



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
EN LA
INTERACCIÓN SEXUAL

Y
CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN
ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

SONIA LIZBETH JIMENEZ GONZÁLEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
COMITÉ: DR. MARCEL SORIANO
DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ
FORTEZA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. ILEANA SEDA SANTANA
DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA
DRA. LILIA BERTHA ALFARO MARTÍNEZ

MÉXICO

ENERO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VIVIR ES CORRER EL RIESGO DE ALCANZAR LOS SUEÑOS MÁS INESPERADOS

MIS MÁS SINCEROS AGRDECIMIENTOS

*A MI AMADA UNIVERSIDAD NACIONAL QUE DESDE SIEMPRE HA SIDO MI GUÍA
Y ES UN HONOR SER MIEMBRO DE ELLA*

*A DIOS
PORQUE EN ESTE RECORRIDO NO ME DEJÓ SOLA*

*A LA VIDA
QUE ME HIZO REFLEXIONAR, CREECER Y MADURAR EN MI HACER*

A MI GONZYTA
CON TODO MI AMOR Y ADMIRACIÓN
APRENDÍ CONTIGO A LUCHAR POR MIS METAS, CONCRETARLAS
A ESFORZARME Y AMAR LO QUE HAGO

A MI PAPITO
CON TODO MI AMOR
ME ENSEÑASTE QUE MI SEGURIDAD DEBE ESTAR PRESENTE EN CADA CARRERA Y EN CADA PRESENTACIÓN,
Y UN BUEN DESEMPEÑO ES RESULTADO DE UNA BUENA PREPARACIÓN

A KARI
CON TODO MI CORAZÓN
ME BRINDASTE TU TIEMPO, TU ESPACIO, TU SONRISA Y A TUS AMIGOS
ADEMÁS ME ABRISTE LA PUERTA PARA HACER ESTA DISERTACIÓN

A JORGE
CON TODO MI CORAZÓN
CON TU SERENIDAD Y AMOR
ME HACES REFLEXIONAR CONSTANTEMENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A MIS ABUELOS JOSE Y BENJA
QUE SIEMPRE CREYERON EN MI Y EN MIS SUEÑOS
DONDE ESTÉN SABEN QUE ESTO ES RESULTADO DE SUS ENSEÑANZAS Y SUS ESPERANZAS

A LALO
QUE CONFIA EN MÍ PARA LO MÁS COMPLICADO

A MIS ABUELOS LORE Y JOEL
QUE ME ABRIERON INCONDICIONALMENTE LA PUERTA DE SU CORAZÓN

A PATY
QUE TOMÓ MI MANO Y CAMINO CONMIGO UN RECORRIDO DE APRENDIZAJE, EXPERIENCIA Y TRABAJO ARDUO

A MI COMITÉ TUTORAL
QUIEN ME APOYÓ EN TODO, LEYENDO Y REFLEXIONANDO CONSTRUCTIVAMENTE
PARA CULMINAR ESTE TRABAJO

A LUCY
QUE ME BRINDÓ LAS BASES PARA INICIAR UN NUEVO RUMBO EN MI VIDA

A MIS FAMILIARES
TIAS, TIOS, PRIMOS, PRIMAS, SOBRINOS Y SOBRINAS
QUE ME BRINDARON CARIÑO Y APOYO EN ESTE PROCESO

A MIS AMIGAS Y AMIGOS
CLAUDIA, DIANA, GUADALUPE, JORGE, MARY, PACO, ULISES Y VERO
DEDICÁNDOME TIEMPO, COMPARTIENDO SUS CONOCIMIENTOS Y APOYÁNDOME INCONDICIONALMENTE

A TODAS LAS MARAVILOSAS PERSONAS QUE SIN CONOCERME ME APOYARON Y CREYERON EN MI
DEL COLEGIO DE BACHILLERES, DE LA UNAM,
LOS QUE CON SUS CONOCIMIENTOS DE INGLÉS Y ESPAÑOL ME APOYARON
Y POR SU PUESTO, A TODAS Y TODOS LOS JÓVENES QUE HICIERON POSIBLE ESTA TESIS



RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
I. ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL	6
1.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA Y DESARROLLO	7
1.2 ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD	7
1.3 ANÁLISIS CONTEXTUAL DEL DESARROLLO ADOLESCENTE	8
1.4 SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA	9
1.5 CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO	12
1.5.1 CONSECUENCIA DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	14
II. TEORÍAS, APROXIMACIONES Y MODELOS DE PREVENCIÓN EN LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO	17
2.1 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y EL EJERCICIO DEL CONTROL	18
2.2 MODELO DE CREENCIAS SALUDABLES	21



2.3 MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA	24
2.4 APROXIMACIÓN INNOVADORA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES PARA ADOLESCENTES	25
2.5 MODELO INTEGRAL PREDICTIVO DEL USO DEL CONDÓN	26
2.6 MODELO MULTISISTÉMICO DEL DESARROLLO SEXUAL ADOLESCENTE	27
2.7 MODELO DE EMPODERAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH	28
2.8 MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE	29
2.9 MODELO TEÓRICO DEL CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES	30
2.10 MODELO PRE-ADULTO DE TOMA DE DECISIONES SALUDABLES	31
2.11 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON CAUSAS Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO	36
2.11.1 EVIDENCIA EMPÍRICA DE CONDUCTA SEXUAL EN MÉXICO	44



III. HABILIDADES SOCIALES	53
3.1 ANTECEDENTES DE HABILIDADES SOCIALES	55
3.2. CONCEPTOS DE HABILIDADES SOCIALES	56
3.3 MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN EN LAS HABILIDADES SOCIALES	62
3.4 TEORÍAS ALTERNATIVAS PARA LAS HABILIDADES SOCIALES	63
3.5 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL	65
3.6 EVIDENCIA EMPÍRICA DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA CONDUCTA SEXUAL	67
IV. PRIMER ESTUDIO EXPLORATORIO	72
4.1 OBJETIVOS	74
4.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	74
4.3 MÉTODO	75
4.4 PROCEDIMIENTO	76
4.5 RESULTADOS	77
4.5.1 MOTIVOS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES	77
4.5.2 DEFINICIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	79
4.5.3 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	80



4.5.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	86
4.5.5 PREVENCIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	90
4.5.6 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL	93
4.6 DISCUSIÓN	97
V. SEGUNDO ESTUDIO EXPLORATORIO	100
5.1 OBJETIVOS	101
5.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	101
5.3 MÉTODO	101
5.4 RESULTADOS	103
5.5 DISCUSIÓN	106
VI. EVALUACIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	109
6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	110
6.2 HIPÓTESIS	110
6.3 OBJETIVOS	110



6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	111
6.5 MÉTODO	113
6.5.1 SUJETOS	113
6.5.2. PROCEDIMIENTO	116
6.6 RESULTADOS	116
6.6.1 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS	116
6.6.2 DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL	120
6.6.3 DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES Y HOMBRES CON DEBUT SEXUAL	134
VII. DISCUSIÓN FINAL	147
7.1 ESCALA DEL DOMINIO INDIVIDUAL	148
7.2 ESCALA DEL DOMINIO SOCIAL	150
7.3 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL	151



7.4 PRÁCTICAS Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO	152
7.5 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL MODELO	153
7.6 NIVEL PREDICTIVO DEL MODELO	155
7.7 APRECIACIONES GENERALES DE LOS TRES ESTUDIOS	156
7.8 ASPECTOS ÉTICOS	157
REFERENCIAS	161
APÉNDICE	182
ANEXOS	199



Resumen

El objetivo general del presente trabajo fue determinar si las habilidades de comunicación en la interacción sexual influyen en las prácticas sexuales de riesgo de las y los adolescentes y si estas habilidades se relacionan con los dominios: *individual* (conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, creencias desfavorables al uso del condón en una práctica sexual, orientación al futuro, toma de decisiones racional o impulsiva) y *social* (presión de pares, sentimiento de exclusión y tomar en cuenta a otros para decidir). Se llevaron a cabo tres estudios, en los que participaron 924 sujetos, con un rango de edad de 14 a 24 años y una media de 17 años; la muestra se conformó por 50% de mujeres y 50% de hombres; todos los sujetos fueron estudiantes de un bachillerato público de ambos turnos (matutino y vespertino).

Se diseñaron tres instrumentos, uno para cada estudio, en el primero fue una entrevista semiestructurada; para el segundo un cuestionario de preguntas abiertas y para el tercero un cuestionario con 10 escalas que midieron las variables de los dominios individual y social, las prácticas sexuales de riesgo y las habilidades de comunicación en la interacción sexual, además constó de 22 preguntas sociodemográficas. Se les pidió participar a los sujetos de manera voluntaria y se les aseguró la confidencialidad de los datos proporcionados.

Los resultados determinaron que las habilidades de comunicación en la interacción sexual influyen en las prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes. Se identificaron diferencias entre el grupo con debut y sin debut sexual en relación a las variables de los dominios individual y social presentando mayor nivel predictivo para el grupo con debut sexual. Además se observaron diferencias entre las y los adolescentes con debut sexual, en relación a los dominios. El análisis estadístico indicó que las habilidades de comunicación en la interacción sexual se agrupaban en dos factores, el primero, se relacionó con situaciones de riesgo en contextos sociales y el segundo, presentó situaciones de conducta sexual de riesgo con la pareja regular. Los dominios en general, presentaron mayor nivel de predicción para el primer factor. El nivel predictivo de los dominios en relación a las habilidades de comunicación en la interacción sexual, fue mayor en las mujeres que en los hombres. La predicción del riesgo en la conducta sexual fue mayor en hombres que en mujeres.

Palabras Clave: Habilidades de Comunicación, Prácticas Sexuales y Adolescentes.



Abstract

The general objective of the present research is to determine if the communications skills in the sexual interaction has influence in the sexual practice of risk in the teenagers and if these abilities are related with the domains individual and social. 924 subjects participated in the three test, in ages of 14 to 24 years, with a 17 years- old stocking, the sample was conformed by 50% women and 50% men, all the subjects were students of a public high school of both shifts (morning and evening).

Three instruments were designed, one for each study, in the first one was a semi-structured interview, in the second a questionnaire of open ask and for the third a questionnaire with 10 scales and 22 socio-demographics questions. The participation of the subjects was in a voluntary way and they were assured the anonymity and confidentiality of the proportionate data.

The results showed that the teenagers with less risk in their sexual practice had more communications abilities in the sexual interaction than those that presented bigger risk in their sexual practice: the elements of the individual domain that more prevailed with relationship to the sexual practice of risk were parents permissiveness and kids to have active sexual life, orientation to the future and to make rational or deliberate decisions; for the social domain they were the variables of pressure of pairs and to take into account to other to decide. The data analysis indicated that the communications skills in the sexual interaction were organized in two factors, the first established social risk contexts and the second showed regular couple risk situations. The domains demonstrate major predictive level in the first factor. The predictive level to the domains into relation with the communication skills in sexual interaction was main with the women than men. The prediction about the risk in the sexual risk behavior was major in the men than the women.

Introducción

La adolescencia es un periodo que se ha concebido como una etapa de rebeldía a las normas sociales impuestas. Es claro también, que es un proceso de transición en el que se busca una identidad por medio del vínculo con el grupo de pares y el conocimiento de sensaciones novedosas.

En general, para muchos adolescentes la toma de riesgos forma parte del proceso de vida, para otros, implicará acciones que los lleve a colocarse en situaciones en las que expongan su salud y, por supuesto, su vida (Ponton, 1998).

Una de estas formas ocurre al iniciar su vida sexual, ya que muchos de los jóvenes no siempre perciben el riesgo de contraer una infección o tener un embarazo no deseado, pero esto no ocurre con todas las personas que experimentan esta situación, ¿qué hace la diferencia entre unas y otras?, ¿qué hace que un adolescente se proteja cuando inicia su vida sexual y otro no?, ¿por qué para algunas/algunos jóvenes es importante tener una comunicación clara con su pareja acerca de su vida sexual?

Para 2005, se reportaron más de 106 mil casos de contagio de VIH entre jóvenes menores de 24 años. Con esta cifra México ocupa el 3^{er} lugar en América, después de Estados Unidos y Brasil (CONASIDA, 2005). Estos datos sugieren que es importante resolver las preguntas anteriores e investigar los factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo.

El objetivo general del presente trabajo fue determinar si las habilidades de comunicación en la interacción sexual influyen en las prácticas sexuales de riesgo de las y los adolescentes, y si dichas habilidades se relacionan con los dominios individual (conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa, creencias al uso del condón, orientación al futuro y toma de decisiones racional o deliberada) y social (presión de pares para tener relaciones sexuales, sentimiento de exclusión y tomar en cuenta a otros para decidir).

El presente trabajo se divide en siete capítulos, el primero menciona el desarrollo adolescente y su vínculo con la conducta sexual, hace una revisión de diferentes estudios relacionados con la adolescencia y las diferentes variables que se asocian a las prácticas sexuales de riesgo.

En el segundo capítulo se mencionan teorías, aproximaciones y modelos basados en la prevención en conductas sexuales riesgosas, y se señalan las bases teóricas del presente trabajo, además se presentan diversos correlatos de las prácticas sexuales de riesgo.

El tercer capítulo hace referencia al sustento teórico de las habilidades sociales y cómo se desprenden de éstas las habilidades de comunicación en la interacción sexual. Se plantean las limitaciones para investigar habilidades y los beneficios que brindan al ser evaluadas correctamente.

El siguiente apartado presenta el método del primer estudio exploratorio y los resultados con su discusión y conclusiones respectivas. El quinto apartado presenta el método, resultados, discusión y propuesta del modelo hipotético. En el apartado seis se presentan el método y los resultados obtenidos del modelo propuesto.

Finalmente, se presenta la discusión, las conclusiones y un apartado de ética en relación a los tres estudios. Se presentan aportaciones y propuestas de investigación en la línea de adolescencia y sexualidad.



I
ADOLESCENCIA
Y
CONDUCTA SEXUAL

1.1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA Y DESARROLLO

El significado de la palabra adolescencia, etimológicamente proviene del latín *ad*: a, hacia y *olescere* de *olere*: crecer; condición y el proceso del crecimiento, que de acuerdo con Parnat (2003), implica un proceso de crisis en el ciclo de vida. La adolescencia es además del proceso de cambios físicos, un fenómeno psicosocial e involucra diferentes variables, situaciones y ámbitos en los que la persona se va desarrollando como son: la identidad, las relaciones personales y la educación, en general, estos elementos juegan un papel determinante en la salud sexual y reproductiva de un individuo.

La edad de la adolescencia varía, para la organización Mundial de la Salud (1989) se entiende como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. Esta línea base surge del análisis de diferentes investigaciones que denotan rangos específicos de edad y en las que se evaluó aquellas variables sociodemográficas que intervienen en la identificación de aquellos individuos que han entrado a la adolescencia (por ejemplo, cambios físicos, situación étnica, situación geográfica).

1.2 ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD

Para Powell (1985) la adolescencia es el periodo en el que los adolescentes buscan nuevos patrones de conducta que los motivan a identificarse con otros, en estos nuevos patrones se involucran cambios: hormonales, físicos, intelectuales, sentimentales, emocionales, familiares y sociales que en general, afectan a los padres de familia, quienes modifican sus acciones y su trato en relación a sus hijos y viceversa, esto por lo tanto se refleja en la personalidad de los jóvenes.

En relación a otros vínculos sociales, los adolescentes presentan elementos altamente dinámicos acerca de su identidad, es así como Ortega, Fagoaga, García y Del Río (1993) señalan que además de la identificación que surge en el hogar, existen otras figuras representativas como los amigos y las figuras públicas, como: actores, cantantes, músicos o líderes sociales, que representan parte de sus ideales, lo cual es común en las sociedades occidentales.

1.3 ANÁLISIS CONTEXTUAL DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

Kimmer y Weiner (1998) consideran que el análisis del contexto favorece a profundizar acerca de la conducta del adolescente pues se pueden evaluar sus metas y objetivos tanto presentes como a futuro, por lo tanto el contexto sociocultural afecta el significado del desarrollo físico del individuo, expectativas relacionadas con su género y su sexualidad, aspectos importantes de su vida académica y/o laboral. El entorno físico juega un papel importante de la vida del adolescente e implica una serie de diferencias en distintos ámbitos: familiar, escolar, laboral, comunitario, de relación con pares, entre otros.

Las autoras señalan que cada área en la que el adolescente se desenvuelve se tiene que investigar detenidamente pues brindará información importante acerca de su toma de decisiones, su proyecto de vida y por supuesto el cuidado de su salud. Así, en el área familiar se deben identificar factores como la comunicación con padres y hermanos, elementos relacionados con el nivel socioeconómico y educativo de los padres y el nivel de confianza en casa. En el área escolar, es importante el desarrollo de habilidades y aptitudes cognoscitivas y sociales. El campo laboral favorece a que el adolescente identifique una serie de aspectos como la importancia de una percepción económica, la administración del dinero y el tiempo, además de la relación con autoridades diferentes a las escolares o a las familiares. El sector comunitario ofrece información acerca del tipo de ventajas que tienen los jóvenes en un lugar determinado, nos presenta qué expectativas de vida pueden tener los adolescentes, cuáles son sus centros de esparcimiento para el desarrollo de habilidades artísticas, deportivas y recreativas, cómo son las fuentes de empleo. Por último, conocer la interacción con los grupos de pares proporciona información acerca de las referencias de información además de formar parte de la constitución y experiencia individual en la que los amigos se identifican como modelos para realizar diversas actividades, reconocen normas en la relación con otros y estas relaciones favorecen el automonitoreo, desarrollan habilidades de discusión y de conducta, es además con los pares donde surge la competencia.

1.4 SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

En este apartado se identifican diferentes elementos que componen la sexualidad adolescente además de las conductas y prácticas que en esta etapa se experimentan. Stanley Hall (1940) señaló que la adolescencia es un momento de estrés en el que existe un conflicto inevitable, que está acompañada de impulsos sexuales, cambios corporales y sociales. Mead (1939, 1959) puntualizó que la sexualidad presenta un conflicto común entre los adolescentes, pero éste puede manejarse mejor cuando hay más libertad, la autora apreció esto en distintas comunidades y enfatizó que cuando hay menos expresión del tema los jóvenes presentan más sentimientos encontrados, a diferencia de los que hablan del tema, que se van ajustando a los cambios físicos, psicológicos y sociales. Es importante considerar que la sexualidad se desarrolla durante toda la vida mediante un proceso de socialización constante y dinámico, este proceso va desde la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez, al paso del tiempo, hay una serie de variaciones en las actitudes y valores, se presentan cambios físicos, se reconocen deseos y se desarrollan capacidades.

CUADRO 1.4.1 INFLUENCIAS SOCIALES EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

FAMILIA	PARES	INSTITUCIONES SOCIALES ESCUELA Y/O TRABAJO
HIGIENE		VALORES RELACIONADOS
COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL	RECURSOS DE INFORMACIÓN	CON TENER VIDA SEXUAL ACTIVA
CREENCIAS	Y	POR
POSICIÓN ANTE LAS RELACIONES SEXUALES	MODELOS DE ACCIÓN	GÉNERO

FUENTE CROCKETT, RAFELLY Y MOLILANEN (2003)

La socialización sexual es una fase importante en la adolescencia pues se integran diferentes normas sociales y culturales con el desarrollo hormonal y físico que se experimenta, además, se presentan nuevas sensaciones y sentimientos. La tarea del adolescente es integrar aspectos físicos, sociales y emocionales a su sexualidad, de tal manera que la ajuste a su vida futura, dicha tarea es complicada y no finaliza con la adolescencia.

De acuerdo con lo anterior, se pueden apreciar en el cuadro 1.4.1, las diferentes influencias sociales del adolescente y se observa que es la familia quien le brinda a la persona el conocimiento primario de su cuerpo, como la higiene personal y la responsabilidad de conducirse a satisfacer sus necesidades principales. Es importante conocer las formas en las que los adolescentes adquieren conocimientos acerca de la sexualidad desde casa, pues las acciones familiares pueden variar, en algunos casos se puede establecer la comunicación directa acerca de qué es su sexualidad y qué elementos pueden intervenir en ella.

En el mismo cuadro se observa la importancia que tienen los pares respecto a la sexualidad de los adolescentes, para algunos, son modelos importantes a seguir en su conducta sexual y en este sentido forman parte trascendental del desarrollo de la identidad adolescente. Finalmente las instituciones sociales también brindan educación formal e informal al adolescente con respecto a su sexualidad, les proveen de valores y sugieren normas de acción.

Crockett, Rafelly y Molilanen (2003) señalan que el surgimiento del deseo sexual en la adolescencia es todo un desafío para quien lo experimenta, esto incluye un ajuste al funcionamiento sexual, además aparece una confrontación entre los valores y las actitudes respecto al sexo. Para muchos jóvenes, en este periodo se experimentan las primeras relaciones sexuales, los primeros sentimientos amorosos a una pareja, esto forma parte del desarrollo personal y social. Este desafío, se acentúa en tres dimensiones, en la primera se responde a lo socialmente esperado por las instituciones como la escuela y la comunidad; la segunda, se vincula con las relaciones interpersonales del adolescente como es su familia, amigos y las relaciones de pareja; y la última, se relaciona con la intimidad, es más personal pues se identifican factores tales como la vulnerabilidad emocional y física que surge a partir de los primeros encuentros sexuales.

Las autoras señalan que los adolescentes responden a los desafíos sexuales con una alta influencia social y cultural en la que están inmersos, los encuentros sexuales tienen para los jóvenes una evaluación subjetiva importante, y es desde los primeros encuentros, que los jóvenes reconocen la importancia de la protección en relación al cuidado de su salud. Entender las dimensiones subjetivas que los jóvenes tienen acerca de las relaciones sexuales, es la llave del éxito de programas de diagnóstico e intervención en la reducción del riesgo en cada contacto sexual que los adolescentes tengan.

Para la gente joven, sus experiencias sexuales se ligan íntimamente a su identidad, al respecto, Moore y Rosenthal (1995) explican que los papeles asignados al género presentan no sólo diferencias conductuales, verbales y subjetivas, también hay percepciones distintas, acerca de la conducta sexual. Entre las diferencias que se puede apreciar en los hombres hay tareas asignadas que involucran liderazgo, se desempeñan en forma asertiva, se muestran independientes, competitivos, son proveedores y se ocupan en el área pública. Para las mujeres las tareas asignadas se relacionan con lo privado, el hogar, la dependencia y la expresividad emocional.

Los papeles tradicionales han sido debatidos ampliamente y han cambiado en las últimas décadas, en este sentido Kelly (1999) indica que aun subyacen en gran parte de las tareas asignadas a los sexos, favoreciendo a que surjan estereotipos sociales en la adolescencia y con esto se generen confusiones y una serie de cuestionamientos relacionados con la identidad y el papel sexual, por lo que existen valoraciones a conductas estereotipadas que generan vulnerabilidad en los adolescentes. Para el varón, el estereotipo lo induce a que él sea quien inicie el encuentro sexual, demande la relación y la maneje; en el caso de la mujer su papel es complicado, o bien ambivalente, pues de acuerdo con la cultura, ésta puede ser más agresiva rehusándose o expresando su deseo a tener una relación sexual, ó ser cooperativa y complaciente con su compañero sexual.

De acuerdo con Moore y Rosenthal (1995), la sexualidad en los adolescentes se relaciona con aspectos individuales y socioculturales. Es además, en esta etapa en la que experimentan por primera vez emociones y sensaciones como el amor y el deseo. Estos elementos subjetivos tienen un significado importante y se relaciona con la manera de actuar de los adolescentes. Por lo que otro elemento importante, durante la adolescencia, es la información que reciben hombres y mujeres en relación a la toma de decisiones para tener relaciones sexuales, así, en la mayoría de las mujeres hay mayor presencia de ambivalencia en torno a la sexualidad que para los hombres y las adolescentes presentan más emociones encontradas cuando son sexualmente activas, esto puede favorecer a un número mayor de compañeros sexuales y presentan menos conductas protegidas en sus prácticas sexuales.

Otra variable importante relacionada con el papel de género, que enfatizan Crockett, Rafelly y Molilanen (2003), es la educación sexual que se da a mujeres y varones, generalmente los varones tienen actitudes diferentes al sexo en comparación con las mujeres, también hay referencias diferentes del cuidado y la protección, los cuales se relacionan fuertemente con los sentimientos hacia la pareja y al sentido de autoeficacia.

1.5 CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

La conducta sexual es un elemento básico del desarrollo humano, sin embargo se ha analizado que en la adolescencia hay una serie de elementos: *biológicos, psicológicos y sociales*, que influyen en relación al riesgo. Para Magnusson y Miller (1997) los factores biológicos son elementos que influyen en cómo la conducta sexual de riesgo del adolescente como: la menarca temprana y la maduración sexual avanzada en la pubertad. Esta última, en conjunto con el nivel de dopamina y testosterona, sugiere un inicio en la vida sexual de los hombres a una edad temprana, pero no es condicional, puede estar favorecida por otros factores, como: la relación con pares, la comunicación y el monitoreo parental.

En relación a la influencia psicológica, Crockett (1996) indicó que se relaciona con las actitudes, el bienestar psicológico, y los problemas de conducta. Así, las actitudes acerca del sexo están relacionadas con los valores familiares, las prescripciones culturales y la experiencia personal. Whitbeck (1999) enfatiza que la permisividad es uno de los predictores más importantes de relaciones sexuales riesgosas y se relaciona con las prescripciones culturales que surgen desde la familia del adolescente; la permisividad de acuerdo con este autor se relaciona con el bienestar psicológico del adolescente, así que aquellos jóvenes que la perciban pero hagan una evaluación de sus recursos individuales, sociales y materiales, considerarán las alternativas para prevenir conductas sexuales de riesgo a diferencia de aquellos que no presentan dicha evaluación y por consiguiente presentan más conductas sexuales de riesgo, las consecuencias versan en un autoconcepto y autoestima bajos, hay presencia de depresión y abandono, y es más reportado por las mujeres que por los varones.

Crockett, Rafelly y Molilanen (2003) señalan que la conducta sexual de riesgo se asocia con problemas de abuso de drogas, alcohol y tabaco, manejar a alta velocidad e infringir la ley. Los jóvenes que presentan esta serie de situaciones presentan prácticas sexuales sin el uso del preservativo o lo hacen de manera inconsistente, además en su historia sexual presentan antecedentes de infecciones de transmisión sexual y han tenido múltiples parejas sexuales.

Otra influencia relacionada con la conducta sexual de riesgo, es la sociocultural, al respecto las autoras señalan que para algunas culturas, el embarazo en la adolescencia representa una decepción familiar y para la mujer una pérdida del *status quo*, ya que no preservó su virginidad, además de la carga negativa al sexo premarital.

Dentro de las influencias socioculturales, Whitaker y Miller (2000) señalan que la comunicación entre padres e hijos, el monitoreo y el control parental, han sido factores importantes en el inicio de la vida sexual de los adolescentes. Diversos mecanismos están asociados entre la relación familiar y la actividad sexual, favorecer la seguridad desde el núcleo familiar provee a los adolescentes de herramientas ante la presión de pares, de tal forma que una pobre comunicación familiar genera susceptibilidad a la influencia de los pares. Los autores señalan que las mujeres con un debut sexual temprano buscan el cariño en las parejas sexuales, por su parte los varones presentan otras conductas de riesgo como ingerir alcohol y tienen múltiples parejas sexuales, en las que buscan afecto. Otro elemento que los autores destacan en el desarrollo psicosexual adolescente, es la composición familiar, es decir, si ambos padres están, si es una familia numerosa, el nivel socioeconómico y educativo de los integrantes, todos son factores que pueden influir en el inicio sexual de los jóvenes.

Croocks y Baur (2000) señalan que hay diferentes influencias sociales en relación a la conducta sexual de riesgo de los adolescentes entre las que se encuentran, el grupo de pares, pues son el mayor recurso de información acerca de la sexualidad y el papel de éstos en el inicio de la vida sexual adolescente es de suma importancia. Los amigos son modelos para sostener relaciones sexuales. Otra influencia que los autores señalan es la pareja romántica, quien provee la oportunidad para experimentar sexualmente. Además existe intercambio de información y creencias acerca de la sexualidad, un factor importante de esto es la duración y la cercanía de la relación. Otras influencias importantes, que Croocks y Baur señalaron son los medios masivos de comunicación, debido a que son una fuente de recursos informativos acerca de la sexualidad. Así, la radio, la televisión, la red, las revistas, las tiras cómicas, entre otros, ofrecen alternativas de comunicación sexual a los jóvenes.

1.5.1 CONSECUENCIAS DE PRÁCTICAS SEXUALES SIN PROTECCIÓN

EMBARAZO ADOLESCENTE

CUADRO 1.5.1 FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES FAMILIARES	INFLUENCIA DE PARES Y OPORTUNIDADES EN LA COMUNIDAD
FACTORES GENÉTICOS- HORMONALES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE DOPAMINA Y TESTOSTERONA. EDAD DE INICIO DE LA MENSTRUACIÓN. EDAD DEL INICIO DE LA PUBERTAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO COMUNICACIÓN SEXUAL MONITOREO PARENTAL DESARROLLO DE HABILIDADES ASERTIVAS PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO PERMISIVIDAD FAMILIAR PARA TENER RELACIONES SEXUALES	PRESIÓN DEL GRUPO DE AMIGOS PRESIÓN DE LA PAREJA SATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS OTROS USO DEL TIEMPO LIBRE FALTAS DE OPORTUNIDADES ACADÉMICAS FALTA DE OPORTUNIDADES PARA ADQUIRIR EMPLEO

FUENTE: MILLER, BAYLEY, CHRISTENCEN, LEAVIT Y COYN (2003)

De acuerdo con el cuadro 1.5.1, una de las consecuencias de las prácticas sexuales sin protección es el embarazo adolescente. Miller, Bayley, Christencen, Leavit y Coyn (2003) señalan que los factores relacionados con éste son de tipo biológico, familiar y social. Estos factores facilitan el análisis para el caso de los países en vías de desarrollo como México, que ocupa el 5º lugar en alumbramientos, entre los países de América Latina y el Caribe, con 91 mil casos por año, tomando en cuenta que es en la adolescencia donde se presentan el 60% de las decisiones reproductivas que afectarán la vida futura de las y los jóvenes (CELADE, 2000).

