



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO**

**ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD
VARIABLES ASOCIADAS A LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO QUE
AFECTAN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES
UNIVERSITARIOS**

TRABAJO RECEPCIONAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD
PRESENTA:**

FANNY MARTÍNEZ QUINTERO

COMITÉ TUTORIAL:

DR. IGNACIO LOZANO VERDUZCO

DRA. MARGARITA ELENA TAPIA FONLLEM

DRA. ADRIANA LEONA ROSALES MENDOZA

DR. JAIME GARCÍA RODRÍGUEZ

CDMX, 2022

Índice

Introducción	4
Capítulo 1. Sexualidad y riesgo	5
1.1 Sexualidad.....	5
1.3 Conductas sexuales de riesgo.....	8
1.4 Grupos vulnerables.....	11
1.4.1 Posibles consecuencias de las conductas sexuales de riesgo: Infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado y embarazo no planeado	12
1.5 Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual.....	16
1.5.1 Vías de transmisión.....	16
1.5.2 VIH	16
1.5.3 Síndromes relacionados con las infecciones de transmisión sexual.	17
1.5.4 Infecciones de transmisión sexual.	18
1.5.5 Consecuencias de las infecciones de transmisión sexual.....	19
1.6 Embarazo.....	20
1.6.1 Embarazo no deseado	21
1.6.2 Embarazo no planeado.....	25
1.7 Prevención de conductas sexuales de riesgo.....	25
1.7.1 Factores protectores	27
Capítulo 2. Adolescencia, juventud y sexualidad	29
2.1 Adolescencia	29
2.2 Juventud	33
2.3 Vulnerabilidad	37
Capítulo 3. Variables que se asocian a las conductas sexuales de riesgo.	43
3.1 Actitudes hacía el uso del condón.....	44
3.2 Modelos de Salud	45
3.2.1 Teoría de la acción razonada	45
3.2.2 Modelo de creencias en salud	47
3.2.3 Teoría Social Cognitiva	50
3.3.4 Estadísticos de infecciones de transmisión sexual.....	51

3.3.5 Estadísticos de embarazo	52
3.3.6 Estadísticos de uso de condón	53
Capítulo 4. Método	56
4.1 Planteamiento del problema	56
4.2 Justificación	57
4.3 Objetivo general	58
4.4 Objetivos específicos.....	58
4.5 Preguntas de investigación.....	58
4.6 Tipo de estudio.....	59
4.7 Definición de variables.....	59
4.8 Instrumentos.....	60
4.9 Hipótesis alterna.....	64
4.10 Hipótesis nula	64
4.11 Consideraciones éticas	64
4.12 Muestreo	64
4.12.1 Muestra	64
4.13 Procedimiento.....	65
4.14 Análisis de resultados.	65
Capítulo 5. Resultados	66
Capítulo 6. Discusión	89
Capítulo 7. Conclusiones	94
Referencias	97

Introducción

Actualmente adolescentes y adultos jóvenes tanto hombres como mujeres sin importar su preferencia u orientación sexual llevan a cabo conductas sexuales de riesgo que incrementan la probabilidad de contraer una de infección de transmisión sexual o bien un embarazo no deseado, al no usar de manera efectiva y consistentemente preservativo en todas sus relaciones sexuales. Pues si bien existe información actual sobre los beneficios del uso del preservativo desafortunadamente sigue habiendo jóvenes que se rehúsan al uso del preservativo con las parejas sexuales independientemente del número de éstas la realidad es que el problema recae en las consecuencias que trae consigo este tipo de conductas independientemente del contexto en el que se encuentren.

La comprensión de las variables que se encuentran asociadas a las conductas sexuales de los jóvenes universitarios es necesaria para identificar los factores que influyen como riesgosos o protectores que determinan la salud sexual y reproductiva. De tal manera que conocer las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo permitirá generar programas de prevención en un futuro dirigidos a atender el problema de raíz más que simplemente informar sobre el uso del condón o algunos otros factores protectores.

Capítulo 1. Sexualidad y riesgo

Las investigaciones en salud sexual y reproductiva (SSR) en los jóvenes se han marcado como prioridad en intervenciones en salud pública, centrado en conductas sexuales supuestamente riesgosas, que lo marcan desde las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales, el uso de drogas en las relaciones, entre otros sin embargo, la ejecución conductas sexuales de riesgo parte de comportamientos en el individuo desde el punto de vista sexual, razón por la cual, es de vital importancia primero hablar de sexualidad como un todo y no solo centrarnos en la relación sexual propiamente.

1.1 Sexualidad

La sexualidad es una estructura que engloba dimensiones desde el punto de vista biológico, psicológico y social, razón por la cual es inherente del ser humano durante su vida (Schonhaut & Millán 2011); así mismo el ejercicio responsable, de las relaciones interpersonales específicamente en sexualidad es fundamental para disminuir conductas sexuales de riesgo.

Cabe señalar que para disminuir las conductas sexuales de riesgo es indispensable la intervención de la educación sexual integral, tal es el caso que investigaciones respaldan la pertinencia de programas con dicho fundamento que permiten el empoderamiento y capacitación de los jóvenes para la toma de decisiones que determinen la salud y la plenitud de su sexualidad (Estrada, 2015; London, 2006)

La Organización Mundial de la Salud (2016) define a la salud sexual como un

“estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, el cual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.

La Organización Panamericana de la Salud (2000) define la sexualidad como

“una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.

Rubio (1994) señala que la sexualidad humana es el resultado de la interacción de cuatro potencialidades humanas que a su vez dan origen a los cuatro holones sexuales, como:

- 1) la reproductividad siendo la posibilidad humana de producir individuos similares;
- 2) el género se cómo una serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos como masculina y femenina así también las características del individuo que lo diferencian;
- 3) erotismo, siendo un proceso relacionado con el apetito por la excitación sexual; cabe señalar que la excitación y el orgasmo resultante en la calidad placentera de las vivencias humanas, construcciones mentales alrededor de las experiencias; y
- 4) vinculación afectiva como la capacidad de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano.

Retomando las definiciones anteriores, es en el ejercicio de la sexualidad, se presenta un proceso donde se lleva a cabo el reconocimiento del otro a través de un contacto subjetivo y emocional, que a su vez le permite disfrutar de su propia existencia, apelando contra los deseos de sí mismo. El encuentro sexual es una fuente de placer que media la expresión emocional; sin embargo, podría ser una amenaza en relación a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado, lo que juega un papel inminente; de tal manera que el comportamiento sexual conlleva ciertos riesgos para las personas involucradas; así pues, el comportamiento sexual per se permea un riesgo para la salud del individuo (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

La salud sexual y reproductiva enmarca un contexto sobre necesidades, conductas y conocimiento que constituye un desafío actualmente que permita desarrollar políticas para atender problemáticas y requerimientos, siendo necesario conocer cuáles son las actitudes, prácticas y conocimiento de los jóvenes con el fin de generar espacios destinados a la prevención y promoción de SSyR (Coates, et al., 2020)

1.2 Actitudes

Las actitudes tienen una estructura multidimensional que se integra por los siguientes componentes: a) cognitivo, que hace referencia la información que se tiene sobre el objeto actitudinal; b) afectivo, los sentimientos y emociones que el objeto actitudinal genera en el sujeto ya sea de simpatía, antipatía, aceptación o rechazo; c) conductual, tiene que ver con el comportamiento del sujeto en relación al objeto actitudinal, este último puede evaluarse a través del análisis de la conducta, actividad y expresiones verbales de la conducta (Forcelledo, Suárez & Tamargo, 2009). De acuerdo con Ajzen (1991) desde la Teoría de la Acción Planificada, una actitud se determina a partir de la evaluación positiva o negativa que hace la persona de las consecuencias de un comportamiento y es una tendencia que se aprende para responder del mismo modo a un objeto o situación (Ajzen & Fishbein, 1975). Las actitudes positivas hacia las conductas de riesgo favorecen la implicación de las conductas de riesgo y las actitudes positivas hacia el uso del preservativo se asocian con su uso habitual, siendo un predictor de la intención de su uso (Newby, Brown, French, & Wallace, 2013). Cabe señalar, que la actitud positiva no necesariamente implica una mayor conducta de su uso (Espada, Ballester, Huedo-Medina, Secades-Villa, Orgilés, & Martínez-Lorca, 2013).

Sin embargo, se ha demostrado que la aplicación de programas de prevención en adolescentes genera mejoras en las actitudes lo que a su vez conlleva a altos niveles de intención hacia el uso del proeserativo, (Espada, Orgilés, Morales, Ballester, & Huedo-Medina, 2012), razón por la que se espera que con actitudes positivas hacia el uso del proeservativo lleven a cabo conductas sexuales saludables (Teva, Paz & Ramiro, 2014)

1.3 Conductas sexuales de riesgo

Considerando lo anterior, resulta imprescindible definir algunas categorías como son *prácticas y conductas sexuales*, esto con la finalidad de comprender la diferencia entre estas dos y especificar su relación con el riesgo propiamente, para así poder realizar un análisis en relación a lo que es riesgo en el ejercicio de la sexualidad de las y los jóvenes adultos.

El concepto de riesgo en salud hace referencia a la probabilidad de que suceda un hecho que pueda afectar la salud de un individuo o grupo, de forma que se pueda identificar quienes de estos tienen mayor probabilidad de sufrir un daño, para así poder generar acciones de prevención, tal es el caso que, en 1952, Gallagher se establece por primera vez el enfoque de riesgo en la salud reproductiva.

En el 2002, en la Norma 039 de la Secretaría de Salud, que es para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, se definen términos como son las condiciones de riesgo, prácticas sexuales protegidas, seguras y de riesgo, consideradas como situaciones que juega un rol indispensable en la prevención de infecciones de transmisión sexual que revisaremos en la tabla 1.

Tabla 1. Conceptos asociados a la prevención y control de infecciones de transmisión sexual.

Condiciones de riesgo	“a cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquido potencialmente infectantes” (p. 3).
-----------------------	--

Prácticas sexuales protegida

a aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o sangre” (p. 3).

Prácticas sexuales seguras

“a aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre”

Prácticas sexuales de riesgo

“a las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes” (p. 3).

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con Antón y Espada (2009, p. 344), las conductas sexuales de riesgo “implican una exposición de la persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o sobre la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir enfermedades como el VIH/SIDA”; mismas que pueden provocar daños en el desarrollo del individuo, y afectan el bienestar y la salud integral del individuo (González et al., 2004 citados en Uribe & Orcasita, 2009).

Cabe señalar, que se ha intentado conceptualizar a las conductas sexuales de riesgo, por ejemplo desde el inicio de la vida sexual a edades tempranas, el poco o nulo uso del preservativo y el nulo uso del condón con múltiples parejas, el embarazo no deseado, el aborto, e incluso las actividades que son consideradas como factores que pueden influir para que exista una incapacidad para la toma de decisiones y por lo tanto que conlleven al intercambio de fluidos corporales entre la pareja como pueden ser la intoxicación por alcohol o por estupefacientes (Forcada et al. 2013; Huitrón-Bravo et al., 2011; Uribe & Orcasita, 2009). La norma 039 en su actualización en 2014 modificó el término de condiciones de riesgo por situaciones de riesgo, definiéndolas como “aquellas condiciones en las cuales existe la posibilidad de exposición a fluidos potencialmente infectantes”. Además, ya no se habla de una práctica sexual protegida ni segura, sino más bien se maneja el término sexo protegido, que se define como “la relación sexual en la que se utilizan barreras” y el sexo seguro que son “todas aquellas prácticas eróticas y sexuales en las que se evita la penetración y el contacto de fluidos potencialmente infectantes” (Secretaría de Salud, 2014: (p. 3).

Existe una definición de conducta sexual de riesgo que menciona que es la “exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado” (Espada, Quiles y Méndez, 2003; tomado de Garcia-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012). Tomando en cuenta que hace referencia a una situación en la que están inmersos dos o más personas, las conductas sexuales de riesgo quiere decir que son cuando me pongo en riesgo yo mismo y pongo en riesgo al otro con el que hay una relación de carácter sexual. De tal manera que se genera un ambiente propicio considerado de riesgo específicamente en el contacto sexual. Para fines de esta investigación, esta es la definición de conductas sexuales de riesgo que tomaré en cuenta, debido a que es la única que considera cualquier daño a la salud o bien que genere una situación de embarazo no deseado y más adelante se retomarán cuáles son las conductas sexuales específicamente que ponen en riesgo a una persona.

En lo que respecta a las prácticas sexuales de riesgo, Garcia-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) mencionan que el sexo oral, el coito vaginal y anal, la promiscuidad y el consumo de drogas incluyendo el alcohol son prácticas sexuales de riesgo; sin embargo, es preciso señalar que la sola practica del sexo no es un riesgo en sí, dado que no podemos generalizar en un alto riesgo a todas, pues más que un riesgo el practicarlas tiene que ver con la resistencia al uso del preservativo en la ejecución de esas prácticas.

Retomando la definición de conducta sexual de riesgo y de práctica sexual de riesgo mencionados anteriormente López (2003), incluye a la masturbación e incluso a las conductas homosexuales o heterosexuales, el inicio del coito o actividad sexual dentro de las conductas sexuales, haciendo hincapié que las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

1.4 Grupos vulnerables

Es indispensable primero definir vulnerabilidad, comprendida como la potencialidad de que se genere un daño, para lo cual intervienen elementos como los factores de riesgo siendo las características que tiene un individuo o grupo que determinan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño, mientras que los factores protectores son aquellas características que favorecen la salud o bien que permiten recuperarla, e incluso contrrrestar los efectos de los factores de riesgo, conductas de riesgo y además reducir la vulnerabilidad.

Se ha analizado que las conductas sexuales de riesgo se practican por grupos de riesgo , siendo estos considerados susceptibles a determinados problemas físicos o sociales , dicha perspectiva fue difundida en los cincuentas y alcanzó su máximo en los ochentas al surgir el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), virus que se asociaba a las minorías marginadas (homosexuales y usuarios de drogas inyectables UDI) (Moskovics, 2004; tomado de Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007); y posteriormente se comenzó a hablar de conductas sexuales de riesgo y

no de grupos de riesgo, considerando así que toda persona y no solo los pertenecientes a las minorías al estar en una situación de riesgo o bien al ejercer un comportamiento de riesgo (Peterson & DiClemente, 2000; tomado de Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007). Dado lo anterior, resulta imprescindible definir que las poblaciones vulnerables, de acuerdo a la norma 039 son “grupos de personas frente a los potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas, y respecto sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos sociales y legales (migrantes, personas pobres, algunos grupos de mujeres y hombres, las minorías sexuales, personas con nivel educativo y otros grupos que viven al margen del sistema)”, por lo tanto, podemos ver que toda persona que se encuentre en una condición donde pueda exponerse a un fluido infectante es vulnerable para contraer una infección de transmisión sexual (Secretaría de Salud, 2014).

1.4.1 Posibles consecuencias de las conductas sexuales de riesgo: Infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado y embarazo no planeado

Algunas de las posibles consecuencias de las conductas de riesgo, hacen referencia a las infecciones de transmisión sexual; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), las infecciones de transmisión sexual (ITS), se propagan de manera directa por contacto sexual, que incluye el sexo vaginal, anal y oral, además de que se pueden contagiar por medios no sexuales como las transfusiones de sangre o derivados de la sangre. Las ITS, pueden tener afectaciones en la salud sexual y reproductiva; representan un problema de salud pública a nivel mundial, presentándose caso principalmente en personas de entre 15 a 49 años de edad, en donde predominan los hombres, destacando sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis.

La Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD), (2011), señala que las ITS se transmiten por contacto sexual sin protección, ya sea vaginal o anal, existiendo penetración o bien, de forma oral, además de sanguínea o perinatal; para que esto suceda debe existir un contacto con:

- Fluidos corporales infectados (sangre, semen, secreción vaginal o saliva).

- Contigüidad de la piel, cuando existen heridas micro o macro o membranas mucosas.
- Juguetes sexuales contaminados.

Cabe mencionar que no necesariamente todo contacto sexual sin protección deberá significar la transmisión de una infección de transmisión sexual, ya que existen tres tipos de factores, como son: biológicos, conductuales y sociales para que una persona se infecte, es decir que exista un aumento del riesgo de contagiarse.

Dentro de los factores biológicos, se encuentran los siguientes:

- 1) Edad: en este caso las y los jóvenes tienen mayor riesgo de infectarse al iniciar su vida sexual en la adolescencia temprana, dado que, en las mujeres, la mucosa vaginal y el tejido cervical tiene inmadurez, lo que las vuelve vulnerables para la transmisión de una infección de transmisión sexual.
- 2) Estado inmunológico: Las infecciones de transmisión sexual debilitan el sistema inmunológico, de tal forma que aumentan el riesgo de transmisión de VIH y este a su vez de una ITS, además de las complicaciones de estas.
- 3) Tipo de relación sexual: las infecciones de transmisión sexual entran al organismo más fácilmente a través de la mucosa de la vagina, dado que esta es más grande, en los hombres y las mujeres que practican el coito anal aumenta la probabilidad de infectarse dada la exposición de la mucosa rectal, así como en la mucosa de la boca, a diferencia de piel a piel.
- 4) Coito: en este caso el receptor, ya sea hombre o mujeres es quién está más expuesto a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición; se pueden facilitar lesiones cuando exista el caso de falta de lubricación o mayor vascularización de la zona; así como también durante el ciclo menstrual hay cambios en el cuello uterinos, tratamiento hormonal, hemorroides y/o patología ano rectal.

- 5) Circuncisión: La presencia de la circuncisión puede ser un factor protector, dado que si existe prepucio puede haber riesgo de transmisión de una infección de transmisión sexual.

Factores conductuales incluyen los siguientes:

- 1) Tener relaciones sexuales bajo la ingesta de alcohol o de otras drogas.
- 2) Tener varias parejas sexuales de manera simultánea.
- 3) Cambio frecuente de parejas sexuales
- 4) Tener contacto sexual sin protección con parejas de manera casual o con trabajadores sexuales.
- 5) Compartir juguetes sexuales que se utilicen en la vagina, ano/recto o boca sin que estos tengan una limpieza correcta.
- 6) Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección
- 7) Haber tenido una infección de transmisión sexual en el último año y no modificar la conducta sexual.
- 8) Tener relaciones sexuales con violencia.

