23-26	35-37
10	27-35	38-50

Tabla 5

Baremos Varones

	Escalas								
Pentiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	0	0	0-3	1-2	0	1	0	-	1-2
2	1	1	4	3	1	2-3	1	0	3
3	2	2	5	4	2	4	-	1	4
4	3	3-4	6-7	5	3-4	5-6	2	2	5
5	4-5	5-6	8-9	6-7	5-7	7-10	3-5	3-5	6-9

Tabla 6

Baremos Mujeres

	Escalas								
Pentiles	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	-	0	0-1	1	0-1	0-1	0	-	0
2	0	-	2	-	2	2	1	0	-
3	-	1	3	2	3	3	-	-	1
4	-	2	4	3	4-5	4	2	-	2
5	1-3	3-5	5-7	4-6	6-8	5-9	3	1-3	3-5