La edad del debut sexual en México se ubica entre los 14 años para los hombres y 16 años para las mujeres (Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Alcántara, Navarro y Blanco, 2000; Palacios y Andrade, 2006). La conducta sexual ha adquirido un gran interés debido a que diferentes datos epidemiológicos muestran que esta conducta se considera un problema de salud pública en nuestro país, pues sólo dos de cada 10 adolescentes que inician su vida sexual se protegen (CONAPO, 2000; INJUVE, 2000). Debido a lo anterior, y reconociendo el alto índice de pobreza y marginación que hay en México, para los adolescentes que viven bajo estas condiciones hay falta de acceso a servicios de salud, educativos y por supuesto de empleo, por lo que es una población altamente vulnerable.

No obstante, uno de los riesgos que las mujeres adolescentes corren en México es realizarse abortos clandestinos, debido a que el embarazo adolescente tiene una carga negativa a la mujer que lo vive. En consecuencia, como este servicio es ilegal, las secuelas que tienen son graves para la salud sexual y reproductiva de las mujeres que se lo practican en condiciones insalubres y sin ningún apoyo psicoemocional. A principios de siglo se registraron 13 mil abortos, 65% inducidos y 35% abortos espontáneos, la mayoría de estos últimos consecuencia de la desnutrición (Barraza, 2002). Aunque existe una disminución de fecundidad, no es suficiente para tener un control natal y es necesario contemplar las políticas de salud pública con el fin de brindar servicios de calidad en diferentes sectores de alta marginación con el fin de mejorar la calidad de vida en esas comunidades.

Infecciones de Transmisión Sexual

Diclemente y Crosby (2003) señalaron que las consecuencias de contraer infecciones de transmisión sexual -incluido el VIH- son fatales, tanto para la situación física como para la personal, sugiriendo el trabajo de prevención primaria y secundaria. Los adolescentes son particularmente vulnerables a contraer ITS y sus consecuencias son de mediano y largo plazo, debido a que son potencialmente severas. La edad en que las personas contraen VIH es entre los 15 y 24 años, el 95% del contagio es por vía sexual y el incremento anual en la población de mujeres es del 35% (CONASIDA, 2005). México ocupa el 3er lugar con 106 mil casos de VIH, después de Estados Unidos y Brasil, con jóvenes infectados por el virus, y existen 15 mil casos reportados con otras infecciones sexualmente transmisibles (CONASIDA 2005).

TIPOS DE RIESGOS:

- a) **Debut Sexual Temprano.** Recordemos que la edad del debut sexual de los jóvenes mexicanos se ubica entre los 14 años para los hombres y 16 años para las mujeres (Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántara, Navarro y Blanco, 1999; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Palacios y Andrade, 2006). Algunos autores señalan (Beadnell, Morrison, Wildson, Wells, Murowchick, Hoppe, Rogers, y Nahom, 2005) que la edad temprana del debut sexual es un factor de riesgo pues mientras los adolescentes tienen una menor edad al iniciar su vida sexual presentan un mayor número de parejas sexuales, más prácticas sexuales desprotegidas, por lo tanto se presentan más casos de embarazos precoces y adquisición de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

- b) Múltiples Parejas.** La historia sexual de la pareja se relaciona tanto con prácticas sexuales desprotegidas como con la probabilidad de relacionarse con personas infectadas, favoreciendo la adquisición de una enfermedad, la literatura ha mostrado (Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1992) que el número de parejas es un factor de riesgo alto para adquirir el virus de inmunodeficiencia humana.

- c) Encuentros Sexuales Concurrentes.** Cuando hay prácticas concurrentes con parejas diferentes, se relaciona con periodos cortos de incubación de gonorrea o clamidia (Diclemente y Crosby, 2003).

- d) Prácticas Sexuales sin el Uso del Preservativo.** El condón es el método más eficaz para prevenir el SIDA o alguna otra infección. Otras investigaciones (Díaz-Loving, 2001; Díaz-Loving y Alfaro, 1999) señalan que los adolescentes mexicanos presentan inconsistencia en el uso del preservativo, además de tener múltiples parejas sexuales, elementos que favorecen el riesgo en esta conducta. Ibáñez (1999) señala que los factores que contribuyen a la conducta sexual de riesgo en adolescentes son: tener una relación sexual que se da, de manera inesperada, falta de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y creer que los métodos anticonceptivos tienen consecuencias negativas en la salud.

De lo anterior se puede observar que las prácticas sexuales tienen múltiples antecedentes con respecto al riesgo en una práctica sexual. Esto se puede observar en las cifras de embarazo, abortos, adquisición de infecciones y VIH en adolescentes. Para diseñar programas de prevención es importante generar entre los jóvenes la responsabilidad de su sexualidad, enfatizando aquellos elementos que los ponen en riesgo, al tener prácticas sexuales sin protección.

Las situaciones anteriores favorecen, como profesionales de la salud a poner el énfasis necesario en los instrumentos para desarrollar diagnósticos y modelos que faciliten el trabajo de prevención primaria y secundaria. Es importante resaltar que hay una serie de investigaciones que se han llevado a cabo con respecto a la conducta sexual adolescente y es en el siguiente capítulo donde se presentan las diferentes teorías, aproximaciones y correlatos que sustentan el presente trabajo acerca de las prácticas sexuales riesgosas en los adolescentes.



II
TEORÍAS,
APROXIMACIONES
Y
MODELOS
DE
PREVENCIÓN
EN
CONDUCTAS SEXUALES
RIESGOSAS

2.1 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y EL EJERCICIO DEL CONTROL

Bandura (1994, 1992, 1986, 1969) aportó una teoría de suma importancia para la psicología social en la que se analiza el aprendizaje y la evaluación de habilidades personales que a los individuos les permiten mejorar su calidad de vida, entre los principios se encuentran: el reforzamiento, el modelamiento y el autocontrol. El papel que juegan los reforzadores es imprescindible, pues favorecen a mantener las conductas saludables. Esta perspectiva conductual pretende reconocer e incrementar los elementos relacionados con el autocuidado y la prevención.

Bandura (1994) señaló que para prever enfermedades como el VIH se requiere conocer la influencia que el medio ambiente genera sobre la conducta de una persona y con esto puntualiza que la información tiene que llevarse a la acción, por lo que es indispensable reconocer con qué habilidades cuentan los individuos para autoprotgerse, lo que implica actuar exitosamente bajo circunstancias difíciles. Las habilidades son elementos de la autoeficacia, esta última se encarga del monitoreo en los hábitos saludables en cada individuo, facilita la búsqueda de alternativas con el fin de lograr cambios en la conducta, esto genera que las personas se enfrenten de manera exitosa a situaciones estresantes.

Trasladar el conocimiento de la salud a una acción efectiva de protección, requiere de habilidades reguladoras individuales para ejercer el control en prácticas sexuales riesgosas, debido a que dichas actividades se generan dentro de relaciones interpersonales, es desde este enfoque que se buscan las acciones que reduzcan el riesgo.

Bandura (1990, 1994) señala que el reto va más allá de enseñar a la gente lo que tiene que hacer para prevenirse, por lo que los profesionales de la salud tienen que identificar el conjunto de habilidades con las que la gente cuenta y apoyar al desarrollo de aquellas que las personas creen que no están presentes.

Para lograr un cambio, Bandura (1986) propone identificar las razones que llevan a los individuos a tener hábitos de alto riesgo, además se necesita conocer la autorregulación de la conducta que para ser efectiva necesita habilidades que formen parte de la automotivación y autodirección. Para alcanzar el éxito de mantener conductas saludables no sólo se requiere de habilidades, también de una fuerte creencia en la propia autoeficacia para el ejercicio del control personal. A continuación se explican los componentes de la teoría cognoscitiva social.

La percepción de autoeficacia y la adopción de prácticas saludables.

Bandura (1990, 1994) señala que las creencias pueden motivar a las personas a regular su propia conducta, y favorecen a la modificación de hábitos que les lleven a decrementar su salud. El papel de lo que las personas piensan acerca del control que tienen sobre su conducta se vuelve importante, debido a que así saben como actúan sobre sí, sin dejar el control de sus hábitos a otros. En este sentido, la información acerca de la prevención es importante, sin embargo, ésta se complementa con habilidades autorregulativas y sociales, y el sentido de poder personal para ejercitar el control en situaciones sexuales.

Un ejemplo de autoeficacia percibida y adopción de prácticas saludables, es la investigación longitudinal hecha por McKusick, Wiley, Coates y Morin (1986), los autores evaluaron diversos factores psicológicos que podían influir en las prácticas sexuales de riesgo, como: el manejo de hábitos en conducta sexual, la frecuencia del uso del condón y el tipo de práctica sexual. A los sujetos se les sensibilizó con la percepción de amenaza, es decir, el riesgo de adquirir VIH; el grupo de trabajo se apoyó con compañeros y amigos para tener un refuerzo social y mantener conductas saludables, las habilidades que se trabajaron fueron: asertividad y negociación de uso de condón. Esto llevó a los individuos a disminuir gradualmente sus prácticas de riesgo e incrementar elementos de seguridad para enfrentarse a situaciones de riesgo además de mantener prácticas sexuales protegidas; el ejercicio del control sexual se basó en conocer la frecuencia de prácticas sexuales protegidas y fue el mejor predictor para incrementar las conductas saludables. Se concluyó que el papel de la percepción de autoeficacia en la adopción y prevalencia de conductas protegidas de los individuos se mantienen cuando los sujetos desarrollan habilidades y su red social les apoya a mantenerlas, así hay una traducción de información a la acción y se mantienen las conductas que reducen el riesgo.

Bandura (1994) reconoce que al existir falta de apreciación del riesgo en la conducta sexual, hay una baja estimación de susceptibilidad personal a contraer una infección de transmisión sexual; la comunicación asertiva constante y la negociación del uso del preservativo con el compañero sexual, llevan a mantener conductas saludables que disminuyen acercamientos sexuales riesgosos. Cuando se ejerce un control en los hábitos sexuales, la gente ejerce influencia tanto propia como en sus compañeros sexuales, esto requiere de habilidades de autorregulación que operen a través de estándares internos, las reacciones afectivas para conducta propia se relaciona con autoincentivos de motivación y otras formas cognoscitivas de autodirección.

Las habilidades de autorregulación forman una parte integral de la capacidad de reducción del riesgo y determinan cómo va a estar una persona dentro de una situación riesgosa, también favorecen la resistencia a las inducciones que potencian las conductas que la ponen en peligro. El ejercitar un control a través de mejorar la habilidad de negociación para una conducta sexual protegida, lleva a incrementar la creencia de protección minimizando con esto las conductas riesgosas. Por ejemplo, la percepción de autoeficacia para negociar el uso del condón predice prácticas sexuales protegidas en adolescentes y adultos (Brafford y Beck, 1991; Rosenthal, Moore y Flynn, 1991)

Componentes del Cambio de Autodirección Efectiva.

Un programa efectivo de cambio generalizado de conductas detrimentales a conductas saludables incluye cuatro componentes, cada uno con metas específicas que interactúan de acuerdo a tres determinantes (Bandura, 1986):

- A) *Los personales en la forma cognoscitiva, afectiva y de factores biológicos;*
- B) *Los conductuales y,*
- C) *La influencia medioambiental.*

Los componentes son:

- 1) El Desarrollo de habilidades para prevenir el riesgo de manera cognoscitiva.
- 2) El Desarrollo de habilidades sociales traducidas a acciones efectivas en situación de riesgo.
- 3) El propósito que tiene cada habilidad es el crecimiento y la construcción de autoeficacia que provee de oportunidades directivas y correctivas en las habilidades que se requieren en las situaciones de riesgo.
- 4) La creación y el desarrollo de un soporte social para mantener las habilidades de autoeficacia.

Desarrollo de habilidades Autoprotectivas y Control de Autoeficacia.

No es suficiente conocer cómo una persona puede infectarse de VIH, Bandura (1994) al respecto propone que el cambio de conducta requiere de elementos complejos como desarrollar habilidades sociales, cognoscitivas y la construcción de autoeficacia, por medio de un modelamiento constante y manteniendo la percepción de vulnerabilidad (fácil contagio), lo que se traduce en acciones efectivas a favor de la prevención, el objetivo final es que las personas actúen para mejorar la calidad de vida, sin embargo, no se logrará de no contar con el apoyo social que refuerce su conducta y mantenga sus hábitos saludables.

En general, la teoría del aprendizaje social ha tenido gran impacto en diferentes programas de intervención (Hays y Peterson, 1994; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman y Andrew, 1991; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield; 1992), con el fin de disminuir la incidencia de casos de VIH. Una crítica importante que ha tenido es la red social de apoyo, esto es, mientras los individuos vean que su conducta es reforzada por otros tendrá a mantenerse, de lo contrario, los hábitos saludables podrán decrementar. El reto de los profesionales de la salud no es sólo trabajar a nivel individual, éste radica en mantener a nivel social las conductas saludables.

2.2 MODELO DE CREENCIAS SALUDABLES

El modelo de las creencias saludables, se desarrolló en los años 50's como parte de un equipo de trabajo de psicólogos sociales de los Estados Unidos. El modelo surge del esfuerzo para explicar e integrar a las personas en programas preventivos de enfermedades infectocontagiosas (Rosentock, Strecher y Becher, 1994). Con el tiempo el modelo se extendió y enfocó a enfermedades específicas, lo que propició que recibiera una serie de apoyos por parte de las instituciones médicas, pues favorecía la disminución de casos de ciertas enfermedades.

La base del modelo es cognoscitiva-conductual, en la parte cognoscitiva se habla de un valor subjetivo a una meta específica o expectativa particular y tiene una influencia directa a través de lo que la persona hace. En la parte conductual se evalúa la adherencia de la persona a un programa específico de acción, se parte del conocimiento que las personas tienen para identificar sus conductas y los factores que intervienen para mantenerse o no dentro del programa de acción.

Componentes del Modelo

Han existido diferentes acciones para prevenir conducta de riesgo, por lo que es importante conocer el papel que la enfermedad tiene en una persona, el fin es conseguir que ésta participe directamente en lo que pasa, reconociendo desde lo que cree que puede hacer para tener una mejor calidad de vida e identificar acciones claras que la lleven a alcanzar su meta. Rosentock, Strecher y Becher (1994) indicaron que la acción es generar condiciones de salud con consecuencias en el cambio de conducta y percepción de los individuos como la reducción de la susceptibilidad o de las condiciones severas del paciente, lo que le facilita reconocer costos y beneficios en pro de su salud. Los componentes del modelo son:

Susceptibilidad Percibida. Esta dimensión se refiere a la percepción subjetiva del riesgo, por ejemplo las situaciones que llevan a tener prácticas sexuales sin protección y favorece a reconocer el estado saludable del individuo.

Percepción de la Severidad. Se refiere a los sentimientos que existen al contraer una enfermedad y dejar incluidas evaluaciones acerca de lo que implica la adquisición de la misma (muerte, dolor, discapacidad) y las posibles consecuencias sociales (afectación en las relaciones familiares, amistosas y de trabajo). Para Rosentock, Strecher y Becher (1994) existe una combinación entre la susceptibilidad percibida y percepción de la severidad a la que también se le llama percepción de amenaza.

Percepción de Beneficios. Al aceptar la persona su susceptibilidad y percibir la amenaza, se produce una motivación particular que es dirigida a una serie de creencias, que son variables de acción a favor de que el paciente conozca los beneficios, como son: llevar una dieta adecuada, realizar alguna actividad física, la disminución en gastos de tiempo o dinero al seguir un programa.

Percepción de Barreras. Estos impedimentos se entienden desde el contexto del paciente, es identificar acciones con los probables gastos o dificultades para realizarlas, en la mayoría de los casos las barreras suelen ser mínimas en comparación con los beneficios que hay.

Claves de Acción. Responde al cómo y qué hacer bajo ciertas situaciones, es decir, el apoyo que hay desde la institución de salud al paciente, como sería una invitación personalizada a formar parte de un programa de atención, sin embargo no hay datos sistematizados en este rubro.

Otras Variables. Las otras variables son las sociodemográficas, socio-psicológicas y las variables estructurales que pueden afectar las percepciones individuales y la influencia indirecta de todas se ve reflejada en las conductas saludables.

Auto-Eficacia. Es la convicción de la persona para ejercitar una conducta exitosamente, esta variable favorece el diseño de programas de acción en pro de la prevención, lo que lleva a las personas a ejecutar conductas que las llevan a alcanzar metas específicas y alcanzar niveles saludables a mediano y largo plazos, e involucra cambio de hábitos relacionados con prácticas sexuales de riesgo, por ejemplo qué tanto las personas piensan que en verdad utilizarán condón.

Autoreporte. Es un instrumento básico para este modelo, es confidencial y por este medio se conoce el apego del individuo al programa, además presenta la historia sexual de la persona, el fin es tener presente las acciones a seguir para lograr la conducta de protección.

FIG. 2.2.1 DIAGRAMA DEL MODELO DE CREENCIAS SALUDABLES



FUENTE: ROSENTOCK, STRECHER Y BECHER, 1994

El modelo ha tenido una base empírica sólida que puede sustentar el trabajo de prevención tanto de embarazos no deseados como de la transmisión de alguna infección sexual incluido el VIH. La investigación aplicada realizada para el presente modelo se ha enfocado en distintas poblaciones, sobre todo en adultos, es importante que se considere para poblaciones jóvenes con el fin de generar programas de prevención que tomen en cuenta las variables del modelo y construir avances sustanciosos, tanto de prevención como de disminución de incidencia en prácticas sexuales de riesgo.

Brunseick y Banaszak-Holl (1996) presentaron evidencia empírica con el modelo de creencias saludables, evaluando las creencias relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo de un grupo de hombres adultos afro-americanos en los Estados Unidos, grupo que presenta una alta prevalencia de VIH, los autores encontraron que a menor conocimiento, actitudes menos favorables con respecto al uso del condón y menor percepción de amenaza, hay menos conductas sexuales protegidas, la investigación sirvió como diagnóstico de una comunidad afro-americana para proponer un programa de intervención y reducir la prácticas sexuales de riesgo entre los varones de dicha comunidad. En general, el trabajo de este modelo en diferentes grupos favorece al desarrollo de programas de intervención en sus distintos niveles pues la organización de sus variables involucra la participación en todo momento de la red social de apoyo.

2.3 MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA

Este modelo propuesto por Fishbein y Ajzen (1975, 1980, 1981) y por Fishbein, Middlestadt y Hitchcock (1994), plantea predecir la conducta de un individuo como miembro de un grupo y como partícipe en las relaciones interpersonales, por lo que cualquier significado o valor explicativo que tenga la actitud, debe provenir de una disposición intermedia entre el nivel individual y social.

Las variables consideradas como predictivas en el modelo son: las creencias y la evaluación de los resultados de una conducta (actitudes); se analizan las normas subjetivas (lo que el grupo cree acerca de una conducta particular) y la motivación para complacer a los miembros de su grupo, así como la intención para realizar la conducta. El supuesto teórico del que parte señala que la conducta depende de una intención para realizar una determinada acción. La intención conductual consiste en tres elementos:

- a) Evaluación de las consecuencias de la acción;
- b) La estimación de un juicio o el significado de la acción para otros, y
- c) La voluntad de conformar los deseos que implican los significados de otros.

La teoría de la acción razonada parte de la premisa de que los seres humanos son generalmente racionales y hacen uso sistemático de la información disponible; asimismo, indica que la gente evalúa los posibles resultados antes de decidir realizarla, la finalidad de esta teoría es predecir el comportamiento individual insertado en el medio social.

En México, Alfaro (1995) y Díaz-Loving y Alfaro (1999) encontraron que las normas subjetivas de los adolescentes mexicanos favorece a tener conductas sexuales de riesgo, pues para ellos hay un valor importante acerca de lo que el grupo de pares opine sobre el uso del condón, así que es muy probable que si la norma es no utilizarlo, los jóvenes tendrán una actitud negativa a su uso, menor intención de utilizarlo y por lo tanto conductas sexuales de riesgo.

La aplicación de este modelo ha brindado fuentes importantes de conocimiento acerca de la conducta sexual de los adolescentes en distintas situaciones, como es el caso de la predicción del uso del condón en una relación sexual (Alfaro, 1995); de las prácticas sexuales de riesgo en jóvenes encarcelados (Morrison, Baker, y Gillmore, 1994).

El modelo de la acción razonada se ha probado en distintas poblaciones, entre ellas la de adolescentes, al respecto, Basen-Engquist (1992) encontró en varones adolescentes que las creencias de los pares acerca de que "*la hombría*" disminuye cuando el preservativo se utiliza y que éste es poco placentero, se relaciona con un uso inconsistente o nulo del preservativo. El modelo también se ha probado en programas multicomponentes de prevención de embarazo, Basen-Engquist, Coyle, Kirby, Carvajal y Baumier (2001), encontraron que a mayor información objetiva con los jóvenes y sus pares hay reducción de creencias que facilitan el riesgo y se presentan mayores conductas anticonceptivas en los jóvenes. Brunswick y Banaszak-Holl, (1996) encontraron que las creencias influyen en la conducta sexual de riesgo de comunidades vulnerables.

Sin embargo, entre las críticas que esta teoría ha recibido (Hovell y Hillman, 1994), están los cambios que la actitud sufre con respecto a tener conductas saludables, pues no existe un indicador que a futuro sostenga que la persona va a mantener una conducta o si en verdad todo el tiempo tiene conductas de prevención.

2.4 APROXIMACIÓN INNOVADORA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES PARA ADOLESCENTES

Esta aproximación la presenta Shinke y Gordon (1992) con el fin de prevenir del VIH a minorías de adolescentes hispano-americanos que mantienen una serie de desventajas con respecto a otros grupos que viven en los Estados Unidos, como: carecer de servicios de prevención y atención a la salud. La aproximación parte de la investigación aplicada en la que se basan las intervenciones primarias que pretenden disminuir los riesgos en los adolescentes. El objetivo de la intervención fue prevenir la conducta sexual de riesgo. Las bases teóricas de esta aproximación fueron la teoría del aprendizaje social y las premisas cognoscitivas conductuales. El fundamento empírico se basó en desarrollar dos intervenciones, una con un libro de historietas y otra con un programa de cómputo.

Las historietas se presentaron con elementos sensibles al contexto de los jóvenes, el objetivo de la intervención fue desarrollar estrategias efectivas para manejar situaciones en dos niveles: las individuales y las relaciones interpersonales, con el fin de reducir el riesgo de adquirir VIH. La intervención tuvo como componentes básicos habilidades de comunicación relacionadas con el rechazo a prácticas desprotegidas y la negociación del uso del preservativo. Los participantes fueron evaluados con autoreporte de vida e historia sexual, después de utilizar el libro y analizar las conductas de las y los adolescentes en grupos de discusión, se evaluaron las actividades después de uno, tres y seis meses; los resultados mostraron que las habilidades de comunicación y las conductas sexuales de riesgo disminuyeron considerablemente.

La siguiente intervención fue reducida, sólo se evaluaron, actitudes, conocimientos y creencias con respecto a las relaciones sexuales sin uso del condón, la evaluación fue antes y después de participar en responder viñetas que pertenecían a un programa de cómputo, al finalizar se reportaron cambios favorables en las actitudes y creencias. Sin embargo, los autores señalaron la importancia de hacer esto con grupos de jóvenes y poner a discusión lo que el programa presenta, además de hacer una evaluación de autoreporte y de juego de roles para apoyar al desarrollo de habilidades que las y los adolescentes consideran necesarias para enfrentarse a situaciones de riesgo.

2.5 MODELO INTEGRAL PREDICTIVO DEL USO DEL CONDÓN

Este modelo utilizado en México por Torres y Díaz-Loving (1999), se basó en tres modelos importantes: el de Autoeficacia de Bandura (1986), el de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) y el modelo de las fases de acción de Gollwitzer (1990, 1996). El modelo propone que los sujetos tengan como conducta integral el uso correcto del condón, lo que implica todo un proceso de identificación con el preservativo: su fecha de caducidad, detectar si el empaque está en óptimas condiciones, la forma correcta de abrir el empaque del preservativo y observar cómo pueden tener conductas sexuales protegidas; los autores consideran en este modelo la planeación como elemento fundamental de las tareas de ejecución.

La población con la que se probó el modelo estuvo compuesta por 120 varones del 3er año de preparatoria, identificando costos-beneficios de usar condón, se evaluó la deseabilidad social y el tipo de conducta sexual que los jóvenes tenían por medio de conducta abiertas.

El objetivo de la investigación fue que los adolescentes consideraran dos elementos en la conducta sexual: el proceso del uso del preservativo, saber colocarlo y retirarlo adecuadamente; hubo dos grupos un control y un experimental. Los resultados mostraron que los jóvenes del grupo experimental aprendieron de manera conductual todo lo relacionado con el uso del preservativo, a diferencia del grupo control que presentaron menos conductas del uso correcto del condón. Este modelo proporcionó información relacionada exclusivamente con la manera de utilizar el preservativo, sin embargo no brinda evidencia empírica acerca de los jóvenes que tenían vida sexual activa y si existía o no conducta sexual de riesgo en ellos.

2.6 MODELO MULTISISTÉMICO DEL DESARROLLO SEXUAL ADOLESCENTE

Se basa en un diseño multisistémico propuesto por Hovell y Hillmen (1994) quienes toman en cuenta todos los sectores que forman parte del desarrollo de la educación sexual de los adolescentes, como son: la escuela, la familia, los líderes comunitarios, los medios masivos de información, los grupos políticos y religiosos, además se consideran factores económicos que permiten un seguimiento en la investigación, los autores proponen el diseño de múltiples intervenciones en los diferentes niveles sociales.

El modelo tiene como base la teoría del aprendizaje social, el de la acción razonada, y el modelo de creencias saludables; se propone que las dimensiones de la sexualidad se manejen a manera de que existan "*metacontingencias*", esto es, reconocer la acción dinámica de los diferentes actores sociales. La participación de los actores y la población se debe relacionar con campañas de los medios masivos, en las políticas públicas y en la educación, favoreciendo a una cultura en educación sexual, la cual promueva conductas saludables entre la población que a largo plazo tiene por consecuencia una red preventiva.

La propuesta del modelo es trabajar con base en diferentes programas que tienen como fin prevenir e intervenir en distintos niveles. Sin embargo, el trabajo que se sugiere es muy amplio con respecto a la conducta sexual y el desarrollo adolescente, perdiendo objetivos específicos como son la disminución de embarazos adolescentes en comunidades y etnias específicas. Es importante destacar que este modelo sugiere la investigación aplicada, el crecimiento de redes sociales y sugiere una información libre de prejuicios, promueve al adolescente como dinámico en su conducta y no como meros receptores de aprendizaje, sin embargo, esta propuesta teórica resulta interesante pero compleja y no hay evidencia empírica que la avale

2.7 MODELO DE EMPODERAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

Este modelo se probó en una comunidad latina de los Estados Unidos por Gómez, Hernández y Faigles (1999). La propuesta se dirigió a mujeres por ser una de las poblaciones vulnerables de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana por vía sexual. Debido a las creencias culturales de esta comunidad las mujeres no toman medidas preventivas acerca de embarazos o contraer alguna infección de transmisión sexual. Las autoras señalaron que otro factor que las coloca en riesgo es su nivel económico y académico.

Las investigadoras contactaron a una organización civil que trabajaba dentro de una comunidad con desventajas, fue importante conocer las necesidades del lugar, como si había una clínica dedicada a atender mujeres en distintos niveles de prevención.

El modelo evaluó tres puntos importantes, primero los medios con los que las mujeres contaban para informarse acerca de su salud sexual y reproductiva, atención en clínicas u hospitales; segundo, por medio de un cuestionario abordaron si las mujeres tenían conductas sexuales riesgosas que facilitaban la adquisición del VIH y finalmente, con la información se diseñó una intervención que abarcaba aspectos relacionados con la autonomía, la autoestima, la equidad, el reconocimiento de los derechos con los que contaban.

Contando con los elementos de acción de las mujeres en su comunidad se identificaron a las líderes de la misma, a quienes se les capacitó para hablar de comunicación con la pareja, analizar las normas socioculturales e identificar los elementos que subyacen a las conductas sexuales de riesgo. Se formó con ellas un grupo de 74 mujeres entre 15 y 20 años con vida sexual activa y se trabajó durante 6 meses.

El objetivo del programa y del modelo se logró, pues al final las participantes reconocían sus derechos, reconocían las conductas sexuales riesgosas y por lo tanto hubo decremento en las mismas, además establecieron la necesidad de contar con servicios de cuidado de salud reproductiva, hecho que las autoras señalan importante pues facilitó la organización para tener un centro de salud dentro de la comunidad. Las investigadoras propusieron que para continuar apoyando a las mujeres en desventaja era necesario que intervinieran otros sectores como: el escolar, el político y fundaciones económicas. Se sugirió el trabajo constante con los hombres e identificar una red de apoyo tanto personal como social para continuar con la promoción de la prevención del VIH y otras infecciones en diferentes comunidades latinas.

2.8 MODELO ECOLÓGICO APLICADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Uno de los trabajos que hace mención del tema es el realizado por Corcoran (1999), quien señala que en esta etapa, madres e hijos tienen grandes desventajas. La autora se basa en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) para explicar los factores que integran este problema social, el modelo explica diferentes niveles de sistemas en un espacio ecológico. Y la autora plantea cuatro niveles, el primero es el microsistema; el segundo es el mesosistema, el tercero es el macrosistema y el último es el ecosistema.