En lo que respecta a los factores sociales son los siguientes:

- 1) Diferencias de poder: Se pone en desventaja a alguna de las partes cuando dentro de una relación sexual hay jerarquías, poder económico, deferencia de edad o algún aspecto cultural que determine una discriminación para algún grupo de una población, de tal forma que se de esta diferencia de poder; por ejemplo en ocasiones la cultura ha llevado a que algunas mujeres no tomen las decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que conlleva a su vez que no utilicen condón en sus relaciones sexuales o cuando algún hombre es penetrado o una mujer es penetrada bajo coerción, es menor de edad o bien ofrece un servicio sexual, posee menos capacidad de negociación y por lo tanto aumenta el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

- 2) Contextos de mayor riesgo: Hay grupos de personas que son vulnerables para las infecciones de transmisión sexual, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, hombres o mujeres con múltiples parejas sexuales simultáneas, aquellos que están alejados de sus parejas sexuales habituales, personas que están privadas de su libertad, personas que viven violencia sexual, jóvenes sin información y servicios de salud, población indígena o marginada y migrante y mujeres embarazadas; todos estos debido a que la situación en la que se encuentran dificultan la prevención, por ejemplo, la privación de la libertad, altos índices de violencia sexual, social, de estigma y discriminación, cuando hay un menor acceso a información, a servicios de salud sexual y cuando los usos y las costumbres de ciertos grupos dificulta la negociación de prácticas sexuales con protección.

Gracias a la investigación de campo en grupos de población se ha demostrado como las redes sexuales son factores importantes para que se propaguen las infecciones de transmisión sexual; dado que la distribución no se lleva a cabo de forma estática en una población determinada; es decir conforme pasa el tiempo, las epidemias se modifican y las pautas de distribución y transmisión de los agentes patógenos son distintas, ya que se transmiten frecuentemente entre los llamados grupos nucleares, que son aquellos conformados por personas con comportamientos sexuales de alto riesgo, con prácticas de riesgo, dentro de lo que destacan las múltiples parejas sexuales simultáneas y una vez que la epidemia avanza, los agentes patógenos llegan a las poblaciones puente, que son aquellas con menor riesgo, pero estas a su vez pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población genera (Figura 1).

Así pues, dado que las condiciones sociales, culturales y económicas de algunos grupos pueden incrementar la vulnerabilidad para adquirir o bien transmitir una infección de transmisión sexual se puedan convertir en población puente y entonces adquieren el potencial de infectar a otras parejas sexuales; lo que hace ver como los comportamientos de las personas sexualmente activas funcionan como un determinante principal para la propagación de las infecciones de transmisión sexual. Así pues, a continuación podemos

ver algunos datos de manera general asociados a la presencia de las infecciones de transmisión sexual.

1.5 Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual

1.5.1 Vías de transmisión

La Organización Mundial de la Salud (2015) señala que de los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se llegan a transmitir por contacto sexual, las cuales se propagan ya sea por sexo vaginal, anal y oral, de las cuales ocho de estos se vinculan a la más alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, y de estas, cuatro son curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y la tricomoniasis); mientras que las otras 4 (hepatitis B, virus del herpes simple, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus del Papiloma Humano (VPH)) son infecciones virales incurables. Sin embargo, existen tratamientos que pueden atenuar o modificar los síntomas de la enfermedad. Cabe mencionar que una ITS puede no manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas que se llegan a presentar más comunes son: flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

1.5.2 VIH

En el caso específico del Virus de Inmunodeficiencia Humana, en la NOM-010-SSA2-2010, se establece que la infección por VIH se causa por los retrovirus VIH-1 y VIH-2, el cual se puede transmitir por tres vías, ya sea por vía sexual, por contacto sexual no protegido o no seguro con personas que están infectadas por este virus; por vía sanguínea, el cual puede ser por transfusión de sangre, trasplantes de órganos o tejidos, todos estos contaminados o bien por el uso de agujas u otros instrumentos punzo cortantes contaminados y por último por vía perinatal, la cual es a través de la vía transplacentaria, sangre o secreciones en el canal de parto, calostro o leche materna en caso de que la madre sea portadora del virus, para el caso específico de esta investigación nos centraremos solo en especificar la vía sexual.

Desde el punto de vista epidemiológico, la misma norma, NOM-010-SSA2-2010, señala que las prácticas sexuales de riesgo para contraer la infección por VIH, son todas aquellas prácticas sexuales sin condón o barrera mecánica de protección o bien todas las prácticas sexuales sin protección teniendo el antecedente y/o presencia de una ITS o VIH, sin importar la preferencia sexual de la persona.

1.5. 3 Síndromes relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

FUNSALUD (2011), señala que existen diversos síndromes que se relacionan a las infecciones de transmisión sexual, que se definirán a continuación, para después hablar de manera específica de las ITS.

1.5.3.1 Síndrome de secreción uretral.

Secreción en la parte anterior de la uretra, la cual puede ser abundante, en el inicio con aspecto mucoide y luego purulenta, que puede estar acompañada de disuria, tenesmo vesical, irritación en el glande/ prepucio y comezón.

1.5.3.2 Síndrome de flujo vaginal.

Flujo en la vagina, ya sea leve, moderado o severo el cual puede presentarse con mal olor y acompañado de prurito, inflamación genital, disuria, dispareunia y/dolor en la parte baja del abdomen.

1.5.3.3 Síndrome de dolor abdominal bajo.

En las mujeres se puede relacionar con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el cual se ve provocado por microorganismos que migran por el conducto genital inferior, que invaden el endometrio, las trompas de Falopio, ovarios y el peritoneo.

1.5.3.4 Síndrome genital ulcerativo.

En los órganos sexuales se da una pérdida de piel. Que pueden tener consecuencias como sífilis sintomática tardía, lesiones mutilantes y lo que puede ocasionar ser un factor de transmisión del VIH.

1.5.3.5 Síndrome de inflamación escrotal.

Es una inflamación del epidídimo (epididimitis), en la que se presenta dolor e inflamación testicular de forma aguda con dolor en la palpación del epidídimo, en ocasiones con eritema y edema de la piel del escroto, además de que el testículo adyacente puede estar inflamado (orquitis) que puede llevar a una epididimiorquitis.

1.5.4 Infecciones de transmisión sexual.

1.5.4.1 Sífilis.

Enfermedad sistémica producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la que se transmite por vía sexual se clasifica como adquirida, que a su vez se divide en temprana, que comprende estadios primarios, secundarios y latentes precoces y la tardía que es la gomosa, neurológica y cardiovascular.

1.5.4.2 Herpes genital simple.

Es la principal causa de herpes genital y juega un rol importante para la transmisión del VIH y otras lesiones ulcerativas.

1.5.4.3 Chancroide.

Es la combinación de una úlcera genital dolorosa que se acompaña de adenopatía inguinal supurativa dolorosa, es acusado por el agente causal *H. Ducreyi*.

1.5.4.4 Granuloma inguinal (Donovanosis)

Son lesiones ulcerosas, progresivas y se presentan sin dolor, con alta vascularización y que puede sangrar fácilmente con el tacto, causado por la bacteria gramnegativa intracelular, *Klebsiella granulomatis*.

1.5.4.5 Condilomas acuminados o verrugas anogenitales

Neoformaciones o tumoraciones, con una superficie similar a una coliflor en los órganos sexuales, en la región perianal, uretra o cavidad oral.

1.5.4.6 Molusco contagioso

Lesiones que se presentan en los adultos en los órganos sexuales, región inferior del abdomen, parte interna de los muslos y nalgas, causado por el poxvirus *Molluscum contagiosum*.

1.5.5 Consecuencias de las infecciones de transmisión sexual

La Organización Mundial de la Salud (2016) señala que las ITS son la principal consecuencia de comportamientos sexuales de riesgo y desafortunadamente el problema no acaba en contraer una infección si no en las afectaciones hacia la calidad de vida del paciente e incluso problemas económicos que impactan en el presupuesto de la familia e incluso del sistema de salud a nivel internacional, pues desafortunadamente afecta en distintos contextos sin importar los ingresos, ya sean medianos o bajos.

Como señalábamos, no solo es la infección sino las complicaciones de salud sexual posteriores como son el riesgo de aumento de transmisión del VIH, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, muertes fetales, infecciones congénitas; e incluso la mortalidad propiamente, estimándose que su relación con ITS oscila entre las 200,000 muertes fetales y neonatales por sífilis gestacional y

alrededor de 280,000 muertes por cáncer de cuello uterino como complicación de infección por VPH en cada año (WHO, 2017; WHO, 2019).

En la norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2002, para La Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, se discute como las ITS generan graves consecuencias tanto médicas, sociales, económicas y psicológicas y su impacto realmente es magnificado por la facilidad que tiene para propagar el VIH. Las ITS son consideradas un problema de salud pública, dadas las afectaciones que se generan y principalmente se presentan en países en vías de desarrollo, donde 85% de la población es sexualmente activa y esto aumenta el riesgo, además de representar un problema grave de salud sexual y reproductiva, tanto para los grupos de población con prácticas de riesgo como para todas aquellas personas que se exponen al contagio inadvertido con parejas que y se encuentran infectadas a través de contactos sexuales sin protección.

En lo que respecta a las consecuencias sociales debido a las conductas sexuales de riesgo, no solo es el embarazo no planeado, sino que esto trae consigo abortos mal practicados y en el abandono de la mujer o del hijo, el problema social que engloba a una madre soltera, y más aun cuando justamente esta situación se presenta en el ciclo educativo, lo que generalmente conduce a problemas académicos, deserción académica, enfermedades mentales, suicidios, abortos, problemas académicos, enfermedades mentales, suicidios y abortos (Rojas, Méndez & Montero, 2016 & Miller & Arvizu, 2016).

1.6 Embarazo

Se reporta que el número de nacimientos por cada mil mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años, es de 77, señalando que el embarazo en esta etapa representa un problema de salud para la madre y el producto; así como una repercusión económica para la madre por generar menores oportunidades educativas o abandono total de los estudios, lo que conlleva a generar contextos de exclusión y de desigualdad de género (INEGI, 2015).

El ejercicio de la sexualidad y a su vez la reproducción, deberían ser actos deseados y planeados, pero no siempre es así (Langer, 2002); de aquí surgen los embarazos no deseados y no planeados; mismos que se definen a continuación.

El embarazo no intencionado, que se refiere al no planificado y el no deseado en adolescentes es un problema de salud pública de todo el mundo, y al ser repetidos en este grupo de población generan riesgos mayores adversos para las madres y sus bebés. (Ramos, 2011).

1.6.1 Embarazo no deseado

“Aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse” (Langer, 2002; p. 192).

Existen diversos cambios que reflejan complejas transformaciones a nivel social y cultural, acompañados de un descenso de la mortalidad infantil y mayores expectativas de los padres para sus hijos a nivel personal, como son: escolaridades más altas e inclusión de la mujer en el mundo laboral, mensajes oficiales del valor de una familia menos numerosa y las características de la vida urbana. Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, de acuerdo al grupo social y el contexto histórico, tal es el caso del papel que se le ha asignado a las mujeres relacionado precisamente a estas expectativas y que varía de acuerdo al contexto, ya sea como esperar que se dedique a ser madre exclusivamente o bien como trabajadora (Langer, 2002)

Langer (2002), señala que existen mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar y por ende se encuentran en mayor riesgo de un embarazo no deseado, ya que, en la práctica, aunque no desean reproducirse, se encuentran en edad reproductiva, tiene una vida sexual activa y no utilizan un método anticonceptivo o bien, aunque los utilizan, estos son los de menor eficacia, como el ritmo y el coito interrumpido.

Cabe señalar, que las razones por las que deciden no utilizar un método anticonceptivo, hacen referencia a la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, dado que hay un conocimiento deficiente de cómo utilizar un método, como los anticonceptivos orales, y aunque los adquieren en un establecimiento como la farmacia, no hay una consulta con personal de salud y puede haber por lo tanto fracaso en el uso.

Otras razones son el temor infundado a los efectos secundarios del uso de métodos anticonceptivos, la oposición de la pareja, la religión y las barreras que se dan para el acceso a los métodos, como son: la inexistencia de servicios, el costo y las diferencias culturales; que en ciertos grupos de población como aquellos que están conformados por mujeres indígenas, hombres y adolescentes, donde sus necesidades son distintas a la mayoría de la población.

Lo anterior representa factores que las sitúan en este supuesto riesgo, acompañado aún más cuando hay relaciones sexuales que no son voluntarias ni deseadas, como una violación sexual o cuando hay presión social para el inicio de la vida sexual, de hecho, señalan que seguirá habiendo embarazos no deseados, siempre que existan relaciones no planeadas y sin el consentimiento de la mujer; y por último por la ineficacia de los métodos anticonceptivos; dado que ninguno es 100% eficaz, de tal forma que al año ocurren de 8 a 30 millones de embarazos por esta situación o bien por su uso incorrecto; debido a esto se requiere mejor información para reducir esta cifra pues no se lograrán evitar los embarazos no deseados por esto. A pesar de que existe la anticoncepción de emergencia, la cual es segura y eficaz, aun se siguen presentando muchos embarazos no deseados por relaciones no consensuadas o el fracaso en el uso de los métodos anticonceptivos (Demographic and Health Survey, 1998; tomado de Langer, 2002). Sin embargo, eso no está disponible para todos debido a la desinformación al confundirlo como un método abortivo (Langer, 2002).

1.6.1. 1Consecuencias del embarazo no deseado

Una vez que la mujer se enfrenta a un embarazo no deseado, básicamente se enfrenta a tomar una decisión con solo dos opciones, como son: interrumpir el embarazo por medio de un aborto inducido o bien continuar con el embarazo no deseado; ambas opciones traen consigo consecuencias tanto de salud, sociales y económicas en la mujer, su pareja y familia.

En la salud, las consecuencias más graves se dan por el aborto inducido, que se suelen dar en condiciones de clandestinidad e inseguridad; cabe señalar que si bien el aborto ha sido aceptado en algunas culturas y aunque puede darse en condiciones seguras, es aún un problema de salud pública, siendo este considerado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad para las mujeres que en ciertas zonas de América Latina y el Caribe las condiciones en las cuales se lleva a cabo dicho procedimiento no son las más idóneas.

Todo esto debido a las complicaciones secundarias que se presentan, dados los objetos que se utilizan que no siempre cuentan con las condiciones de esterilidad necesarias y además la vaga información con la que cuentan las mujeres para identificar los signos que indican una complicación, y por el temor o vergüenza, esto trae consigo que la mujer tarde en acudir a un lugar de atención; presentándose complicaciones, que dentro de las más frecuentes están; de forma inmediata: perforación del útero, hemorragia e infección y a mediano plazo: infertilidad.

Aunado a esto, cuando se lleva a cabo con sentimiento de culpa y en condiciones traumáticas, se suelen presentar consecuencias psicológicas, como: depresión, ansiedad y miedo; ahora bien, aunque no se interrumpa el embarazo, al ser uno no deseado, se pueden presentar consecuencias emocionales graves.

Cabe mencionar que también el aborto inducido es una causa de muerte materna, que es aquella que ocurre como consecuencia de problemas en el embarazo y el parto, por complicaciones en el puerperio o por una mala atención; en este caso puede presentarse si

las condiciones en las que se lleva a cabo el aborto son inseguras, no tiene atención oportuna y de buena calidad (Langer, 2002).

Por otro lado a excepción de la Ciudad de México en diversos estados del país la interrupción inducida del embarazo sólo es legal en casos de violación sexual y por lo tanto persiste la criminalización cuando se presenta por otras causas; sin embargo, a pesar de su penalización, 54% de los embarazos no deseados se suspenden sin embargo se hacen en condiciones de extrema pobreza y clandestinidad lo cual genera un problema de salud pública que agudiza desigualdades lo que afecta a las mujeres con menores recursos educativos económicos y legales, aunque, en algunas condiciones la interrupción del embarazo sea legal no siempre esto es suficiente para garantizar un aborto seguro (Hernández-Rosete & Estrada-Hipólito, 2019).

En lo que corresponde a las consecuencias en la sociedad, es en el impacto demográfico, dado que hay un crecimiento poblacional; tomando en cuenta que la fecundidad afecta el perfil demográfico de la población. Además, es preciso señalar que hay hijos no deseados y esto suele conllevar a índices de criminalidad, lo que se refiere a que algunos investigadores han tratado de identificar factores que conllevan a la delincuencia juvenil, por ejemplo; dos estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo y la falta de supervisión por los padres conllevan a esta situación, así también, el nivel educativo bajo de la madre, que la madre sea adolescente, que solo uno de los padres críe a su hijo, que el embarazo sea no deseado y que tengan tabaquismo también participan como factores de esta problemáticas (Loeber et al., 1986; Sampson y Laub, 1993 y Rasanen et al., 1999; tomado de Langer, 2002).

Así pues el estigma del aborto crea diversas barreras para acceder a los servicios de un aborto legal y seguro como por ejemplo la disponibilidad y calidad de los servicios así como la Accesibilidad y lugares idóneos para que se lleve a cabo e incluso elementos emocionales y la propia actitud del profesional de la salud (Santos & Fonseca, 2022).

1.6. 2 Embarazo no planeado

La planificación de un embarazo es cuando las parejas quieren ser padres o bien si una mujer quiere ser madre (ERA SALUD, 2003).

Es muy común la dificultad para la diferenciación entre un embarazo no deseado y no planeado; sin embargo, es preciso clarificar esta conceptualización, en este caso un embarazo no planeado, se refiere a básicamente no cuando la pareja o la mujer en ese momento no tienen el plan de ser padres o madre.

Es preciso mencionar, que el embarazo no deseado se puede presentar en cualquier momento de la vida, donde la mujer no desea en ese momento y tal vez no lo desea como parte de su vida y el no planeado si lo puede desear, pero no lo planeaba en ese momento en el que se está presentado.

1.7 Prevención de conductas sexuales de riesgo

Para comenzar a hablar sobre prevención es fundamental establecer a que se refieren los factores protectores, ya que frente a las conductas de riesgo es necesario el desarrollo de habilidades que reduzcan el impacto que tienen sobre el sujeto, como son precisamente los factores protectores, como elementos que subyacen del contexto y que permitirán neutralizar o atenuar la acción de los factores de riesgo (Amar, Abello & Acosta, 2003).

Así pues, los factores protectores son características de un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen la recuperación de la salud o bien que permiten contrarrestar los daños de una conducta de riesgo, reduciendo la vulnerabilidad; estos a su vez se subdividen en dos tipos:

- a) Amplio espectro, que permiten el no acontecer de los riesgos como la familia, la buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida, locus

control interno, la permanencia en el sistema educativo formal y la alta resiliencia.

- b) Específicos, que actúan sobre determinadas conductas de riesgo, como es el uso de cinturón de seguridad, el no tener relaciones sexuales o llevarlas a cabo bajo el uso de un preservativo.

Tomando en cuenta los factores protectores, es importante hacer un abordaje preventivo bajo la perspectiva de perseguir el objetivo de desarrollar habilidades que contrarrestan el efecto de las conductas de riesgo, pues no podemos solo limitar el ejercicio sexual de los jóvenes, sino más bien es brindarles herramientas que les sirvan en su vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud (2015) señala que las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales han demostrado tener una respuesta favorable sobre la prevención primaria de las infecciones de transmisión sexual a través de acciones como:

- Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH.
- Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos.
- Intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.
- Asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de la población.

Cabe mencionar que el asesoramiento puede ser un factor protector por la capacidad que se le da a las personas para que estas puedan reconocer los síntomas que se presenten de una infección de transmisión sexual y así busquen atención o bien que asesoren a sus parejas para que lo hagan.

Fierros, Rivera & Piña, (2011), señalan que en los jóvenes no existe un desconocimiento de las consecuencias negativas o bien de cómo protegerse ante las conductas sexuales de riesgo, aunque aún se siguen presentando altos índices de riesgo, lo cual está íntimamente ligado a un incremento de la vulnerabilidad en los jóvenes; de tal manera que la presencia de las conductas sexuales de riesgo está más relacionado a factores de orden subjetivo (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

1.7.1 Factores protectores

Hacen referencia a medios que neutralizan el riesgo, los cuales abordaremos a continuación:

1.7.1.1 Sexo seguro

De acuerdo con la NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, define al sexo seguro como “a todas aquellas prácticas eróticas y sexuales en las que se evita la penetración y el contacto de fluidos potencialmente infectantes”.

1.7.1.2 Sexo protegido

La NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, señala que el sexo protegido es “la relación sexual en la que se utilizan barreras”; de acuerdo con la OMS, (2016), si se utilizan los métodos de barrera de forma correcta y sistemática, como el preservativo, son un método muy eficaz para las infecciones de transmisión sexual.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XX, que surgieron los métodos anticonceptivos modernos, lo que permitió que se llevaran a cabo las expectativas reproductivas, dado que es una opción idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir cuando reproducirse, los hijos que tendrán y cada cuando tendrán un embarazo (Langer, 2002).

1.7.1.3 Uso del condón

Entre las parejas, la negociación del uso del condón no siempre es positiva de tal manera que como resultado se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo que posibilitan la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, poniendo en estado de vulnerabilidad a ambas personas y en ocasiones a una más que la otra, tal es el caso del receptivo siendo hombre o mujer, lo que aumenta de manera más alta si el insertivo eyacula dentro de una cavidad y si su carga viral es alta como lo mencionado anteriormente; ahora bien hablar de vulnerabilidad no solo es en aspectos biológicos si no resulta importante tomar en cuenta ciertos factores que se encuentran en el contexto que intervienen en esta situación y que en la presente investigación se pretenden identificar.

Capítulo 2. Adolescencia, juventud y sexualidad

Existe una necesidad de concebir diferente a la adolescencia y juventud desde un sentido de heterogeneidad, dado que por mucho tiempo se ha considerado a estos dos grupos etéreos como construcciones socio históricas, culturales y relacionales en las sociedades contemporáneas, que se encuentran en permanentes cambios y significaciones, lo que hace que conforme pase el tiempo adquieran denotaciones y delimitaciones diferentes; cabe mencionar que dichos términos tienden a utilizarse como sinónimos en algunas ramas de la psicología y en las ciencias sociales, y modificar estas connotaciones permitiría desarrollo, protección y promoción de condiciones sociales para estos grupos (Dávila, 2004). De tal forma que resulta importante comprender ambas para poder entender si son conceptualizaciones que están muy lejanas de ser lo mismo o bien que sucede en torno a estas etapas de la vida, que tienden a problematizarse.

2.1 Adolescencia

Stanley Hall en 1904 en su tratado sobre la adolescencia, la definió como:

“Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados” (tomado de Dávila, 2004, p. 87).

En esta conceptualización se puede visualizar claramente cómo se concibe a la adolescencia como una etapa problemática, precisamente como lo señala el autor, “dramática y tormentosa... con inestabilidad”; es decir se tiene la idea de ser una edad en la que el ser humano pareciera carecer totalmente de habilidades para definir lo que desea y lo que debe hacer; así como de ser capaz de razonar y además como si específicamente se cortara una etapa que es la infancia y de un momento a otro se suscitara problemas. Sin embargo, considero que no necesariamente esta etapa está llena de problemas o realmente ni siquiera podría considerarse un problema los cambios por los que se atraviesa en esta

etapa de la vida, tal es el caso de las habilidades que se van adquiriendo a partir de dichos cambios, inquietudes y desarrollo.

La adolescencia, en términos cronológicos, corresponde específicamente de los 10 a los 16 ó 18 años de edad y desde el punto de vista socio psicológico dependerá básicamente de la familia, escuela y de otras instituciones (Lozano, 2003). Es decir, independientemente de la edad en la que se encuentre el sujeto, será a partir del entorno en el que se encuentre inmerso para que se dé la pauta de inicio de esta etapa y de su manejo. Cabe señalar que inicialmente se proponía que la adolescencia fuera de los 9 a 12 años de edad, pero la sexualidad y su ejercicio de esta, quedan apartados de las actividades del adolescente, dejándolos sólo como parte del ejercicio de los adultos (Lozano, 2003).

La adolescencia es un sistema de prohibiciones sobre la conducta de la persona. La adolescencia es una expresión de la jerarquía en la cual se organiza la sociedad. Es el efecto de la dominación y la sujeción (Olmedo & Olmedo, 1981; tomado de Brito, 1998, p.4).

Efectivamente como lo mencionaba el autor, la adolescencia más que una simple etapa es además un sistema creado por la propia sociedad para dominar y subordinar a la persona en un momento de su vida, es decir al etiquetarlos como problemáticos y tormentosos, solo se aleja y determina al sujeto como parte de un contexto en el que no debe realizar ciertas conductas porque son vistas como no idóneas para su edad y por lo tanto se le prohíben sus propias características de ser humano al ser un ser social

Tal es el caso desde lo que viene siendo el desarrollo cognitivo o intelectual, es en esta etapa en la que aparecen cambios profundos de tipo cualitativo en la estructura del pensamiento, el cual Piaget denominaba como período de las operaciones formales, donde básicamente la actuación intelectual se acerca al modelo científico y lógico, y junto a este comienza la configuración de un razonamiento social, donde se dan procesos identitarios, tanto individuales, conectivos como societales, donde el razonamiento social del adolescente se vincula con el conocimiento del yo y de los otros, se adquieren habilidades

sociales, conocimiento y aceptación/negación de los principios de orden social; así como el desarrollo moral y los valores (Moreno y Del Barrio, 2000; tomado de Dávila, 2004).

Como se mencionaba anteriormente es esta etapa donde si bien es cierto, se generan cambios desde fisiológicos, biológicos y sociales, son todos estos los que permiten que en el adolescente se despierte una necesidad de socializar, convivir y de relacionarse con su entorno, con los otros y de reconocerse a sí mismo y a los otros, además de que se adquieren conocimientos para su vida cotidiana como se da el desarrollo moral del que se hablaba anteriormente y los valores que de una u otra forma les permiten realizar ciertas acciones desde su concepción de riesgo o protección.

“El concepto de adolescencia es una construcción social. A la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad de un grupo a otro. Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia” (Acao Educativa et al., 2002:7; tomado de Dávila, 2004, p. 88).

Desde esta perspectiva podemos ver como la concepción de la adolescencia si bien comparten ciertas similitudes en las distintas sociedades, es desde su cultura y necesidades propias que se toma una determinada construcción como bien se dice son construcciones sociales, pues es a partir del tiempo y de sus propias de vida que conciben al adolescente o bien que ni siquiera marcan distintas etapas de la vida, como es el caso precisamente de la adolescencia.

Sin embargo, Lozano (2003), señala que la adolescencia no es un conjunto universal de rasgos universales, ya que expresa especificidades históricas y culturales de un grupo social; contemplando ambas, puedo concluir que efectivamente comparten similitudes que pueden tornarse universales en lo que corresponde a aspectos biológicos, pues sin duda es a partir de esta etapa que surgen cambios fisiológicos; pero en lo que corresponde a los

rasgos históricos y culturales, son distintos en cada grupo social pues las influencias de estos son diferentes.

Aquí abordaremos algunas conceptualizaciones, desde diversas teorías, por ejemplo, desde la teoría *psicoanalítica*,

“es el resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que llevan a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella” (cf. Erikson,1971; tomado de Dávila, 2004, p. 89).

Desde la teoría sociológica:

“es el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales, donde la adolescencia puede comprenderse primordialmente a causas sociales externas al mismo sujeto” (Dávila, 2004. p. 89).

Desde la teoría de Piaget:

“revela los cambios en el pensamiento durante la adolescencia, donde el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales van unidas a cambios en el pensamiento, donde la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1998:550-552; tomado de Dávila, 2004, p. 89).

Tomando en cuenta estas definiciones desde tres diferentes puntos de vista de acuerdo a las teorías, me he dado a la tarea de poder construir una, de tal forma que no se patologice esta etapa, sino que más que bien se pueda ver solo como una etapa del ciclo de la vida. Así pues, decido definir a la adolescencia como una etapa que surge a partir del desarrollo de la persona posterior a su infancia y pubertad, donde está sujeta a transformaciones afectivas y sociales, físicas y psicológicas que es sometido el sujeto por mera naturalidad,

que la llevan a modificar su equilibrio psíquico, dados los contextos donde se encuentran inmersos por los procesos sociales donde se les exige la adquisición de un rol social, que demandan sus causas internas o individuales y externas como son los factores sociales. Cabe señalar, que esta transición genera cambios y transformaciones consigo mismo y su exterior, ubicándolos en un estado de vulnerabilidad al enfrentamiento de los cambios.

2.2 Juventud

La Juventud es una categoría que se concibe como una construcción social, histórica, cultural y relacional para designar la dinamicidad y la permanente evolución/involución. Morch (1996), señala que responde a condiciones sociales que se han presentado por los cambios sociales como una emergencia del capitalismo, otorgando como tal un espacio simbólico (Dávila, 2004); se ha definido como aquellos que ya no pueden ser niños, pero tampoco son adultos (Lozano, 2003). En este sentido, podemos considerar que esta categoría de juventud también es una construcción social, que se da precisamente por la demanda de la sociedad para darle un nombre a una etapa más de la vida, como lo mencionaba uno de los autores anteriormente, como una emergencia del capitalismo, como algo que ya no puede expresarse o bien pertenecer a otro grupo etario como la infancia.

Mientras que por otro lado se menciona que es concebida como una categoría etaria, dados los aspectos sociodemográficos, como una etapa de maduración por las áreas sexuales, afectivas, sociales, intelectuales y físico/motoras y como una subcultura; además algunos teóricos del desarrollo humano mencionan que la juventud es el periodo de la vida que se encarga de evidenciar un desfase de las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales pero con una mayor intensidad (Sandoval, 2002, tomado de Dávila, 2004; Lozano, 2003).

Para determinar la etapa de la juventud desde el punto de vista etario, es entre los 15 y 29 años de edad, el cual se subdivide de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años; además que se ha podido extender de un rango máximo de los 12 a los 35 años de edad, en algunos contextos y para ciertos usos instrumentales asociados, que se ha designado en

algunas políticas públicas dirigidas al sector juvenil. Sin embargo esta categoría no es suficiente para un análisis profundo, pero sí marca una delimitación básica. (Dávila, 2004).

De esta forma es como la juventud se visualiza realmente, como condicionantes sociales, culturales y políticos que afectan a ciertas personas, es decir verdaderamente aquí se visualizan fácilmente; si bien la juventud y la propia adolescencia es un periodo un tanto prolongado por así decirlo, la transición es relativamente rápida y notoria a diferencia de los cambios que se dan de forma paulatina a lo largo de la vida.

“La juventud es, ciertamente, un sector que se resiste a su conceptualización, ya que, debido a su uso en el sentido común, ha adquirido innumerables significados: sirve tanto para designar un estado de ánimo, como para calificar lo novedoso y lo actual, incluso se le ha llegado a considerar como un valor en sí misma: <<lo que posee un gran porvenir>> (Brito, 1998; p. 2).

Frecuentemente se ha definido a la juventud solamente bajo el establecido de un rango de edad, pues como tal es difícil conceptualizarla ya que se le han dado distintos significados por sentido común pero que en realidad subyacen de un fondo muy vago, cabe señalar que, aunque es muy difícil, no se justifica el vacío que se ha dejado, tan solo el hecho de hasta prácticamente negar a la juventud (Brito, 1998).

En este sentido, la adolescencia es una etapa enfocada en los cambios físicos, biológicos y psicológicos sin determinarse por el contexto social; mientras que la juventud es una construcción social porque entiende a las juventudes como condiciones resultado de procesos sociales, culturales, políticos y económicos.

Algunas posturas han concebido lo juvenil como una etapa de desajustes, crisis o conflictos que se deberán resolver al llegar a la adultez; dado al ser considerada como un tiempo, perteneciente al desarrollo humano, que contienen características ajenas a las circunstancias sociales, políticas y económicas del entorno, por ejemplo algunos señalan en los medios rurales o urbanos populares probablemente no exista este periodo de

transición o lo relativizan por ser un periodo breve, siendo así que no es un término universal, dado que no en todos los contextos por ideología y educación incluso no es considerado. En este sentido se marcan cuatro tendencias que hacen representaciones de lo juvenil; en una, la toman como una etapa que le falta un valor real porque es transitoria y por lo tanto no se necesita invertir en ella, además que solo hay que contener a los jóvenes mientras llega a una etapa de sensatez como la adultez; en la segunda se toma a los jóvenes como aquellos que solo absorben recursos pero no aportan nada a la sociedad, son considerados una carga y hasta para los adultos dado que se considera que estos le hacen un favor a los jóvenes por aportar en sus recursos; en la tercera los idealizan, por un lado como peligros para que sean dominados o contenidos y por otro lado los conciben frágiles; en la cuarta que no es independiente de las demás, homogenizan la juventud, como si todas las personas de una edad en específico fueran iguales en todos los sentidos (Lozano, 2003).

Desde esta perspectiva, se concibe a la juventud como una etapa que procede de la adolescencia y que al igual que esta es tormentosa, contiene crisis y es transitoria, además se cataloga al joven como alguien que no necesita de tanta atención pues es pasajero por lo que pasa, que no debe invertirse en él, por ejemplo no atender sus demandas por sus propias necesidades, sino que son una carga como se menciona anteriormente y que solo cuando lleguen a una etapa adulta podrán tener sensatez y adquirir una responsabilidad. Es decir, se visualiza al joven desde una visión adultocéntrica, donde todo lo que tenga que ver con juventud está lleno de inferioridad, irresponsabilidad, insensatez y todo ese tipo de adjetivos con los que se etiquetan a los jóvenes.

“La noción más general y usual del término juventud, se refiere a una franja de edad, un período de vida, en que se completa el desarrollo físico del individuo y corren una serie de transformaciones psicológicas y sociales, cuando éste abandona la infancia para procesar su entrada en el mundo adulto. Sin embargo, la noción de juventud es socialmente variable. La definición del tiempo de duración, de los contenidos y significados sociales de esos procesos se modifican de sociedad en sociedad y, en la misma sociedad, a lo largo del tiempo y a través de sus divisiones internas. Además, es solamente en algunas formaciones

sociales que la juventud se configura como un período destacado, o sea, aparece como una categoría con visibilidad social” (Abramo, 1994:1; tomado de Dávila, 2004; p. 92).

La juventud es una construcción social que se debería entender desde dos puntos de vista, por un lado el biológico y por otro lado el social, por un lado el biológico como tal solo establece lo que lo diferencia de ser un niño, dadas las circunstancias de maduración que se presentan a nivel de los órganos sexuales, que básicamente lo considera maduro a nivel fisiológico para procrear y el social lo que lo diferencia de ser un adulto, donde se inserta a la sociedad, pues en realidad cumple con las especificaciones por así decirlo óptimas para reproducirse como especie pero no en los procesos de reproducción de la sociedad (Brito, s/a); en este sentido lo que genera este proceso de juventud es básicamente una transición, donde el individuo se dota de ciertas capacidades para enfrentarse al mundo social, por un lado en el punto de vista biológico, posee las características idóneas pero no lo son para el ámbito social, dadas las demandas de roles sociales que se presentan en el día a día.

“La juventud no es un don que se pierde con el tiempo, sino una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras según las características históricas sociales de cada individuo (Brito, 1996; tomado de Dávila, 2004; p. 92).

En realidad la juventud no podría verse limitada solo por un rango de edad, de tal forma que retomando los distintos puntos de vista anteriormente mencionados por diversos autores y lo que se ha venido discutiendo, me he dado a la tarea de poder construir un concepto para comprender a la juventud para los fines de esta investigación, quedando de la siguiente manera: la juventud es una etapa de transición de la vida donde la persona adquiere capacidades para enfrentar las experiencias a las que es sometido por la misma sociedad, en este sentido es el producto de los procesos sociales de un grupo de población determinado, entendiendo por esto que cada joven vivirá y experimentará esta etapa de la vida de acuerdo a las demandas de la sociedad en la que se encuentre inmerso.

2.3 Vulnerabilidad

El Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2015) define a la vulnerabilidad social en salud, como el resultado de las desigualdades de condiciones de vida, resultantes de exposición y capacidades, disponibilidad y acceso a servicios de salud, que determinan la salud de los grupos sociales”.

Además, señala que esta vulnerabilidad expresa las desigualdades sociales de los grupos poblacionales, es decir que esto no se presenta como algo meramente natural si no que más bien existen grupos vulnerables dadas las condiciones sociales en las que viven. Para comprender las desigualdades es preciso tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud que define como “condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida cotidiana, sus acciones y las consecuencias de ellas” (Instituto Nacional de Salud Pública, 2022).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2004), señala que la vulnerabilidad es un: “fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado en la cultura de nuestras sociedades”. Dado que estas desventajas refieren a una multicausalidad, lo que denota ausencia de elementos que son esenciales para el desarrollo personal y ausencia de herramientas necesarias para salir de las desventajas estructurales y coyunturales.

Ahora bien, como se ha venido definiendo, hablar de vulnerabilidad conlleva a un amplio panorama, sin embargo, para fines de esta investigación resulta importante hablar de vulnerabilidad desde un punto de vista social y de salud, dadas las condiciones en las que las personas se encuentran para situarse en un contexto que genere un daño específicamente a su salud, es por esto que hablaremos de vulnerabilidad social a continuación.

La vulnerabilidad social es un concepto verdaderamente complejo que contempla aspectos que se interrelacionan con las condiciones y las situaciones estructurales y coyunturales como las económicas, sociales y culturales; si bien es cierto, la vulnerabilidad social se ha

tendido a asociar de forma empírica con la pobreza. Sin embargo, es importante señalar que esta relación es contingente pero no necesaria, dado que la pobreza en realidad no se relaciona al acceso nulo a los medios suficientes para la satisfacción de las necesidades básicas y a los servicios de salud (Stern, 2004).