El ecosistema incluye escenarios en los que el individuo no interactúa directamente y finalmente el macrosistema donde están incluidas las variables culturales que influyen sobre el individuo. La autora identifica los factores asociados al embarazo adolescente, para el macrosistema: nivel socioeconómico, nivel educativo, estatus marital y ocupacional de los progenitores del adolescente, a este nivel corresponden los valores, las actitudes y las normas entre los adolescentes, muchas de éstas relacionadas con sus conductas sexuales.

Los elementos del mesosistema son: nivel y logros educativos de las y los adolescentes, las expectativas escolares, las conductas problema, el estrés provocado por la escuela, nivel perteneciente a la estructura y al funcionamiento familiar que forman una relación con el abandono escolar y/o del hogar para que las y los adolescentes se involucren en relaciones de las cuales la consecuencia es un embarazo. La autora señala que mientras las adolescentes tengan expectativas futuras generará que tomen medidas preventivas en sus conductas sexuales. También el funcionamiento familiar es señalado como predictor de toma de riesgo. Sin embargo, aquí se tendría que conocer la influencia de pares y cuál es el soporte social, siendo éste un factor de influencia importante para que las adolescentes se protejan o bien retrasen el inicio de su vida sexual.

Finalmente, el microsistema en el que se vincula el embarazo adolescente es definido por la variable autoestima, sin embargo no retoma los roles sexuales y el impacto que éstos tienen en la vida de los adolescentes y en su toma de decisiones, elementos que Bronfenbrenner retoma en su modelo. A diferencia del modelo que retoma Corcoran sólo hace una revisión teórica sin evidencia empírica, de su trabajo es rescatable la interacción que evidencia con respecto a la interacción de diversas variables con el fin de desarrollar programas preventivos.

2.9 MODELO TEÓRICO DEL CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

Este modelo propuesto por Prochaska (1984) y Prochaska y Diclemente (1983, 1984, 1992) selecciona una gama de trabajos empíricos que proponen una serie de etapas para que los adolescentes hagan cambios en su toma de decisiones, e incluye factores necesarios para el progreso individual de cada etapa.

La aplicación del modelo la realiza Hulton (2001), el objetivo de su trabajo fue aplicar el concepto a diferentes variables en la toma de decisión sexual de los adolescentes, el cambio implicaba tener conductas de abstinencia, la muestra se distribuyó de manera equitativa entre adolescentes con debut y sin debut sexual, se trabajó con un total de 694 adolescentes de 12-14 años. Se evaluó cada etapa de acuerdo al modelo:

- 1) Precontemplación
- 2) Contemplación
- 3) Preparación
- 4) Acción
- 5) Prevalencia de Conductas de Abstinencia.

Se realizó tanto un estudio longitudinal como uno transversal; para la primera etapa se sensibilizó a los participantes a conocer a lo largo del tiempo las consecuencias de su conducta; en la segunda etapa se identificaban problemas prácticos y sus soluciones. La tercera etapa combinó la intención y el criterio conductual. Aquí se involucró la cotidianidad de la vida de los adolescentes con debut sexual y de los de no debut la posibilidad de tenerlo, qué se puede hacer para detener por una parte el debut y por el otro la vida sexual activa. La cuarta etapa se basó en la modificación conductual de los adolescentes. La etapa final propuso la consolidación de los adolescentes en acciones de las etapas anteriores.

Los resultados indicaron que los adolescentes sin vida sexual, continuaron sin ella al menos en un 88% hasta el estudio final (después de 18 meses); sin embargo, no pasó lo mismo con los adolescentes que habían tenido debut sexual, pues sólo el 47% mantuvo la abstinencia por período de 12 meses y el resto disminuyó la frecuencia de sus encuentros.

El modelo puede emplearse para modificar prácticas desprotegidas, recordar que los adolescentes tienen una serie de relaciones complejas y enfocar la toma de decisiones a la prevención de conductas saludables. Una de las críticas al modelo radica en la percepción que se le presenta a los adolescentes acerca de la sexualidad desde el concepto de abstinencia.

Se debe reconocer frente a la propuesta de abstinencia que hay una serie de factores entre las y los jóvenes que los lleva a tener relaciones sexuales, la información debe presentarse de manera objetiva, analizando la toma de decisiones como un elemento que evalúa diferentes alternativas, por lo que dentro de la conducta sexual de riesgo hay que trabajar con elementos que lleven a los jóvenes a disfrutar de una vida sexual libre y responsable.

2.10 MODELO PRE-ADULTO DE TOMA DE DECISIONES SALUDABLES

Este modelo, planteado por Langer y Werheit (1992), se basa en las conductas de riesgo de los adolescentes. Es importante mencionar que en su inicio, este modelo tuvo sólo la parte conceptual, posteriormente fue probado por Langer y Tubman (1997), la evidencia empírica mostró cómo los adolescentes toman decisiones con base en conocimientos, creencias y un proceso de toma de decisiones.

Los autores tienen como base teórica distintos modelos. Uno es el del aprendizaje social (Bandura, 1986), de esta teoría los autores destacan la variación del aprendizaje de acuerdo al conocimiento por observación, esto involucra la interacción social y cognoscitiva para modelar una conducta, así se necesita un proceso de memorización, recreación, motivación, refuerzo interno y externo, necesarios para mantener una conducta saludable. Otro modelo en el que los autores se basan es en el de las creencias saludables (Rosentock, Strecher y Becher, 1976), del que identifican la manera aplicada en que se llevan a cabo los conocimientos a la vida cotidiana; sin embargo, sostienen que el costo-beneficio puede no ser relevante en una conducta sexual del adolescente, debido a que la percepción del riesgo no siempre depende de un elemento racional y no siempre se vincula con un problema de salud como sería adquirir VIH. Otro modelo en el que los autores se basan es el de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1982) se analiza la intención de una conducta, por medio de tres elementos:

- a) Evaluación de las consecuencias de la propia acción
- b) Estimación de un juicio o significado de otros sobre acciones propias
- c) La comodidad de la persona ante la atención de los deseos de otros.

Es importante destacar que Langer y Werheit (1992) puntualizan la relación social de los adolescentes, como la relación con padres y pares, debido a esto los modelos anteriores juegan un papel importante como supuestos teóricos pues evalúan el papel de los pares ante el uso del preservativo y la relación con sus padres para tomar decisiones en relación a su conducta sexual.

El último modelo analizado por los autores fue el de Janis y Mann (1977). Este modelo involucra un amplio cuerpo de la literatura que detalla los elementos que subyacen a tomar decisiones particulares; se centra en cinco puntos relacionados con los patrones de enfrentamiento ante el conflicto que causa tomar decisiones:

- 1) La decisión a tomar puede ignorar el mensaje de riesgo o la pérdida y persistir una conducta que implique riesgo.
- 2) La decisión podría no tener la crítica con respecto al curso de la acción determinada.
- 3) La decisión a tomar puede ser justificada; no obstante, la justificación no es la base de una decisión.
- 4) Tomar la decisión puede generar miedo o presentarse dentro de un dilema de acción.
- 5) La decisión a tomar, está vigilada por información relevante y el peso de ésta implica una elección u otra. A este último punto subyacen tres condiciones:

- a) Los riesgos de alternativas de elección son conocidos.
- b) La toma de decisiones no es dirigida
- c) Previo a tomar la decisión, existió un tiempo de deliberación.

De acuerdo con Langer y Werheit, las conductas de riesgo involucran la toma de decisiones; algunas, en el caso de los adolescentes pueden causar conflictos, por ejemplo iniciar su vida sexual, el tipo de anticonceptivo y/o el uso del preservativo en una relación sexual. Estas elecciones requieren de la evaluación e identificación de la decisión, así también involucra inconvenientes a corto, mediano y largo plazo. La revisión de este trabajo presenta como supuesto teórico el modelo conceptual de Riesman (1950). Este autor presenta una tipología que se basa en la toma de decisiones en tres aspectos:

- 1) Toma de decisiones dirigida por tradición.
- 2) Toma de decisiones no dirigida.
- 3) Toma de decisiones dirigida por la personalidad.

El autor menciona que todos los aspectos de la cultura afectan la autoexpresión. No obstante, Langer y Werheit señalan que las actitudes con respecto a la sexualidad son importantes influencias en la toma de decisiones, especialmente en los adolescentes, la influencia que éstos viven es difícil y es un punto que forma parte del proceso y el estilo de tomar decisiones complejas. De acuerdo con Riesman, el carácter individual es modelado por la sociedad por lo que hay una interacción altamente dinámica (factor de personalidad) que los autores retoman para su trabajo, lo que favorece o dificulta su toma de decisiones.

El modelo propuesto por Langer y Werheit (1992) más que predecir trata de explicar por qué las y los jóvenes se involucran en prácticas sexuales de riesgo y presenta tres perspectivas importantes:

1. El adolescente está en un periodo de búsqueda de identidad.
2. Hay un desprendimiento de la esfera familiar y desarrollan lazos fuertes entre los grupos de pares.
3. Hay una combinación en la idiosincrasia del adolescente, entre lo que los pares señalan y lo que se ha aprendido de la familia.

El modelo también toma en cuenta la interacción simbólica, lo que implica una toma de decisiones que interactúa y negocia con las decisiones de otros. Esto implica una conducta dinámica y dependiente del contexto socio-cultural. También está situada en dos contextos:

- A) Relacionado con el procesamiento interno de información tomando en cuenta los riesgos en la salud, como conocimientos y creencias.
- B) El procesamiento externo de información que subyace a las respuestas de conductas.

La base del modelo toma en cuenta las diferencias que existen en la toma de decisiones de los adolescentes y la orientación que éstos tienen, lo que implica que éste no es un modelo definitivo, más bien se enriquece de los trabajos empíricos que modifican las posiciones de las relaciones de variables en el modelo.

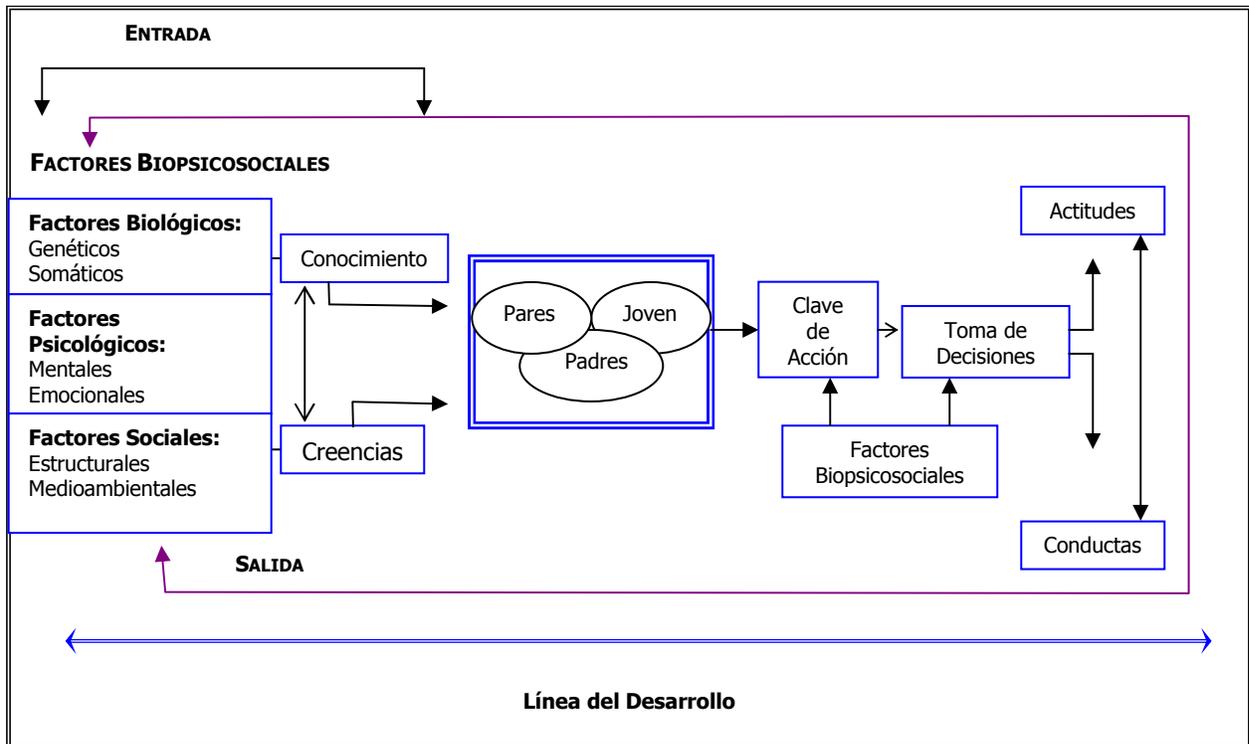
El modelo es bilateral como se observa en el diagrama 2.10.1. Se enfoca en dos grandes aspectos de toma de decisiones:

- a) Las entradas de información, que consideran conocimientos y creencias,
- b) las salidas de información, que consideran actitudes y conductas de los adolescentes (prácticas sexuales de riesgo).

Ambas, son mediadas por factores medioambientales que existen a lo largo de una secuencia de tiempo, esto es el pasado y el presente y la percepción del futuro. El diagrama presenta tres círculos que representan categorías en la orientación de la toma de decisiones y se basan en lo que proponen: los adolescentes, los pares y los padres.

Langer y Werheit (1992) plantean este modelo con el fin de que los adolescentes evalúen los costos y beneficios de tomar decisiones riesgosas que repercutan en su salud y señalan que puede ser útil para trabajar de manera sistemática y tomar en cuenta a los grupos de pares y a la familia, que favorecen al desarrollo de conductas saludables. Los autores sugieren que se utilice el modelo para el diseño del diagnóstico y posteriormente con la información que el modelo reporte se proponen intervenciones para reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

2.10.1 MODELO PRE-ADULTO DE TOMA DE DECISIONES LANGER Y WERHEIT (1992)



La discusión que Langer y Werheit desarrollan con respecto al modelo sugiere que, una de las características importantes de los adolescentes con respecto a la de los adultos es la toma de decisiones que tienen en ese momento de su vida, y depende mucho de la situación, a diferencia del adulto en el que la toma de decisiones refleja análisis y es más elaborada con respecto a lo que podría pasar a futuro.

Los autores destacan que las intervenciones que son solamente educativas no necesariamente implican un cambio en la conducta, es importante conocer las conductas y lo que a éstas subyace con el fin de diseñar intervenciones que se enfoquen en modificar patrones conductuales que ponen en riesgo a los adolescentes, por eso es importante conocer qué significado está detrás de las prácticas de riesgo y de la sexualidad de los adolescentes.

Es importante ubicar dentro de las evaluaciones que describen las conductas de riesgo de los adolescentes qué tipo de procesamiento de información existe entre los adolescentes y reconocer la importancia de los grupos de arraigo.

Langer y Tumban (1997) presentan la evidencia empírica con adolescentes bajo tratamiento de adicciones e involucraron nuevas variables, cabe destacar que se identificó como variable dependiente el riesgo de adquirir VIH únicamente. La muestra fue de 120 usuarios de drogas, entre los 13 y 21 años de edad. Las medidas fueron: conocimientos acerca del contagio, actitudes al condón, sintomatología depresiva, motivos para ingerir bebidas alcohólicas, toma de decisiones racional o deliberada, conducta sexual de riesgo y vulnerabilidad para adquirir VIH; el análisis de los datos reveló que la mayoría de los usuarios de drogas sostienen prácticas sexuales de riesgo, además que el conocimiento, el estilo de toma de decisiones, los motivos para ingerir bebidas alcohólicas y la percepción de vulnerabilidad para adquirir VIH fueron predictores significativos de conductas sexuales de riesgo.

Los principales teóricos como Bandura (1994); Rosentock, Strecher y Becker (1976, 1994); Ajzen y Fishbain (1990), Janis y Mann (1977), Bronfeenbrenner (1992) han aportado elementos que favorecen al crecimiento de la psicología social en investigación empírica y aplicada, sus trabajos e investigaciones han dado pie al desarrollo de diferentes modelos relacionados con la prevención del riesgo. A pesar de la evidencia empírica proporcionada, en México es necesario hacer un trabajo continuo debido a las diferencias socioculturales, históricas y económicas en relación con los otros países, con el fin de aportar elementos objetivos y profundos que permitan un análisis de la conducta sexual de riesgo de los jóvenes.

2.11 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON CAUSAS Y CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO.

Este apartado presenta estudios internacionales, su organización se establece en tres rubros, el primero muestra los factores asociados a la conducta sexual de riesgo, el segundo menciona los factores asociados al embarazo adolescente y el tercero, presenta trabajos relacionados con la adquisición del VIH.

Miller (2002) señaló, tras una revisión amplia de la literatura, que para entender la conducta sexual de riesgo de los adolescentes se deben analizar una serie de factores como son: el nivel socioeconómico de los jóvenes, el tipo de familia que tienen (monoparental, padres juntos, familia extensa o pequeña, etc.), el nivel educativo de los padres, el soporte, control y supervisión parental. En relación a los adolescentes, cuáles son sus actividades, la visión que tienen de su futuro, con quiénes se informan los jóvenes acerca de su sexualidad; además añade, factores biológicos y hereditarios como variables importantes tales como: la edad de la menarca y el nivel de dopamina. El autor concluye que al tomar en cuenta estos factores habrá una visión más amplia acerca de la conducta sexual de riesgo de los adolescentes.

Este análisis, señala el autor, brinda información acerca de la comunicación e información con la familia, la apreciación del futuro y la importancia que se le da a las metas académicas; además propone que analizar el inicio de la vida sexual de los padres y el vínculo que puede tener esto con la vida sexual de los hijos, considerando los factores biológicos y genéticos. En general, su propuesta considera elementos genéticos, biológicos y de relaciones familiares, esta visión considera factores importantes, sin embargo, no considera la calidad de información en cuanto a la sexualidad, las creencias asociadas a las relaciones sexuales, la protección, la relación de pares y pareja, variables que ofrecen una apreciación más completa de la conducta sexual de riesgo en los jóvenes.

Entre los datos empíricos que se han vinculado a la conducta sexual de riesgo de los adolescentes está la orientación al futuro de adolescentes, Robbins y Bryan (2004) consideran que la percepción del futuro es uno de los elementos importantes en la prevención de diferentes conductas de riesgo, entre las que se encuentra la conducta sexual desprotegida. Los autores señalan que a mayor percepción negativa del futuro, el riesgo que los jóvenes presentan es mayor, en comparación con aquéllos que tienen una apreciación positiva y por lo tanto previenen el riesgo. Encontraron además, que los adolescentes con una percepción positiva del futuro sostenían una relación parental cercana.

Werner-Wilson (1998) propone que la conducta sexual de riesgo tiene una estrecha relación con el papel de género asociado a la educación familiar. El autor indica que los papeles tradicionales de hombres y mujeres favorecen que exista más riesgo en las relaciones sexuales de los adolescentes e indica que las y los adolescentes a quienes se les provee de información libre de prejuicios y que no se vinculan mitos asociados a su papel de hombre o mujer retrasan su debut sexual, tienen mayor información y presentan más comunicación en relación a lo que desean en su vida sexual, su conducta sexual es más protegida y por lo tanto su vida sexual es más plena; en comparación con los jóvenes que han sido educados en roles sexuales tradicionales quienes después de iniciar su vida sexual presentan culpa, menos comunicación en lo que desean en su vida sexual y el debut sexual es más temprano. El autor menciona elementos sociales importantes, sin embargo, habría que aclarar la calidad de la información relacionada a la sexualidad que la familia le proporciona al adolescente con el fin de identificar los mitos que pueden ser parte de su conducta sexual de riesgo.

Langer, Zimmerman y Katz (1994) señalaron que el riesgo en la conducta sexual de mujeres jóvenes depende del control sexual que tengan. Las mujeres con mayor control sexual tienen más contactos sexuales protegidos, pues las mujeres exigen frecuentemente el uso del preservativo al compañero sexual, estas mujeres también presentaron más habilidades asertivas, en comparación con las mujeres de bajo control sexual quienes señalaron que la decisión de protección es del compañero sexual, en este grupo hubo menos frecuencia del uso del preservativo y presentaron pocas habilidades asertivas. Los autores encontraron que algunas mujeres disminuían la exigencia del uso del preservativo cuando la relación de pareja se presentaba relativamente estable, y se encontró que un noviazgo largo disminuye la frecuencia en el uso del condón y ocurre debido a la familiaridad que surge con el compañero sexual y, en muchos casos, debido a la presión del mismo para dejar de utilizar el condón. Algunas mujeres que dejaron de exigir la protección en sus contactos sexuales reportaron que la familiaridad crea la ilusión o la sensación de seguridad y disminuye la percepción del riesgo.

Entre los factores asociados a la conducta sexual de riesgo de los adolescentes se encuentra el consumo de alcohol, al respecto LaBrie (2002) probó un modelo de expectativas sexuales y el uso del condón con relación al alcohol, evaluó las intenciones de riesgo en una relación sexual. Trabajó con una muestra de 563 estudiantes en un rango de 17 a 26 años, los resultados indicaron que tomar alcohol correlacionaba con tener relaciones sexuales y que el uso del condón era menos probable bajo la influencia del alcohol, debido a que se pierde el control ya que en muchos casos no hay percepción del riesgo en ese estado, por lo tanto, se incrementa el riesgo de adquirir una ITS o detener un embarazo no deseado, esta conducta correlaciona fuertemente con la influencia de los pares.

Aislar y Fendrich (2000) evaluaron el uso de drogas en relación a la conducta sexual de riesgo de los adolescentes. Este trabajo fue una valoración de entrevistas hechas a adolescentes detenidos, los cuales formaron parte de un programa de uso de drogas, el número de entrevistas evaluadas fue de 13,048. La edad de los adolescentes fluctuaba entre los 12 y los 18 años con una media de 15 años, el 36% de la población reportó haber tenido más de 4 parejas sexuales. Hay que destacar que se evaluó el tipo de droga que utilizaban y se encontró que aquéllos que habían usado cocaína tendían a exagerar el número de parejas sexuales.

De acuerdo con ese estudio, el riesgo de tener una relación sexual sin protección no se debe totalmente al efecto de la droga, según los reportes, pero esto varía dependiendo de la sustancia que los sujetos consuman, los autores relacionan ambas situaciones con la toma de riesgos de los adolescentes. Los resultados demostraron que mientras mayor es el tiempo de uso de drogas hay más riesgo de tener conductas sexuales desprotegidas, y en general las conductas de riesgo se asocian entre sí por lo que hay una relación entre el uso de drogas e infringir la ley.

En lo que al embarazo adolescente se refiere, Trad (1993) señaló que aquéllas jóvenes que no han sido reforzadas por la familia en sus expectativas académicas y que presentan menos comunicación con sus padres presentan más riesgo de embarazarse, el autor identificó estos factores al trabajar con adolescentes embarazadas en las que encontró que no había comunicación en casa y sus expectativas académicas no habían sido valoradas, por lo que daban mayor importancia a la sensación del momento que del futuro. El autor señaló que mientras la familia apoya las expectativas académicas de las hijas y presentan mayor comunicación existirá menos riesgo de un embarazo entre las jóvenes.

Jenkis (2000) elaboró un programa preventivo de embarazo adolescente, con mujeres de 15 a 19 años de edad, todas con vida sexual activa. En el trayecto de la investigación las jóvenes reportaron que muchos de sus contactos sexuales se daban por coerción de la pareja sexual y que debido a la situación sus relaciones sexuales presentaban riesgo de un embarazo no deseado. La autora planteó dentro del programa, no sólo el conocimiento de los métodos anticonceptivos, también elementos de comunicación con el fin de que las jóvenes disminuyeran sus contactos de riesgo, el programa incluyó información adicional acerca de su cuerpo y la importancia de la prevención. Al final del programa, las jóvenes presentaron una mayor conducta anticonceptiva y mencionaron que los elementos de comunicación les ayudaron a disminuir los contactos sexuales por coerción.

En relación a la prevención del VIH, Catania, Gibson, Chitwood y Coates (1990) presentaron una revisión y un análisis acerca de los diferentes métodos de investigación, señalaron que las técnicas de recolección de datos de tipo cualitativo presentan una validez interna sólida, señalan que la historia sexual brinda información importante acerca de las diferentes parejas que una persona en riesgo ha tenido así como los contactos sexuales más comunes. La entrevista tiene por ventaja que es cara a cara y puede confirmar información, sin embargo, es más complicado para algunas personas hablar acerca de su vida sexual frente a un desconocido. Otra técnica propuesta es la de grupos focales, en este caso el tema se deja a una discusión amplia y se pueden observar las diferencias y semejanzas entre los integrantes, lo que lleva a obtener un panorama más amplio del tema sin embargo, no siempre es fácil hablar para los participantes sobre su vida sexual con desconocidos, lo que limita la expresión de experiencias personales.

Los autores indican que, las diferentes técnicas indirectas, como el autoreporte o cuestionarios abiertos, pueden brindar información rica pues la gente puede sentirse más cómoda al escribir sobre su vida sexual, la desventaja radica en que se pierde la expresión cara a cara acerca de las situaciones que las personas han experimentado, perdiendo el investigador la apreciación directa de información.

Cuando la recopilación de datos es más amplia, por ejemplo conocer el diagnóstico de una comunidad o su perfil, el tipo de investigación sugiere técnicas de recopilación de tipo cuantitativo. Los autores señalan que aquellos instrumentos o escalas basados en información cualitativa previa presentaran mayor consistencia interna y favorecerá al diseño de diagnósticos más certeros a fin de la elaboración de programas de intervención primaria y secundaria cercanos a la realidad de sus participantes.

En general, la propuesta rescata que es a partir de diferentes técnicas que se puede organizar una serie de propuestas de investigación con el fin de conocer las claves de acción para prevenir el virus del SIDA y desarrollar programas efectivos en las poblaciones vulnerables.

Entre los grupos vulnerables que han sido evaluados debido a que presentan altos índices de contagio de VIH son los inmigrantes latinos, al respecto Harvey, Beckman, Browner y Sherman (2002) presentan un trabajo con parejas de inmigrantes mexicanos con 6 años de residencia en los Estados Unidos y se analizaron los siguientes puntos: historia sexual, tipos de métodos de protección utilizados con la actual pareja, conceptos de control sexual y toma de decisiones en relación a la protección entre las mujeres económicamente activas y las dedicadas al hogar.

Los resultados mostraron diferencias en los grupos de mujeres económicamente activas y las que no lo eran. Las primeras presentaban en su historia sexual menos antecedentes de infecciones sexualmente transmisibles, más métodos de protección utilizados con su pareja actual, mayor control sexual y toma de decisiones en relación a la protección y presentaron la posibilidad de utilizar el condón.

Se concluyó que las mujeres dedicadas al hogar y sus parejas presentaron papeles más tradicionales, en los que los varones son quienes toman la decisión exclusivamente de la protección por lo que no aceptaban el uso del condón en una relación sexual a diferencia del otro grupo donde los varones aceptaban el uso del preservativo, los autores concluyeron que los papeles tradicionales en hombres y mujeres favorecen al contagio tanto del VIH como de otras infecciones de transmisión sexual.

Pillai y Barton (1999) señalan que hay un vínculo entre los papeles de género y la conducta sexual de riesgo. Las adolescentes en Zambia presentan riesgo al tener contactos sexuales y esto se refleja en el alto índice de embarazos y presencia del virus del SIDA. Uno de los elementos socioculturales que afecta a las mujeres en dicha región, se debe principalmente a que no asisten a la escuela causa que favorece al apego a las normas familiares y de la comunidad, esta situación da pie a que las mujeres inicien una vida sexual a una edad temprana y por lo tanto a que sean madres durante su adolescencia o se infecten de VIH.

Las autoras proponen que para cambiar dicha situación es necesario que intervengan los diferentes sectores sociales, como es el comunitario (líderes y grupos civiles), la familia, y el educativo (centros escolares), a fin de que en conjunto colaboren con los profesionales de la salud sexual para promover la estancia de las mujeres en las escuelas, además el diseño de programas preventivos en los que se incluyan la comunicación como elemento preventivo del embarazo y de la adquisición del VIH.

Quina, Harlow, Morokoff, Bukholder y Deter (2000) señalaron que las mujeres jóvenes afro-americanas y latinas presentan altos índices de contagio del VIH, las autoras diseñaron un modelo teórico de cambio conductual que fue aplicado a mujeres de los grupos mencionados. En esta investigación, se trabajó con un grupo control y un experimental. En cada grupo se exploró la idea de la comunicación sexual y con esto se pretendió reconocer el riesgo de contagio del VIH. Ambos grupos tenían características sociodemográficas similares: de nivel económico bajo, bajo nivel escolar, y en sus relaciones sexuales no utilizaban condón. Por medio del autoreporte se evaluó: el deseo del contacto sexual, la información con respecto al contagio del VIH, la comunicación sexual con su pareja, historia sexual, número de compañeros sexuales y uso de drogas.

Los resultados señalaron que el grupo experimental que trabajó con intervención cognoscitiva-conductual a diferencia del grupo control, que solo recibió información escrita, tuvo cambios importantes, pues la comunicación sexual se incrementó con respecto al compañero sexual y al uso del condón, además mostraron cambios en la comunicación con respecto al tipo de relación que deseaban estableciéndolo con el compañero sexual, el objetivo fue que a partir de la investigación aplicada se diseñaran programas de intervención para prevenir el riesgo de contraer VIH en poblaciones vulnerables.

Basen-Engquist (1992) propuso predictores psicosociales asociados con la conducta sexual de riesgo en relación a la adquisición del VIH de adolescentes. La autora evaluó normas subjetivas, actitudes y autoeficacia respecto al uso del condón. Este trabajo midió la información que los adolescentes tenían respecto al VIH, la vulnerabilidad que se valoró a partir de los compañeros sexuales que tenían, los métodos anticonceptivos que utilizaban y frecuencia del uso del preservativo; en cuanto a las normas se identificó cómo los pares reconocían el uso del condón. Otras mediciones fueron: la opinión acerca de tener diferentes parejas sexuales, la intención del uso del preservativo y la conducta, reconociendo en cuantas ocasiones los jóvenes habían utilizado condón.