La conceptualización de la vulnerabilidad social se conforma de dos componentes explicativos, por un lado se encuentra la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en las condiciones de vida (Pizarro, 2001); lo cual se refiere a aquellos elementos que pueden indicar alguna diferencia y posicionamiento en la estructura social, principalmente al equipamiento o provisión de bienes del hogar en cuanto a la cantidad de miembros, características de ocupación de estos mismos, nivel de educación, acceso a beneficios sociales, posibilidad de expresión y participación en la vida pública (Perona et al., s/a); todo esto debido al impacto generado por cuestiones económicas y sociales y por otro lado el manejo de los recursos y las estrategias que utilizan estos mismo para enfrentar los efectos de dicho impacto; ahora bien en el caso específico de la pobreza, cabe señalar que toma en cuenta y califica de forma descriptiva atributos de personas y familias pero no dan en cuenta de los procesos causales que le dan origen (Pizarro, 2001).

Retomando lo anterior, vemos cómo efectivamente la vulnerabilidad social analiza todos estos factores externos que afectan a las comunidades, familias o personas de forma social que conllevan a las desigualdades de acceso dadas las condiciones sociales en donde están inmersos, a diferencia de la pobreza que retoma de manera principal aspectos individuales y en relación a aspectos económicos.

Mientras que la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, define a la vulnerabilidad social como “conjunto de circunstancias y factores sociales que determinan la existencia de un mayor riesgo de caer en situaciones de menoscabo o privación del bienestar tanto físico como psicológico y afectivo”.

Aun así a pesar de estos factores y condiciones, es necesario saber a qué personas podemos categorizarlas como vulnerables y es así como la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables los define como “persona o grupo que por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia”; además que por las condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas en las que se encuentran inmersos pueden sufrir un maltrato contra sus derechos humanos (Aequalis, 2016).

Ahora bien para entrar en el campo de la vulnerabilidad en la sexualidad de los jóvenes, es preciso hablar de cómo se va generando; de acuerdo con Donas, (1998) en su documento de protección, riesgo y vulnerabilidad de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1998), a partir de la atención que se ha ido generando a la salud del adolescente de forma diferenciada con un enfoque de riesgo en el campo de la salud reproductiva, primero se habla de un riesgo en salud que se concibe como la probabilidad de que el hecho indeseado afecte la salud de un individuo o grupo, posteriormente fueron apareciendo nuevos conceptos como vulnerabilidad, que hace referencia a la potencialidad de que un hecho produzca un riesgo o daño; el factor de riesgo como las características detectables que señalan una mayor probabilidad de sufrir un daño; y los factores protectores que son características detectables que favorecen el desarrollo humano, mantienen la salud o bien la recuperan; estos últimos pueden contrarrestar los efectos de los factores de riesgo de las conductas de riesgo y así reducir la vulnerabilidad.

Una vez que estos factores se interrelacionan, se establece un estado en cada individuo, que determina un nivel de vulnerabilidad específico para uno o varios daños simultáneamente; dicho estado ocurre dentro de procesos históricos que son influidos.

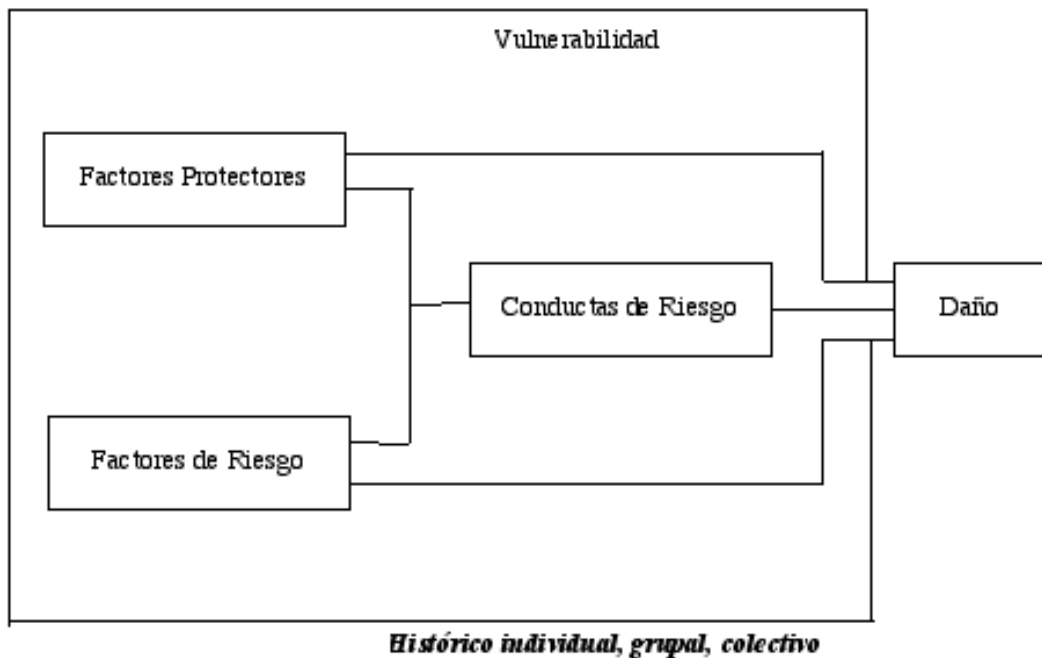


Figura 1. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Las acciones de salud pública, individual y grupal de forma anárquica, carecen de profundización sobre grupos de alto riesgo o bajo riesgo, debido a que están fundamentadas en una apreciación clínica (subjetiva) o numérica (más objetiva, siempre y cuando se utilizara un adecuado planteo estadístico); de tal manera que estos diagnósticos no tienen una clara definición de alto o bajo riesgo de daños y no se actualiza con periodicidad de tal forma que llega a cronificarse de manera errónea y usualmente no buscan factores protectores de esos daños para así poder establecer un nivel de vulnerabilidad para ese momento en específico, tomando en cuenta que esta se encuentra en un estado permanente de cambio. Es en la etapa de adolescencia-juventud que va de los 10 a los 24 años de edad donde esto es importante de considerar por lo que conlleva este proceso, tanto en lo biológico, psicológico y social por los cambios que se generan y el entorno histórico-social en el que se presentan, así como el tiempo que transcurre.

Hay dos tipos de factores protectores y de factores de riesgo, por un lado, están los de amplio espectro que son indicativos de mayor probabilidad de daños o conductas de riesgo o protectores de daños o conductas de riesgo, es decir que favorecen el no acontecer y por otro lado están los específicos para un daño.

También existen los factores protectores o de riesgo indicativos de una conducta positiva o negativa que actúan como mediatizador de un daño y otros que indican la posibilidad de que exista un daño; es decir que el daño no es mediatizado por una conducta.

En el caso de las conductas de riesgo, están las que pueden conducir a un daño inmediato o bien las que conducen o pueden hacerlo a daños a largo plazo, cabe mencionar que estas no se valoran socialmente en todas las culturas y periodos históricos, de tal forma que esto se debe tomar en cuenta para poder establecer niveles de vulnerabilidad

Si bien es cierto, la Norma 039 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, tuvo cambios para el 2014, hay un concepto que ya no se retoma, pero que es imprescindible para ir delimitando la información, específicamente en el campo de la sexualidad, como es el de poblaciones vulnerables, señalando, que son:

“grupos de personas frente a los potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas, y respecto sus derechos humanos, en razón de menores recurso económicos, sociales y legales (migrantes, personas pobres, algunos grupos de mujeres, y hombres, las minorías sexuales, personas con nivel educativo y otros grupos que viven al margen del sistema)”(p. 4).

En investigaciones sobre comportamientos sexuales de riesgo, VIH y SIDA, se ha mencionado que existen consecuencias negativas que son resultado de las prácticas y de las conductas sexuales de riesgo, en el caso de los jóvenes estos se encuentran en un estado de alta vulnerabilidad en lo que corresponde a su sexualidad asociado a la búsqueda de autoafirmación y aceptación que a su vez se relacionan con la necesidad de que se

establezcan relaciones de pareja y contactos sexuales de manera pasajera (Ospina & Manrique, 207 tomado de Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

El inicio temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes sin la debida protección los expone a infecciones de transmisión sexual o a embarazos de alto riesgo que implican peligro para la vida de la madre y su producto (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID, 2014, tomado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2015).

Capítulo 3. Variables que se asocian a las conductas sexuales de riesgo.

Cuando el sujeto se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el ejercicio de su sexualidad, nos remonta a que existe una mayor probabilidad de que se encuentre en una situación nociva procedente de las conductas sexuales de riesgo como tener relaciones sexuales sin protección o haber consumido alcohol (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014). El estudio de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes a nivel universitario se ha visto asociado a dos factores que pueden interrumpir su proceso formativo y su proyecto de vida como son, los embarazos no deseados (cf. Fierros y Brown, 2002; tomado de Pulido., et al. 2013) y la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Tal es el caso de Estados Unidos donde 25% de sus habitantes son jóvenes universitarios que representan la mitad de las consultas por ITS (Center for Disease Control and Prevention, 2004; Weinstock, Breman y Cates, 2004; tomado de Pulido., et al. 2013).

CENSIDA (2005), señala que para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS resulta ser efectivo el uso del condón utilizándolo de una forma correcta, aunque no es utilizado por los jóvenes como se desea (Enríquez, Sánchez y Robles, 2015). Tal es el caso, que jóvenes deciden no utilizar el condón porque reduce la sensibilidad (González y Rosado, 2000; Villagrán y Díaz, 1999; tomado de Enríquez, Sánchez y Robles, 2015), por la religión a la que pertenecen, porque tienen parejas ocasionales, pierden la erección (Flores y Leyva, 2003; Villagrán y Díaz, 1999; tomado de Enríquez, Sánchez y Robles, 2015), por que se rompe, y aun así el VIH atraviesa el látex (Martinez, Villaseñor y Celis, 2002; tomado de Enríquez, Sánchez y Robles, 2015) ¿vulnerabilidad?. Autores han coincidido que existen variables predictoras o causantes de no utilizar el condón, como son las ideas erróneas relacionadas a la sensibilidad durante las relaciones sexuales, la falta de conocimientos por los jóvenes, las pocas relaciones planificadas y tener una pareja estable que hace sentir menos vulnerabilidad a los jóvenes al encontrarse en esta situación (Mohammad, et al. 2007; tomado de Garcia-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012).

De acuerdo con ONUSIDA (2010), el contexto social está ligado a los comportamientos de la salud sexual, tomando en cuenta factores sociales y económicos que determinan cierta

vulnerabilidad en las personas (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015). Enríquez, Sánchez y Robles (2005) mencionan que es importante analizar el tipo de práctica sexual de los hombres y mujeres y la frecuencia del uso del condón.

Para poder prevenir las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes es importante analizar cuáles son las variables asociadas a éstas y que intervienen en dicha problemática; es decir, ¿servirá seguir hablándoles a los jóvenes sobre las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo cuándo en realidad tienen conocimiento sobre esto?; de tal manera que resultaría importante analizar el contexto en el cual ellos se desenvuelven para identificar dichas variables y entonces actuar en dirección a estas. Una vez que se identifiquen las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo, los profesionales de la salud podrán predecir dicha conducta y entonces a su vez actuar sobre las conductas sexuales de riesgo.

De acuerdo con lo encontrado por López-Rosales y Moral-de la Rubia (2001), para la identificación de las variables que se asocian a las conductas sexuales de riesgo resultaría importante evaluar la autoeficacia en tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo, como son:

- Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.
- Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.
- Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos.

3.1 Actitudes hacía el uso del condón

Ajzen y Fishbein (1980) señalan que una actitud representa la posición de una persona sobre una dimensión evaluativa o afectiva, en relación a un objeto, acción o evento que se representa a través del sentimiento favorable o desfavorable hacia un objeto estímulo. Las actitudes son aprendidas, dinámicas, susceptibles de modificación, por su vinculación entre sí, con una dirección u orientación frente a los objetos ya sea favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente), que se describen por medio de dos

propiedades, como la dirección (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad).

Existen creencias desfavorables en relación a la eficacia de los condones para prevenir ITS, que se convierten en una actitud obstáculo para utilizarlo o bien que aquellas que son favorables facilitan la actitud benéfica (Martínez, Villaseñor y Celis, 2002). Cabe señalar que las creencias favorables no son ciertamente conductas sexuales preventivas (Piña & Urquidi, 2006), así pues, para los jóvenes, es indispensable que el uso del condón no interfiera con el placer y para las mujeres, genera una seguridad su uso (Lameiras, Rodríguez, Calado & González, 2004).

López, Vera y Orozco (2001) señalan que los hombres tienen la creencia de que el condón disminuye el placer y si su actitud hacia su uso es desfavorable, entonces se verá afectado su uso. Específicamente las actitudes en relación al uso del condón van enfocadas hacia que lo usan principalmente en relaciones ocasionales y en situaciones no planeadas, lo cual está determinado por la autoeficacia personal (Robles, Piña & Moreno, 2006).

3.2 Modelos de Salud

Los jóvenes practican conductas de riesgo que los coloca en estado de vulnerabilidad y por lo tanto en riesgo de tanto desarrollar un ITS o un embarazo, todo esto determinado por una actitud en relación a su vida sexual al no usar de manera efectiva el condón en sus relaciones sexuales con penetración, dado esto es indispensable establecer modelos de salud que nos ayuden a explicar las razones que llevan a los jóvenes a esta decisión para poder generar estrategias de prevención.

3.2.1 Teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada fue propuesta por Ajzen y Fishbein en 1980; y busca predecir y comprender una conducta individual mediante una cadena causal de elementos como son: la intención de realizar la conducta, la actitud hacia la conducta, la evaluación

de resultados, la norma subjetiva, las creencias normativas, las conductuales y la motivación general; cabe mencionar que para predecir una conducta es preciso asegurarse la medida de la intención de corresponder a la medida de la conducta, pero estas intenciones pueden cambiar con el tiempo; por lo tanto es importante mediar lo más cerca de la observación de la conducta (Reyes, 2007).

“Asume que la mayoría de los comportamientos sociales están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica” (Dorina, 2005; p. 22-23).

Esta teoría representa una aportación muy importante al estudio del comportamiento humano, el cual toma en cuenta factores como las creencias tanto conductuales como normativas; las primeras son las particulares de cada sujeto y las segundas son las manifiestas de los grupos de pertenencia, además de tomar en cuenta las actitudes, las normas subjetivas, que es la percepción que tiene la persona de la presión social que siente para que se lleve a cabo o no la conducta (Dorina, 2005); la motivación para cumplir las creencias y las normas y la intención para realizar una conducta; como tal esta teoría hace un índice de probabilidad de la intención hacia una conducta (Reyes, 2007); entendiéndola como la decisión de que se llevará a cabo o no una acción en específico; siendo esta un determinante de todo comportamiento humano, por lo tanto es considerada la parte primordial de información para poder predecir una conducta, esta a su vez se determina por un factor personal o actitudinal, es decir la actitud de la persona hacia la conducta y por un factor social o bien normativo, que es la norma subjetiva, ambos se encuentran en función de las creencias conductuales y de las creencias normativas (Dorina, 2005); misma que relaciona la actitud con las creencias del individuo; la actitud, fue definida por Fishbein (1967) como “una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión” (Dorina, 2005; p. 23); mientras que las creencias, Ajzen y Fishbein (1975), la definieron como “la probabilidad

subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo” (Reyes, 2007; p. 67).

En cuanto a los tipos de creencias, están las descriptivas que se dan a partir de la observación directa de un objeto dado por el individuo; el segundo tipo de creencias son las inferenciales que se dan a partir de la interacción entre un individuo con otra persona y, por último, existen las creencias informativas, que se dan mediante una vía como la información que se obtiene de otros acerca de un objeto (Reyes, 2007). Cabe señalar que tanto la norma subjetiva como la actitud influyen de forma distinta en la determinación de la intención dependiendo del tipo de comportamiento predicho, de la situación y de las variaciones interindividuales de los actores (Dorina, 2005).

De tal forma que se estima la intención hacia una conducta mediante una escala de probabilidad; es por esto que es factible utilizarla en temas de salud (Dorina, 2005); en este caso en específico es mediante la intención que podemos entender si en los jóvenes existe la probabilidad de llevar a cabo una conducta sexual de riesgo y las actitudes hacia el uso del condón, como parte del ejercicio de su sexualidad en un sexo protegido.

3.2.2 Modelo de creencias en salud

El Modelo de Creencias de Salud es un modelo donde postular que el sujeto racional trata de maximizar los beneficios y minimizar los costos o riesgos de su comportamiento, este modelo surgió en los años cincuenta, por algunos psicólogos sociales en el servicio de salud pública de Estados Unidos (Becker, 1974; tomado de Rovira, Landa & Pizarro, 1994). Este modelo señala que las acciones preventivas se dan en función de lo siguiente: a) la preocupación general del sujeto por la salud; b) el riesgo percibido para adquirir una enfermedad; c) la seriedad que percibe de la enfermedad; d) el resultado al comparar los beneficios que percibe por realizar una conducta preventiva con los coste de esta, que pueden ser también barreras, y e) indicadores de información-acción que focalizan la atención del sujeto en ciertas conductas preventivas (ver Figura 2) (Rovira, Landa & Pizarro, 1994).

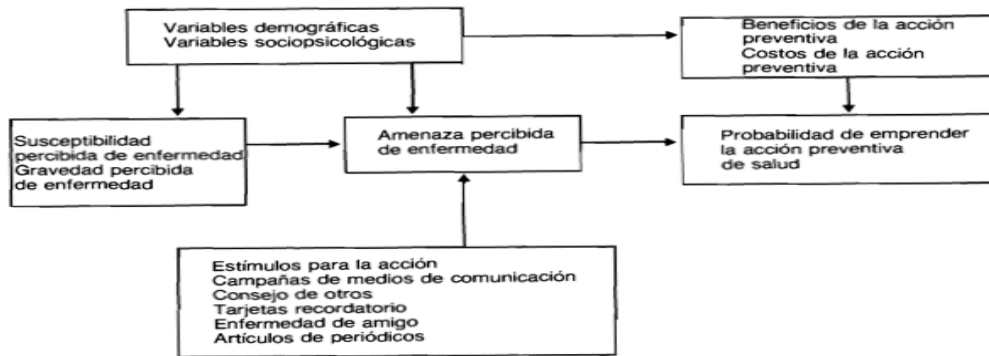


Figura 2. Modelo de Ciencias de la salud

Rosenstock (1974) determina unas dimensiones ante un problema de salud como parte de este modelo, como son:

- Susceptibilidad percibida: Valora cómo los sujetos varían en cuanto a la percepción de su vulnerabilidad a enfermarse, por ejemplo está el sujeto que niega toda posibilidad de enfermarse, el que admite la posibilidad estadística de que le ocurra una enfermedad pero no la considera real de que le ocurra y el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro de llegar a un estado de enfermedad; es decir, en esta dimensión se ve la percepción subjetiva que cada individuo sobre el riesgo de enfermarse.
- Severidad percibida. Son las creencias de la gravedad de contraer una enfermedad o bien si ya se está enfermo, de dejar el tratamiento; en esta dimensión se toman en cuenta dos tipos de consecuencias derivadas de un problema de salud, como son las clínicas y las sociales.
- Beneficios percibidos: El curso de una conducta de salud depende de las creencias que el individuo tenga respecto a la afectividad relativa que las conductas disponibles en su ambiente puedan tener cuando se enfrenta a la enfermedad
- Barreras percibidas: Aspectos negativos de un curso de acción concreto, lo que un individuo puede considerar como un curso de acción efectivo para atender un problema de salud o bien como costoso, desagradable y doloroso, estos aspectos que pueden ser negativos de una conducta de salud pueden fungir como barreras para la acción con una interacción con las otras tres dimensiones.

En este modelo se señala como existen varias opciones que representan a su vez valores de las dimensiones anteriormente mencionadas y estas se reflejan en forma de conductas respecto a la salud y/o enfermedad. Suponiendo que la disposición a actuar sea alta y los aspectos negativos sean débiles, existe la probabilidad que la conducta sea preventiva o de salud. Si la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos son fuertes, estos fungirán como barreras lo que impedirá la acción, pero si la preparación para que se actúe sea alta y las barreras son fuertes, existirá un conflicto difícil de resolver a menos que el individuo tenga acceso a otras alternativas de acción con la misma eficacia, pero con menos barreras y en caso de no ser así, el individuo tendrá que optar por alejarse psicológicamente del conflicto. De tal manera que el modelo funciona contemplando un análisis hipotético interior de costes y beneficios para el individuo quien analizará la efectividad de acción y los posibles costes que esta le puede dejar (Janz y Becker, 1984; tomado de San Pedro y Roales-Nieto, 2003).

En este modelo se ve cómo la aceptación de una susceptibilidad personal relacionada a la enfermedad que se puede percibir como grave, capaz de desencadenar una conducta de salud y no definen por si solas el curso que esta conducta pueda tomar; sino en realidad el curso dependería más bien de las creencias que el individuo tenga respecto a la afectividad relativa que las conductas disponibles en su ambiente y que puedan tener cuando se enfrenta a la enfermedad (San Pedro y Roales-Nieto, 2003).

Pastrana (2002), señala cómo estos modelos psicológicos son de los más comunes para intervenir en problemas de salud, en donde ven al individuo con un rol pasivo ante lo que se presenta en su ambiente, lo que provoca ciertas cogniciones, creencias y actitudes en relación a su salud y el riesgo. Sin embargo, no le dan una importancia a la conducta de riesgo o preventiva, dado que la ven como una consecuencia, pero en realidad son un eje rector de los problemas de salud.

3.2.3 Teoría Social Cognitiva

La Teoría Social Cognitiva de Bandura (1977), considera aspectos como el control percibido sobre una conducta a seguir o bien las creencias que se tienen sobre las capacidades para llevar a cabo una conducta con éxito. En esta teoría la motivación y acciones humanas se ven reguladas por las creencias de control que implican a su vez tres expectativas, como son: a) expectativas de situación-resultado, donde las consecuencias se dan a partir de factores ambientales, b) expectativas de acción-resultado, donde el resultado es una consecuencia de las acciones personales y c) autoeficacia percibida, que es la confianza que tiene la persona sobre sus propias capacidades para que se realice una acción y a su vez para llegar al resultado deseado.

Para el desempeño de un papel que influya sobre la adopción de conductas saludables, eliminación de aquellas que resultan nocivas y el mantenimiento de cambios son las de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Por un lado, estas últimas influyen en la intención de modificar una conducta de riesgo, pero principalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr una meta propuesta y persistir en una conducta adoptada a pesar de las barreras que existan que pueden afectar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante de la conducta que fomenta la salud en dos niveles, como son:

1. Mediador cognitivo de la respuesta de estrés, que es la capacidad de las personas de su capacidad para manejar los estresores.
2. Variables cognitivo-motivacionales que regulan esfuerzo y persistencia en comportamientos elegidos, los cuales ejercen control sobre las conductas modificables.

En esta teoría se defiende como constructo principal a la autoeficacia frente a una conducta, dada la relación entre el conocimiento y la acción que se verán mediados por el pensamiento de la autoeficacia. Es decir, si las personas perciben que las acciones que llevan a cabo son más eficaces, se verán más motivados; Bandura le da mayor importancia a este efecto por considerar que se influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional; de tal

manera que a mayor autoeficacia percibida hay mayores pensamientos y aspiraciones positivas para llevar a cabo una conducta de éxito (Universidad de Cantabria, s/a).

3.3.4 Estadísticos de infecciones de transmisión sexual

Aunque no lo parezca, aún se siguen reportando muertes a causa de infecciones de transmisión sexual, Cuadro 1, estudio que desde 1998 hasta 2013 muestra que la primera causa de muerte es la sífilis congénita. Por otro lado, en el Cuadro 2 se señala la infección de transmisión sexual que más enfermó a la población mexicana hasta 2014, que fue la Tricomoniasis esto sin tomar en cuenta el VIH, donde 80 de cada 100,000 mexicanos mayores de 10 años se contagiaron de *Trichomonas vaginalis*. En segundo y tercer lugar está la sífilis adquirida y congénita, 3 de cada 100,000 mayor de 1 año y 3 de cada 100,000 menores de 1 año también, en menor frecuencia esta la Infección Gonococcica, Hepatitis vírica C, Hepatitis vírica B, Chanco blando y el Linfogramuloma Venéreo (CEVECE, 2015).

La Encuesta Nacional de Salud (2016) reportó que 81% de los hombres y el 62% de las mujeres usaron condón en su primera relación sexual. Su uso correcto es esencial para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Se reporta que entre 2007 y 2017 se ha disminuido casi a la mitad de los casos registrados de VPH, Tricomoniasis Urogenital, Sífilis adquirida y Linfogramuloma por clamidias en mujeres de 10 a 19 años. (SS, 2019d).

Para 2018, la Encuesta Nacional de Salud reportó que en cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), 3.7% de la población adolescente señaló haber tenido una consulta médica o tratamiento en los últimos 12 meses, que puede deberse a prácticas sexuales no protegidas; mientras que 15% de los adolescentes señaló haberse realizado la prueba de VIH y 88.2% conoce el resultado (ENSANUT, 2018-19)

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2019), existen factores que están determinados por el género y situaciones socioeconómicas que influyen para el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) y/o el Virus

de Inmunodeficiencia Humana (VIH)-SIDA en México. Así pues, en el caso de las mujeres, influye que viven en condiciones de mayor desigualdad social con un limitado acceso a la información y con menor condición económica, mientras que los hombres tienden a estar en más situaciones de riesgo por llevar a cabo prácticas sexuales sin protección.

3.3.5 Estadísticos de embarazo

En el año 2013 a nivel nacional, se reportó que de las mujeres adolescentes que ingresan a hospital con edades comprendidas de entre 15 a 19 años de edad, son por causas obstétricas, como : embarazo, complicaciones del mismo, aborto, parto y puerperio; de las cuales, 18.7% presentaron un aborto y los mortinatos representaron 17.9%.; mientras que en el año 2014, de las madres adolescentes que tuvieron hijos, 6.2% tuvieron niños con bajo peso y 2% con macrosomía; es decir con un peso igual o mayor de 4,000 gramos (INEGI, 2015).

Según datos obtenidos de la Secretaría de Salud muestran que la mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años; asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados (COESPO, s/a).

Los embarazos no deseados son muy comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años y en mujeres de escasos recursos, con bajos niveles educativos, pero no deja de lado otros grupos de edad ni clases sociales (Langer, 2002).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que 63% de los pacientes que han sido internadas por problemas en el embarazo han sido por complicaciones relacionadas con el aborto (Hernández et al., 1991; tomado de Langer, 2002)

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (Ecram) que se realizó en México en el año de 1988; en jóvenes de entre 10 y 24 años de edad, señaló, que los menores de 24 años

después de haber iniciado su actividad sexual continúan activos y sin protección por un año o más antes de pedir un método anticonceptivo (Núñez et al., 2003).

3.3.6 Estadísticos de uso de condón

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-2019, se reveló que 75 % de los hombres adolescentes usaron condón, en comparación con 51% mujeres (Instituto de Salud para el Bienestar, 2022).

Rodríguez, Barroso, Arroyo, Moreno y Robles, (2009), realizaron un estudio basado en un muestreo por conglomerados, teniendo como objetivo evaluar en una muestra de estudiantes universitarios sexualmente activos el efecto de un entrenamiento conductual en el uso correcto del condón y los errores que se cometen al colocarlo en un pene artificial de enseñanza. Para ello eligieron una muestra aleatoria de 1,168 estudiantes universitarios de ambos sexos, dentro de la cual se eligieron a 70 sexualmente activos que reportaron ser inconsistentes en cuanto al uso del condón. Estos se dividieron, tomando a 35 para el grupo experimental y 35 al grupo control, de los cuales al final quedaron 31 y 19 en los grupos respectivamente siendo 30% hombres y 70% mujeres con una edad promedio de 20.66 años. El estudio se realizó en dos tiempos, pretest y postest, dentro de los cuales al grupo experimental se le dio entrenamiento para el uso correcto del condón de dos sesiones de dos horas cada una y al control no se le impartió, utilizando veinte piezas de un pene artificial de enseñanza y veinte condones; encontrando como resultado que el grupo experimental (13.76%) en la postevaluación tuvo menos errores que el control (52.63%); de tal manera que el entrenamiento conductual en el uso correcto del condón fue eficaz.

Enríquez, Sánchez y Robles, (2005), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar en una muestra de estudiantes universitarios sexualmente activos el tipo de práctica sexual que realizan y el patrón de comportamiento sexual que los caracteriza, determinando las diferencias entre hombres y mujeres, se tomaron a 1168 estudiantes para que contestaran un cuestionario sobre comportamiento sexual, de los cuales solo se seleccionaron a 691

quienes reportaron ser sexualmente activos, de los cuales 37.3% fueron hombres y 62.7% mujeres con una edad promedio de 20.58 años.

El tipo de estudio fue prospectivo, transversal, comparativo y observacional; encontraron que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue menor en los hombres (16.87), en comparación con las mujeres (17.75). En cuanto a la planeación de su primera relación sexual fue el 54.2% quienes la planearon, aunque al hacer comparación entre hombres y mujeres, resultó ser mayor en las mujeres 62.5% pues en los hombres fue de 41.3%. En cuanto al lugar de la primera relación sexual, en la casa fue mayor en los hombres (72.4%) en comparación con las mujeres (71.2%) en el hotel, los hombres (12.9) y mujeres (22.4) y lugares como calle, despoblado y auto mostraron resultados en hombres (14.7) y en mujeres de (6.5%).

Ahora bien, en lo que corresponde al promedio de número de parejas sexuales, los hombres mostraron prevalencia (3.94) en comparación con las mujeres (1.95) y por último en lo relacionado al uso del condón, son más los hombres quienes los usan que las mujeres, pues ellos mostraron un 85.3% y ellas 74.3%, quienes reportaron usarlo en la última relación sexual los hombres con 77.8% y las mujeres con 68.2%. En relación con las prácticas sexuales de riesgo, se encontró que es mayor el porcentaje en los hombres que en las mujeres que llevan a cabo prácticas como son: anales, orales y de masturbación y de dichas prácticas es muy bajo el porcentaje de estudiantes que usan el condón, solo mostrándose mayor en las relaciones vaginales; de tal manera que los autores discuten como los hombres llevan a cabo más comportamientos sexuales de riesgo que las mujeres.

Robles et al., (2006), realizaron un estudio con el objetivo de explorar las posibles diferencias en variables psicológicas y conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en función del sexo de los estudiantes, así como identificar predictores demográficos y psicológicos de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón, en 691 estudiantes, que reportaron tener un experiencia sexual a los cuales se les aplicaron dos instrumentos, uno medía autoeficacia y actitudes (SEA-27) y otro que medía comportamientos sexuales, encontrando como resultado que en lo que corresponde a la

edad de inicio de las relaciones, los hombres son quienes comienzan su vida sexual a una edad más temprana (16.87) en comparación con las mujeres (17.75), en lo que se refiere a lo evaluado por los ítems de autoeficacia, el promedio fue más bajo en los hombres (3.44) que en las mujeres (4.32) en cuanto a la seguridad de la capacidad de negarse a tener relaciones con personas con quienes han consumido bebidas alcohólicas o drogas, donde los hombres mostraron (4.05) y las mujeres (4.50); en cuanto a la seguridad de la capacidad de usar condón después de haber bebido alcohol, se mostró en los hombres (3.79) en las mujeres (4.18) o consumido drogas (3.84 y 4.15) respectivamente; mientras que en los ítems que evaluaron las actitudes, los hombres (2.82) reportaron mayor grado en comparación con las mujeres (2.13) en cuanto a que el uso del condón disminuye la satisfacción sexual, así mismo que prefieren arriesgarse a la infección por VIH y contraer sida (1.59 vs 1.41) respectivamente y a su vez reportan tener un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida que las mujeres (4.34 vs 2.10) respectivamente.

Ahora bien, al hacer un análisis de regresión múltiple, para la conducta de uso inconsistente del condón en las relaciones vaginales, en el caso de los hombres no se encontró un predictor y en las mujeres sí que fue la variable de autoeficacia que es la capacidad para usar condón después de que se ingirió una bebida alcohólica y en la actitud que el condón disminuye la satisfacción sexual.

Capítulo 4. Método

4.1 Planteamiento del problema

Las conductas sexuales de riesgo ponen en cierta vulnerabilidad a las personas debido a colocarlos en una alta probabilidad de situaciones nocivas (Bahamon, Vianchá y Tobos, 2014). Se ha encontrado que existe conocimiento de las consecuencias negativas de las conductas sexuales de riesgo; sin embargo, esto no es un limitante para que su prevalencia siga siendo alta; por lo tanto, se ha vuelto de gran interés la comprensión de dicha problemática (Bahamon, Vianchá y Tobos, 2014). De acuerdo a lo mencionado anteriormente, podemos ver cómo realmente existe un conocimiento de los beneficios y las consecuencias en torno al ejercicio de las conductas sexuales, sin embargo, las que generan un riesgo aún son llevadas a cabo por lo que es importante analizar qué es lo que orilla a los jóvenes a que no mantengan su integridad si se supone tienen los conocimientos suficientes.

Tal es el caso de las conductas sexuales de riesgo relacionadas al uso del preservativo, donde se ha encontrado que no existe desinformación de cómo protegerse, a pesar de que sigue habiendo presencia de riesgo al no utilizarlo y por lo tanto una alta vulnerabilidad de desarrollar diversas problemáticas, lo que deja entrever que hay otras circunstancias que llevan que los jóvenes tengan conductas sexuales de riesgo (Bahamon, Vianchá y Tobos, 2014). De tal manera que, si jóvenes de una universidad cuentan con los conocimientos de sexualidad en cuanto a prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, no planeado, planificación familiar y demás fuentes, porque no las llevan a cabo de tal manera que no desarrollen conductas sexuales de riesgo; es por eso que se pretende analizar dichas variables y su relación.

Existe una discrepancia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la utilización de estos entre adolescentes y jóvenes (Family Care International, 2008).

De acuerdo con Pez, Montijo y Icedo (2007), se ha demostrado que existe un conocimiento sobre el sida y el virus de inmunodeficiencia humana y todo lo relacionado a estos; sin embargo, sigue habiendo presencia de conductas sexuales de riesgo.

Dentro de los comportamientos sexuales de riesgo se encuentran:

- Iniciar la vida sexual a edad temprana
- Tener múltiples parejas sexuales
- No utilizar preservativo

Existe una necesidad de abordar investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva en jóvenes que no solo identifiquen las conductas sexuales de riesgo sino más bien que nos permita determinar qué es lo que lleva a los jóvenes a desarrollar estas conductas de riesgo, más allá de la información que tengan en relación al sexo seguro.

4.2 Justificación

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas México (UNFPA), en los que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR), los principales riesgos de esta de los jóvenes son:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual
- La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo
- La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida

Debido a que existe un conocimiento de las consecuencias que se pueden desarrollar por las conductas sexuales de riesgo, pero aún se siguen ejerciendo por los jóvenes; resulta importante identificar en primer momento cuales son las que llevan a cabo y que variables psicológicas existen como barreras que determinan que dichos jóvenes las lleven a cabo. Cabe mencionar que, si bien es cierto que jóvenes estudiantes en el área de la salud cuentan con las herramientas de conocimiento relacionadas a la salud sexual y reproductiva; algo

está sucediendo que impide que dichos conocimientos no los lleven a la práctica en su persona.

Se ha demostrado que es de suma importancia identificar las variables que puedan predecir las conductas sexuales de riesgo, para así poder actuar en dicho problema; de tal manera que tanto las autoridades como los profesionales de la salud puedan actuar frente a eso y reducir el riesgo (Bayes, 1990, Bayes, 1990 tomado de Pez, Montijo y Icedo, 2007). La evaluación de las conductas sexuales en jóvenes universitarios es necesaria para explorar e identificar las experiencias cotidianas y variables asociadas socio-culturales que influyen en la salud sexual y reproductiva

4.3 Objetivo general

Describir la relación entre las actitudes hacia el uso del preservativo y la autoeficacia en los jóvenes universitarios y las conductas sexuales de riesgo.

4.4 Objetivos específicos

- Identificar las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes universitarios que intervienen en el ejercicio de su sexualidad.
- Describir las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo los jóvenes universitarios que afectan su salud sexual y reproductiva.
- Relacionar las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo los jóvenes universitarios con las variables de actitudes hacia el uso del preservativo y la autoeficacia.

4.5 Preguntas de investigación

Pregunta guía

¿Cuál es la relación entre las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes universitarios?

Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son las variables asociadas a las conductas sexuales de riesgo presentes en los jóvenes universitarios que intervienen en el ejercicio de su sexualidad?
- ¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo los jóvenes universitarios que afectan su salud sexual y reproductiva?

4.6 Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional y transversal, sabiendo que un estudio descriptivo selecciona una serie de variables y se miden cada una de ellas independientemente para así poder describirlas y correlacional al asociar dichas variables en termino de dirección, fuerza y magnitud.

4.7 Definición de variables

○ Actitudes hacia el uso del condón

Conceptual: La actitud es una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión (Fishbein, 1967).

Operacional: Las actitudes hacia el uso del condón se evaluarán por medio del instrumento extraído de la encuesta universitaria sobre salud sexual (Moreno, Robles y cols, 2010).

○ Autoeficacia

Conceptual: Confianza que tiene la persona sobre sus propias capacidades para que se puedan realizar una acción y a su vez para llegar al resultado deseado (Universidad de Cantabria, s/a).

Operacional: la autoeficacia, se evaluará por medio del instrumento SEA-27, (López-Rosales & Moral, 2001).

- **Conductas sexuales de riesgo**

Conceptual: Exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. (Espada, Quiles y Méndez, 2003; tomado de Garcia-Vega et al., 2012)

Operacional: se medirán las conductas sexuales de riesgo por medio del instrumento de auto reporte de conductas sexuales de Robles (2005).