Los resultados revelaron que los jóvenes con más vulnerabilidad de adquirir VIH tenían menor percepción de la autoeficacia, la que se relacionó directamente con la intención negativa de utilizar el preservativo y presentaron menos frecuencia en el uso del condón. A diferencia de los jóvenes que presentaron menos vulnerabilidad, presentaban más autoeficacia y tenían una intención significativamente más positiva al uso del preservativo y la conducta reflejó más consistencia en el uso del condón.

Morrison, Baker y Gillmore (1994) evaluaron la relación del uso de drogas y la vulnerabilidad a contraer VIH u otro tipo de infección de transmisión sexual, tomando en cuenta la historia sexual, que incluía el número de parejas sexuales, los conocimientos acerca de las relaciones sexuales, la actitud, la intención de usar a futuro el preservativo y su frecuencia. Participaron 119 adolescentes entre 14 y 19 años de edad, divididos por grupo étnico, 50% fueron afro-americanos y 50% caucásicos. Los sexos se distribuyeron de forma equitativa por grupo. Una tercera parte de la población señaló haber tenido experiencia con drogas como: el crack, la cocaína, anfetaminas o alguna otra droga ilícita. La colección de datos comprendía una escala de conocimientos falso o verdadero, un autoreporte de vida sexual y uso de drogas.

Los resultados mostraron que la edad de la primera relación sexual para los hombres, fue a los 12 años, y para las mujeres a los 13. Los varones de ambas etnias reportaron que habían tenido más parejas sexuales en comparación con las mujeres. Respecto a las actitudes, la población en general señaló que es más probable usar condón con parejas ocasionales que con la pareja estable; en lo que a conocimientos se refiere, se encontró que los adolescentes tenían información acerca del VIH y su medio de transmisión. Es importante considerar que esta variable correlacionó significativamente pero de manera negativa con respecto a la actitud que se tiene acerca de que el preservativo puede ser placentero y que sólo se utilizan con parejas ocasionales, tener un amplio conocimiento no correlacionó con la intención de usar condón a futuro, lo que implica que los sujetos no han considerado el riesgo que tienen de adquirir VIH.

Kirby (2002) con un enfoque psicosocial analizó diferentes trabajos de investigación aplicada en los que encontró cómo se puede reducir el sexo no protegido y por consiguiente sus consecuencias, VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo. Encontró que los programas que analizan los factores de antecedentes sexuales y prácticas sexuales de riesgo (creencias, actitudes, normas y autoeficacia relacionadas con conductas sexuales) proporcionan información y el aprendizaje, el objetivo principal de estas investigaciones aplicadas es generar prevención del VIH/SIDA entre los adolescentes.

El autor propuso además, el conocimiento en los diversos sectores, sobre todo en los que muestran mayor índice de infecciones sexuales, embarazos y alumbramientos de madres adolescentes, con el fin de habilitarlos en la protección, motivándolos a que piensen en su futuro y en el cuidado de su salud personal, lo que repercute tanto en ellos como en su relación de pareja y amigos.

Los trabajos internacionales ofrecen diferentes perspectivas de análisis para la conducta sexual de riesgo, las consecuencias físicas son el embarazo, la adquisición del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (DiClemente y Crosby, 2003). Sin embargo, también se presentan tanto causas como consecuencias que forman parte del nivel psicológico, social y emocional. Los factores que se asocian a la conducta sexual desprotegida son: de tipo biológico (nivel de dopamina, la edad de la menarca, y factores genéticos-hereditarios), familiar (control, supervisión, soporte y comunicación), la importancia del papel de género para tener una vida sexual plena y responsable, la relación con pares y pareja (actitudes al condón, comunicación y tiempo de una relación) e individuales (conocimientos, creencias, autoeficacia y la orientación al futuro). Es importante señalar que los factores analizados en estos trabajos no están de manera independiente, más bien se integran a un sistema en el que las y los adolescentes conviven y comparten de manera cotidiana.

Los programas de intervención sugieren, además de las variables señaladas, considerar un trabajo de apoyo con diferentes grupos sociales como: la familia, la escuela, los líderes comunitarios y organizaciones civiles, el fin es brindar apoyo en diferentes niveles a los adolescentes. La prevención de la conducta sexual de riesgo sugiere no sólo al diseño de programas y evaluaciones generales, es de suma importancia considerar las diferencias culturales. A continuación se presenta el segmento en el que se aprecian los trabajos a nivel nacional.

2.11.1 EVIDENCIA EMPÍRICA DE CONDUCTA SEXUAL EN MÉXICO

La evidencia empírica, se organizó de forma cronológica, con la finalidad de analizar la evolución del análisis de la conducta sexual de riesgo de los jóvenes mexicanos.

En un estudio realizado en México por Pick, Díaz-Loving y Andrade (1988) con mujeres adolescentes de 12 a 15 años y de 18 a 19 años comparando, primero, al interior de los grupos las diferencias entre las que reportaron tener debut y no debut sexual y posteriormente, las diferencias entre los grupos de edad. Los resultados mostraron diferencias al interior del grupo más joven, pues las adolescentes sin vida sexual en comparación con las de debut sexual señalaron tener actitudes menos favorables a tener relaciones sexuales premaritales, mayor probabilidad a ser estudiantes regulares, menor toma de riesgos, mayor obediencia a los padres, un concepto positivo a la madre, más conocimientos acerca del embarazo, menos comunicación con las amigas acerca del sexo y mayor comunicación con la madres acerca del tema.

En el grupo de 18 a 19 años, las jóvenes sin debut sexual en comparación con las que han tenido debut sexual, señalaron actitudes menos favorables a tener relaciones sexuales y practicarse un aborto, hay menores conocimientos sobre la anticoncepción, una actitud más desfavorable a tener un hijo, mayor obediencia a los padres, una relación más positiva con la madres y mayor comunicación con la madres acerca de sexo. En este grupo hay mayor comunicación acerca del sexo con las amigas en comparación con el grupo más joven. Las diferencias encontradas por los autores entre los grupos de edad fue que hay menor control afectivo en las más jóvenes en comparación con las mayores, señalando que a medida que las adolescentes crecen existe un mayor control sobre el medio ambiente y no presentan tanta influencia de otras personas sobre ellas.

Otro estudio comparativo realizado por Pick, Andrade y Díaz-Loving (1988) fue con mujeres de 16 a 17 años identificándose tres grupos, uno sin vida sexual, uno con mujeres embarazadas y otro sólo con vida sexual activa. En los tres grupos se evaluaron relaciones entre las dimensiones de locus de control (interno-instrumental e interno-afectivo), obediencia y asertividad con la conducta sexual, planeación y toma de riesgos.

Los resultados mostraron que las adolescentes embarazadas tenían un bajo control afectivo, un desencanto en la relación sexual, la cual fue utilizada para obtener afecto y compañía, a pesar de esto, la mayoría de las adolescentes fueron abandonadas por el compañero sexual, mostraron menos asertividad, más obediencia a los padres y menor orientación al futuro. Las jóvenes que no habían debutado sexualmente presentaron más asertividad, más capacidad de planeación futura, y menor toma de riesgo, éstas características para los autores fueron consideradas como parte de la personalidad de las adolescentes.

En general, los predictores más importantes de este estudio fueron la planeación a futuro y el control interno instrumental (habilidad para dar soluciones prácticas a los problemas reales así como el control interno-afectivo (capacidad de consolidación interna).

Díaz- Loving, Pick y Andrade (1988) evaluaron tres grupos de adolescentes en edades de 12 a 15 años, de 16 a 17 años y de 18 a 19 años. Evaluando en los tres grupos obediencia, asertividad y planeación futura. Los resultados mostraron que en los tres grupos las jóvenes que reportaron no haber tenido debut sexual eran más asertivas que las que ya se habían iniciado sexualmente. La obediencia fue mayor en las mujeres que reportaron tener un embarazo o no utilizar algún método anticonceptivo, y fue menor en aquéllas con vida sexual activa y usan algún método anticonceptivo. Finalmente las adolescentes no mostraron diferencias significativas en la planeación futura.

González y Gutiérrez (1988) diseñaron un programa de cambio de actitud hacia la sexualidad y planificación familiar con mujeres de una comunidad marginada. Las autoras encontraron que se logró el cambio de actitud en las mujeres, sin embargo, no ocurrió con todas, al inicio se encontró que no tenían suficiente información acerca de los métodos anticonceptivos y cómo utilizarlos, al finalizar el curso con la información suficiente acerca de sexualidad y de los métodos anticonceptivos y su uso, no todas cambiaron su actitud en relación con la sexualidad, situación que se relacionó con el arraigo a ciertas creencias culturales lo que impide el cambio conductual de las mujeres al uso de métodos anticonceptivos.

Schlosser (1988) encontró en un estudio realizado con parejas de jóvenes que la unión de éstas dependía del embarazo premarital y las relaciones sexuales. En relación al uso de los métodos anticonceptivos señalaron que, no los utilizaban pues ambos deseaban un hijo, no tenían conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la relación sexual no fue planeada. El uso de los métodos anticonceptivos en las parejas dependía de la falta de conocimiento acerca de su uso y acceso, existían efectos indeseables a causa de su uso, el método generaba desconfianza y

estaban inseguros de utilizar algún método. La autora concluyó que era necesaria información objetiva y clara para el uso de métodos anticonceptivos, además de la disponibilidad psicológica de los jóvenes para que la información pueda ser ejecutada en conductas que favorezcan la anticoncepción y la planificación familiar.

Shrader (1988) evaluó la concordancia y congruencia de la comunicación en parejas de jóvenes. Los resultados mostraron diferencias significativas pues las mujeres y los hombres tenían una percepción diferente acerca de la conducta reproductiva y anticonceptiva. Las mujeres después de un parto presentan más insistencia en el uso de métodos anticonceptivos que los hombres, también se presentaron diferencias en relación al número de hijos que las parejas deseaban tener pues los hombres señalaban mayor cantidad de hijos en comparación con las mujeres. Por lo que la autora identificó que los parámetros de comunicación no eran claros y que tanto las mujeres como los hombres percibían algo distinto de lo que la pareja deseaba.

Álvarez, Andrade y Pick (1990) hicieron un estudio comparativo entre varones con vida sexual activa y sin vida sexual activa. El primer grupo se dividió en los que habían y no embarazado a una adolescente, y su vez, en los que vivían con ella y no. Las autoras midieron conducta anticonceptiva, sumisión, toma de riesgos y orientación a futuro, autoritarismo y asertividad. En las últimas dos variables no hubo diferencias significativas entre los grupos.

La conducta anticonceptiva y la orientación a futuro se presentaron más altas en los jóvenes que tenían vida sexual activa y no habían embarazado a alguna adolescente, se mostraron más sumisos los jóvenes que reportaron no tener vida sexual y los que vivían con la adolescente embarazada. Hubo mayor toma de riesgos en aquéllos que habían embarazado a una adolescente y no vivían con ella. Las autoras encontraron que en los adolescentes con vida sexual activa no planean la relación sexual y no tienen información suficiente acerca de los métodos anticonceptivos, por lo tanto esto los pone en riesgo de embarazar a una adolescente.

Andrade, Pick y Álvarez (1990) reportaron que las actitudes que los padres tienen acerca de la sexualidad repercuten tanto en la conducta sexual como en el autoconcepto de los adolescentes. Participaron 114 adolescentes con debut y sin debut sexual, los jóvenes que indicaron haber debutado sexualmente señalaron que sus padres opinan que no se les debe proveer de información acerca de su sexualidad, las autoras encontraron que son estos jóvenes quienes esperan estar más informados acerca del tema por parte de la madre, sin embargo, hay una apreciación de que la madre espera que sea el padre quien hable con el hijo acerca del tema.

En relación a otras infecciones de transmisión sexual Pick, Andrade y Álvarez (1990) señalaron que no hay conocimientos suficientes acerca de las infecciones de transmisión sexual y no se conoce las diferentes maneras de contagiarse de VIH, situación preocupante pues implica la necesidad del desarrollo de programas para conocer tanto las formas de contagio como los tipos de infecciones sexualmente transmisibles además de las consecuencias que provoca el adquirir este tipo de enfermedades.

Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho (1990) señalaron que en los estudiantes mexicanos hay mayor presencia de conducta sexual a edades tempranas en hombres en comparación con las mujeres, lo cual es un factor de riesgo para el contagio del VIH. Además, hombres y mujeres, presentaron menor percepción de riesgo para contraer el virus lo que indica que hay mayor vulnerabilidad, en este grupo para adquirir el virus de inmunodeficiencia humana.

Barrera, Valdés, Servin, Ortiz, Zamudio y Espinoza (1990) analizaron creencias y actitudes acerca del SIDA por medio de entrevistas a hombres y mujeres de una comunidad rural y una urbana. Se analizaron ventajas y desventajas del uso del preservativo, grupos que aprueban o desaprueban su uso. Las ventajas están asociadas, en todos los grupos, con la prevención de un embarazo y de adquirir alguna enfermedad. Las desventajas señaladas por las mujeres, urbanas y rurales, es que no es un método totalmente seguro para prevenir el VIH y para los varones, de ambos lugares, el uso del preservativo se relacionó con la falta de placer en la relación sexual.

En lo que a los grupos que aprueban el uso del preservativo, los autores encontraron que hombres y mujeres del medio urbano fueron los que mencionaron que son de tipo profesional, como médicos e instituciones de salud. En el medio rural, la aprobación se ve definida en las mujeres por lo que se decida en pareja, mientras que los varones señalan que la aprobación del uso del condón depende de la aprobación social.

En los grupos que desaprueban su uso, hombres y mujeres del medio rural, en comparación con los urbanos, indicaron que los grupos religiosos desaprueban su uso. Los autores concluyeron que la falta de información acerca de las ventajas del uso del preservativo es una de las características importantes para que las personas lo consideren un método seguro para prevenir el VIH, además de analizar las relaciones sociales de hombres y mujeres debido a que influyen en las creencias y actitudes negativas acerca del uso del preservativo para prevenir el SIDA.

Reyes (1990) señaló que las actitudes en relación al SIDA entre jóvenes universitarios están vinculadas con cáncer, prostitución, homosexualidad y promiscuidad, no presentan asociación con muerte o con la falta de protección en el contacto sexual, esto favorece a que los jóvenes no tengan presente el riesgo en sus relaciones sexuales y por lo tanto sean vulnerables para adquirir el virus del VIH.

Givaudan, Saldivar, Ramón, Martínez y Pick (1995), señalaron que la prevención tanto de embarazo, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en adolescentes estudiantes de nivel bachillerato puede facilitarse con el apoyo de asesores juveniles que hablen acerca de la educación sexual, sin embargo, los autores no presentan si hubo una disminución o no de la conducta sexual de riesgo, sólo se estableció un programa de enseñanza a los jóvenes por medio de videos informativos. Concluyen que la estrategia de enseñar sexualidad a los adolescentes con otros jóvenes genera mayor confianza en los grupos de trabajo, empero, indicaron que ésta tiene que ser más extensa tomando en cuenta otros elementos que favorezcan al entrenamiento de conductas con el fin de prevenir el riesgo en sus contactos sexuales.

Díaz y Alfaro (1999) identificaron factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH, se evaluaron 530 estudiantes de preparatoria en edades de 15 a 23 años, las variables fueron: autopercepción del riesgo, miedo, creencias y actitudes ante el contagio del SIDA y el uso de preservativo.

La primera diferencia significativa fue que los hombres inician su vida sexual antes que las mujeres. Los adolescentes de 15 a 16 años presentaron más creencias erróneas acerca del contagio que los mayores; los hombres presentaron más actitudes favorables que las mujeres hacia tener relaciones sexuales con personas seropositivas. Hubo más actitudes favorables con respecto al uso del condón en aquellos adolescentes que iniciaron su vida sexual que en aquéllos que no la han iniciado. Los adolescentes en su mayoría, señalaron tener una baja percepción del riesgo y poco miedo a contagiarse de SIDA, lo que explica que muchos tengan prácticas sexuales sin protección.

Ibáñez (1999) señaló que en nuestro país existe un alto índice de embarazo adolescente, situación que no sólo tiene repercusiones sociales también en la salud de las jóvenes, la autora destaca que gran parte de los embarazos se presentan porque las jóvenes desconocen los métodos anticonceptivos.

Entre las consecuencias de salud de las jóvenes embarazadas están, la preclampsia, el riesgo de alumbramiento prematuro, y en algunos casos, alumbramientos de alto riesgo. Circunstancias que llevan a tener consecuencias importantes en la salud reproductiva de las madres adolescentes y también la salud física de su hijo. Las repercusiones sociales se presentan en muchos casos, hay abandono, maltrato y humillación de la pareja y los familiares de la adolescente embarazada, por lo que se presenta un cambio drástico en el papel social de la adolescente dejando la escuela para convertirse en ama de casa.

Díaz-Loving, Flores, Rivera, Andrade, Ramos y Villagrán (1999) analizaron una muestra de 3,064 estudiantes universitarios de los cuales el 51% eran mujeres y 49% hombres. Todos mostraron falta de conocimientos en relación a la adquisición del virus. El 53% de la población había iniciado su vida sexual de los cuales, el 71% utilizaba algún método anticonceptivo, en cuanto al uso del condón se encontró que en dicha población sólo el 22% lo utilizaba siempre, el 57% algunas veces y 21% señaló no utilizarlo nunca. No hubo diferencias significativas en la percepción de riesgo de los que se protegen con los que no lo hace, por lo que existe una necesidad importante de trabajar con los factores que determinan conductas de riesgo, además de identificar precursores psicológicos y sociales entre los que se encuentran la falta de información acerca del contagio del VIH.

Otro estudio realizado por Huerta-Franco (1999) acerca de los factores asociados a la experiencia sexual de adolescentes mexicanos no privilegiados, encontró que la relación del funcionamiento y la estructura familiar con las actitudes y el conocimiento de la sexualidad son elementos que forman parte de la adaptación psicosexual y el embarazo adolescentes. Es muy común en familias pobres, debido a que por una parte no se inculca a las chicas a ser autónomas, más bien a depender de otros y esto comúnmente las lleva a su vida sexual. Los hombres por su lado, tienen la libertad de tener más parejas sexuales, pero toman la decisión de protegerse o no y muchos no conocen el uso adecuado del condón u otros métodos anticonceptivos.

Román, Carrasco, Valdez y Cubillas (2000) realizaron una investigación con seis madres adolescentes de 16 a 18 años, con quienes abordaron la manera en que los roles de género son importantes para sostener relaciones sexuales sin protección. Su estudio se basó en conocer, por medio de entrevistas a profundidad, bajo qué circunstancias habían ocurrido los embarazos.

Los resultados presentan dimensiones como, la comunicación familiar, las normas de las que dependieron y la falta de planeación para tener su debut sexual. Las autoras reportaron que una de las cinco jóvenes señaló haberse protegido y mostró molestia con respecto a su embarazo. Las otras cinco adolescentes señalaron no conocer algún método anticonceptivo y que por parte de sus familias nunca hubo información acerca de sexualidad, fue por medio del acercamiento a la pareja y en una relación no planeada que hubo por consecuencia un embarazo precoz.

Pedrosa y Vallejo (2000) analizaron estudiantes de escuelas privadas y públicas en nivel medio superior con un rango de edad de 15 a 19 años. Las autoras analizaron comportamiento sexual que incluyó: edad de inicio del debut sexual, inicio de la menarca y edad de la primera eyaculación. También, evaluaron la actitud hacia el VIH y su contagio, no hubo diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables analizadas. La edad de inicio del debut sexual en mujeres fue a los 16 años mientras que en hombres se presentó a los 15 años. No presentaron relación las variables biológicas (aparición temprana de la menarca ó de la primera eyaculación) con la edad de inicio del debut sexual. En cuanto a la actitud hacia el VIH no hubo diferencias en los grupos, los resultados presentaron que un 88% de los jóvenes considera que tener relaciones con condón está relacionado con la protección y el placer, a diferencia del 12% que opina lo contrario. Los adolescentes señalaron que cualquier persona se podría infectar del VIH.

Torres (2000) evaluó conducta sexual en 5618 adolescentes, 48% hombres y 52% mujeres, en edades de 15 a 19 años. El autor evaluó entre otras variables inicio de la edad del debut sexual, cómo fue el primer acercamiento sexual, el uso del preservativo y si ha existido embarazo. Encontró que de la población el 69% de los hombres señaló ser activo y de las mujeres sólo el 9% mencionó haber tenido relaciones sexuales.

En la edad del debut sexual para los hombres la media se encontró a los 14 años y para las mujeres a los 15 años. En lo que al primer acercamiento sexual se refiere tanto hombres como mujeres con debut sexual señalaron en un 91% que no planearon la relación sexual. En relación al uso del preservativo, el 48% de los hombres sexualmente activos indicó no usarlo, mientras que en las mujeres un 37% reportó no usarlo en su actividad sexual. En relación al embarazo, un 8% de los hombres con vida sexual indicó haber embarazado a una mujer, las mujeres señalaron haber estado embarazadas en un 3%.

Tolbert (2001) enfatizó que el sentido de planeación futura y el uso de métodos anticonceptivos se relacionan con expectativas académicas altas y actitudes de responsabilidad sexual mutua, lo que se relaciona con la edad del adolescente, esto se encontró con adolescentes mayores de 18 años. En este caso la planeación futura involucra la comunicación en la pareja hablando de los diferentes métodos de protección y cuáles serían utilizados, además la planeación futura sugiere la búsqueda de metas a mediano y largo plazo, elementos que favorecen al control natal entre los jóvenes.

Castañeda (2001) analizó el embarazo adolescente desde la perspectiva social, enfatizando que para muchas jóvenes las consecuencias de un embarazo se relacionan con su salud reproductiva y con factores económicos para llevar a término el embarazo. Señala que los embarazos de adolescentes son de alto riesgo sobre todo en aquellas jóvenes que viven en condiciones adversas. La autora señala que entre los elementos biológicos que se asocian a los factores sociales está la falta de atención médica, complicaciones que pueden tener repercusiones importantes como es el cáncer cérvico-uterino y otras enfermedades vinculadas a contextos socio-económicos desfavorables.

La autora menciona que las consecuencias de un embarazo, van acompañadas por un cambio importante en la vida de la adolescente y continua al llegar a término el embarazo pues el papel de madre se incorpora a las nuevas actividades que la joven tiene que desarrollar, otros factores son el rechazo de la pareja o el abandono. La autora propone analizar el embarazo adolescente no sólo como la vivencia de la joven embarazada, también lo que ocurre con los familiares y la percepción que la pareja tiene del embarazo y como se establece el rol de paternidad o no.

En relación a la conducta sexual de riesgo Aggleton (2001) señaló que existen una serie de elementos sociales que dan construcción a la conducta sexual en los adolescentes, esta integración da pie a los elementos relacionados con su salud sexual y reproductiva. El autor propone que se pueden diseñar programas de prevención de VIH a partir de una aproximación cultural, esto es tomar en cuenta las diferencias entre la apreciación de la conducta sexual de los jóvenes y evaluar sus lugares de origen, con el fin de contextualizar e identificar construcciones sociales en relación a su conducta sexual.

El autor propone que para realizar intervenciones preventivas exitosas es importante tomar en cuenta: el contexto en el que se propone la intervención, se planifique de acuerdo al grupo y conocimiento de sexualidad que éste puede tener. Plantea una visión integral esto es que el programa no sólo se establezca a los jóvenes, se dirija a otras autoridades como profesores y padres de familia.

Como se puede observar en la organización cronológica de los estudios en México hay elementos que han ido cambiando de acuerdo con la dinámica social y la aparición del VIH. Como se pudo identificar en los estudios expuestos en un inicio se establecen elementos como las relaciones sexuales premaritales, se mencionan programas de planificación familiar y más adelante se hace énfasis en relación al contagio del VIH. En lo que al embarazo adolescente se refiere, su análisis se puede apreciar desde el enfoque individual hasta el social, contribuyendo con más elementos para entenderlo como un problema de salud pública.

Es importante señalar que algunos estudios hicieron mención del papel de género cómo elementos que favorecen a la conducta sexual de riesgo sin embargo, sería importante identificar qué factores de los papeles pueden prevenir dicha conducta.

Los estudios de esta década hacen referencias al cuidado de salud sexual y reproductiva, dando pie a que se establezcan factores que puedan ser integrados a una vida sexual placentera y responsable entre los jóvenes.

En general, estos trabajos se aproximan al estudio de la conducta sexual y reproductiva de adolescentes, es importante destacar el papel de la comunicación como factor protector de la conducta sexual, aunque no fue mencionada como tal, la evidencia empírica la presentó como una característica individual (asertividad). En el siguiente capítulo se aborda ampliamente la comunicación con el fin de analizarla y vincularla con la conducta sexual.



En este apartado se presentan antecedentes, conceptos, modelos explicativos, teorías alternativas, categorización de las habilidades sociales y evaluación de algunos programas de Habilidades Sociales haciendo referencia a prácticas sexuales de riesgo en adolescentes.

Las habilidades sociales se constituyen, de acuerdo con Gil y León (1992), con recursos indispensables para realizar actividades fundamentales en la vida, como son relacionarse con los demás, tener amistades, desarrollar redes sociales, trabajar en equipo, etc. El cambio continuo y las profundas transformaciones que actualmente se registran en la sociedad, han facilitado el camino a su diagnóstico y entrenamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (2001) señala que las y los jóvenes de América Latina y el Caribe están incluidos en las poblaciones vulnerables, en este sentido dicha instancia propone un enfoque de habilidades para la vida, que forman parte del repertorio de habilidades sociales. El fin de la propuesta es realizar diversos programas preventivos de acuerdo a las comunidades y a sus necesidades, realizar este trabajo surge porque de acuerdo con la oficina de censos de los Estados Unidos señaló que para el año 2010 habrá 1.2mil millones de jóvenes en dicha zonas y las edades serán entre 10 y 19 años, lo que significa que en la historia de la humanidad no habían existido tantos jóvenes y debido a la transición de este periodo es un desafío para los profesionales de la salud (Petersen, Leffert, Gram, Alwin y Ding,1997; Most, 2000; Hansen, 1993). Con estos datos y en las condiciones en que están los países de América Latina y el Caribe, sus adolescentes requieren una preparación y un desarrollo amplio de diversas capacidades, ya que conforme la población crece, el riesgo al cual se enfrenta es mayor y por lo tanto su calidad de vida se ve disminuida.

Es importante reconocer las características que conforman a los países de América Latina y el Caribe, incluido México, que presentan un bajo desarrollo en elementos como: educación, el sistema sociocultural y en economía (Organización Mundial de la Salud en México, 2000), esto va de la mano con las diferencias a nivel mundial entre los jóvenes con acceso o no a los diversos recursos informativos y formativos (Asamblea Mundial de la Salud, 1998).

Los jóvenes de América Latina y el Caribe no tienen el mismo acceso a recursos informativos, formativos, como los jóvenes que pertenecen a países con economías sólidas. Así, los riesgos para los primeros son mayores, pues las opciones que tienen para obtener una mejor calidad de vida son pocas y muchas se desprenden del subempleo, el narcotráfico, la pornografía y/o la prostitución (OIT, 2000). El hecho de instruir a los jóvenes o a la población en riesgo con un entrenamiento en habilidades sociales implica que los jóvenes distingan una serie de posibilidades que no pongan en riesgo su salud e integridad.

Las habilidades sociales son sólo una herramienta de trabajo para los profesionales y para-profesionales de la salud que deseen participar activamente con el fin de mejorar las expectativas de vida de la población en general, tal es el caso del trabajo con pacientes que presentan distintos trastornos psicoemocionales (Spranfkin, Gershaw y Goldstein, 1993); la construcción de toma de decisiones en niños y adolescentes (Elías y Tobías, 1992); o bien autonomía en la adolescencia (Boykyn y Allen, 2001; Allen, Marsh, MacFarland, boykin, Land, peck y Jodl, 2001).

3.1 ANTECEDENTES DE HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son parte de la historia de la humanidad pues han servido para la sobrevivencia de la especie (Trower, 1995), sin embargo, fue hasta la segunda guerra mundial cuando los psicólogos las reconocen como elementos prácticos en aplicación de programas de entrenamiento con un enfoque funcional del desarrollo para distintas áreas de la disciplina (Mc fall y Dodge, 1984).

Así, por medio de varios proyectos y tácticas recurrentes se desarrollaron mediciones para las habilidades humanas. Con esto se logró abrir brechas en distintos niveles, en general esto implicaba el reconocimiento de habilidades individuales que potenciándolas, respondían ampliamente a las demandas de lucha y socioeconómicas de ese momento histórico. La actuación de la investigación en la organización *-persona-industria-* se expandió dentro del sector privado de la posguerra.

Este movimiento de capacitación y aprendizaje de habilidades continuó a principios de los años 50's en el siglo pasado y su progreso avanzó a través de la relevancia de las teorías del aprendizaje en el caso de la salud mental. Todo esto fue recogido para la siguiente década –los

60's-, y en los años 70's se da un establecimiento firme. En las últimas décadas del siglo pasado se trabajó en otras áreas como la de salud y la de educación, las diversas investigaciones proponen trabajos individuales, grupales y de tejidos sociales (Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1989; Kelly, St Lawrenc, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman, Smith, Andrew, 1991; Kelly, 1992; Nangle y Hasen, 1993; Christopher, Nangle y Hasen, 1993; Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofstter, 1997; Hansen, 1998).