4.8 Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos, uno que mide autoeficacia y actitudes, del Self-Efficacy for AIDS, extraído del formato de (SEA-27) (Ver anexo 1, (López-Rosales & Moral, 2001), el cual consta de 27 ítems en escala tipo Likert los cuales tienen opciones de respuesta que van de 1 a 5, de nada seguro hasta totalmente seguro. La medición de actitudes está situada en los últimos 12 ítems con las mismas opciones de respuesta. Este instrumento fue validado en México en una muestra representativa de adolescentes con una edad que va de los 12 a los 27 años (López-Rosales & Moral 2001), mismo que posterior se validó en estudiantes universitarios (Robles, 2005; tomado de Robles, et al. 2006.

Este instrumento en el apartado que corresponde a la autoeficacia, se divide en 4 factores, que se describen a continuación (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de factores del SEA-27.

Factores	Descripción	Ítems	Preguntas
Suma total de elementos	Estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo	A1-A11	A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?
Factor 1 (STF1)	relaciones sexuales bajo		¿Alguien conocido hace 30 días o menos?

	diferentes circunstancias.	<p>¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?</p> <p>¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?</p> <p>¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?</p> <p>¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?</p> <p>¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?</p> <p>¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?</p> <p>¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?</p> <p>¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?</p> <p>¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?</p> <p>¿Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?</p>
Suma total de elementos Factor 2 (STF2)	Uso del C1-C8 preservativo	<p>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? 2. Usar correctamente el condón 3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol? 4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resistol, tinner)

				5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?
				6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?
				7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?
				8. Acudir a la tienda a comprar condones?
Suma total de elementos	Matrimonio, fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres.	C9-C12	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?	
Factor (STF3)	3			9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?
				10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?
				11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales
				12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales
Suma total de elementos	Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo	B1-B4	B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....	
Factor (STF4)	4			1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?
				2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a
				3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?
				4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?

Fuente: Elaboración propia

• El primer factor (STF1) comprende los 11 elementos (A1 a A11) que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo distintas circunstancias. Explica 25.82% de la varianza total y presenta una consistencia interna muy elevada, de 0.92.

- El segundo factor (STF2) comprende los ocho elementos (C1 a C8) referentes al uso de preservativo. Explica el 14.29% de la varianza total. Su consistencia interna es moderadamente alta de 0.75.

- El tercer factor (STF3) comprende cuatro elementos (C9 a C12) sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. Explica el 9.6% de la varianza y tiene una consistencia interna moderadamente alta de 0.75.

- El cuarto factor (STF4) está compuesto por los cuatro elementos (B1 a B4) que abordan sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas. Explica el 8.76% de la varianza total y tiene una consistencia interna alta de 0.8.

(López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001).

Como parte adicional de este instrumento, retomando las preguntas adicionales que incluyeron(López-Rosales & Moral-de la Rubia(2001), suman un total de 27 preguntas, las cuales se componen de la siguiente manera. Como variables dicotómicas están las que miden el haber o no tenido relaciones sexuales, el uso del condón en su primera relación sexual, la planificación de esta, el lugar, y el uso del condón en las relaciones sexuales. Como variables cuantitativas, es el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales, la edad en la que tuvo su primera relación sexual. Como variables politómicas, se preguntó, la razón por la cual no se utilizó condón, en caso de haber sido así, y se pide que indiquen una estimación de la efectividad del condón y si está conforme con que es muy difícil que se infecte de SIDA a pesar de no protegerse. Además, se les pregunta sobre los temas de sexualidad, los temas que más le interesan y la fuente de los mismos. Por último, se les dan a conocer 15 conductas de riesgo y determinan su nivel de riesgo; cabe mencionar que, para el caso de esta investigación, fue modificada la forma de plantearlas.

El segundo instrumento de comportamiento sexual para medir las conductas sexuales, es el de auto reporte, elaborado por Robles (2005), el cual está diseñado para obtener información sobre las conductas sexuales; consta de 42 preguntas de opción múltiple (Ver anexo 2).

El tercer instrumento evalúa las actitudes hacia el uso del condón, el cual se toma de la encuesta universitaria sobre salud sexual (Moreno, Robles y cols., 2010); mismo que fue adaptado en Aguas, (2012), consta de 24 ítems en escala tipo Likert, que van desde totalmente en desacuerdo, hasta totalmente de acuerdo (Ver Anexo[1] 3).

4.9 Hipótesis alterna

Las actitudes hacia el uso del condón y la autoeficacia estarán asociadas a las conductas sexuales de riesgo que impiden que los jóvenes universitarios no apliquen sus conocimientos referentes a la salud sexual y reproductiva en su propia salud.

4.10 Hipótesis nula

No existe asociación entre las actitudes hacia el uso del condón y la autoeficacia con las conductas sexuales de riesgo que impiden que los jóvenes universitarios no apliquen sus conocimientos referentes a la salud sexual y reproductiva en su propia salud.

4.11 Consideraciones éticas

Los jóvenes universitarios fueron invitados a participar en el estudio, se les dio a conocer el objetivo de la investigación, mencionándoles que su participación es voluntaria y si en algún momento durante el procedimiento, decidían abandonar el estudio, podrían hacerlo sin ninguna consecuencia. Se les dio a conocer a los participantes que el estudio y sus respuestas eran totalmente anónimas y confidenciales.

4.12 Muestreo

El presente estudio se llevó a cabo con un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

4.12.1 Muestra

130 jóvenes estudiantes universitarios de dos universidades, una pública y una privada, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria.

4.13 Procedimiento

En un primer momento, se realizó la gestión pertinente en dos universidades, una pública y una privada, ambas ubicadas en la Zona Oriente del Estado de México, que cuentan con una matrícula de aproximadamente 3,000 estudiantes cada una, en ambas se tuvo acceso a dos poblaciones pertenecientes a carreras de la salud. Posteriormente se capturaron los instrumentos en una plataforma de Google Drive, con la finalidad de que se contestaran directamente en la computadora. Una vez que quedó diseñado el instrumento completo, se asignaron horarios con los jóvenes y por grupos asignados aleatoriamente se reunieron en un aula de cómputo para la contestación del instrumento.

4.14 Análisis de resultados.

Una vez recolectada toda la información, se llevó a cabo el análisis de resultados, así que se vació la información en el programa de Excel y posteriormente se hizo en el programa estadístico SPSS versión 22 para analizar los datos.

Se llevaron a cabo análisis de tipo estadísticos descriptivos en relación al sexo, estado civil, orientación sexual, la presencia de hijos, número de hijos, universidad a la que pertenecían, pareja estable, así como distribución y categorías de edad; además de estadística inferencial a través de una correlación r de Pearson para asociar los factores del SEA-27, las conductas sexuales y las actitudes hacia el uso del condón.

Capítulo 5. Resultados

En el presente apartado se describirán las variables que determinan las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes en relación a sus condiciones sociodemográficas y como sus conductas sexuales y actitudes en relación al uso del preservativos se ven influidas por la autoeficacia.

Tabla 3. Porcentajes de las variables sociodemograficas.

Variable sociodemográfica	n	%
Hombres	58	45
Mujeres	71	55
21 a 25 Años	92	70.8
Solteros	103	79.2
Casados	14	10.8
Heterosexuales	117	90
Homosexuales	3	2.3
Bisexual	9	6.9
Con hijos	24	18.5
Sin hijos	105	80.8
Universidad Pública	79	60.8
Universidad Privada	50	38.5
Pareja estable	69	53.1

Tabla 4. Correlaciones entre factores del SEA-27, las conductas sexuales y las actitudes hacía el uso del condón.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. SEAF1	-	.52**	.58**	.38**	0.17	0.01	.21*	-0.17
2. SEAF2		-	.67**	.46**	.41**	.21*	0.14	0.12
3. SEAF3			-	.26**	.21*	0.01	.34**	-0.07
4. SEAF4				-	0.16	.19*	0.16	0.07

5. Actitudes hacia el uso del condón	-	0.14	.28**	0.01
6. Conductas sexuales			-	-0.03
7. Uso del condón y planificación de relaciones sexuales				-
8. Percepción de riesgo				-

** Correlación significativa al 0.01
* Correlación significativa al 0.05

Los resultados de estas pruebas indican que no existe relación entre el factor número 1 de estimación de la *capacidad para decir no a las relaciones sexuales con las conductas sexuales* ni con las *actitudes hacía el uso del condón*, ni con la *percepción de riesgo*, pero si existió una correlación positiva leve con el *uso del condón* y la *planificación de las relaciones sexuales* (.212). En el factor número 2 referentes al *uso del condón*, si hay relación significativa positiva leve con las *conductas sexuales* (.212) y una correlación enegativa moderada con las actitudes hacía el uso del condón (-.408), aunque no con la *percepción de riesgo* ni con el *uso del condón* y la *planificación de las relaciones sexuales*. El factor número 3 sobre *matrimonio, fidelidad y el habla de las relaciones sexuales*, se relaciona de forma positiva leve con las *actitudes hacía el uso del condón* (.341) y de forma positiva moderada con la variable del *uso del condón y la planificación de las relaciones sexuales* (.341), pero no con las *conductas sexuales*, ni con la *percepción de riesgo*. El factor número 4 sobre la *capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales y otras conductas de riesgo*, se relaciona de forma positiva leve con las *conductas sexuales* (.188), pero no con las *actitudes hacía el uso del condón*, ni con la *percepción de riesgo*, ni con el uso del condón y la *planificación de las relaciones sexuales*. Por último,

las *conductas sexuales* no se relacionan con las actitudes hacia el uso del condón, ni con el uso del condón y la *planificación de las relaciones sexuales*, pero si de forma positiva leve con la *percepción de riesgo* (226).

Tabla 5. Diferencias en factores del SEA-27 entre hombres y mujeres.

Factores	Tamaño de t	P	Medias: hombres	Desviación estándar: hombres	Medias: mujeres	Desviación estándar: mujeres
STF1 (Capacidad para negarse a tener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias)	3,307	.381	35.87	12.16	43.53	13.78
STF2 (Uso del preservativo)	1,853	.211	34.12	7.28	34.12	6.58
STF3 (Matrimonio, fidelidad y conversaciones con los padres sobre las relaciones sexuales)	2,733	.370	13.39	4.10	13.39	4.34

STF4	-0.360	.314	18.08	2.96	18.08	3.50
(Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo)						

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas de los factores del SEA-27 entre hombres y mujeres.

Tabla 6 Diferencias en factores del SEA-27 entre heterosexuales y homosexuales.

Factores	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>M:</i> <i>heterose</i> <i>xual</i>	<i>DE</i> <i>heterosexu</i> <i>al</i>	<i>M:</i> <i>homosexu</i> <i>al</i>	<i>DE:</i> <i>homosexu</i> <i>al</i>
STF1 (Capacidad para negarse a tener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias)	-	.55	40.30	13.68	41.00	12.16

STF2 (Uso del preservativo)	0	1.1	.58	33.23	7.06	28.66	5.68
STF3 (Matrimonio, fidelidad y conversaciones con los padres sobre las relaciones sexuales)	2	2.5	.17	12.67	4.32	6.33	2.08
STF4 (Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo)	1	.65	.83	18.24	3.29	17.00	2.64

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas de los factores del SEA-27 entre heterosexuales y homosexuales.

Tabla 7. Diferencias en factores del SEA-27 entre solteros y casados.

Factores	Tamaño de t	P	Medias: solteros	Desviaci ón estándar : solteros	Medias: casados	Desviación estándar: casados
STF1 (Capacidad para negarse a tener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias)	1.387	.74	39.05	13.7 1	44.50	14.27
STF2 (Uso del preservativo)	.506	.15	33.27	6.80	34.28	8.63
STF3 (Matrimonio, fidelidad y conversaciones con los padres sobre las relaciones sexuales)	1.34	.03**	12.17	4.18	13.85	5.68

STF4	2.00	.00**	18.00	3.45	19.85	.53
(Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo)						

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en los factores 1 y 2 del SEA-27 entre solteros y casados. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en los factores 3 que corresponde al matrimonio, fidelidad y el habla de las relaciones sexuales, y el factor número 4 sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales y otras conductas de riesgo solteros y casados [3] entre solteros y casados.

Tabla 8. Diferencias en conductas sexuales entre hombres y mujeres

	Tamaño de t	P	Medias: hombre s	Desviación estándar: hombres	Medias: mujeres	Desviación estándar: mujeres
Conductas sexuales	.756	.89	1.75	.16	1.77	.14

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en las conductas sexuales entre hombres y mujeres.

Tabla 9. Diferencias en conductas sexuales de riesgo entre heterosexuales y homosexuales.

	Tamaño de t	P	Medias: heterosexuales	Desviación estándar: heterosexuales	Medias: homosexuales	Desviación estándar: homosexuales
Conductas sexuales de riesgo	.76	.102	1.77	.15	1.68	.02

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en las conductas sexuales entre heterosexuales y homosexuales.

Tabla 10. Diferencias en conductas sexuales de riesgo entre solteros y casados.

	Tamaño de t	P	Medias: solteros	Desviación estándar: solteros	Medias: casados	Desviación estándar: casados
Conductas sexuales de riesgo	-.556	.13	1.78	1.16	1.75	.10

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en las conductas sexuales entre solteros y casados.

Tabla 11. Diferencias en actitudes hacia el uso del condón entre hombres y mujeres

	Tamaño de t	P	Medias: hombres	Desviación estándar: hombres	Medias: mujeres	Desviación estándar: mujeres
Actitud es hacía el uso del condón	1.85	.10	3.37	.44	3.51	.36

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en las actitudes hacía el uso del condón entre hombres y mujeres.

Tabla 12. Diferencias en actitudes hacia el uso del condón entre heterosexuales y homosexuales

	Tamaño de t	P	Medias: heterosexu ales	Desviación estándar: heterosexu ales	Medias: homosexu ales	Desviación estándar: homosexuale s
--	----------------	---	-------------------------------	---	-----------------------------	---

Actitudes hacia el uso del condón	.668	.979	3.45	.41	3.29	.45
-----------------------------------	------	------	------	-----	------	-----

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia el uso del condón entre heterosexuales y homosexuales

Tabla 13. Diferencias en actitudes hacia el uso del condón entre solteros y casados

	Tamaño de t	P	Medias: solteros	Desviación estándar: solteros	Medias: casados	Desviación estándar: casados
Actitudes hacia el uso del condón	-.479	.033	3.46	.38	3.40	.55

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que si se encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia el uso del condón entre solteros y casados.

Tabla 14. Diferencias en capacidad de decir no al tener relaciones sexuales con alguien.

	Tamaño de t	P	Medias: Hombres	Desviación estándar: Hombres	Medias: Mujeres	Desviación estándar: Mujeres
Conocido hace 30 días o menos	3.70	.36	3.28	1.48	3.28	1.45
Cuya historia sexual es desconocida para ti	2.70	.20	3.40	1.56	4.13	1.49
A quien necesitas que se enamore de ti	4.16	.57	2.98	1.45	4.04	1.41
Que te presiona a tener relaciones sexuales	1.02	.40	3.83	1.60	4.11	1.53
Con quien has estado bebiendo alcohol	2.54	.15 0	3.09	1.58	3.82	1.67

Con quien has estado utilizando drogas	1.43	.16	3.67	1.63	4.07	1.51
Y tu nivel de excitación sexual es muy alto	2.12	.88	3.02	1.55	3.59	1.50

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en capacidad de decir no al tener relaciones sexuales con alguien conocido hace 30 días; cuando no se conoce la historia sexual; con alguien que necesita que se enamore de él o ella; cuando alguien presiona para tener relaciones sexuales; con alguien con quien se ha estado bebiendo alcohol; con alguien con quien se ha estado consumiendo drogas y cuando el nivel de excitación es muy alto, entre hombres y mujeres.

Tabla 15. Diferencias en la capacidad de usar condón cada vez.....

	Tamaño de t	P	Medias: Hombres	Desviació n estándar: Hombres	Medias: Mujeres	Desviación estándar: Mujeres
Usar el condón cada vez que tengas	-.002	.93	4.31	1.18	4.31	1.090

relaciones sexuales						
Usar correctamente el condón	.02	.68	4.21	.96	4.21	1.13
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	2.7	.01**	3.90	1.18	4.42	.98

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la capacidad de usar condón cada vez que tienen relaciones sexuales, mientras que si en la percepción de la capacidad del uso correcto del condón, siendo mayor en las mujeres y en la capacidad de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no aceptaba usar condón siendo mayor en los hombres.

Tabla 16. Diferencias en capacidad de decir no al tener relaciones sexuales con alguien.... En homosexuales y heterosexuales

Tamaño de t	P	Medias: Heterosexuales	Desviación estándar: Heterosexuales	Medias: Homosexuales	Desviación estándar: Homosexuales
-------------	---	------------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------------------

Conocido hace 30 días o menos	.17	.30	3.83	1.53	3.67	2.30
Cuya historia sexual es desconocida para ti	-.53	.35	3.85	1.55	4.33	1.15
A quien necesitas que se enamore de ti	-.12	.30	3.56	1.53	3.67	2.30
Que te presiona a tener relaciones sexuales	-1.09	.00	4.01	1.55	5.00	.00
Con quien has estado bebiendo alcohol	-.52	.56	3.48	1.69	4.00	1.73
Con quien has estado utilizando drogas	-.121	.00	3.88	1.58	5.00	.00

Y tu nivel de excitación sexual es muy alto	.35	.83	3.32	1.56	3.00	2.00
---	-----	-----	------	------	------	------

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la capacidad de decir no al tener relaciones sexuales con alguien conocido hace 30 días; en la capacidad de decir no cuando no se conoce la historia sexual; con alguien que necesita que se enamore de él o ella; alguien presiona para tener relaciones sexuales; cuando con alguien con quien se ha estado bebiendo alcohol y cuando el nivel de excitación es muy alto, entre heterosexuales y homosexuales; mientras que si se encontraron diferencias significativas en la capacidad de decir no de tener relaciones sexuales con alguien con quien se ha estado consumiendo drogas; siendo mayor en los heterosexuales que en los homosexuales.

Tabla 17. Diferencias en la capacidad de usar condón..... entre heterosexuales y homosexuales

Seguro de ser capaz de.....

Tamaño de t	P	Medias: Heterosexuales	Desviación estándar: Heterosexuales	Medias: Homosexuales	Desviación estándar: Homosexuales
-------------	---	------------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------------------

Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	.48	.56	4.32	1.14	4.00	1.00
Usar correctamente e el condón	1.47	.26	4.23	1.04	3.33	.57
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón	1.41	.16	4.23	1.09	3.33	.57

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la capacidad de usar condón cada vez que tienen relaciones sexuales; percepción de la capacidad del uso correcto del condón; capacidad de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar condón entre heterosexuales y homosexuales.

Tabla 18. Diferencias en la percepción de riesgo para contraer VIH entre hombres y mujeres.

	Tamaño de t	P	Medias: Hombres	Desviación estándar: Hombres	Medias: Mujeres	Desviación estándar: Mujeres
Al tener relaciones sexuales sin condón.	-.22	.59	1.17	.46	1.15	.40
Al serle infiel a la pareja	-.48	.76	1.88	.72	1.82	.72
Teniendo relaciones sexuales anales.	-.55	.52	1.95	.75	1.87	.77
Combinando el alcohol y las relaciones sexuales.	-2.12	.62	2.00	.83	1.70	.74
Al tener relaciones sexuales con alguien estando drogado	-1.49	.02	1.74	.84	1.54	.71

*

Teniendo más de un(a) compañero(a) sexual	-1.83	<u>.00</u> **	1.45	.65	1.25	.55
Teniendo relaciones sexuales ocasionales no planificadas	-0.3	.23	1.64	.66	1.63	.74
Teniendo relaciones sexuales homosexuales	1.57	<u>.01</u> **	1.66	.78	1.86	.68
Teniendo relaciones sexuales con el novio o novia.	-1.03	.59	2.43	.75	2.30	.72
Tener relaciones sexuales por placer	1.66	.83	2.03	.81	2.27	.77

Teniendo relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas.	-0.87	0.22	1.38	0.64	1.28	0.61
---	-------	------	------	------	------	------

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la percepción de riesgo para contraer VIH al tener relaciones sexuales sin condón; al serle infiel a la pareja; teniendo relaciones sexuales anales; combinando el alcohol y las relaciones sexuales; teniendo relaciones sexuales ocasionales no planificadas; teniendo relaciones sexuales con el novio o novia; tener relaciones sexuales por placer; teniendo relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas entre hombres y mujeres. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en la percepción de riesgo para contraer VIH, al tener relaciones sexuales con alguien estando drogado, siendo mayor en los hombres que en las mujeres; así como teniendo más de un(a) compañero(a) sexual, siendo mayor en los hombres que en las mujeres; además de cuando se tienen relaciones sexuales homosexuales, siendo mayor en los hombres que en las mujeres.

Tabla 19. Diferencias en la percepción de riesgo para contraer VIH.....entre homosexuales y heterosexuales

Tamaño de muestra	P	Medias: Heterosexuales	Desviación estándar: Heterosexuales	Medias: homosexuales	Desviación estándar: Homosexuales
-------------------	---	------------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------------------------

Al tener relaciones sexuales sin condón.	.66	.12	1.17	.44	1.00	.00
Al serle infiel a la pareja	-.43	.69	1.82	.70	2.00	1.00
Teniendo relaciones sexuales anales. 7	1.2	.5	1.90	.75	1.33	.57
Combinando el alcohol y las relaciones sexuales. 5	1.0	.23	1.84	.82	1.33	.57
Al tener relaciones sexuales con alguien estando drogado	.64	.17	1.63	.79	1.33	.57
Teniendo más de un(a) compañero(a) sexual	-.94	0.33	1.33	.58	1.67	1.15

Teniendo relaciones sexuales ocasionales no planificadas	-06	.17	1.64	.71	1.67	1.15
Teniendo relaciones sexuales homosexuales	.17	.23	1.74	.73	1.67	1.15
Teniendo relaciones sexuales con el novio o novia.	-.74	.25	2.34	.74	2.67	.57
Tener relaciones sexuales por placer	-.43	.37	2.13	.79	2.33	1.15
Teniendo relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas.	-.91	.08	1.32	.62	1.67	1.15

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la percepción de riesgo para contraer VIH al tener relaciones sexuales sin condón; al serle infiel a la pareja; teniendo relaciones sexuales anales; combinando el alcohol y las relaciones sexuales; al tener relaciones sexuales con alguien estando drogado; teniendo relaciones sexuales ocasionales no planificadas; relaciones sexuales homosexuales; relaciones sexuales con el novio o novia; relaciones sexuales por placer entre heterosexuales y homosexuales; sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en la percepción de riesgo para contraer VIH, teniendo más de un(a) compañero(a) sexual; siendo mayor en los homosexuales, que en los heterosexuales; así como teniendo relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas, siendo prevalente en los homosexuales.

Tabla 20. Diferencias en la utilización de condón en la primera relación sexual entre hombres y mujeres

	Tamaño de t	P	Medias: Hombres	Desviación estándar: Hombres	Medias: Mujeres	Desviación estándar: Mujeres
Utilización de condón en la primera relación sexual	.45	.37	1.64	.48	1.68	.47
Utilización de algún método anticonceptivo distinto al condón	.62	.21	1.74	.44	1.79	.41

Presencia de una infección de transmisión sexual en algún momento	1.03	.68	1.91	.38	1.99	.39
Disposición para hacerse la prueba de VIH	1.02	.04*	1.96	.20	1.96	.20[4]
Reconocimiento de un embarazo en algún momento de la vida	-.29	.56	1.74	.44	1.72	.45
Reconocimiento de un aborto	.70	.16	1.84	.36	1.89	.31

** Diferencia significativa al 0.01

* Diferencia significativa al 0.05

Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas en la utilización de condón en la primera relación sexual; en la utilización de condón en la primera relación sexual; en la presencia de una infección de transmisión sexual en algún momento; en el reconocimiento de un embarazo en algún momento de la vida; en el reconocimiento de un aborto; entre hombres y mujeres. Sin embargo si se encontraron diferencias significativas en la disposición para hacerse la prueba de VIH , aunque es básicamente mínima.

Capítulo 6. Discusión

En los resultados reportados anteriormente, podemos ver que se encontraron correlaciones entre los factores del SEA-27 que evalúa autoeficacia, con las otras variables. Por ejemplo, lo que corresponde al factor 1 que estima la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, el cual no se correlacionó con una percepción de riesgo por los jóvenes, las conductas sexuales que practican y las actitudes que tienen en relación al uso del condón.

Lo cual puede verse explicado bajo la determinación señalada por Martínez, Villaseñor y Celis, 2002, quienes comentan que existen creencias desfavorables en relación a la eficacia de los condones para prevenir ITS, que se vuelven actitudes obstáculo para utilizarlo y para los jóvenes el uso del condón no debe representar algo que interfiera con el placer, aunque para las mujeres usarlo puede representar cierta seguridad (Lameiras, Rodríguez, Calado & González, 2004).

Así también, los varones tienen la creencia de que el condón disminuye el placer, razón por la cual su actitud hacia su uso es desfavorable (López, Vera y Orozco, 2001).

Sin embargo, si se correlacionó con el uso del condón y la planificación de las relaciones sexuales, lo que quiere decir que si utilizan condón en sus encuentros sexuales y sobre todo cuando estos son planificados. Así pues, nos permite analizar que en la investigación presente, los jóvenes universitarios suelen planear sus encuentros sexuales o bien decidir que no tendrán relaciones sexuales. Dichos resultados son similares a los encontrados por Uribe & Orcasita (2011), quienes realizaron un estudio en profesionales de la salud, encontrando que tienen la creencia de ser capaces de pedir a sus parejas el uso del condón (97.1%) y de llevarlo si deciden tener relaciones sexuales (88.2%) y de manera general, los profesionales de la salud presentaron un nivel de autoeficacia alto, con puntajes de alrededor 58.8%.

En el caso del factor 2, referentes al uso del condón, permite ver cómo utilizan el condón en sus encuentros sexuales. El factor 3, que se refiere al matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres, se relacionó con el uso del condón y la planificación de las relaciones sexuales, de tal forma que señala que existe una comunicación en la toma de decisión de las relaciones sexuales y una planificación del uso del condón; es decir, cuando los jóvenes hablan sobre sexualidad con sus padres en diversos niveles, existe mayor probabilidad de que utilicen condón en sus relaciones sexuales. Por último en el factor 4 que toma en cuenta la capacidad de preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales que haya tenido con anterioridad. Caso muy parecido a lo encontrado por González-Habib, Pastén-Zapata & Zetina-Alvarado, (2019), quienes encontraron que 61% de los participantes de este estudio que tenían edades de entre los 15 y 60 años de edad, señalaron que la comunicación con sus madres sobre temas sexuales había sido muy poco satisfactoria, a nada satisfactoria e incluso no existía. Además, se puede observar relación de la percepción de riesgo con las conductas de riesgo, de tal forma que si perciben el riesgo a pesar de ejercer esas mismas conductas de riesgo, lo cual desde la teoría de acción razonada, los jóvenes utilizan la información que tienen sobre las relaciones sexuales como factor que influye en la intención de utilizar o no el condón.

En lo que corresponde a los factores de autoeficacia, también se encontraron diferencias en los factores de autoeficacia entre el grupo de solteros y el grupo de casados en lo que corresponde a factores como: el matrimonio, la fidelidad y las conversaciones sobre las relaciones sexuales con los padres y la capacidad de preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores; dado que se presentaron diferencias estadísticamente significativas, señalando que hubo mayor autoeficacia en el grupo de casados que a diferencia del grupo de solteros, lo mismo sobre las actitudes hacia el uso del condón, es decir existe mayor presencia del uso del condón en los casados que en los solteros. _Esto, desde la teoría social cognitiva, se puede explicar que existe mayor capacidad de eficacia percibida o autoeficacia, dado que existe mayor confianza en si mismo., de tal forma que los casados cuentan con mayores capacidades de control sobre si mismos y un supuesto conocimiento que el grupo de solteros.

Mientras que desde la teoría de la acción razonada se menciona que para predecir y comprender una conducta es necesario hacer una cadena causal de varios elementos; es decir, los factores que conllevan a la realización de una conducta como las actitudes hacia la conducta. En este caso podemos ver, que se relacionó el factor 2 del SEA-27 referente al uso del condón con las variables de conductas sexuales. Aunque cabe mencionar que la variable de actitudes del uso del condón que se evaluaron con otro instrumento no se correlacionó con las variables de las conductas sexuales; en este caso indica que los factores que llevan al uso condón se relacionan con las conductas sexuales que los individuos lleven a cabo.

En lo que corresponde a las diferencias, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de negarse a tener relaciones sexuales, en caso de que la pareja se negara a usar el condón entre hombres y mujeres, siendo que las mujeres puntúan más alto; cabe señalar que esto no quiere decir que sean las de menor riesgo para no utilizarlo, aquí lo que podría estar surgiendo es que efectivamente las mujeres son las que más solicitan el uso del condón a su pareja en comparación con los varones y además son quienes más se niegan a tener relaciones sexuales cuando su pareja se niega a utilizarlo, pero este puede deberse por un lado a que los varones son quienes menos reclaman el uso del condón por su pareja y por las condiciones socioculturales en las que se encuentran inmersos, considerando que son unversitarios en una zona urbana pero que finalmente están en la zona oriente del Estado de México donde hay un cúmulo de culturas que llegaron asentarse por familias pertenecientes a muchos estados de la República.

Existe diferencia entre la presión para tener relaciones sexuales entre heterosexuales y homosexuales, siendo mayor en los homosexuales. También entre alguien con quien se ha estado consumiendo drogas entre heterosexuales y homosexuales, siendo mayor en los homosexuales. Cabe mencionar que Robles et al (2006) encontraron que existió una mayor capacidad para negarse a tener relaciones sexuales después de haber consumido alguna bebida alcohólica o drogas, pero esto estuvo más presente en las mujeres; en este caso fue un grupo diferente, es decir fue entre heterosexuales y homosexuales y puede deberse

dicha presión al contexto sociocultural en el que están inscritos y además a la baja autoeficacia que pueden presentar ciertos grupos.

Desde la teoría de la acción razonada, podemos explicar que dicha capacidad de las mujeres para negarse a tener relaciones sexuales cuando la pareja se niega a usar condón, puede referirse en este caso a que las mujeres utilizaron la información a la que tenían acceso, la procesaron y formaron una intención en este caso la negación para una conducta como era el tener relaciones sexuales sin condón, donde su actitud fue favorable hacia si mismas; sin embargo, en los varones se puede presentar por un lado, que no se nieguen y por otro lado que no contemplen eso como una posibilidad y puede deberse al contexto y a la forma de llevar la relación.

Mientras que desde el modelo de creencias en salud, en este caso maximizaron los beneficios y los reconocieron para su comportamiento favorable, que fue su protección, lo que en si, les permitió llevar a cabo acciones preventivas, mediante la preocupación de contraer una infección por ejemplo, reconociendo el riesgo que este podría causar, asumiendo cierta seriedad y comparando el beneficio y el costo que les podía dejar si no se negaban a tener relaciones sexuales sin el uso del condón. Y por último desde la teoría social cognitiva, podemos ver reconocieron cierto control que permitió esta capacidad para negarse frente a la conducta de las relaciones sexuales sin condón, experimentando autoeficacia, dada la percepción de que estas acciones fueron más eficaces para su salud, viéndose motivados a llevar a cabo pensamientos positivos hacia una conducta de éxito, que este caso fue proteger su salud.

Por otro lado, en la presencia de la capacidad de negarse para tener relaciones sexuales en los homosexuales cuando existía una presión para tener relaciones sexuales y cuando existía un consumo de drogas, desde la teoría de la acción razonada, se predice la conducta del individuo debido a la intención de protección, teniendo una actitud para responder de forma favorable a su salud; que desde el modelo de creencias en salud maximizaron el beneficio debido al riesgo y seriedad percibida por la preocupación general de su salud, y que desde la teoría de salud cognitiva reconocen que su acción de protegerse es más eficaz

que exponerse al riesgo de infecciones de transmisión sexual, como un aumento de autoeficacia percibida para un mayor pensamiento positivo y de protección; en este caso la diferencia con el otro grupo puede deberse al nivel educativo y sociocultural diferente a los heterosexuales.

Por otro lado, cabe resaltar que son los homosexuales quienes tienen mayor desarrollada la capacidad para negarse a tener relaciones sexuales cuando existe una presión, de tal forma que en las parejas heterosexuales existe esta presión y así acceden, trayendo consigo diversas consecuencias, tanto emocionales como físicas. Esto podría deberse a que en esta heterosexualidad un tanto obligada en la sociedad y con cierta normatividad ha sido sustentada en mandatos culturales y valorativos que no ha permitido un avance en el reconocimiento de la sexualidad y del autocuidado en este ámbito, siendo la población homosexual que se ha abierto un poco más a la educación sexual y a conocer su cuerpo y un manejo de este un tanto saludable o bien con menor riesgo.

Además en la percepción de riesgo para contraer VIH, existieron diferencias estadísticamente significativas en lo siguiente: al tener relaciones sexuales con alguien estando drogado entre hombres y mujeres, siendo mayor en los hombres; cuándo hay más de un compañero sexual entre hombres y mujeres, presentándose más en los hombres, y al compararlo entre homosexuales y heterosexuales, fue mayor en los primeros; así como al tener relaciones homosexuales, entre hombres y mujeres, siendo mayor en las mujeres. Por último, existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la disposición para hacerse la prueba de VIH. Desde el modelo de creencias de salud, existió esta percepción de riesgo para VIH, al tener relaciones sexuales con alguien drogado con más de un compañero sexual, en el caso de los hombres y homosexuales, así como al tener relaciones sexuales en las mujeres, debido a que maximizaron los beneficios de protegerse al minimizar el riesgo de llevar a cabo conductas sexuales que pudieran ponerse en riesgo de contraer VIH.

Capítulo 7. Conclusiones

De acuerdo a lo encontrado en los resultados, podemos concluir que al estar presente una mayor capacidad en las mujeres para negarse a tener relaciones sexuales cuando la pareja se niega al uso del condón, entonces habría que trabajar una mayor educación sexual en cuanto al uso del condón en los hombres. Si bien se puede ver que hay un avance en la percepción de riesgo y la capacidad de autocuidado en las mujeres, lo cual puede deberse al acceso a la información y la educación integral de la sexualidad que va más allá de una visión biológica; sin embargo, aun falta mucho por hacer, como crear estrategias que permitan que los hombres no solo conozcan la información, sino que la procesen y tengan conductas de menor riesgo en el ejercicio de su sexualidad.

Álvarez y Rodríguez (2006), Señalan que la percepción tiene que ver con valores, tradiciones, estereotipos, vivencias y conocimientos sobre los aspectos de la vida, en relación al riesgo como entender la proximidad a un daño a la salud, así la presencia de una percepción y de un comportamiento sexual riesgoso en donde no existe la utilización de un preservativo se han visto que en el caso de los varones se asume una postura un tanto irreflexiva, mientras que en las mujeres se ven influenciadas por prejuicios sociales, de manera que existe la necesidad de diseñar acciones en donde se consideren aspectos que incluyan enfoques sobre comportamientos sexuales con mensajes claros relacionados a la prevención y adaptados culturalmente.

Cabe resaltar que se recomienda que para futuras investigaciones se puedan comparar los resultados que arrojan los instrumentos utilizados con estudios similares que evalúen estas variables en otra población que permita la visualización de un panorama distinto. Lo que permitiría visualizar si las creencias culturales se ven relacionadas a las conductas dependiendo del contexto en el que se encuentren inscritos los jóvenes, así como en contextos distintos como el nivel académico y sí este influye o no.

Por ultimo resultaría importante poder realizar una intervención en la población con la información de las conductas sexuales de riesgo, el uso del condón y la percepción de riesgo que permita que los participantes conozcan verdaderamente cuales son las conductas

sexuales y el riesgo presente en cada una de ellas, lo que a su vez permitiría que las puedan seguir practicando, pero disminuyan el riesgo de una posible consecuencia. Resultaría importante no hablar solo desde una perspectiva biológica, sino psicosocial, dejando entrever un análisis de los diversos factores sociales que intervienen en las conductas sexuales de los jóvenes, retomando temas de género y placer que le permitan a las y los jóvenes conocer que pueden disfrutar de una vida sexual plena y placentera sin limitaciones pero conociendo los riesgos y como disminuirlos.

De esta forma se recomienda una intervención basada en una educación integral de la sexualidad que contemple aspectos como la familia, incluyéndola en este devenir de información sobre sexualidad, así como preocuparse por las inquietudes, preguntas, creencias y necesidades de aprendizaje de los jóvenes inscritos en este proceso de aprendizaje, orientado en las distintas dimensiones, tanto biológicas, psicológicas, sociales y valóricas, estando conscientes que la información que les imparta no provocará un cambio de actitudes o de comportamientos, pero tomando en cuenta que esta información será importante para crear un proceso de discusión consigo mismos y apoyándose de un equipo multidisciplinario que le permita manejar los temas complejos que se deslindan de la sexualidad. Además será importante que deje de lado mitos, prejuicios y falsos conceptos en su campo actitudinal y conductista en relación a la sexualidad humana, con la finalidad de la mayor comprensión de los y las jóvenes, manejando el respeto por las diferencias que se presenten en cada uno, tanto de opiniones como de valores, tomando en cuenta que la moral estará atravesándose e inscrita en todo momento.