La taxonomía de las habilidades sociales ha sido trabajada, en su mayoría, desde un enfoque conductista, que se basa en la identificación de unidades contables y discretas de la conducta. Para los teóricos del aprendizaje social (Bandura, 1961, y Rotter, 1954) la perspectiva se centró en el desarrollo de construcción de diversos elementos por ejemplo el lenguaje, que tiene un proceso de aprendizaje propio (modelación) y en consecuencia está abierto a la demanda social (McFall y Dodge, 1984)

Las categorías generales de la conducta se consideran en dos caminos: el primero involucrado con las teorías de la personalidad (agresión, ansiedad, dependencia) mientras que el segundo se utilizó para las llamadas conductas de *desviación*, lo que implicó definir una conducta *normal* y cómo ésta se podría desviar (Caldarella y Merrell, 1997). Algunos psicólogos del área criticaron fuertemente el primer camino, pues las diferencias conceptuales no facilitaban el estudio de las habilidades. En el segundo caso se realizaban observaciones y se identificaban conductas concretas que necesitaban ser mejoradas en el área social.

3.2. CONCEPTOS DE HABILIDADES SOCIALES

Conociendo parte de los antecedentes y en donde se ha aplicado la investigación realizada en habilidades sociales, es indispensable focalizar el presente trabajo hacia la conceptualización, esto es responder a las preguntas ¿qué son? ¿cómo se constituyen?, ¿en que teorías y/o investigaciones se basan?.

El concepto de Habilidades Sociales al paso del tiempo se ha ido definiendo en la antesala del enfoque conductual y autores como McFall y Dodge (1984) señalaron que, las habilidades sociales se deben considerar dentro del apoyo a los adolescentes en riesgo, debido a que desarrollarlas les

brinda a los adolescentes, mayor competitividad y los provee de herramientas que favorecen a mejorar sus relaciones personales. Autores como Sanz, Gil y García-Vera (1998) y Jeffry, Murphy y Debra (1997) señalan que previo al trabajo con adolescentes, es importante conocer el contexto social y las expectativas culturales que éstos tengan, pues les permitirá a los adolescentes que modifiquen estrategias de relaciones con ellos y para con otros.

Del Prette y Del Prette (2002) se refieren a las habilidades sociales como un término que se enlaza específicamente a los componentes subjetivos de un proceso social, en el cual se identifica a una persona como competente, es decir, la identificación de habilidades relevantes pueden ser parte del trabajo diario de una persona, que le permiten mantenerse competitivo constantemente y afrontar diferentes situaciones.

De acuerdo con algunos autores (Christopher, Nangle y Hasen, 1993; Caldarella y Merrell, 1997; Del Prette y Del Prette, 2002; Elías y Krees, 1994; Elías y Tobías, 1990; Engels, Finkennaur, Meeus y Dekovic, 2001; Libert y Lewinsohn, 1973; Mc Fall y Dodge, 1984; Phillips, 1978; Spranfkin, Gershaw y Goldstein, 1993; Tova, 2000;) las habilidades sociales son tareas concretas que forman parte de los programas de conducta, y se adquieren a través de un proceso de aprendizaje. Las habilidades pueden basarse en estructuras cognoscitivas (como con las habilidades para leer e interpretar claves sociales demostradas por otras personas) o estructuras moto-sensoriales (como son las habilidades para la decodificación de claves personales tal es el caso del lenguaje).

Caldarella y Merrell (1997) proponen dos dimensiones para el concepto de habilidades sociales: la social y la interpersonal, se enfatiza como factor de interés la conducta personal, y está en términos de implicaciones personales o sociales. Estas dimensiones no significan un enfoque restrictivo, sólo la contextualización social de la conducta del individuo. Desde que la persona vive en un mundo social, muchas de las conductas (públicas o privadas; verbales, motrices o autónomas) pueden analizarse en términos de sus implicaciones sociales.

Furnham (1992), e indica que el término habilidad social hace referencia a las capacidades o aptitudes empleadas por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal. Como ocurre con todos aquellos conceptos que están formulados de manera amplia, el de la habilidad social ha generado diversas definiciones y éstas incluyen las posturas teóricas de los autores, a continuación se presentan algunas de ellas.

- Para Libert y Lewinsohn (1973) desde una perspectiva conductista, la habilidad social es la capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados.
- Secord y Beckman (1976) con un enfoque psicosocial, la define como la capacidad de jugar un papel, es decir, cumplir fielmente con las expectativas que otros tienen respecto a mí como ocupante de un status en una situación dada.
- Con una perspectiva clínica, para Hersen y Bellack (1977) es la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que de como resultado una pérdida en el reforzamiento social.
- Phillips (1978) con una perspectiva de asertividad, señala que es la medida en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure sus propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de otras personas.
- Blanco (1982) la define como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás.
- Bell, Alvary, Jenkis, Feld y Schoenrock (1985); Nada Raja, Mc Gee y Staton (1992), citados por Engels, Finkennaur, Meeus y Dekovic (2001) han definido las habilidades sociales como características del desarrollo personal, como es el caso de la negociación, dar y recibir críticas y dar retroalimentación a otras personas.
- Elías y Tobías (1990) señalan que las habilidades sociales son competencias que se van formando desde el contexto social y comunitario. Esta interrelación de habilidades tiene una perspectiva de construcción de toma de decisiones para que niños y jóvenes tengan elementos suficientes para evitar conductas de riesgo.

- Las habilidades sociales según Trower (1995) son conductas normativas –elementos sencillos (mirar, decir frases convencionales, etc.) o secuencias identificables de elementos (saludos, felicitaciones, segmentos de discursos)- que una persona puede usar en una subcultura dada y que conforman las reglas sociales y las situaciones generales y particulares. Como componentes de un repertorio de conducta general, son usualmente automáticas, con conciencia del monitoreo de cada una de sus partes.
- Frye y Goodman (2000) señalan que las habilidades sociales son la capacidad de resolver problemas y afrontar los obstáculos cada día y está caracterizado por un componente automático-experiencial enfocado en resolver el problema y detectar las posibles alternativas para solucionarlo.
- Por último García-Sanz y Gil (1992) hacen referencia a comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales.

Dentro de la literatura se desprenden diferentes enfoques para analizar las habilidades sociales por ejemplo algunos autores señalan que están en función de características personales (Blanco, 1982; García-Sanz y Gil, 1992; Hersen y Bellack, 1976; Libert y Lewinsohn, 1973; Phillips, 1978; Secord y Backman, 1976). León y Medina (1992) delimitan el concepto de Habilidades Sociales, para lo cual, manejan cuatro características que delimitan el concepto y en primer término está el carácter aprendido, en segundo lugar, la conciencia de complementariedad e interdependencia de las habilidades sociales (HS); es decir, todo comportamiento social exige tratar de entender el punto de vista de otra persona y la proyección de la autoimagen. En tercer lugar, el hecho de que la actualización o desempeño de las HS requieren más allá de la adaptabilidad de sus componentes a la situación social, también persiguen objetivos que son comprensibles bajo situaciones específicas, y en cuarto lugar, las HS son consideradas como aquellas competencias eficaces que son parte del comportamiento interpersonal.

Los autores de acuerdo a lo anterior proponen una definición que cubre las características anteriores y esto permite tener una definición amplia del concepto, para dichos autores *la habilidad social es la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a exigencias y demandas situacionales de forma efectiva* (p15). O bien, es una clase de respuestas pertinentes para desempeñar las siguientes funciones:

- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social.
- Mantener o mejorar la relación con otra persona.
- Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente.
- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

Antes de pasar a la clasificación de las habilidades es importante entender el tipo de análisis y dimensiones que éstas tienen. Así, los niveles de análisis propuestos por Gil (1992) son:

- Primero, el nivel denominado molecular, que toma como puntos de referencia componentes conductuales específicos y observables por las HS (por ejemplo, el número de cambios de la postura, el número de movimientos de pierna, el número de palabras dichas en un periodo de tiempo determinado) preocupándose por su medición objetiva, para así lograr evaluaciones válidas y confiables. En este nivel, los elementos de HS suelen ser medidos como variables continuas o como categorías discretas de una conducta, pero esto depende del enfoque que se le dé, como es el caso de los conductistas ortodoxos como Liberman (Spranfkin, Gershaw y Goldstein, 1993).
- En segundo lugar, el nivel molar, que considera dos o más componentes de las habilidades sociales y a sus interacciones a la hora de configurar la capacidad de actuar con efectividad en una clase de situaciones, como por ejemplo en defensa de nuestros derechos frente a la presión del grupo. En este caso, las evaluaciones de habilidades sociales suelen ser generales y subjetivas, empleándose típicamente escalas sobre el impacto del comportamiento del sujeto en los demás. Por ejemplo las medidas de asertividad (Galassi, Galassi, Bastein, 1974).
- Por último, se encuentra el nivel intermedio llamado así por León y Medina (1998), y se centra en la interacción de los juicios globales y de las medidas moleculares, es decir en la relevancia social de ciertas respuestas o patrones de conducta y en la especificidad metodológica de su evaluación. Sin embargo, en una postura crítica se enfatizan los problemas que tiene este enfoque y permite que se observen las desventajas que presentan:

- 1) El tipo de evaluaciones con una adecuada validez aparente que se sustenta en datos altamente fiables, pero con escaso impacto social y el que a su vez se determina por un patrón complejo de respuestas y dan lugar al vínculo entre lo personal y la relación con el otro y no con la duración de la conducta, la que puede ser empleada en distintas situaciones.
- 2) No existen criterios empíricos para la selección de elementos componentes de las habilidades sociales, y son seleccionados en función de su validez aparente, que lógicamente varía de un autor a otro.
- 3) Salvo las excepciones, como es el caso de la expresión facial, también carece de evidencia empírica para determinar cómo se relacionan entre sí los componentes moleculares para producir una conducta de naturaleza molar socialmente hábil.

Por otra parte, al enfoque molar se le formulan las siguientes críticas:

- Escasa fiabilidad en sus datos.
- Falta de criterios que indiquen qué es lo que específicamente está haciendo bien o mal el sujeto, o si está concentrado en la efectividad de su respuesta (impacto social de la misma) o en su reacción personal hacia determinado tipo de situaciones.

De acuerdo con las críticas que reciben los distintos enfoques, se busca adoptar un análisis intermedio, el cual aproveche las ventajas de ambos enfoques y soslaye la desventaja de ambos. En cuanto a las dimensiones o componentes de las habilidades sociales, tradicionalmente se ha establecido la distinción entre elementos conductuales, cognoscitivos, psicofisiológicos y/o emocionales (León y Medina, 1998; OPS, 2001). Ya definidas las habilidades sociales, a continuación se hablará de los diferentes modelos en los que éstas se han trabajado.

3.3 MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN EN LAS HABILIDADES SOCIALES

Trower (1995) ha enfatizado que existen numerosas teorías acerca de las habilidades sociales que son bien aceptadas y que pueden ser descritas brevemente como modelos del procesamiento de información (Argyle y Kendon, 1967; Carver y Scheler, 1984; McFall, 1982; Trower y Turland, 1984; Wallace, 1982). Uno de los caminos para hacer clara la distinción del papel que juegan estos modelos de entrenamiento de habilidades sociales es considerar los componentes conductuales o repertorios de acciones y el proceso por el cual se generan.

Por otro lado, Trower enfatiza que las habilidades sociales pueden generar una conducta preparada para conducirse de acuerdo con reglas y metas en respuesta a la retroalimentación; el objetivo de los modelos de procesamiento de información es distinguir cómo funciona la interacción de los tres elementos mencionados. Así en las primeras teorías según Trower (1982), Argyle y Kendon (1967) se describe como un proceso similar al de las habilidades motoras, ocurre a través de un proceso individual de monitoreo inmediato ante una situación y continuo ajuste de la conducta de un individuo y una regeneración por medio de retroalimentación.

Este modelo se divide en tres etapas; la primera incluye la percepción de claves que el medio otorga, la segunda (cognoscitiva) es la traducción de planes interiores para la acción de la tercera que es la respuesta motora, es decir la unión de la respuesta con la elección de la acción, la meta se propone con un cambio consecuente en el medio ambiente.

El proceso señalado es cíclico y los cambios externos son llevados como retroalimentación en un nivel perceptual, el proceso es repetible debido a que muchas conductas sociales son predecibles y las consecuencias son repetibles una vez conocidas (por ensayo y error ó por observación) y en general, puede ser guardado como una memoria simbólica y adquirida como una secuencia de habilidades cuando sea requerida.

El fracaso en la conducta social, señala Trower (1995), puede estar descrito en términos de los componentes deficientes de habilidad, el proceso típico de fracaso incluye una distorsión de cómo la gente interpreta la información en el nivel de decodificación e implica pocas o nulas habilidades sociales y por tanto un fracaso al querer alcanzar metas.

Modelos posteriores fueron elaborados en etapas de procesamiento cognoscitivo, tal es el caso del modelo Mc Fall (1982), el cual, decodifica habilidades como recepción, percepción e interpretación de la toma de decisiones, incluye la búsqueda de respuesta de selección, repertorio de respuestas, y una evaluación útil, la habilidad codificada incluye ejecución y automonitoreo.

3.4 TEORÍAS ALTERNATIVAS PARA LAS HABILIDADES SOCIALES

Trower (1995) hace una propuesta con respecto a que, debido al avance de conocimientos en las habilidades sociales, pueden existir teorías alternativas para ser explicadas, es indispensable reconocer el enfoque clínico y que se relaciona con la salud mental. El autor señala que los modelos de procesamiento de información han tenido un avance considerable con respecto a los primeros modelos que se enfocan exclusivamente en componentes de conducta social –como el modelo de habilidades deficientes- que no toman en cuenta el proceso perceptual, cognoscitivo, y de acción. Los modelos de procesamiento proveen de pautas y estímulos para mayor comprensión en el entrenamiento de las habilidades sociales.

Sin embargo, existen teorías alternativas que explican conceptos de relaciones interpersonales una de ellas es el *manifiesto interpersonal* probada por Kiesler (1982), quien desarrolló diferentes conceptos: el primero de éstos trata acerca de la unidad básica de estudio sobre componentes interpersonales, esto es, un análisis de interacciones, el autor hace una contrapropuesta al estudio aislado de conductas, las cuales no se dan de esa forma, esta teoría se basa en cinco puntos: El primero es acerca del patrón de personalidad, el cual se desarrolló en un contexto y no aislado de éste. El segundo es acerca de la persona, la cual es enteramente social e interpersonal, esto implica que se involucra dentro de un sistema externo y un autosistema el cual involucra auto representaciones, es decir, una serie de respuestas sociales con otras que son complementarias a la conducta de la persona. El tercer principio se basa en la realidad de la persona y en cómo por medio de auto representaciones ella va formando una representación causal. El cuarto principio es acerca de los componentes verbales y no verbales de comunicación como es el lenguaje de las emociones, las relaciones, y lo más importante las auto representaciones y es aquí donde remenciona a las habilidades sociales, las cuales se construyen en bloques de auto presentación.

La siguiente teoría es la de auto presentación, y se basa en uno de los principios de Kiesler y el modelo original es de Goffman (1959), y es desarrollado por Schlenker y Leary (1982), se basa en las imágenes que las personas van creando y como van formando así su identidad, y esto dirige a un individuo que puede ser percibido como actor, el rol que éste maneje le permite incorporar conceptos acerca de cómo desarrollar sus habilidades sociales.

La teoría interpersonal es otra teoría alternativa que Trower menciona en su trabajo y proviene principalmente de un importante trabajo de campo realizado con la aproximación de habilidades sociales. Safran (1990) se basa en parte de la teoría ecológica, pues indica que las características personales se van formando entre la interacción de individuos y las cuales en gran parte dependen del ciclo de vida del sujeto. Por lo tanto se van generando esquemas que sirven para resolver problemas futuros: en general, se presentan las estrategias de sobrevivencia que desarrollan las personas y el importante rol que se juega para relacionarse y subsistir como las demás especies. El esquema interpersonal sirve de base para la selección de la conducta y la forma en que la persona va a interactuar con otras y le permite tener un repertorio de respuesta para otros.

La última teoría es la Biológica Evolutiva, propuesta por Trower (1995) y explica que desde los inicios de la humanidad, las relaciones interpersonales han sido de suma importancia para la evolución humana, lo que le ha permitido a la especie sobrevivir y tomar en cuenta dos aspectos: la evolución de la especie y el equipo biológico con el que cuenta, en conjunto, la evolución, la biología y la sociedad, han generado formas estructuras sociales, además esto ha favorecido el desarrollo genético, lo cual lleva a que la especie humana, en general, tenga una adaptación al medio a través del aprendizaje. En general, el autor propone que las habilidades sociales además de permitir el desarrollo del individuo, proporcionan información a las futuras generaciones para que éstas logren adaptarse al medio y sobrevivir.

Las habilidades de comunicación se desprenden de las habilidades sociales, son muy amplias y su importancia radica en que son parte activa y reguladora del desarrollo social e individual (Trower, 1995) y desde el lenguaje se establecen necesidades, se conforman normas y se accionan mecanismos de conducta en los distintos contextos en los que interactúa un individuo.

A continuación se analizan las habilidades de comunicación en la interacción sexual, debido a la importancia que para el presente trabajo tienen, recordando que son parte de las habilidades de comunicación y debido a la importancia que la conducta sexual posee, son elementos que se integran al desarrollo y bienestar en la salud sexual y reproductiva de una persona

3.5 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL

Gold, Letourneau y O'Donohue (1995) presentan una revisión importante acerca de las habilidades en la interacción sexual y las definen como capacidades específicas dentro de lo que implica una relación sexual. La conducta sexual está definida por diferentes factores, la investigación no sólo remite a investigación fisiológica, pues las situaciones en las que se desenvuelven las relaciones sexuales son complejas y requieren una serie de elementos sociales, culturales y psicológicos.

Los autores mencionan factores importantes que inhabilitan las capacidades en las relaciones de pareja para llegar a una relación sexual: a) la ansiedad; b) la creencia de mitos, tabúes, desarrollo de pensamientos ineficaces con respecto al cuidado de la sexualidad propia; c) tener dudas sexuales con respecto al compañero (a) sexual y no saber preguntarlas; d) falta de desarrollo de habilidades de comunicación: para indicar lo que se desea y cómo se desea en un momento determinado. Muchos de estos factores se trabajan en terapia individual o de pareja, sin embargo son elementos básicos en el desarrollo de instrumentos y programas de intervención primaria y secundaria. Para realizar las evaluaciones de conductas sexuales se han enfocado elementos importantes como son, los juicios de valor asociados a la sexualidad y determinan acciones y falta de habilidades que generen frustración en la manera de actuar de una persona.

La conducta sexual y las interacciones se asocian con una variedad de demandas en diferentes habilidades sociales, así, indican que la expresión de competencia sexual involucra las siguientes habilidades de: comunicación, asertividad, cognoscitivas y habilidades relacionadas exclusivamente con la sexualidad; todo esto desarrolla un ambiente de intimidad lo que vuelve más complejo su análisis.

La competencia sexual incluye el conocimiento de cómo funciona la genitalidad y el erotismo, qué actividades, valores y expectativas se desprenden de la ideología sexual y en general, se vincula con la forma en que las personas toman decisiones propias y en pareja, lo que requiere de una serie de elementos que pueden ser aprendidos o reaprendidos con el fin de tener una sexualidad autónoma, libre y responsable (OPS, 2001).

Para estos autores, la competencia sexual va más allá de la orientación o preferencia sexual que las personas tienen, pues señalan que hay una variedad de situaciones que pueden ser similares e implica el riesgo para un género o para otro, asimismo el desarrollo de estrategias y mecanismos para tener una vida sexual plena.

Gold, Letourneau y O'Donohue (1995) señalan que el primer órgano sexual es el cerebro y el primer recurso para resolver la problemática sexual, el funcionamiento sexual, implica el conocimiento fisiológico, de protección y de sostener prácticas sexuales placenteras. El funcionamiento sexual no sólo implica el conocimiento del cuerpo, en términos fisiológicos, también, requiere reinformación, es por eso importante reconocer si en la familia las personas han sido instruidas acerca de su sexualidad.

La educación sexual en la familia no siempre es la adecuada y no siempre lleva a tener relaciones sexuales responsables y plenas, en algunos casos la mala información fomenta, mitos, tabúes y expectativas irreales, la sexualidad se define de manera negativa y hablar de ella puede fomentar acciones desagradables en los individuos, para muchas familias es mejor no tocar el tema y dejarlo ausente, lo que provoca una serie de situaciones en las que el individuo no sabe cómo reaccionar y tiene dudas al respecto.

Los autores señalan que los mensajes para varones y mujeres son diferentes debido a que a los hombres les está permitido iniciar su vida sexual a temprana edad y se les habilita para hablar del deseo e incluso de la protección. En el caso de las mujeres la situación es diferente, pues generalmente ellas no hablan del tema, y tener relaciones sexuales en edades tempranas puede generar consecuencias negativas debido a las expectativas culturales, por otro lado, la evasión y la resistencia se vuelven parte de sus habilidades de comunicación.

En general, los autores proponen tres niveles del desarrollo de las habilidades necesarias para tener relaciones sexuales plenas y responsables: 1) conocer qué desea la persona y cómo piensa hacerlo; 2) considerar consecuencias en la salud como infecciones de transmisión sexual y VIH y el riesgo de concebir un embarazo no planeado; 3) reconocer las necesidades que la persona requiere para sentirse plena en una relación sexual. Estos puntos sugieren, habilidades de autoconocimiento, automonitoreo y de comunicación.

Finalmente proponen que la educación sexual no es sólo cognoscitiva, implica elementos más amplios que refieren al cuerpo, a la historia sexual de la persona, al deseo personal, al cuidado y la prevención individual y esto no involucra a la intimidad en una relación de pareja y se ve reflejado socialmente.

3.6 EVIDENCIA EMPÍRICA DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y CONDUCTA SEXUAL.

La evidencia empírica muestra los tipos de habilidades necesarias para la comunicación en la interacción sexual. La organización del presente apartado se establece a partir de investigación con población adulta y posteriormente se presentan los trabajos realizados con adolescentes.

Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman y Andrew (1991) encontraron con líderes de opinión de una comunidad homosexual y utilizando la técnica de entrevista abierta que entre los métodos de prevención del VIH/SIDA lo principal se basaba en establecer comunicación con la pareja sexual, enfatizar que el uso del condón como era la mejor manera de protección sexual, hablar francamente sobre los antecedentes sexuales (si estaban infectados por el virus o por otra enfermedad que pudiera poner en riesgo a la pareja), señalar el número parejas sexuales que han tenido y si mantienen esta conducta, los autores concluyeron que estos elementos servirían para desarrollar un programa de intervención en la comunidad con el fin de disminuir el riesgo de contagio del VIH.

Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield (1992) probaron el programa diseñado con grupos de homosexuales, en el que priorizaron el desarrollo de habilidades de comunicación para disminuir los casos de incidencia del VIH, los investigadores encontraron que aquéllos que tenían parejas sexuales regulares podían establecer una mejor comunicación y mayor protección en sus encuentros sexuales, sin embargo aquéllos que tenían más de una pareja sexual, al momento de la investigación, se les dificultaba hablar acerca de su historia sexual y aunque incrementaron el uso del condón mantenían contactos sexuales sin protección.

Lock y Ferguson (1998) encontraron que en las mujeres la comunicación efectiva con la pareja sexual promueve el uso del preservativo como elemento de prevención en cada contacto sexual, a diferencia de los hombres quienes presentan menores habilidades de comunicación y por lo tanto una menor protección en sus encuentros sexuales, atribuyendo esto a los papeles culturales, en las mujeres se desarrolla más el elemento del lenguaje hablado en elementos socio-afectivos y más si esto coincide con mujeres independientes económicamente. Los hombres por el rol sociocultural que juegan pocas veces establecen el uso del condón.

Ulin (1992) y Wolf, Blanc y Gage (2000) reportan que a las mujeres que se les entrenó para negociar el uso del condón desde el inicio de su vida sexual, adoptaron fácilmente la habilidad, en comparación con mujeres que ya tenían años de vida sexual activa, o su uso fue de manera inconsistente. En las que la adquisición fue más lenta y en su relación de pareja presentaron consecuencias negativas pues el compañero sexual las cuestionaba acerca de su vida sexual con otras personas, en muchos casos aunque la habilidad estaba presente prefirieron no continuar en la negociación pues expresaron que sentían incomodidad con su relación y la pareja sexual.

Distintos estudios relacionados con las conductas sexuales de riesgo se han desprendido desde el planteamiento de Bandura (1986). Jemott III, Jemott y Fong (1992) entrenaron a jóvenes con debut y sin debut sexual para que incrementaran sus habilidades verbales como las negativas a una relación sexual, la negociación al uso del preservativo, persuasión al grupo de pares ante la presión para tener una relación sexual.

Los autores encontraron que las habilidades verbales incrementaban la autoeficacia de los adolescentes, para ambos grupos se propuso la abstinencia como un medio para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual, además se les entrenó para que identificaran las ventajas del uso del preservativo, a ambos grupos se les dio seguimiento por un año después del entrenamiento, los hallazgos enfatizaron que la abstinencia fue un factor protector para el grupo sin debut sexual pues permaneció así durante todo el seguimiento, y en el grupo con debut sexual incrementaron sus habilidades verbales y de uso del preservativo pues los jóvenes presentaron mayor uso del preservativo en sus encuentros sexuales y menos frecuencia de éstos.

Christopher, Nangle y Hansen (1993) presentan una revisión de diferentes conductas de riesgo entre éstas la conducta sexual y señalan que cuando existe conducta anticonceptiva hay un vínculo con lo que los jóvenes desean hacer a futuro con su vida, a diferencia de los jóvenes que presentan más riesgo no presentan prioridad por el futuro. Así los jóvenes que presentan más interés en su futuro y tienen metas claras, presentan más habilidades de comunicación con su pareja sexual e implementan el uso de métodos anticonceptivos, a diferencia de los jóvenes que no establecen comunicación con la pareja sexual y que presentan menos conductas anticonceptivas y más riesgo de tener embarazo adolescente o bien infecciones sexualmente transmisibles. Cabe mencionar que este trabajo presentó viñetas en relación al riesgo en los jóvenes, de las cuales, destacaron su uso para ser aplicadas en cuestión de entrenamiento.

Las habilidades de comunicación se han evaluado para prevenir el VIH en adolescentes Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter (1997) con el fin de identificar la efectividad de las habilidades de comunicación evaluaron dos grupos, un control y un experimental, en ambos se identificaron conocimientos de los distintos métodos anticonceptivos, la frecuencia de su uso, las creencias relacionadas al contagio del VIH; en ambos grupos se propuso establecer las habilidades de comunicación como método preventivo del contagio del virus. Los resultados mostraron que el grupo control que sólo recibió una plática acerca de establecer la comunicación en pareja presentó cambios poco significativos en comparación con el grupo que se entrenó y que con el tiempo logró establecer como prioridad el uso del preservativo en cada encuentro sexual.

Boyer, Shaffer y Tschann (1997) señalaron que aquéllos jóvenes que han tenido una comunicación franca acerca del uso del preservativo con la pareja, lo utilizan en cada relación sexual en comparación con aquéllos que no establecieron algún tipo de comunicación y que presentaron algún tipo de infección de transmisión sexual.

Nangle y Hansen (1998) propusieron un entrenamiento de habilidades de comunicación con adolescentes que tenían vida sexual activa, encontraron que a mayor comunicación los jóvenes establecían más elementos de protección y prevención en su vida sexual, el condón fue un medio de protección sexual importante, y las habilidades de comunicación funcionaron efectivamente para responder ante la presión de los pares y la pareja, se identificó la negociación del condón como parte del establecimiento de la comunicación directa con la pareja sin temor al rechazo de ésta ante la propuesta.

Wingood y DiClemente (1998) informaron que las mujeres jóvenes que son entrenadas para responder de una manera efectiva ante la presión de pares y pareja para tener relaciones sexuales sin el uso del condón, presentaron más conductas sexuales protegidas que quienes no fueron entrenadas, pues aunque conocen la efectividad del condón no llevan el conocimiento a la acción.

Por lo que respecta a la coerción sexual Pacifici, Stoolmiller y Nelson (2001) explican que mujeres adolescentes que han vivido esta experiencia presentaban contactos sexuales poco seguros y placenteros, cuando fueron entrenadas para evitarla, se observó un incremento en su autoestima y además lograron tener prácticas sexuales protegidas y placenteras.