La persona que imparta la intervención de educación integral de sexualidad, deberá considerar las desigualdades, las diversas violencias que se ejercen y las discriminaciones que hay sobre las mujeres y la diversidad sexo-genérica, tomando en cuenta que la heterosexualidad que se ha venido marcando como obligatoria organiza una vida sexo-afectiva que sin duda se emerge en los comportamientos en las relaciones de los jóvenes. Por último, es importante que la persona encargada de esta intervención no tenga una visión adultocentrista de las prácticas de las juventudes, esta visión será un aspecto medular para la comunicación con los y las jóvenes, que le permita entablar esta intervención con

información en temas como VIH, infecciones de transmisión sexual, prácticas sexuales en jóvenes, embarazo adolescente, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos e interrupción legal del embarazo, placer par quienes estén o no interesados en prácticas sexuales o afectivas, sin olvidar que esta información deberá ser actualizada.

Referencias

Aequalis. (2016). Grupos Vulnerables. Igualdad para los grupos vulnerables. Disponible en: http://aequalis.mex.tl/507967_Grupos-Vulnerables.html

Antón, F. A., & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin*, 82, 261-277.

Amar, J. Abello, R. Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 11:107-121.

Álvarez Vázquez, Luisa, & Rodríguez Cabrera, Aida (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1),1-9.[fecha de Consulta 1 de Mayo de 2022]. ISSN: 0864-3466. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432108>

Espada, J.P., Ballester R., Huedo-Medina, T.B., Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología*, 29, 83-89.

Espada, J.P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R., & Huedo-Medina, T.B. (2012). Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 24, 500-513. doi: 10.1521/aeap.2012.24.6.500

Forcelledo Llano, C. R.; Suárez, N.; Tamargo, T. (2009). Conocimientos, actitudes y uso del condón masculino en la prevención del VIH / sida en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. Pinar del Río, Cuba. *Horizonte Sanitario*, 8(1): 7-24.

Newby, K.V., Brown, K.E., French, D.P., & Wallace, L.M. (2013). Which outcome expectancies are important in determining young adults intentions to use condoms with casual sexual partners?: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 133. doi: 10.1186/1471-2458-13-133

Teva, I., Paz Bermúdez, M., Ramiro, M.T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 46, núm. 2, noviembre, 2014, pp. 127-136

Bahamon, M. J., Vianchá, M. A. y Tobos, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.

Brito, R. (1998). Hacia una sociología de la juventud. Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2016). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 1er. Trimestre de 2016. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>

Dávila León, Oscar. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ultima década*, 12(21), 83-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>

Donas, S. (1998). Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Caracas.

Dorina, S. (2005). Teoría de la acción razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), 1515-1867.

Enríquez, D., Sánchez, R. y Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.

ERA SALUD. (2003). Disponible en: <http://www.directoriomedico.com.ve/enfermedades/mujer/e/embaplan.php>

Family care international. (2008). *Buenas prácticas en material de prevención de embarazo adolescentes*. Family care international. Perú. Recuperado de <http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>

Figueroa, L. & Chavira, S. (2010). Mujer y educación: Adolescentes embarazadas. Trabajo presentado en el Congreso Iberoamericano de Educación, Buenos Aires, Republica Argentina

Recuperado de

http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331_Infante-Alvarado.pdf el 8 de Septiembre de 2013.

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2010). Salud sexual y reproductiva en jóvenes. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php el 9 de septiembre de 2013

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades*. Recuperado de http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

Gonzales, N. G. (2007) Factores que predisponen al embarazo adolescente (Tesis de Licenciatura), Universidad Veracruzana, Minatitlán Veracruz.

Fondo de las Naciones Unidas México UNFPA. (2010). *Salud sexual y reproductiva en jóvenes*. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

Forcada, P., Pacheco, A. S., Pahua, E., Pérez, P., Todd, N. E. y Pulido, M. A. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.

Fundación Mexicana para la Salud A.C. (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_preencion_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf

Goncalves, S., Castellá, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. (2007). Montárselo en positivo. Una guía de salud sexual para personas que viven con VIH. 2ª edición. Barcelona.

Hernández-Rosete, Daniel y Estrada-Hipólito, Rocío Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Accedido 24 Julio 2022], e00046218. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00046218>>. Epub 11 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046218>.

Huitrón-Bravo, G., Denova-Gutiérrez, E., Halley-Castillo, E., Santander-Rigollet, S., Bórquez-Puga, M., Zapata-Pérez, L... & Villarroel-Del-Pino, L. (2011). Conductas de

riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: Un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70), 33- 47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11221584003>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). México.

Instituto de Salud para el Bienestar. (2022). Día Internacional del Condón | 13 de febrero. Gobierno de México. Consultado en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-internacional-del-condon-13-de-febrero>.

Lameiras, M., Núñez, A. M., Rodríguez, Y., Bretón, J. y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud*, 16(3), 253-267.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salus publica*, 11(3): 192-205

Lozano, M. (2003). Nociones de juventud. Última Década (18), CIDPA Viña del Mar, México.

Martínez. (s/f). Promiscuidad. Disponible en: <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/promiscuidad.html>.

Miller D, Arvizu V. Ser madre y estudiante. Una exploración de las características de las universitarias con hijos y breves notas para su estudio. *Revista de la Educación Superior*. 2016;45(177):17-42.

Núñez-Urquiza, R. M., Hernández-Prado, B., García,- Barrios, C., González, D. y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto. *Salud pública de México*, 45(1): 92-102,

ONUSIDA (2014). Estimaciones sobre el VIH y el SIDA. Disponible en: <http://onusida-latina.org/es/america-latina/mexico.html>.

Organización Mundial de la Salud (2016). Salud sexual, http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G. & Robin, S. (s/a). Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. Congreso Internacional. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>

Pez, J., Montijo, S., & Icedo, B. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana De Salud Publica*, 22(5), 295-303.

Piña, J., Robles, S. y Rivera, B. (2007). Instrumento para la evaluación a de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Rev Panam Salud Publica*, 22(5), 295-303.

Pulido, M., Ávalos, C., Fernández, J., García, L. Hernández, L. y Ruiz, A. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.

Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad Pedagógica de Durango.

Robles, S., Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.

Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109.

Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2016;21(1):2462-8425.

Páez, D., Ubillos, S. y Pizarro, M. (1994). Modelo de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. *Revista de Psicología genral y aplicada*, 47(2): 141-149.

Curso Taller. Red Mexicana de Personas que Viven con VIH. A. C.

Sánchez, R., Robles, S. y Enríquez, D. J. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 1(1), 114-125.

Santos DLA, Fonseca RMGS. (2022). Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 30:e3532. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3532>.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Primer Foro Nacional, “Situación actual y perspectivas de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en México”, 2004, 2, en <http://www.dif.gob.mx/downloads/Infancia/Foro%20Nacional%20Infancia.pdf> (consulta noviembre 2005).

Universidad de Cantabria. (s/a). Teoría de la autoeficacia de Bandura. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura>

Uribe, A., & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.

Uribe, A. & Orcasita, L. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en Enfermería*, 29(2): 271-284.

Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2016;21(1):2462-8425.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>

Secretaría de Salud. Infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/its.html>

Uribe, A., & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.

WHO | Four curable sexually transmitted infections still affect millions worldwide. WHO. 2019.

WHO | Sexually transmitted infections: implementing the Global STI Strategy. WHO. 2017.

Anexos

Anexo 1. Self- Efficacy for AIDS

Edad: _____

Sexo: _____

Identidad sexual: _____

¿Tienes hijos?: Sí No

¿Cuántos hijos tienes?: _____

Estado Civil:

Soltero Casado Unión Libre

Universidad: _____

Licenciatura: _____

¿Tienes pareja estable? Sí No

A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					

4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas					
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto					

B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?					
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a					
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					

C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro

1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2. Usar correctamente el condón					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resistol, tinner)					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					

8. Acudir a la tienda a comprar condones?					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					

D) Expresa el grado de acuerdo que tengas

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón.					
2. El hombre es el que debe de comprar los condones.					

3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual.					
4. La mujer debe de traer los condones.					
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas.					
6. El uso del condón es bueno para mi salud.					
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual.					
8. Mi situación económica me permite comprar condones.					
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.					
10. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.					

11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.					
12. El SIDA es algo muy difícil que me de, aunque no me proteja.					
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es					

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de: (Marca sólo aquella que consideres la más importante:

a) Amigos	b) Libros	c) Revistas	d) Periódicos
e) Televisión	f) Escuela	G) Papá	h) Mamá

¿Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más información?

¿Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante?

¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí No

¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!

¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual?

Sí No

¿A qué edad fue tu primera relación sexual?

_____ Años

Tu primera relación sexual fue:

Algo que planeaste

Algo no planeado

En qué lugar fue tu primera relación sexual:

a) En una casa	b) En un auto	c) En un hotel	d) En despoblado	e) En la calle	f) Otro ¿cuál?
-----------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------

Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales:

¿Utilizas condones en tus relaciones actuales?

Sí No

Menciona la razón principal por la cual no se usó el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas)

¿Cuál crees que es la efectividad del condón cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

a) 95 al 100%	b) 90 al 100%	c) menos de 90%
----------------------	----------------------	------------------------

De las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de más riesgo para contraer el SIDA.

Escribe en el paréntesis () la letra que corresponda a tu respuesta.

()	a) Tener relaciones sexuales sin condón.
()	b) Recibir transfusiones de sangre
()	c) Ser infiel a la pareja
()	d) Tener relaciones sexuales anales
()	e) Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as)
()	f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
()	g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
()	h) Tener más de un(a) compañero(a) sexual

()	i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
()	j) Tener relaciones sexuales con otra persona basándose en su apariencia saludable
()	k) Tener relaciones homosexuales
()	l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
()	m) Tener relaciones sexuales con el novio o novia
()	n) Tener relaciones sexuales por placer
()	o) Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas

Respuestas:

- (a) La de primer lugar en riesgo.**
- (b) La de segundo lugar en riesgo.**
- (c) La de tercer lugar en riesgo.**

Anexo 2. Instrumento de comportamiento sexual.

Instrucciones: Lee cada pregunta con cuidado y subraya tu respuesta, Marca sólo una respuesta, a menos que las instrucciones te indiquen que puedes dar más de una respuesta.

SECCIÓN: LO QUE HACES

1. ¿Actualmente tienes novio(a)?

Sí No

2. ¿Has hablado con tu novio (a) sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales con él o ella?

Sí No

3. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

Si

No

4. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual

A los _____ años

5. Tu primera relación sexual la tuviste
con

La persona que era tu
novio (a)

Una persona desconocida

Un amigo (a)

Una persona trabajadora del
sexo

Un familiar

Ninguna de las anteriores

6. ¿Tu primera relación sexual fue algo que planeaste con tu pareja?

Si

No

7. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

Un hotel

En mi casa

En casa de mi novio (a)

En casa de un amigo (a)

En un auto

En un antro/bar/disco

Ninguna de las anteriores

8. ¿En tu primera relación sexual utilizaste condón?

Si

No

9. ¿Tú le propusiste a tu pareja usar condón en tu primera relación sexual?

Si

No

10- ¿Tu pareja te propuso usar condón en tu primera relación sexual?

Si

No

11. ¿Acordaron tu pareja y tú usar condón cuando tuviste tu primera relación sexual?

Si

No

12. ¿Usaste condón en tu primera relación sexual sin necesidad de decírselo a tu pareja?

Si

No

13. ¿En tu primera relación sexual tú o tu pareja usaron algún método anticonceptivo diferente al condón (por ejemplo pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, espermicidas, etc.)?

Si

No

14. ¿En tu primera relación sexual usaste condón además de estos métodos anticonceptivos?

Si

No

15. ¿Cuándo tuviste tu última relación sexual?

Mes _____

Año _____

16. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

No (Si
marcaste
que No.
Pasa a la
pregunta 20

Si

17. Marca con una X el número de veces que has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

18. ¿Has utilizado el condón en los últimos 3 meses?

Si

No

19. Marca con una X el número de veces que has usado condón en los últimos 3 meses:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

20. Después de tu primera relación sexual, ¿con qué otro tipo de persona has tenido relaciones sexuales? Puedes marcar más de una opción.

Con mi novio (a)

Con una persona desconocida

Con una persona trabajadora del

Con un amigo (a)

sexo

Con un familiar

Ninguna de las anteriores

21. Después de tu primera relación sexual, ¿con qué tipo de persona has usado condón al tener relaciones sexuales? Puedes marcar más de una opción

No he usado condón

Con mi novio (a)

Con una persona desconocida Con un amigo (a)

Con una persona trabajadora del
sexo Ninguna de las anteriores

22. ¿Tienes la intención de tener relaciones sexuales dentro de poco tiempo (por ejemplo, dentro de los siguientes 6 meses)?

Si No

23. ¿Tienes la intención de usar condón en tu próxima relación sexual?

Si No

24. ¿Tienes la intención de usar pastillas anticonceptivas en tu próxima relación sexual?

Si No

25. Alguna vez has platicado con tus padres sobre temas sexuales (por ejemplo, sobre el condón, el VIH/Sida, las Infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo no deseado, el aborto, el tener relaciones sexuales, etc.)

Si No (Si marcaste No,
pasa a la pregunta 29)

26. Marca con una X los temas que ya hayas platicado con tus padres:

La posibilidad de tener relaciones sexuales Pastillas anticonceptivas

Embarazos no deseados VIH/SIDA

Aborto El condón

Las infecciones de transmisión sexual Uso de drogas

Alcohol Ninguno de los anteriores

27. ¿Con que frecuencia has hablado con tus padres sobre alguno de estos temas?

Muy frecuentemente	Ocasionalmente	Casi nunca
-----------------------	----------------	---------------

28. ¿Con quién has platicado más sobre temas sexuales?

Con tu papá Con tu mamá

29. ¿Alguna vez has platicado con tu pareja actual (novio, pareja sexual, etc.) sobre temas sexuales?

Si

No (Si marcaste No,
pasa a la pregunta 32)

30. Marca con una X los temas
que ya hayas platicado con tu pareja
actual:

La posibilidad de tener relaciones sexuales

Pastillas
anticonceptivas

Embarazos no
deseados

VIH/SIDA

Aborto

El condón

Las infecciones de
transmisión sexual

Uso de drogas

Alcohol

Ninguno de los
anteriores

31. ¿Con qué frecuencia has hablado con tu pareja actual (novio, pareja sexual, etc.) sobre estos temas?

Muy frecuentemente

Ocasionalmente

Casi
nunca

40. Un embarazo "no deseado" es diferente de un embarazo "no planeado", ya que puedes querer tener el bebé aunque no hayas planeado tenerlo.

Tomando esto en cuenta, marca con una X la opción o las opciones que corresponda a lo que te ha pasado:

Si he tenido un	
embarazo no	No he tenido un
planeado	embarazo no deseado

Si he tenido un	Nunca he
embarazo no	vivido un
deseado	embarazo

No he tenido un embarazo no planeado

41- ¿Alguna vez tú o tu pareja han tenido un aborto?

	No (si marcaste No, pasa a la
Si	siguiente sección)

42. El aborto fue:

Acordado con Me obligaron a mi o a mi
mi pareja pareja hacerlo

Ninguna de las
Fue mi decisión anteriores

INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LAS ETAPAS DE ACERCAMIENTO
ALEJAMIENTO DE LA RELACIÓN DE PAREJA
(Rolando Díaz Loving y Rozzana Sánchez Aragón, 2002)

SECCIÓN: CÓMO ERES CON TU PAREJA

A continuación encontrarás una serie de aspectos que describen la forma en la que nos relacionamos con otras personas. Para responder a cada uno de esos aspectos piensa en tu novio (a) actual o en el último novio o novia que tuviste y marca con una X la opción que mejor te represente.

			3) Ni	
	1) Para	2)	mucho ni	4)
	nada	Poco	poco	Mucho

Buscas mayor acercamiento

Buscas un arreglo equitativo y
razonable

Buscas unión

Compartes todo

Consolidas un compromiso

Deseas resolver conflictos

Eres amable

Estás creando un acuerdo a
largo plazo

Extrañas y buscas acercarte de
nuevo

Haces todo por llamar la
atención

Hay interés en la persona

Intentas reintegrarte a tu pareja

La persona te gusta físicamente

Platicas con mayor intimidad

Procuras a tu pareja

Quieres formar una familia

Recuerdas lo positivo de tu
relación

Reevalúas para mantener la
relación

Saludas

Siente agrado de convivir todo
el tiempo con tu pareja

Siente amor romántico

Sientes agrado de estar con la
pareja

Sientes agrado o simpatía

Sientes apoyo

Sientes cariño

Sientes comprensión

Sientes confianza

Sientes confianza limitada

Sientes deseo sexual intenso

Sientes familiaridad

Sientes felicidad

Sientes pasión

Sientes poca cercanía

Sientes que la persona resuelve
tus necesidades

Sientes que tienes una respuesta
fisiológica intensa

Sientes que tu amor es eterno

Sientes una rebosante carga de
afecto

Sonríes

Te comunicas

Te entregas sin medida

Tienes acercamiento afectivo

Tienes ánimo cómo para que la
relación prospere en amistad

Tienes detalles

Tienes ilusiones

Tienes interés por interactuar

Tienes interés romántico

Tienes la convicción de que es
la persona con la que quieres vivir

Tienes necesidad de acercarte
físicamente a la persona

Tienes necesidad de estar cerca
de tu pareja constantemente

Tomas una decisión
matrimonial

Anexo 3. Instrumento de actitudes hacia el uso del condón.

A continuación se presentan afirmaciones que refieren a tus creencias acerca de los distintos tópicos sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales, no hay respuestas correctas o incorrectas, solo estamos interesados en saber en que estas de acuerdo o en desacuerdo.

1. Ante el hecho de que uses condón cuando tienes relaciones sexuales dirías que:

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
Te protege contra el SIDA					
Muestra a tu pareja que la quieres y la cuidas					

Decrementa tu placer sexual					
Podría hacer que tu pareja se moleste y piense mal de ti					
Podría ser económicamente costoso					
Es algo que va en contra de tus creencias religiosas					
Protege a tu pareja contra el SIDA					
El sexo podría ser menos íntimo y romántico					
Podría hacer que te sintieras más limpio					

Serías una persona responsable					
Es un gasto innecesario					
Te protege de otras infecciones de transmisión sexual					
Podría ser un juego erótico y sentimental para ti					
Interrumpe el ritmo de la relación sexual					
Podría ser muy problemático y vergonzoso					
Es un gasto necesario que me evitará muchos problemas					

Protege a tu pareja de otras infecciones de transmisión sexual					
Podría ser un juego erótico más para tu pareja					
El sexo podría ser desagradable					
Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo					
Podría hacer que te preocupes menos por tu salud					
Rompe el romanticismo de la relación sexual					
Tu pareja podría pensar que tu tienes una ITS					

Tu pareja podría pensar que tú piensas que ella tiene una ITS					
---	--	--	--	--	--