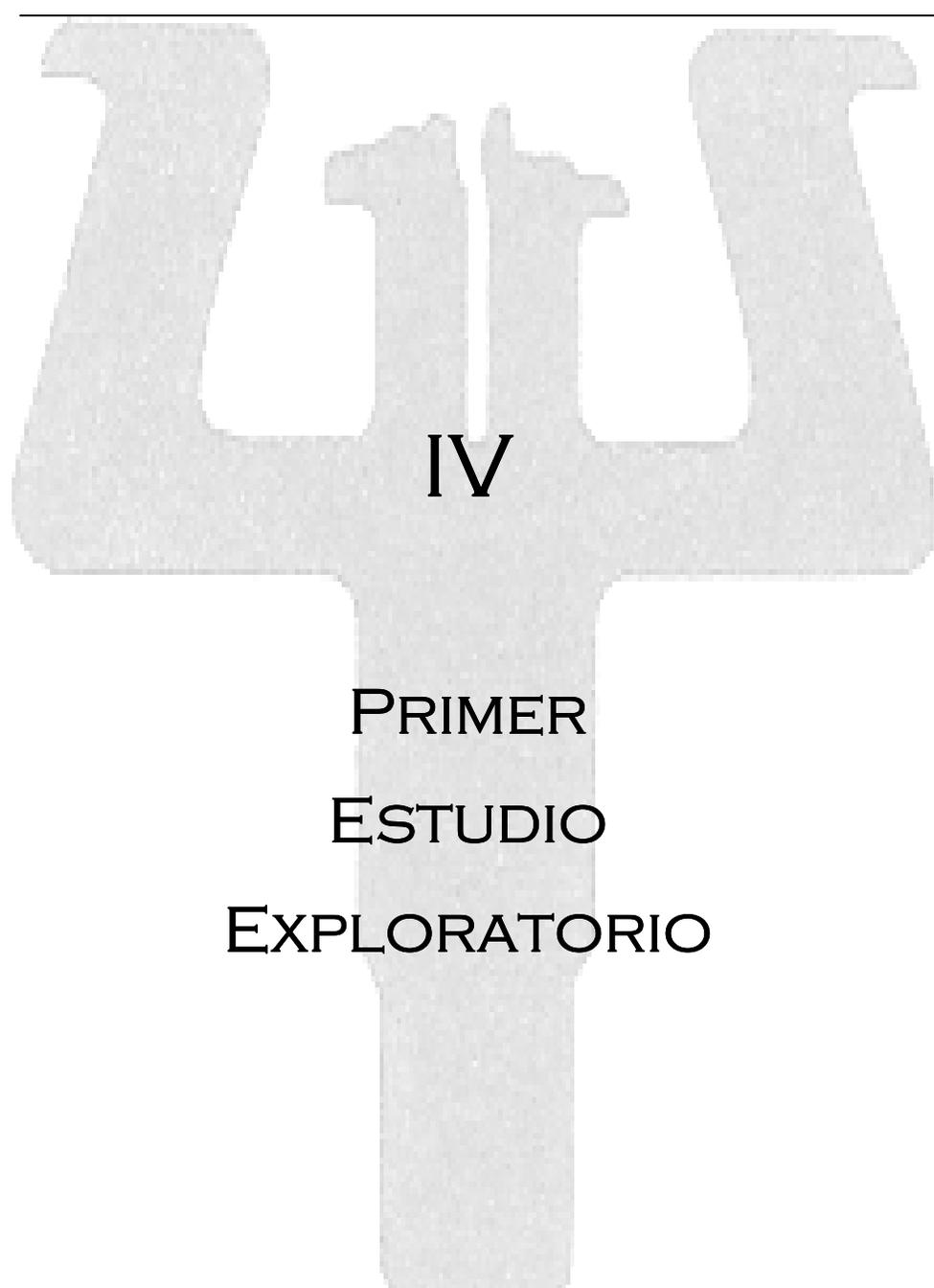
Jaccard, Dittus y Gordon (2000) y Whitaker y Miller (2000) señalan que cuando se establece la comunicación acerca del uso de métodos anticonceptivos, incluyendo el preservativo, entre padres e hijos adolescentes, estos últimos presentan más conductas sexuales protegidas o retrasan el inicio de su vida sexual, en comparación con adolescentes que no establecen comunicación con sus padres.

Las negativas de los adolescentes ante la presión de pares y de su pareja para tener relaciones sexuales tempranas (Nagy, Watts y Nagy, 2002) favorece que no se involucren en prácticas sexuales, quienes presentan esta habilidad tienen más logros académicos y su futuro tiene más importancia en comparación con los adolescentes que no saben rechazar una práctica sexual.

La revisión teórica de habilidades de comunicación en la interacción sexual y de conducta sexual de riesgo (capítulo anterior), sugiere un vínculo del cual no se tiene evidencia empírica en México. Para conocerlo, se propone en primer término un marco conceptual de investigación cualitativa, los resultados de ésta mostrarán el nexo entre los diferentes factores asociados a la conducta sexual de riesgo en adolescentes y sus habilidades de comunicación en la interacción sexual, lo que brindará el eje conceptual y metodológico de la presente investigación.

La propuesta teórica del presente trabajo, tiene como base evaluar tanto los elementos individuales o sociales que surjan en relación a las prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes, como sus habilidades de comunicación en la interacción sexual, recordando que éstas últimas son elementos protectores del riesgo.

Evaluar el nivel de habilidades de comunicación en la interacción sexual genera una propuesta innovadora, la cual identifica las diferentes situaciones que llevan a los adolescentes a tener prácticas sexuales sin el uso del condón. En general, se pretende construir con los hallazgos un modelo que integre los elementos mencionados con el fin de tener una aproximación clara de la conducta sexual de riesgo en adolescentes, dicha construcción surge de la revisión teórica y de los datos que se generen a partir de la investigación cualitativa.



IV

PRIMER
ESTUDIO
EXPLORATORIO

El presente trabajo está constituido de tres estudios, dos de carácter exploratorio, y un tercero resultado de los dos anteriores cuyo objetivo fue probar un modelo de predicción con respecto a las prácticas sexuales de riesgo en las y los adolescentes. En el primero se pretendió conocer por medio de entrevistas semiestructuradas, las causas de las relaciones sexuales sin protección, y cómo estas últimas se podían prevenir; además por medio de viñetas se identificaron qué habilidades de comunicación tenían las y los jóvenes en una situación que involucraba riesgo en una relación sexual. En el segundo estudio se identificaron variables específicas que debían ser abordadas con el fin de trabajarse bajo un modelo en una fase posterior; con la información obtenida de los estudios previos se llevó a cabo la siguiente etapa que consistió en probar un modelo planteado, a continuación se describe el método y los resultados de cada estudio.

ESTUDIO EXPLORATORIO 1

Esta primera fase exploratoria se basó en los trabajos de Catania, Gibson, Chitwood y Coates (1990), Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield (1989); Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman, y Andrew (1991); Kelly, (1992); Nangle y Hansen (1993); Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter (1997) y Hansen (1998), que proponen realizar entrevistas semiestructuradas y viñetas situacionales, que en conjunto permitieron obtener información acerca de las prácticas sexuales de riesgo y las habilidades de comunicación en la interacción sexual.

4.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer qué es para las y los adolescentes una relación sexual de riesgo, qué causas y qué consecuencias perciben de éstas, y qué habilidades de comunicación involucran respecto a la interacción sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los motivos del debut sexual
- Conocer qué es una práctica sexual de riesgo
- Conocer las causas y consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo.
- Identificar las formas de prevención de las prácticas sexuales de riesgo.
- Conocer las habilidades de comunicación en la interacción sexual.

4.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Prácticas Sexuales de Riesgo.** Son aquéllas que tienen efectos negativos en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, como pueden ser embarazos precoces, riesgo de contagio de VIH u otra infección de transmisión sexual. El tipo de conductas identificadas como riesgosas son: relaciones sexuales sin protección, el no uso del condón vía oral, anal o coital, estar bajo el efecto de alguna sustancia psicotrópica (alcohol o drogas) y tener múltiples parejas sexuales (Kotchick, Shaffer, Forehard, y Miller, 2001) algunos autores consideran que masturbar a la pareja sin protección también es una conducta sexual riesgosa (Catania, Chitwood, Gibson, Coates, 1990; Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Tolvert, 2001).
- **Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual.** Son aquéllas que facilitan el vínculo entre la toma de decisiones saludables y tener prácticas sexuales protegidas como la resistencia a acciones coercitivas, la negociación al uso del condón y la persuasión a tener prácticas de sexo protegido y sexo seguro (Gold, Letaurneau y O' Donohue, 1995; Kelly y St Lawrence, 1988; Nangle y Hansen, 1993).

4.3 MÉTODO

4.3.1 SUJETOS

Participaron 10 mujeres y 10 hombres seleccionados de manera intencional, todos estudiantes de un bachillerato público del 3º al 6º semestre, del turno matutino; el rango de edad fue entre los 16 y los 18 años (☉=17 años).

4.3.2 INSTRUMENTO

El guión de entrevista semiestructurada (ver anexo A) se diseñó con el fin de ir sensibilizando a las y los adolescentes a responder acerca de las prácticas sexuales de riesgo, este guión tiene siete puntos; de acuerdo a lo que las y los adolescentes respondían se profundizó preguntando algo más acerca de su respuesta, primero se les cuestionó acerca de las causas y consecuencias de las relaciones sexuales, con el fin de señalar qué entendían ellas y ellos por prácticas sexuales de riesgo y qué consecuencias percibían. Además se aplicaron cuatro viñetas situacionales (ver anexo B), para conocer las habilidades de comunicación que tienen las y los jóvenes en la interacción sexual. El guión de entrevistas y viñetas se basó en los siguientes puntos (ver anexo A y B):

GUIÓN DE LA ENTREVISTA:

- Motivos de las relaciones sexuales en la adolescencia.
- Qué es una relación sexual de riesgo (o práctica sexual de riesgo).
- Causas y consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo.
- Prácticas sexuales de riesgo que conocen las y los adolescentes.
- Características de las personas con prácticas sexuales de riesgo.
- Prevención de las prácticas sexuales de riesgo en las y los adolescentes.

VIÑETAS:

- Se definen cómo aquellas situaciones hipotéticas relacionadas con una relación sexual sin protección, en las que los jóvenes presentaran o no habilidades de comunicación en la interacción sexual.

4.4 PROCEDIMIENTO

Se les invitó a los sujetos a colaborar de manera voluntaria, por medio de una justificación breve, explicando cuál sería su participación, mencionándoles lo siguiente:

"La entrevistadora es estudiante del Posgrado de la Facultad de Psicología, en donde se pretende realizar una investigación acerca de la sexualidad de las y los jóvenes de tu edad, por lo que la información que se proporcione es esencial para la investigación".

Cada entrevista será anónima y confidencial y con el fin de no perder detalle de la entrevista será grabada en cintas de audio. Posteriormente a la recolección de datos, se transcribieron las 20 entrevistas, con el fin de examinar los datos y diseñar categorías con la técnica de análisis de contenido (Kavale, 1996; Krippendorff, 1990; Ruiz, 1996; Pomeratz y Fehr, 2000). Las entrevistas se realizaron en un cubículo facilitado por los profesores del colegio al que pertenecían los alumnos, la duración varió entre 30 y 60 minutos.

4.5 RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de contenido con respecto a la información proporcionada por las y los adolescentes estudiantes de bachillerato. Así, de acuerdo con Krippendorff (1990) se realizó un conteo de las respuestas brindadas por los informantes y se presenta la frecuencia de dichas respuestas agrupadas por categorías en los cuadros siguientes.

4.5.1 Motivos de las Prácticas Sexuales.

En el cuadro 1 se aprecian los motivos por los que las y los jóvenes tienen relaciones sexuales. La curiosidad sexual es la causa más mencionada por mujeres y hombres, lo cual coincide con estudios de búsqueda y exploración de sensaciones (Crooks y Baur, 2000; Kötchick, Shaffer y Foreheand, 2001).

En segundo lugar destaca la categoría de expectativas de vida y que sólo mencionaron los hombres, señalando que las personas sin un proyecto de vida definido tienen relaciones sexuales a edades tempranas, lo que se relaciona con deserción escolar y en algunos casos esto se relaciona con el control percibido por su medio ambiente (Somalí, Nelly, Heckman, Hackl, Runge, Wright, 2000). Otros estudios reportan (Kotchick y colaboradores, 2001; Morrison, 1985), que aquéllos jóvenes que tienen como objetivo de vida finalizar una carrera retrasan el inicio de su vida sexual.

Con respecto al rito de transición son los varones quienes lo mencionan más, al respecto Pedrosa y Vallejo (2000) indican que el inicio de la vida sexual para los varones mexicanos se relaciona con dejar la niñez para convertirse en un adulto. Otra causa mencionada fue el amor y fue señalada por las mujeres, de acuerdo con esto Román, Carrasco, Valdez y Cubillas (2000) encontraron que debido a la educación y creencias culturales proporcionadas por la sociedad para las adolescentes el amor es elemento clave para iniciar la vida sexual de las mujeres.

Cuadro 1. Motivos de las Relaciones Sexuales

Categorías	Frecuencia Mujeres n=10	Frecuencia Hombres n=10
Búsqueda de Sensaciones		
<i>Experimentar algo nuevo (placer)/ por cambios del cuerpo del adolescente necesita conocer lo que siente</i>	7	6
Expectativas de Vida		
<i>No tener una meta a futuro/ Tomar a la ligera su vida sin importar su futuro</i>	-	6
Rito de Transición		
<i>Dejar de ser niño para convertirse en hombre (adulto)/ permitir el inicio de la vida sexual del adolescente en casa/las causas dan mayor estatus por ser hombre</i>	2	6
Uso de Sustancias		
<i>Efectos del alcohol u otras drogas/tomar alcohol o drogas y tener relaciones sexuales hace que se vuelva más hombre un muchacho</i>	2	4
Amor		
<i>Estar enamorada del novio/sentir el amor</i>	3	-
Pareja Mayor		
<i>Personas de mayor edad involucren a un adolescente a tener relaciones sexuales</i>	1	-
Abuso Sexual		
<i>Tener relaciones sexuales debido a un abuso o violación</i>	1	-
Total	17	22

4.5.2 DEFINICIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

En el cuadro 2 se presenta la definición de prácticas sexuales de riesgo que las y los adolescentes señalaron, tanto hombres como mujeres expresaron que práctica sexual de riesgo se refiere a no utilizar algún método anticonceptivo: pastillas y condón –principalmente- debido a que existe el riesgo de embarazo y/o de adquirir alguna infección sexual como el VIH, esta respuesta se ha señalado en distintos estudios (Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántar, Navarro y Blanco, 1999; Ibáñez, 1998; IMJUVE, 2000), sin embargo, se aprecia que las y los jóvenes no señalan las formas de contagio de una infección al tener un contacto sexual. Se puede observar que hay mayor referencia hacia un embarazo que al contagio de alguna infección (Moscoso, Rosario y Rodríguez, 2001).

Cuadro 2. ¿Qué es una Práctica Sexual de Riesgo?

Categoría	Frecuencia de Mujeres n=10	Frecuencia de Hombres n=10
Práctica Sexual de Riesgo <i>No utilizar algún método anticonceptivo</i>	10	10

4.5.3 Causas y Consecuencias de las Prácticas Sexuales de Riesgo

El cuadro tres presenta las causas que perciben de las relaciones sexuales de riesgo. El factor que se presentó con mayor frecuencia fue la falta de información acerca de la protección en las relaciones sexuales y lo exponen los varones, de acuerdo con esto Stern y Medina (1999) indican que no existen programas que abarquen todas las necesidades de la sociedad mexicana, pues aunque hay mayor acercamiento por parte de la educación formal los jóvenes indican que *"los profesores no siempre están capacitados para hablar del tema"*.

La siguiente categoría fue el uso de sustancias (drogas y/o alcohol) tanto mujeres como hombres señalaron que su ingesta favorece las relaciones sexuales sin protección. Respecto esto, existen revisiones importantes de algunos autores que han investigado la relación entre sustancias tóxicas y conducta sexual. Sustancias como el alcohol y la marihuana provocan alteraciones fisiológicas, efecto que se cree puede prolongar el deseo sexual, sin embargo, los jóvenes señalaron quien las usa considera pocas veces protegerse, lo que facilita el riesgo de un embarazo o del contagio de una ITS (Katz, Fromme y D' Amico, 2000; Langer y Tubman, 1997; Wishlar y Fendrich, 2000; Yates y Wolman, 1991).

Otro factor que el grupo mencionó fue la desintegración y/o falta de comunicación familiar y se cree que es una de las razones que involucran prácticas sexuales de riesgo entre las y los jóvenes, una variable importante considerada en la literatura es el monitoreo parental (Calhun y Friel, 2001; Metzeler, Noell, Biglan, Ary y Smolkowosky, 1994; Romer, Black, Feigelman, Kaljee, Galbarath, Nesbit, Hornick y Staton, 1994; Whitaker y Miller, 2000) y proporciona información sobre la correlación entre la comunicación parental y el inicio sexual del hijo, señalando que a mayor comunicación y confianza, el inicio de la vida sexual se aplaza y cuando los jóvenes deciden iniciarla es utilizando métodos anticonceptivos.

Entre las categorías está tener una relación sexual que no fue planeada, al respecto, la literatura señala que para algunos adolescentes iniciar su vida sexual depende de la oportunidad de hacerlo sin importar las consecuencias, así como la exploración de sensaciones (Crooks y Baur, 2000; Katz, Fromme y D' Amico, 2000; Wishlar y Fendrich, 2000). Las adolescentes mencionaron que en el caso de los varones existe competencia por ver quién tiene más relaciones sexuales y muchas veces entre los amigos se presionan a tenerlas (Conway, Bourque y Scott, 1996; Miller, Forehand y Kötchick, 2000).

Los varones indicaron, que una causa de tener relaciones sexuales sin protección es sentirse excluidos, sentirse solos y no contar con nadie en quién confiar. En estos casos la pareja para muchos jóvenes representa una compañía, Montero (1997) señaló que la pareja cobra importancia cuando no existe otra persona en la que se pueda confiar, así la confianza en la pareja es importante para las y los jóvenes y esto en muchos casos involucra no utilizar condón en sus prácticas sexuales (Díaz, Flores, Andrade, Ramos y Villagrán, 1999).

Cuadro 3. Causas de las Prácticas Sexuales de Riesgo

Categorías	Frecuencia Mujeres n=10	Frecuencia Hombres n=10
Falta de información		
<i>No tener información sobre las relaciones sexuales/ desconocer/ignorancia</i>	-	6
Uso de Sustancias		
<i>Tener relaciones sin protegerse cuando están borrachos o drogados</i>	2	6
Desintegración o Falta de Comunicación Familiar		
<i>No tener comunicación con los papás/ que la familia este desintegrada/falta de atención de los padres a los jóvenes</i>	5	4
Sentirse Excluidos		
<i>Que no tienes atención, que te sientes solo</i>	-	4
Relaciones Sexuales No Planeadas		
<i>Dejarse llevar por el momento/ te gana la calentura/no pensar en las consecuencias/ pensar ¿sí no es ahora, cuándo?</i>	5	5
Presión de Amigos		
<i>Los amigos te hacen burla para tener sexo/ imitar a una amistad</i>	5	-
Temor para Acercarse a las Instituciones de Salud		
<i>Los jóvenes no se acercan por miedo a que los doctores los regañen de que quieren tener relaciones sexuales</i>	1	4
Sostener Relaciones Sexuales con Personas Desconocidas		
<i>Tener relaciones sexuales con personas desconocidas porque se ven "bien" (se ven sanas o atractivas)/ no conocen la vida íntima de esa persona</i>	3	3
Coito Interrumpido		
<i>No usar el condón y tener una relación sin llegando afuera de la mujer</i>	3	-
Pena de Comprar un Condón		
<i>Pena/vergüenza de comprar un condón al qué dirán</i>	2	3
Tener Relaciones Sexuales con Trabajadores Sexuales		
<i>Tener relaciones con prostitutas sin condón</i>	-	3
Rebeldía		
<i>Querer salirse de su casa/ no seguir las normas de su casa</i>	3	-
Uso Incorrecto del Preservativo		
<i>Qué el condón se rompa o se quede en la vagina</i>	2	-
Total	30	34

El cuadro 4 presenta las diferencias por sexo que expresaron las mujeres, ante las causas de relaciones sexuales de riesgo. Las adolescentes respondieron que la primera causa de que las mujeres tuvieran relaciones sexuales era la presión de la pareja y esto se ha documentado como elemento del inicio de la vida sexual de las mujeres (Fisher, Misovich y Fisher, 1992; Pedrosa y Vallejo, 2000).

El siguiente rubro fue preocuparse primero por la pareja lo que implica la limitación de la acción y que ésta depende de lo que el novio diga o decida en la relación (Harvey, Beckman, Broener y Sherman, 2002; Kalichman, Hunter y Kelly, 1992; Landau, 2000; Dudley, O' Sullivan y Moreau, 2002).

Las mujeres señalaron que la competencia es un factor de riesgo entre los varones, pues favorece a que sostengan relaciones sexuales desprotegidas (Crocks y Baur, 2000). Además, mencionan que los varones tienen más parejas sexuales que ellas, lo que se atribuye a las creencias culturales con respecto a los roles sexuales (Conway, Bourque y Scott, 1996; Díaz, 1999; Miller, Forehand y Kötchick, 2000; Stern y Medina, 1999). Otra categoría de riesgo fue que para los hombres el condón no es satisfactorio en una relación sexual "*no se siente lo mismo*". La literatura reporta que esta creencia se relaciona con el contagio del VIH (Jemott III, Jemott y Fong, 1992; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichmann, Smith y Andrew, 1991).

Cuadro 4. Causas de las Relaciones Sexuales de Riesgo
Diferencias por Sexo de acuerdo a lo expresado por Mujeres

Mujeres	Frecuencia	Hombres	Frecuencia
Coerción		Competencia	
<i>Que el novio diga que la va abandonar si no le da "la prueba de amor"/ bien que le hará daño a alguien querido o cercano</i>	5	<i>Sentirse más hombres frente a los amigos por tener relaciones sexuales</i>	3
Preocupación por la Pareja		Falta de Compromiso con los Acuerdos de Pareja	
<i>Pensar primero en lo que el siente (novio) y no en lo que ellas quieren</i>	3	<i>No se comprometen con la persona que tienen una relación sexual</i>	3
Consecuencia de Uso de Sustancias		Múltiples Parejas	
<i>No recordar con quién estuvieron en la noche a causa del alcohol</i>	3	<i>Tener muchas parejas sexuales</i>	2
Rebeldía		Condón No Satisfactorio	
<i>Hay muchachas rebeldes que quieren salirse de su casa porque piensan que no las quieren</i>	3	<i>Los hombres dicen que no se siente lo mismo con condón</i>	2
Abuso Sexual		Estatus	
<i>Sufrir abuso sexual o violación</i>	1	<i>Querer sentirse más importantes o mejores frente a otros hombres por tener relaciones sexuales</i>	2
		Sin Motivación Para Protegerse	
		<i>Tener flojera de comprar un condón</i>	1
Total	15	Total	13

El cuadro 5 presenta las diferencias por sexo que los hombres mencionaron acerca de las causas por las que las y los jóvenes sostienen prácticas sexuales de riesgo. Los varones señalan que las mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección es debido a la inseguridad que existe en ellas y en la relación de pareja, pues sí temen finalizar un noviazgo y esto puede implicarles tener relaciones sexuales sin usar algún método de protección. Al respecto Díaz (1999) señala que hay una serie de características tradicionales en la socialización de hombres y mujeres, resalta la abnegación y sumisión por parte de las mujeres frente a una relación sexual. Otra característica fue la rebeldía y se observan dos situaciones: primera, la relación entre el monitoreo parental y la vida sexual de la adolescente y la segunda, el tipo de comunicación y cercanía que la adolescente tiene con su familia, es importante resaltar que existen características de personalidad que influyen en las decisiones de las adolescentes y tienen por resultado el abandono del hogar (Jaccard y Dittus, 2000; Jaccard, Dittus y Gordon, 2000; Miller, 2002).

Los varones destacan que una de las causas por las que sus coetáneos tienen relaciones sexuales desprotegidas se debe principalmente a la presión de pares. Y va dirigida a la presión de los amigos para iniciar su vida sexual y el significado que tiene para ellos el grupo de referencia. Así, las creencias de cómo los hombres tienen que actuar dan pauta a involucrarse en situaciones de riesgo por el papel cultural que les ha sido atribuido (DiClemente, 1990; Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Laub, Somera, Gowen, Díaz, 1999).

La siguiente categoría que los jóvenes mencionan es la búsqueda de sensaciones, algunos trabajos han encontrado una correlación alta entre tomar riesgos ó buscar sensaciones nuevas y no utilizar el preservativo (Gullone, Moore, Moss y Boyd, 2000; Katz, Fromme y D' Amico, 2000). Otra causa que los adolescentes expresan es la pérdida del estatus y ocurre frente a las jóvenes con las que se relacionan (amigas o novias). Al respecto, algunos trabajos enfatizan que la socialización de hombres, tanto entre ellos como con las mujeres, es por medio de la competencia, así el tener relaciones sexuales genera estatus, popularidad y demuestran su "hombría" (Gímenez, 1996; Seidler, 2000). Otra causa es la creencia de no sentir el mismo erotismo con condón, esto implica actitudes negativas al uso del preservativo y en la literatura se presenta como un factor de riesgo (Kirby, 2000; Kirby y Di Clemente, 1994; Whitaker, Miller, 2000).

Los hombres enunciaron que un factor de riesgo puede estar asociado con las creencias parentales, pues señalan que la falta de comunicación de los padres con respecto a la sexualidad y su protección lleva a los jóvenes a estar en riesgo. Diferentes autores han señalado que a mayor información de padres a hijos, éstos utilizarán mejores métodos de protección, de lo contrario la fuente más importante es el grupo de pares, que no siempre provee de información veraz acerca del uso de los métodos anticonceptivos y de protección, por lo que, la ausencia de conocimientos tiene consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes (Calhun y Friel, 2001; Kötchik, et al, 2001; Metzeler y Morrison, 1985; Romer, Black, Ricardo, Feigelmen, Kaljee, Galbraith, Nesbit, Hornick y Staton, 1994).

Cuadro 5. Causas de las Relaciones Sexuales de Riesgo.

Diferencias de Sexo de acuerdo a lo expresado por Hombres

Mujeres	Frecuencia	Hombres	Frecuencia
Inseguridad en la Relación de Pareja		Presión de Pares	
<i>Miedo de perder al novio/que el novio le exija "la prueba de amor"</i>	4	<i>Que los amigos te insistan en tener relaciones sexuales</i>	5
Rebeldía		Búsqueda de Sensaciones	
<i>Querer salirse de su casa por problemas/Falta de cariño en casa</i>	4	<i>Mayor importancia hacia experimentar placer que a los sentimientos de la pareja/no tomar en cuenta a una mujer más que por su apariencia</i>	5
Expectativas en la vida		Temor a la pérdida del Estatus	
<i>Inseguridad para tomar decisiones que pueden afectar su vida en un futuro</i>	2	<i>Que duden las amigas u otras personas que les gusten de su "hombría"</i>	4
Amor		Preservativo no Satisfactorio	
<i>Tenerle amor a la pareja/Estar enamoradas</i>	2	<i>Señalar al condón como no satisfactorio en una relación sexual</i>	4
Temor a la Iniciativa		Creencias Parentales	
<i>Miedo al que dirá la pareja por traer condones en la bolsa</i>	2	<i>Creer que los hijos no se van a infectar y se debe a la falta de conocimiento y comunicación</i>	3
Pobreza		Persona con Múltiples Parejas Sexuales	
<i>Situación socioeconómica deplorable/ no tener dinero para mantenerse</i>	2	<i>Tener relaciones con una persona que tuvo muchas parejas</i>	2
Total	16	Total	20

El cuadro 6 presenta las consecuencias que las y los adolescentes han señalado cuando hay prácticas sexuales de riesgo, la categoría que los varones expresaron con mayor frecuencia fue la de adquirir alguna infección, y destaca el VIH, en este sentido es claro que los medios masivos de comunicación sean parte importante de la sensibilización de la adquisición del virus (Friedman, Jarlais y Ward, 1994; Hoover y Hillman, 1994; Kirby, 2002; Shaffer y Boyer, 1991).

La siguiente consecuencia que se presenta fue tener sentimiento de culpa después de una relación sexual, y las mujeres son quienes la indican. Este aspecto se presenta de acuerdo a las normas y creencias socioculturales con las que las jóvenes son educadas con respecto a su sexualidad (Díaz y Aragón, 1999).

La siguiente categoría fue la de embarazo, expresada en mayor parte por las mujeres, debido a la situación biológica la cual va acompañada de las consecuencias sociales que pueden tener las adolescentes al ser madres (Ibáñez, 1998). Al respecto la literatura ha considerado que el embarazo adolescente es uno de los principales problemas sociales de los países en vías de desarrollo como México, debido a la falta de recursos sociales y económicos a los que las mujeres jóvenes se enfrentan (CELADE, 2000).

Otras categorías expresadas fueron, la falta de madurez y cambio en el proyecto de vida, ambas explicadas anteriormente (La Brie, 2002; Lassonde, 1997; Leight y Stall, 1993; Mays y Cochran, 1988; Morrison, Baker y Gillmore, 1993; Pedrosa y Vallejo, 2000; Shaffer y Boyer, 1991; Tolvert, 2000).

Cuadro 6. Consecuencias de prácticas Sexuales de Riesgo

Categorías	Frecuencia Mujeres	Frecuencia Hombres
Infecciones de Transmisión Sexual		
<i>Contraer Infecciones/ Adquirir SIDA</i>	4	10
Culpa		
<i>Sentir culpa por tener relaciones sexuales</i>	6	-
Embarazo		
<i>Embarazo de riesgo debido a la edad de la mamá</i>	5	3
Falta de Madurez		
<i>Falta de madurez emocional y económica para enfrentar las consecuencias de un embarazo</i>	3	-
Cambios del Proyecto de Vida		
<i>Cambio en el futuro por un embarazo/ frustrar la escuela/dejar la escuela para trabajar o cuidar al hijo</i>	2	3
Total	20	16

4.5.3 Características de las Personas con Prácticas Sexuales de Riesgo

El cuadro 7 presenta categorías que identificaron las y los jóvenes con respecto a las características de las personas que tienen prácticas sexuales de riesgo. Al respecto, las mujeres definieron a las personas con prácticas sexuales de riesgo como aquéllas que tenían múltiples parejas sexuales (Kötchick, et al, 2001).

Se observa que mencionan la importancia de saber decidir acerca del uso del preservativo e implica el uso de habilidades de comunicación para expresar sus decisiones en el momento adecuado (Bandura, 1992, 1994; Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter, 1997; Hansen, 1998; Kelly y colaboradores, et al, 1989; Kelly y colaboradores, et al, 1991; Kelly, 1991; Langer, et al, 1992; Nangle y Hansen, 1993;).

Los hombres señalaron que la falta de responsabilidad es una característica de las personas con prácticas sexuales de riesgo, diferentes investigaciones lo han relacionado con la falta de percepción de vulnerabilidad, algunos jóvenes creen que por su edad no van a contagiarse o a experimentar un embarazo (Gullone, Moss y Boyd, 2000; Cochran y White, 2002; Jenkis, 2000; La Brie, 2000; Myafield, 2000). Finalmente los varones señalaron que otra característica es sentirse excluidos del hogar, no sentir confianza con alguien en casa para hablar de temas íntimos, así la pareja es un apoyo y la cercanía de una relación puede llevar a los jóvenes a tener prácticas sexuales sin prevención (Calhoun y Field, 2001; Croocks y Baur, 2000; Montero, 1997).

Características Generales de las Personas con Prácticas Sexuales de Riesgo

Cuadro 7

Categorías	Frecuencia Mujeres	Categorías	Frecuencia Hombres
Personas Con Múltiples Parejas		Falta de Responsabilidad	
Personas que tienen relaciones sexuales con personas diferentes	8	<i>Son personas que no tienen sentido de responsabilidad</i>	6
Importancia de la Toma de Decisiones		Sentirse Excluidos	
<i>Personas débiles en su toma de decisiones</i>	2	<i>Son personas con necesidad de apoyo en casa</i>	5
Total	10	Total	11

El cuadro 8 presenta características por sexo expresada por las adolescentes. Para ellas los hombres que no se protegen fueron descritos como machistas e inseguros y dichas características son reportadas por la literatura como factores de riesgo en un encuentro sexual (Belcher y Kalichman, 1998; Carey, Maisto, Kalichman, Forsyth, Wright, Jonson, 1997).

En lo que a sus coetáneas respecta, opinaron que principalmente son inseguras, temerosas y confiadas dejando que sea la pareja quien decida acerca de la protección en una relación sexual (Díaz, 1999).

Otra categoría fue creer que *"la pareja es limpia"*, porque se ve bien y por lo tanto no las va a contagiar de alguna infección de transmisión sexual, mito que lleva a las personas a tener relaciones sexuales sin protección pues por la apariencia hay falta de percepción del riesgo (Díaz y Aragón, 1999; Pedrosa y Vallejo, 2000; Román, Carrasco, Valdez y Cubillas, 2000).

Cuadro 8. Características de las Personas con Prácticas Sexuales de Riesgo

Diferencias por Sexo de acuerdo a lo Expresado por Mujeres

Hombres	Frecuencia	Mujeres	Frecuencia
Machistas	6	Inseguras	6
Inseguros	1	Confianza en la Pareja	4
–	–	Pareja Higiénica <i>Piensen que la pareja es "limpia"</i>	2
Total	7	Total	12

El cuadro 9 presenta la percepción por sexo. A diferencia del cuadro anterior, los hombres perciben a las mujeres con prácticas sexuales de riesgo como inseguras, con necesidad de ser queridas por la pareja y tienen relaciones sin protección porque aman a su pareja y que puede ser vista con confianza y un apoyo emocional en la vida de la mujer (Cooks y Baur, 2000; Montero, 1997).

Otra característica vista para el grupo de iguales fue la competencia y diferentes teóricos lo han mencionado con respecto a la interacción masculina y como elemento de riesgo (Connell, 1995; Fuller, 1997; Gímenez, 1996; Laub, Somera, Gowen y Díaz, 1999). Así mismo, los jóvenes perciben al interior de su grupo la necesidad de comunicar lo que realmente piensan, en este sentido hay dos elementos uno es la comunicación efectiva con sus pares acerca de su sexualidad (Friedman, Jarlais y Ward, 1994).

Cuadro 9. Características de las Personas con Prácticas Sexuales de Riesgo

Diferencias por Sexo de acuerdo a lo Expresado por Hombres

Mujeres	Frecuencia	Hombres	Frecuencia
Inseguras		Competencia	
<i>Falta de afecto/ son miedosas</i>	7	<i>Buscan competir/ser más "hombres" que sus amigos</i>	7
Enamoradas		Comunicación	
<i>Querer sentirse queridas por la pareja</i>	3	<i>No dicen lo que piensan por el qué dirán</i>	6
-		Populares	3
		Introvertidos	2
Total	10	Total	18

El cuadro 10 muestra lo que las y los adolescentes expresaron con respecto a prevenir prácticas sexuales de riesgo. Las mujeres señalaron que, una persona con información adecuada acerca del uso de métodos anticonceptivos tiene una base importante para el ejercicio de su sexualidad, aquí cabría destacar que la información con respecto a sexualidad muchas veces versa en un sentido médico, olvidándose del erotismo y el autoconocimiento. En México, existen una serie de creencias que interfieren con el conocimiento de la sexualidad, y la adolescencia es un periodo de reconocimiento en este campo, por lo que la base de un ejercicio libre y responsable de la sexualidad es el conocimiento objetivo e integral (Mejía y Careaga, 1998; Stern y Medina, 1999).

Las y los jóvenes también señalaron la importancia del futuro académico, como una característica en las personas que prevén el riesgo en sus relaciones sexuales, y la literatura al respecto ha reportado una correlación entre postergar el inicio de una vida sexual, el uso de métodos de anticoncepción y el logro académico (Morrison, 1985). Al respecto, Trad (1993) señaló que la habilidad que una persona joven tenga para evaluar lo que desea a futuro le permitirá acercarse más a su meta, en comparación con aquella que toma riesgos sin medir consecuencias a largo y mediano plazo. Una característica importante que los varones señalaron fue conocer a la pareja sexual, distintos teóricos (Douglas, 2002; Kelly, et al, 1991; Kötchick, et al, 2001,) señalaron que tener conocimiento de la historia sexual de una pareja disminuye el riesgo e incrementa la comunicación para el uso del preservativo.

Cuadro 10. Características de las Personas que evitan Prácticas Sexuales de Riesgo

Categorías	Mujeres	Hombres
Personas Informadas		
<i>Tienen la información adecuada para ejercer su sexualidad</i>	6	-
Personas con Expectativas de Vida		
<i>Saben que quieren hacer en su vida; su futuro tiene importancia</i>	5	6
Personas con Control de Impulsos		
<i>Saben controlar sus impulsos</i>	3	-
Estabilidad en la Relación de Pareja		
<i>Tiene una relación de pareja estable</i>	3	5
Personas Seguras		
<i>Son seguras de sí mismas, asumen la responsabilidad de sus actos</i>	3	6
Relación con un Conocido (a)		
<i>Conocen a la persona con la que van a tener una relación sexual</i>	-	5
Relación Sexual Planeada		
<i>Planean como va hacer su relación sexual</i>	1	-
Total	21	22

4.5.5 Prevención de Prácticas Sexuales de Riesgo

En el cuadro 11, se presentan los factores con respecto a la pareja sexual a fin de preveer el riesgo. Así, para mujeres y hombres es importante estar con una persona en la que se puede confiar y compartir la responsabilidad de protección, lo que implica la comunicación con la pareja (Nangle y Hansen, 1993; Nangle, 1998).

La estabilidad fue una de las categorías mencionadas en gran parte por las mujeres y se vincula con las creencias culturales de la formalización de una relación (Carrasco, Valdez y Cubillas, 2000). Un dato que tuvo poca frecuencia pero que es importante es la búsqueda de otras formas de erotismo que es también conocido como sexo seguro -que involucran sólo caricias y besos superficiales- (Aguilar, 1998; Croocks y Baur, 2000; Kelly, et al, 1993).

Cuadro 11. Características de Prevención de Riesgo

Categorías	Mujeres	Hombres
Confianza en la Pareja <i>Estar con una persona en la que se pueda confiar para compartir la responsabilidad en una relación sexual</i>	5	3
Estabilidad en la Relación de Pareja <i>Tener una relación con una persona que emocionalmente sea estable</i>	4	2
Sexo Seguro <i>Buscar otras formas de erotismo sin llegar a la penetración/tener un faje</i>	2	-
Total	11	5

Respecto al cuadro 12, la manera de prevención que los jóvenes señalaron brinda información importante para futuros diseños de programas de intervención primaria y secundaria; las y los jóvenes expresaron, en general, una ausencia de programas en educación sexual, desde los niveles básicos de educación formal y los que existen no tienen la difusión suficiente, muchos señalaron saber por lo que padres de familia y hermanos les han dicho acerca del tema, otros señalaron que su principal fuente de información fueron sus amigos.

Entre las necesidades que las y los jóvenes mencionaron fue el conocimiento del cuerpo y la importancia del tema en su vida cotidiana. También indicaron que los temas deben ser impartidos por personas capacitadas en el tema y las actividades de sensibilización que propusieron fueron: conferencias y talleres; otra propuesta importante, fue hablar de sexualidad desde la infancia con el fin de hacer cultura sexual, aspecto que señalaron ayudaría mucho a reducir riesgos que se viven desde la infancia hasta la adolescencia. Al respecto, McFarlane y McPherson (1992) señalaron que los países bajos de Europa, donde el aborto es legal, en 1975 se incorporó un programa de educación sexual en el currículo formal de educación, esto hizo que al paso del tiempo, el aborto disminuyera y los jóvenes iban con menor frecuencia a las clínicas para atenderse de alguna infección sexualmente transmisible.

En general, las propuestas de los adolescentes en relación al desarrollo, promoción y difusión de los medios y métodos de protección se han realizado en diferentes países (Calhun y Friel, 2001, Kötchick, et al, 2001; Metzeler, Noell, Biglan, Ary y Smolkowsky, 1994; Morrison, 1985; Romer, Black, Feigelmen, Kaljee, Galbarath, Nesbit, Hornick y Staton, 1994; Whitaker y Miller, 2000). Sin embargo, debido a la falta de recursos en los países en vías de desarrollo como es el caso de México y aun existiendo grandes esfuerzos por parte de las instituciones de salud e investigación así como organizaciones civiles, aún existe poca difusión en la información que sirve para prevenir, también es necesaria la evaluación de los programas ya existentes y la actualización de los mismos, esto es un desafío continuo y se debe considerar en futuros trabajos de investigación.

Cuadro 12 Formas de Prevención

¿Qué se puede hacer para que las y los jóvenes eviten tener relaciones sexuales de riesgo?

Categorías	Frecuencia Mujeres	Frecuencia Hombres
Facilitación de Autoconocimiento		
<i>Mostrar la importancia que los jóvenes deben dar a su cuerpo</i>	-	5
Talleres de Sexualidad en Sexualidad		
<i>Talleres que faciliten el conocimiento de sexualidad</i>	4	1
Personal Capacitado		
<i>Personas especialistas que impartan el tema de sexualidad</i>	4	3
Cultura Sexual		
<i>Cultura de la sexualidad desde la infancia en la que se involucren distintos sectores de la comunidad: escuelas, centros de salud, familia, escuelas, etc.</i>	4	3
Sexo Seguro y Sexo Protegido		
<i>Hablar de erotismo (sexo seguro) besos y caricias y protección en una relación sexual (sexo protegido)</i>	3	3
Detección de Casos con Necesidades Especiales		
<i>Cercanía de profesores y jóvenes con el fin de orientar los casos con necesidad o urgencia</i>	3	2
Testimonios		
<i>Presentar testimonio de personas infectadas para sensibilizar a las y los jóvenes</i>	2	3
Campañas Frecuentes en los Medios de Información		
<i>Qué se consideren diferentes campañas en los medios de información: tv, radio revistas, folletos, internet</i>	2	3
Educación Mixta y Sin Prejuicios		
<i>Promover pláticas entre hombres y mujeres y no dividir a los grupos/que la persona hable sin prejuicios de sexualidad</i>	1	-
Abstinencia		
<i>Promover la abstinencia entre los jóvenes como un medio de prevención.</i>	1	-
Total	24	23

4.5.6 Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual

A continuación se presentan los cuadros con las frecuencias del estilo de habilidades de comunicación en la interacción sexual con el fin de prevenir las prácticas sexuales de riesgo, estas respuestas se desprenden de las viñetas situacionales que se presentaron al finalizar la entrevista. Es importante señalar que los varones indicaron que la iniciativa de comunicación para tener las relaciones sexuales es por parte de ellos y esto fue confirmado por el grupo de mujeres.

El cuadro 13 presenta las categorías y las frecuencias de respuestas de las y los adolescentes ante las viñetas situacionales que pudieran implicar una práctica sexual de riesgo y qué harían frente a las mismas, las respuestas muestran diferentes habilidades de comunicación. Así ambos grupos –hombres y mujeres- coincidieron en exigir el uso del condón en una relación sexual.

Las mujeres manifestaron que es importante hablar de lo que se siente y piensa acerca de tener una relación sexual, y se relaciona con habilidades de escucha y comunicación efectiva tanto en la prevención como en el tipo de método a utilizar. Con respecto a la categoría de exigir el uso del preservativo mujeres y varones indicaron que es el método que proporciona más protección por lo que es importante rechazar cualquier situación en la que no este presente su uso. También los jóvenes, en general, señalaron que la penetración no es lo más importante, pueden existir otras formas de placer como por ejemplo las caricias, los besos, el erotismo a la pareja (el faje).

Los hombres expresaron que los métodos anticonceptivos pueden ser combinados pues la prevención es por parte de ambos, así puede ser condón y pastillas; la persuasión fue otra categoría de las habilidades de comunicación, pues debido a que la pareja puede no querer en ese momento el uso del condón se le puede decir los beneficios e importancia de su uso en ese momento y hacerla reflexionar en las posibles consecuencias si este no se utiliza.

Otras respuestas que los jóvenes dieron se relacionaron con el consumo de alcohol u otro psicotrópico, pues señalan que esto perjudica a la persona, debido a que no está conciente de qué pasa o cómo pasa, por lo tanto se pone en riesgo con personas que desconoce y con las que pueden tener relaciones sexuales. En ese sentido las y los adolescentes señalaron que bajo los efectos de dichas sustancias es muy difícil que alguien se proteja.

Respecto a lo anterior, se han presentado una serie de investigaciones relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo y la adquisición de VIH, proponiendo las habilidades de comunicación como medios de prevención y protección entre las y los adolescentes, el objetivo de esto es entrenar a las personas con el fin de prevenir VIH, alguna ITS o bien un embarazo precoz (Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter, 1997; Gold, Letaurneau y O' Donohue, 1995; Hansen, 1998; Kelly y St Lawrence, 1988; Kelly y cols, et al, 1992; Kelly y cols, 1991; Nangle y Hansen, 1993).

Cuadro 13 Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual

Categorías	Frecuencia Mujeres	Frecuencia Hombres
Exigir el Preservativo		
<i>Exigir en cada relación sexual el uso del condón</i>	10	10
Comunicación Efectiva con la Pareja		
Decir lo que piensan y sienten acerca de tener una relación sexual con la pareja	10	-
Escucha Efectiva		
Llegar a acuerdos para la relación sexual y cumplirlos con respecto a la protección o el método anticonceptivo	10	-
Rechazo a una Relación sin Protección		
Rechazar una relación sexual sin el uso del condón	8	6
Negociación de Otras Formas de Placer		
<i>Si no hay condón tener otro tipo de placer acariciarse/ fajarse/ tocarse</i>	3	4
Proponer la Responsabilidad Compartida del Cuidado		
<i>Proponer a la pareja un método anticonceptivo combinado</i>	-	4
Persuasión de la Pareja en el Uso del Preservativo		
<i>Tratar de hacer ver a la pareja que el uso del condón es importante cuando esta no desee utilizarlo como medio de prevención</i>	2	4
Rechazo a una Relación bajo los Efectos del Alcohol		
<i>Rechazar una relación bajo los efectos del alcohol o alguna droga/Decir no cuando mi novio este borracho</i>	2	3
Total	45	31

El cuadro 14 presenta las habilidades de comunicación con respecto a la presión del grupo de pares. Los adolescentes mencionaron que la persuasión en relación a tener una relación sexual, facilita decir desventajas y consecuencias que una relación sexual puede tener. La siguiente categoría fue expresar el desacuerdo frente al grupo de pares acerca de tener relaciones sexuales. La evasión al grupo fue la siguiente categoría. Finalmente señalaron que mentir a los amigos acerca del inicio de la vida sexual les favorece a que no los “desprestigien”.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior las respuestas implican la posición de los adolescentes frente al grupo de pares y se puede analizar desde el impacto que los jóvenes tienen acerca de las normas percibidas por parte de los pares como Fisher, Mosovich y Fisher (1992). Así, el grupo de referencia traza normas por medio de sanciones o acuerdos con respecto a las relaciones sexuales, que pueden ir desde cómo puede ser el debut sexual, el mejor método de prevención y que esta situación es muy común entre los adolescentes varones pues el grupo brinda identidad y tiene sus elementos de comunicación y de estructura con respecto a la conducta de los miembros (Fuller, 1997).

Cuadro 14 Habilidades de Comunicación ante la Presión de Pares

Categorías	Frecuencia Hombres N=10	Frecuencia Mujeres N=10
Persuasión del Grupo de Pares		
<i>Decirles a mis amigos las desventajas de tener relaciones sexuales y que consecuencias habrá</i>	5	2
Desacuerdo con lo que opina el Grupo de Pares		
<i>Decir a mis amigos que no estoy de acuerdo con lo que piensan sobre tener relaciones sexuales e nuestra edad</i>	2	3
Evasión del Grupo de Pares		
<i>Darles el avión/ decirles que pronto tendré para que no me molesten</i>	2	1
Mentir al Grupo de Pares		
<i>Para que no me estén diciendo les diría que ya tuve relaciones</i>	1	4
Total	10	10

En el cuadro 15 se observa que las adolescentes se protegen principalmente de un embarazo y posteriormente de una infección, y aunque el condón es importante, también lo son los anticonceptivos orales, sugeridos en su mayoría por las mujeres. Cabe destacar que, en general, el condón es el método más utilizado, ya sea sólo o como parte de los métodos anticonceptivos combinados, sin embargo, se desconoce la frecuencia de uso, esto último brindará información importante del riesgo que corren las y los jóvenes tanto de adquirir una ITS como de un embarazo no deseado. Algunas investigaciones han señalado la importancia del preservativo y la relación con las prácticas sexuales de riesgo pues a mayor frecuencia de uso menor riesgo (Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter, 1997; Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Hansen, 1998; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1989; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman, y Andrew, 1991; Kelly, 1992; Nangle y Hansen, 1993).

Cuadro 15. Métodos Anticonceptivos que utilizarían las y los Adolescentes

Método Anticonceptivo	Frecuencia Mujeres	Frecuencia Hombres
Únicamente Condón Masculino	3	7
Únicamente Condón Femenino	1	-
Métodos Combinados:		
<i>Condón masculino y Espuma</i>	2	-
<i>Condón masculino y Pastillas</i>	1	1
<i>Condón masculino e Inyecciones</i>	1	-
Pastillas Anticonceptivas	-	2
Pastillas de Emergencia	2	-
Total	10	10

4.6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El primer objetivo del presente estudio fue conocer los motivos por los que las y los jóvenes tienen relaciones sexuales, los jóvenes resaltaron tres, en primer lugar está la búsqueda de sensaciones (Crooks y Baur, 2000; Kötchick, Shaffer y Foreheand, 2001); la orientación al futuro (Morrison, 1985; Somalí, Nelly, Heckman, Hackl, Runge, Wright, 2000; Trad, 1993); el rito de transición (Gímenez, 1996; Pedrosa y Vallejo, 2000) y el uso de sustancias (La Brie, 1999; Morrison, Baker y Gillmore, 1994). Se puede observar que dichos factores se han analizado en otras investigaciones, sin embargo, se puede resaltar que pueden existir factores biológicos que favorecen el inicio de la vida sexual en los adolescentes (Miller, 2002).

El siguiente objetivo que se persiguió fue conocer qué es para los jóvenes una práctica sexual de riesgo, la respuesta sólo aludió a la falta de métodos anticonceptivos, sin embargo, la literatura reporta que las prácticas sexuales de riesgo son intercambios de fluidos vaginales o seminales y que se pueden llevar a cabo vía oral, anal o coital (Villagrán, 1993). También se consideran aquéllos contactos riesgosos que puedan involucrar sangre en el contacto sexual, la masturbación o bien antecedentes de uso de drogas inyectables y tener múltiples parejas sexuales (DiClemente, 1992).

Debido a la carga social negativa que genera el embarazo adolescente Moscoso, Rosario y Rodríguez (2001) señalan que, hay una falta de apreciación por parte de los jóvenes a adquirir alguna infección de transmisión sexual, por lo que es más importante prevenir un embarazo que una infección.

Entre las causas relacionadas con tener prácticas sexuales desprotegidas se dividieron en dos grande rubros, el primero fue general, y establece factores individuales como es la historia sexual -la presencia de múltiples parejas sexuales, la frecuencia del uso del condón por contacto sexual y los motivos por los que los individuos no utilizan el preservativo- (DiClemente y Crosby, 2003; Kelly y cols, 1992; Montero, 1997; Pedrosa y Vallejo, 2000).

El siguiente rubro presentó diferencias de acuerdo al sexo, así para las mujeres los elementos se ubican en el área socio-afectiva, como son: la inseguridad, la coerción y el amor (Díaz, 1999; Román, Carrasco, Valdez y Cubillas, 2000). Todos en relación al papel sociocultural que se atribuye al papel de la mujer en la cultura. Para los varones las causas de una práctica de riesgo se relacionan con su hacer social, esto es, que el grupo de pares en la adolescencia cobra importancia para dar inicio a la vida sexual del adolescente, las causas que más se presentaron fueron la presión de los amigos y la competencia en el grupo de pares. Ambas situaciones brindan un estatus en el inicio de la vida sexual del varón según lo reportado por Gímenez (1996).

Las consecuencias de una práctica sexual de riesgo involucran el área biológica, en la que se presenta el contagio de una infección, la edad de embarazo de una joven y los riesgos que por esto se puedan generar; en la psicoemocional la culpa después de tener una relación sexual, y en la social las consecuencias de tener un embarazo como es el cambio de los planes futuros. Estos factores se han estudiado ampliamente (CELADE, 2000; Ibáñez, 1998), pues los alcances, que tienen tanto los embarazos como las infecciones de transmisión sexual, presentan consecuencias a nivel individual y social que se ven reflejados en su mayoría dentro de poblaciones vulnerables como serían los jóvenes en México.

Entre las formas de prevención se presentaron dos rubros: el individual y el social. En el individual las y los jóvenes expresaron situaciones que sólo dependían de la persona que pudiera tener un contacto sexual de riesgo, como es: la información o los conocimientos suficientes sobre sexualidad y métodos de protección, tener un proyecto o meta a futuro, mantener un control de impulsos. Entre las sociales se presentaron el papel que tienen las instituciones de educación en relación a los contenidos de los programas en donde involucren la sexualidad como otra materia, el apoyo de los medios masivos de información. De acuerdo con estas propuestas han existido programas preventivos exitosos (Brunswick y Banaszak-Holl, 1996; Hays y Peterson, 1994; Jemmott, Jemmott y Fong, 1998), que trabajaron elementos individuales y sociales pues lograron disminuir el riesgo entre los jóvenes que han iniciado su vida sexual, en algunos retrasar el debut sexual y en otros que inicien su vida sexual de manera protegida.

El último objetivo que se persiguió en este trabajo fue conocer las habilidades de comunicación de las y los adolescentes a partir de la presentación de viñetas situacionales, los resultados se aprecian en dos conjuntos el primero se relaciona con la relación de pares. En este caso los jóvenes mencionaron que una manera de prevenir el riesgo es evadir al grupo o mentir acerca de su vida sexual, sin embargo, estos elementos sólo favorecen a cumplir las normas del grupo y dejan ver la importancia que el grupo tienen dentro del contexto de la vida sexual de los jóvenes.

El segundo se relacionó con las habilidades de comunicación en la pareja, entre las que destacaron: exigir el uso del preservativo, hablar de la relación sexual y proponer el sexo seguro como un medio de prevención (caricias y besos). Aunque se aprecien estas habilidades expresadas por los adolescentes no implica que en verdad lo lleven a cabo en su cotidianidad, pues se necesitan conocer qué factores se involucran para que los jóvenes tengan presentes dichas habilidades de comunicación.

En conclusión, es importante destacar e identificar aquellas categorías que han sido mencionadas de manera continua, tanto en causas, consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, como las diferencias por sexo y habilidades de comunicación, con el fin de identificar variables para el diseño de un modelo predictor de prácticas sexuales de riesgo, es necesario realizar un segundo estudio exploratorio.



V
SEGUNDO
ESTUDIO
EXPLORATORIO

5 ESTUDIO EXPLORATORIO II

Este segundo estudio tuvo por finalidad identificar las variables asociadas tanto a lo que las y los jóvenes deben hacer para prevenir el riesgo en una práctica sexual, como los elementos que pueden favorecer a una práctica sexual sin protección.

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar qué variables asocian las y los adolescentes a la protección y al riesgo en un encuentro sexual.

5.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar factores por los que no se protegen las y los adolescentes en una relación sexual.
- Identificar los elementos que las y los adolescentes necesitan para que los jóvenes utilicen el condón en una práctica sexual.
- Identificar las acciones que las y los jóvenes pueden seguir para evitar un embarazo no deseado ó una infección de transmisión sexual.

5.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

❖ **Prácticas Sexuales de Riesgo** (ver definición en la página 64, punto 4.2.2).

5.3 MÉTODO

5.3.1 SUJETOS

Participaron 26 hombres y 26 mujeres que se seleccionaron de manera intencional, todos estudiantes de nivel medio superior cursando del 2º al 6º semestre, las y los jóvenes pertenecían a ambos turnos matutino y vespertino; el rango de edad fue entre 16 y 19 años, con una media de 17 años.

5.3.2 INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario con cuatro preguntas abiertas (ver anexo C), se diseñó con el fin de que las y los adolescentes puntualizaran las variables asociadas al riesgo en un encuentro sexual, al uso del condón en una relación sexual, a la prevención de un embarazo y de una infección de transmisión sexual; el cuestionario se basó en los siguientes puntos:

- Causas por las que no se protegen los adolescentes en una relación sexual.
- Uso del condón en una relación sexual.
- Prevención de un embarazo.
- Prevención del VIH u otra infección de transmisión sexual.

5.3.3 PROCEDIMIENTO

Se les pidió a los sujetos participar de manera voluntaria, por medio de una justificación breve, explicando cual sería su participación (ver punto 4.3.3). Se les entregó el cuestionario de manera individual a aquellos (as) jóvenes que se encontraban en receso y al preguntarles accedieron a participar de manera voluntaria. La aplicación se realizó dentro de las instalaciones del colegio con alumnos de ambos turnos: matutino y vespertino.

5.4 RESULTADOS

Los siguientes cuadros presentan las categorías que permitieron identificar las variables que formaron parte del modelo predictivo que se propuso para el estudio final. De acuerdo a lo expresado por los jóvenes la organización de la información se presenta en áreas con el fin de tener diferentes rubros que puedan ser parte del modelo.

Cuadro 1 Categorías Individuales Asociadas a las Prácticas Sexuales de Riesgo

Categorías de las Variables	Hombres N=26	Mujeres N=26	Total 52
Falta de Conocimientos			
<i>Falta de información en el uso de métodos anticonceptivos/ No saber los nombres de las pastillas de emergencia/falta de conocimiento acerca de las consecuencias de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes del SIDA/ Ignorancia/ Desconocer consecuencias de una relación sexual/</i>	16	19	35
Creencias Relacionadas al Riesgo en una Relación Sexual			
<i>El momento no te deja pensar/ Por la calentura no haces nada/ No planeas una relación sexual/ Por querer formar una familia/ Por ansias/ por ímpetu sexual</i>	14	16	30
Creencias Relacionadas al Uso del Condón			
<i>Flojera de comprar un condón/ No se siente los mismo con condón/ No es de buena calidad el condón/ Da vergüenza adquirir un condón y te pueden regañar si lo pides/</i>	25	22	47
Orientación al Futuro			
<i>No pensar en las consecuencias en tu vida/ No pensar en la salud/ No tener conciencia de que es lo que se quiere/ Son personas irresponsables/ No se preocupan por un futuro</i>	10	13	23
Total de Frecuencia de Respuesta	65	70	135

En el cuadro 1 se observan las categorías del área individual, al respecto las y los adolescentes señalaron que una de las causas más importantes de las prácticas sexuales de riesgo es, la falta de conocimientos, e indicaron que debido a esto ignoran una serie de métodos que pueden utilizar para prevenir el riesgo en una relación o práctica sexual (Katz, Fromme y D' Amico, 2000; Langer y Tumban, 1997; Stern y Medina, 1999; Wislar y Fendrich, 2000; Yates y Colman, 1991).

La siguiente categoría se vinculó con las creencias que las y los jóvenes tienen respecto a lo que los lleva a tener una práctica sexual sin protección, puntualizaron distintas situaciones como el momento de la relación sexual y la búsqueda de sensaciones, ambas se mencionaron en el estudio anterior (Conway, Bourque y Scott, 1996; Díaz, 1999; Millar, Forehand y Kotchick, 2000; Stern y Medina, 1999).

Otra categoría fueron el tipo de creencias desfavorables al uso del preservativo en una práctica sexual, que se corrobora en relación al estudio anterior. Este factor se ha encontrado en algunas investigaciones como parte importante de la conducta sexual de riesgo de los jóvenes (Jemott III, Jemott y Fong, 1992; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stenvenson, Brasfield, Kalichman, Smith y Andrew, 1991; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993).

Por último, se menciona la orientación a futuro, pues al tener una meta presente los jóvenes piensan más en cuidarse si tienen una relación sexual, que cuando no hay metas claras de su futuro. Algunos autores (Morrison, 1985; Trad, 1993) señalan que mientras mayor es la importancia académica en los adolescentes, la vida sexual se retrasa o bien está más protegida que quienes no tienen dichos intereses.

Cuadro 2 Variables Sociales Asociadas a las Prácticas Sexuales de Riesgo.

Categorías de las Variables	Mujeres N=26	Hombres N=26	Total 52
Presión de Pares			
<i>Porque los amigos te dicen o te insisten/tus amigos te retan para tener relaciones sexuales/los amigos se burlan cuando no has tenido relaciones sexuales</i>	16	18	34
Sentimiento de Exclusión			
<i>Que no te tomen en cuenta en tu casa/que no tengas en quién confiar/ no hay quién te escuche/ que los padres no les den atención y cariño a sus hijos</i>	19	21	40
Total de Frecuencia en las Variables	25	39	74

El cuadro 2 presenta categorías organizadas para el área social. La primera es la presión de pares para tener una vida sexual activa y fue la categoría que más se mencionó. Las y los jóvenes reportan que los amigos coercionan al adolescente para que tenga relaciones sexuales, causa por la que muchos jóvenes no se protegen. Algunos estudios señalan que la presión de los pares es un referente importante en la vida sexual de algunos adolescentes sobretodo en los casos de los jóvenes que presentan conducta de riesgo (DiClemente, 1990; Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Laub, Somera, Gowen y Díaz, 1999).

La última categoría que se aprecia en el cuadro 2 es sentimiento de exclusión, que se relacionó con las expresiones de no ser tomado en cuenta en casa, sentirse sin confianza o apoyo en el hogar, al respecto la literatura reporta que la falta de comunicación en casa lleva a los adolescentes a tener relaciones sexuales sin protección y el afecto que necesitan lo buscan en la pareja a través de las relaciones sexuales (Calhoun y Friel, 2001; Croocks y Baur, 2000; Montero, 1997).

Cuadro 3 Prevención de Embarazos y de Infecciones de Transmisión Sexual

Variable	Mujeres N=26	Hombres N=26	Total 52
Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual			
<i>Hablar con la pareja acerca de los métodos de protección/Decirle a mi pareja si estoy o no de acuerdo en tener relaciones sexuales/Hablar de lo que se siente antes de tener una relación sexual/ Compartir la responsabilidad con mi pareja para la protección de ambos/ Usar condón y rechazar cualquier relación sin protección</i>	26	26	52

En el cuadro 3 se observan las habilidades de comunicación en la interacción sexual, las cuales se mencionaron por todo el grupo de jóvenes entrevistados, se presentaron como un medio de prevención de embarazos, VIH y otras ITS's. Las y los adolescentes puntualizaron que es necesario comunicar a la pareja los sentimientos en relación a tener contacto sexual, plantear la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos, compartir la responsabilidad de la protección, usar condón en cada práctica sexual y rechazar cualquier relación sexual sin uso del preservativo.

Lo anterior fue señalado por las y los adolescentes del estudio anterior y ha sido evaluado tanto en investigaciones como en diferentes programas de prevención primaria y secundaria del VIH, ITS's y embarazo (Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Durham y Hofsetter, 1997; Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Gold, Latourneau y O' Donohue, 1995; Hansen, 1998; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1989; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stenvenson, Brasfield, Kalichman, Smith y Andrew, 1991; Kelly, 1992; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993).

5.5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En general, se observa que la información se presentó en tres áreas importantes, las cuales se han propuesto en diferentes investigaciones con el fin de contextualizar las variables en dominios en donde los adolescentes interactúan (Bronfenbrenner, 1992; Crockett, Rafelly y Molilanen, 2003; Hovell y Hillmen, 1994; Kimmer y Weiner, 1995). A partir de la organización y corroboración de la información de los dos estudios exploratorios, la organización de las categorías que constituyeron las variables del modelo, se establecieron tomando como base el análisis del discurso de los jóvenes (Krippendorff, 1990; Ruiz, 1996; Pomeratz y Fehr, 2000).

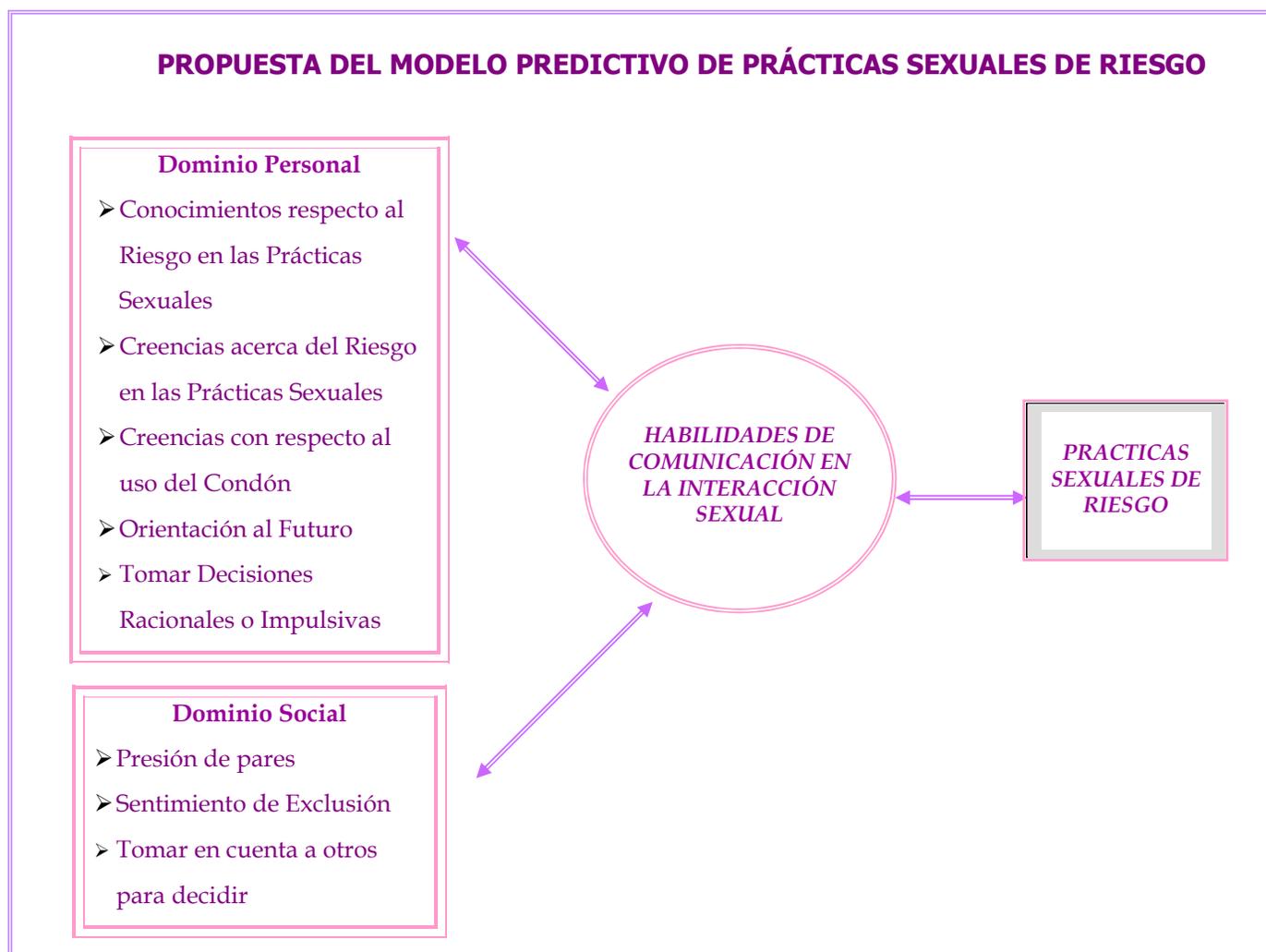
Debido tanto al análisis de los jóvenes como al de la literatura, los dominios que se proponen como parte del modelo predictivo de prácticas sexuales de riesgo quedan conformados por las siguientes variables: conocimientos del riesgo prácticas sexuales (Fishbein y Ajzen, 1973, 1980, 1982; Langer y Werheit, 1992; Rosentock, Strecher y Becher, 1994; Shinke y Gordon, 1990), creencias que favorecen el riesgo al tener prácticas sexuales (Brunswick y Banaszak-Holl, 1996; Fishbein y Ajzen; 1973, 1980, 1982; Langer y Werheit, 1992; Pillai, 1999; Rosentock, Strecher y Becher, 1994) creencias desfavorables hacia el uso del preservativo en una práctica sexual (Alfaro, 1995; Basen-Engquist, 1992; Basen Enquist, Coyle, Kirby, Carvajal y Baumier, 2001; Hovell y Hillman; 1994) y orientación al futuro (Hulton 2001; Morrison, 1985; Pick, Andrade y Díaz, 1988; Robbins y Bryan, 2004; Trad, 1993; Tolbert, 2001).

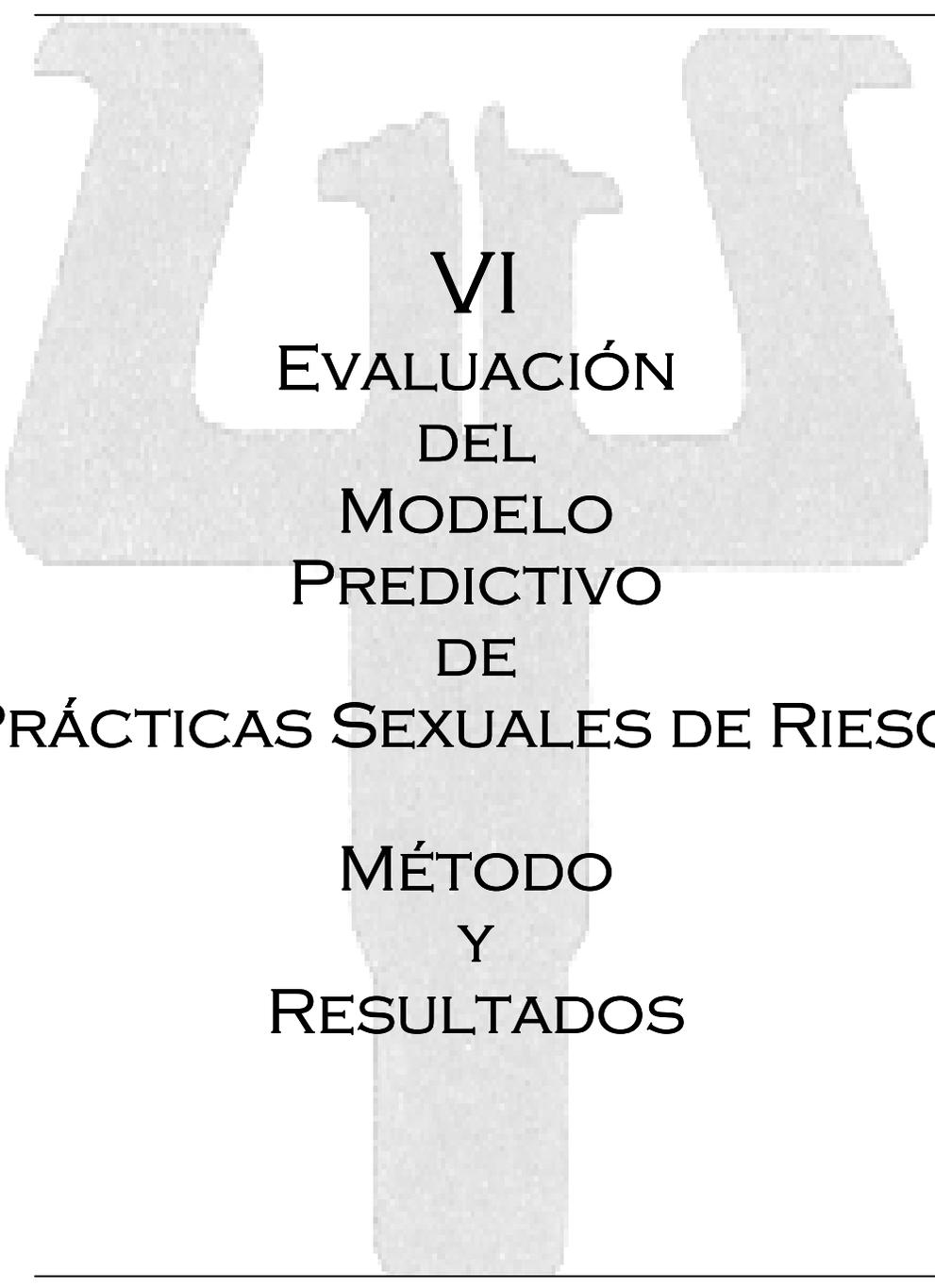
El dominio social se constituyó por: presión de pares para tener vida sexual activa (Alfaro, 1995; Basen-Engquist, 1992; Díaz y Alfaro, 1999; DiClemente, 1990; Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Laub, Somera, Gowen y Díaz, 1999) y sentimiento de exclusión. En esta última variable no hay evidencia empírica que como tal la mencione, sin embargo, se incluye porque los jóvenes de ambos estudios la reportaron. Cabe aclarar que algunos trabajos se ha manejado la soledad (Montero, 1997), o bien la falta de comunicación de padres e hijos (Werner-Wilson, 1998) pero no se presenta la percepción que los jóvenes dieron en relación a no formar parte o no sentirse incluidos en el grupo familiar.

Las habilidades de comunicación en la interacción sexual forman el último dominio y en el modelo se establecen como una variable mediadora entre los dominios individual y social y las prácticas sexuales de riesgo. Esto se propuso analizando los diferentes trabajos de investigación (Bandura, 1986, 1991, 1994; Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Durham y Hofsetter, 1997; Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Gold, Latourneau y O' Donohue, 1995; Hansen, 1998; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1989; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stenvenson, Brasfield, Kalichman, Smith y Andrew, 1991; Kelly, 1992; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993; Langer y Werheit, 1992; Quina, Harlow, Morokoff, Bukholder y Deter, 2000; Shinke y Gordon,1990), debido a que, dependen tanto de elementos sociales como individuales.

El modelo de Langer y Werheit (1992) presenta elementos tanto individuales como sociales que interactúan de tal manera que dan por respuesta una toma de decisiones acertada en relación a la protección sexual de los jóvenes, sin embargo, los autores señalan que la toma de decisiones tiene un enfoque cognoscitivo, vinculando esto con lo dicho por los jóvenes en relación a las habilidades de comunicación y a los trabajos de investigación de Gold, Letourneau y O'Donohue (1995), la toma de decisiones subyace a las habilidades de comunicación en la interacción sexual. Por lo tanto, en el modelo se incluyen dos variables en ambos dominios. En el dominio individual la toma de decisiones racional o deliberada y en el social tomar en cuenta a otros para decidir. Se puede concluir que después de corroborar las variables y tener los dominios asignados para el análisis de las prácticas sexuales de riesgo se presenta la figura del modelo hipotético con el fin de ser probado en un último estudio (ver figura 1).

Figura 1 Modelo Hipotético





VI
EVALUACIÓN
DEL
MODELO
PREDICTIVO
DE
PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

MÉTODO
Y
RESULTADOS

6. ESTUDIO 3

EVALUACIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE PRÁCTICAS SEXUALES EN ADOLESCENTES

6.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Influyen las habilidades de comunicación en la interacción sexual en las prácticas sexuales de riesgo?
- ¿Influyen los dominios: individual (conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, creencias desfavorables al uso del condón en una práctica sexual, orientación al futuro, toma de decisiones racional o impulsiva) y social (personal la presión de pares, sentimiento de exclusión y tomar en cuenta a otros para decidir) en las habilidades de comunicación en la interacción sexual?

6.2 HIPÓTESIS

- Los dominios individual y social influyen en las habilidades de comunicación en la interacción sexual, y éstas a su vez, en las prácticas sexuales de riesgo de las y los adolescentes.

6.3 OBJETIVOS

6.3.1 OBJETIVO GENERAL

- **Determinar si las habilidades de comunicación influyen en las prácticas sexuales de riesgo de las y los adolescentes, con base en los dominios individual (conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, creencias desfavorables al uso del condón, orientación a futuro y toma de decisiones racional o impulsiva) y social (presión de pares, sentimiento de exclusión y tomar en cuenta a otros para decidir).**

6.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la correlación entre los dominios individual, social, las habilidades de comunicación en la interacción sexual y las prácticas sexuales de las y los adolescentes.
- Determinar la relación entre las habilidades de comunicación en la interacción sexual y la incidencia en las prácticas sexuales de riesgo de las y los adolescentes.

6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- **Conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales.** Esta variable se refiere a la información con la que los adolescentes cuentan acerca tanto de la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA, como de las causas y consecuencias del embarazo adolescentes (Morrison, 1985).
- **Creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales.** Son las concepciones negativas de las y los adolescentes que favorecen el riesgo de contraer ITS's, VIH y experimentar un embarazo (Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Tolvert, 2001).
- **Creencias desfavorables al uso del condón en una práctica sexual.** Esta variable se ha definido como la concepción negativa que existe acerca del uso del condón en una relación sexual, (Kelly, St Lawrence, Díaz, Stenvenson, Brasfield, Kalichman, Smith y Andrew, 1991; Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993; Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Gold, Latourneau y O' Donohue, 1995; Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Durham y Hofsetter, 1997; Hansen, 1998; Tolvert, 2001).
- **Orientación a futuro.** Esta variable identifica la importancia que el adolescente le da a su futuro (Morrison, 1985; Díaz, Pick y Andrade, 1985; Kötchick y cols, 2001).
- **Toma de decisiones racional o impulsiva.** De acuerdo al modelo de Langer y Werheith (1992) este término se relaciona con el procesamiento de información que tienen las personas con respecto a sus conductas saludables, por lo que se involucra el conocimiento y las creencias.

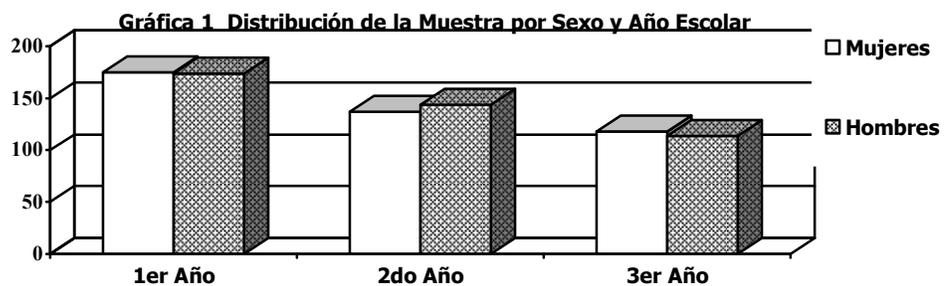
- **Presión de pares para tener relaciones sexuales.** Esta se identifica como aquella situación en la que las y los jóvenes se sienten coercionados por el grupo de amigos para iniciar su vida sexual (Di Clemente, 1990; Laub, Somera, Gowen y Díaz, 1999; Jemott III, Jemott y Fong, 1998).
- **Sentimiento de exclusión.** Variable que se identificó como la percepción de las y los adolescentes de sentirse excluidos por su familia (Calhoun y Friel, 2001; montero, 1997; Cocks y Baur, 2000).
- **Tomar en cuenta a otros para decidir.** Esta variable está identificada en el modelo de Langer y Werheith (1992) como parte de las salidas (outputs) en el procesamiento de información con relación a las prácticas sexuales y el riesgo que toman las y los adolescentes. Y se refiere a tomar decisiones de acuerdo a lo que otros piensan o pueden pensar al realizar determinada acción.
- **Prácticas sexuales de riesgo** (ver definición conceptual en la página 64, punto 4.2.2).
- **Indicador de conducta sexual de riesgo.** *La Conducta Sexual de Riesgo* se evaluó preguntando la frecuencia del uso del condón en el sexo vía oral, anal y vaginal; la frecuencia se midió de 1 a 4 (de nunca a siempre). La suma de las tres prácticas sexuales formaron el indicador de conducta sexual de riesgo que va de 1 a 12. Donde 1 es el menor riesgo, que se refiere a aquéllos jóvenes quienes reportaron sólo una práctica sexual, utilizando siempre el condón; 12 es el riesgo más alto que se refiere a tener las tres prácticas sexuales sin protección.
- **Habilidades de comunicación en la interacción sexual** (ver definición conceptual en la página 64, punto 4.2.2).

6.5 MÉTODO

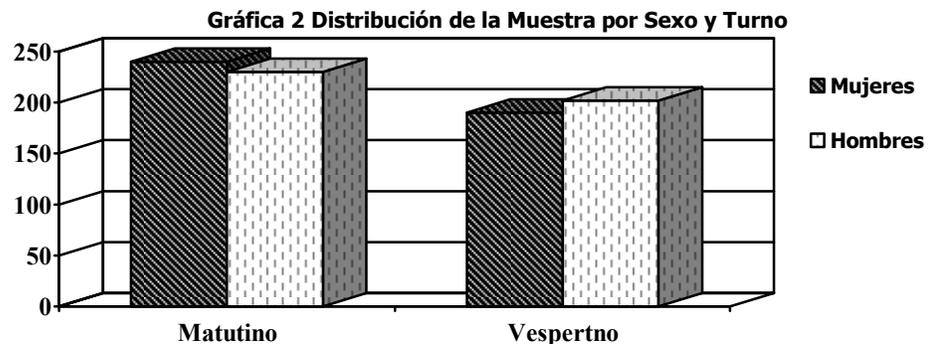
6.5.1 SUJETOS

El tipo de muestreo para el presente trabajo fue por cuotas en el que se seleccionó un estrato representativo de cada grupo de edad y año escolar. La muestra quedó conformado de la siguiente manera: para el primer año participaron 349 adolescentes; en el segundo la muestra fue de 281 jóvenes y para el 3^{er} año colaboraron 232 personas.

Participaron de manera voluntaria 430 mujeres y 432 hombres de 14 a 24 años de edad, estudiantes de un bachillerato público del turno matutino y vespertino. A continuación se presentan algunas características de la muestra.



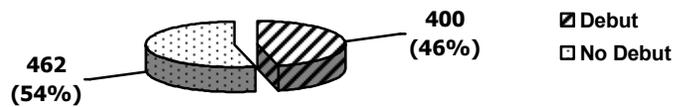
En la gráfica 1 se puede observar que, para el primer año y el último la población de mujeres es ligeramente mayor en relación con la de los hombres.



La gráfica 2 presenta la distribución de la muestra por sexo, se puede observar que

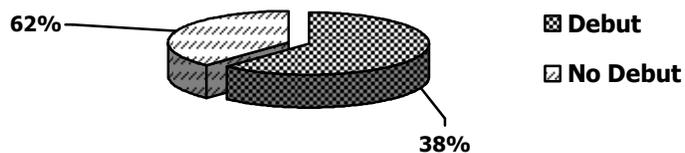
en el caso de las mujeres la población es mayor para el turno matutino y en el vespertino es mayor la población de varones.

Gráfica 3. Distribución de la Muestra por Debut Sexual



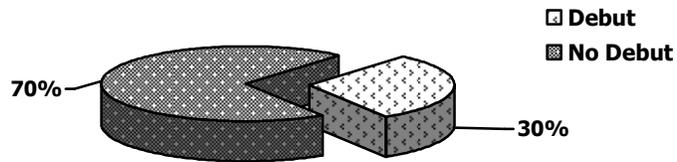
Se puede apreciar en la gráfica 3 la distribución de la muestra por debut sexual. Un poco menos de la mitad de las y los jóvenes entrevistados reportó haber tenido relaciones sexuales, al menos, alguna vez en su vida (ver apéndice 1).

Gráfica 4. Distribución de la Muestra de Hombres por Debut y No Debut Sexual



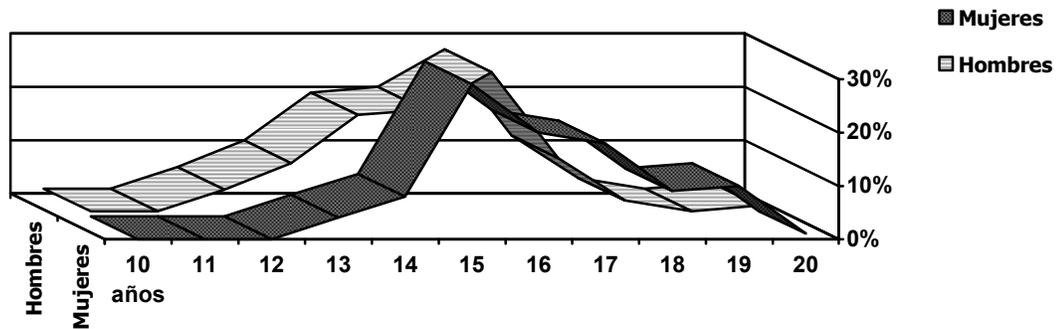
De acuerdo con la gráfica 4, la muestra de hombres con debut sexual es mayor que la de hombres sin debut sexual.

Gráfica 5 Distribución de la Muestra de mujeres por Debut Sexual



En la gráfica 5 se aprecia la distribución de mujeres por debut sexual y se observa que es una tercera parte la que ha tenido debut sexual.

Gráfica 6. Distribución de la Muestra por Sexo y Edad del Debut Sexual



Como se puede observar en la gráfica 6, la edad del debut sexual de las mujeres fluctuó entre los 15 y 16 años, para los hombres, se encuentra entre los 14 y 16 años. Para conocer otras características de la población ver el apéndice 1 de este trabajo.

6.5.2 PROCEDIMIENTO

El cuestionario fue autoaplicable, se solicitó permiso a las autoridades escolares para llevar a cabo la recopilación de datos en los salones de clase. Se les explicó a los estudiantes el objetivo general de la investigación y se les aseguró el anonimato de sus respuestas.

6.6 RESULTADOS

6.6.1 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS

El dominio individual se conformó por cinco escalas: conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias del riesgo en relación a las prácticas sexuales, creencias desfavorables al uso del condón, orientación al futuro y toma de decisiones racional o deliberada.

La escala de conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales quedó conformada por 10 reactivos de calificación: correcto-incorrecto. A mayor calificación más conocimientos del riesgo. El promedio general de calificación de los adolescentes fue 3.80, lo que significa que sus conocimientos están por debajo de la media teórica.

En el caso de la escala de creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, se presentaron 9 afirmaciones que refieren a lo que el adolescente concibe acerca de lo que pudiera llevarlo a tener riesgo en un contacto sexual, de las cuales sólo cuatro se tomaron en cuenta porque mostraron variabilidad (ver apéndice 1). Para esta escala la calificación fue de acuerdo al número de creencias. La media de la escala fue 1.95, y se observa que está por debajo de la media teórica.

El indicador de permisividad a tener vida sexual activa se presentó dentro de la escala de creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales, siendo las últimas tres afirmaciones y se evaluó si la madre, el padre y el hijo, estaban de acuerdo en que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales. La calificación del indicador fue 0 si ninguno de los tres estaba de acuerdo en que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales; 1 si alguno de los tres estaba de acuerdo; 2, cuando de los tres, dos aceptaban que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales y tres si todos estaban de acuerdo en que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales. El porcentaje de jóvenes que tuvieron calificación cero fue 55.1%; con calificación uno 18%; con calificación dos 12.5% y con calificación 3 el 14.4%. La media del indicador fue de 0.86, lo cual significa que la permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa, en general, se encuentra por debajo de la media teórica.

La escala de creencias desfavorables al uso del condón se evaluó con siete reactivos que midieron el número de creencias, el total indicó que a mayor número más desfavorable era la creencia al uso del condón. El promedio fue de 2.20, lo cual significa que está por debajo de la media teórica.

La escala de orientación al futuro se conformó por siete ítems, de los cuales sólo cinco se tomaron en cuenta para el análisis de los resultados, debido a que dos de éstos no presentaron correlación ítem-total ($p > .30$). El análisis factorial presentó un solo factor para esta escala. La $\alpha = .62$, lo que significa que está por arriba de la media teórica (tabla 1).

Tabla 1 Análisis Factorial de la Escala Orientación al Futuro

Reactivos	Pesos
2) Prefiero hacer otras cosas que seguir estudiando	.460
3) Para mi es prioritario seguir estudiando	.606
5) Mi futuro es importante, por eso asumo las consecuencias de mis actos	.692
6) Tengo metas claras de lo que quiero hacer con mi futuro	.709
7) Pienso que si ahora hago las cosas pensando en mi salud, mi futuro será el que yo quiera	.670
$\alpha = .62$	

La escala de toma de decisiones racional o impulsiva se constituyó de seis reactivos. Sólo cinco se analizaron en los resultados debido a la baja correlación ítem-total del reactivo cuatro; a mayor puntaje la toma de decisión es más racional. El análisis factorial presentó un solo factor (tabla 2). La media general de la escala fue de 15.80, lo que indica que está por arriba del promedio teórico.

Tabla 2 Análisis factorial de la Escala de Toma de Decisiones Racional o Impulsiva

Reactivos	Pesos
1) Evaluó alternativas antes de una decisión final	.618
2) Pienso en lo que podría sentir a futuro después de una decisión final	.745
3) Pienso en distintas opciones cuando tomo una decisión	.681
5) Comparo lo positivo y lo negativo entre una y otra decisión	.739
6) Tomo decisiones pensando en las consecuencias que tendría mi salud	.669
$\alpha = .72$	

El dominio social se conformó por tres escalas presión de pares para tener relaciones sexuales, sentimiento de exclusión y tomar en cuenta a otros para decidir. La escala presión de pares se conformó por 5 reactivos. El análisis factorial presentó un solo factor en la escala (ver tabla 3). Presentó una $\bar{x} = 7.3$, esto es, el promedio general está por debajo de la media teórica.

Tabla 3 Análisis Factorial de la Escala de Presión de Pares

Reactivos	Pesos
1) Mis amigos (as) saben que hacer en una relación sexual y me aconsejan acerca de ello	.406
2) La mayoría de mis amigos (as) me han sugerido que tenga relaciones sexuales	.764
3) Si tuviera relaciones sexuales sería porque mis amigos (as) me insisten	.533
4) Mis amigos (as) opinan que usando condón no hay el mismo placer en una relación sexual	.625
5) Mis amigos respetan mi vida sexual	.653
$\alpha = .56$	

La escala sentimiento de exclusión se constituyó de cinco reactivos. El análisis factorial confirmó que la escala se constituía por un solo factor (tabla 4). La media fue de 8.03, que es baja en relación a la media teórica.

Tabla 4 Análisis Factorial de Sentimiento de Exclusión

Reactivos	Pesos
1) Siento que no le importo a nadie	.796
2) Siento que en casa no ponen atención a lo que hago	.828
3) Siento que mi pareja se acerca a mi para obtener algún beneficio	.535
4) Siento apoyo en casa y en todo lo que hago	.641
5) Siento que nadie escucha lo que digo	.795
$\alpha = .77$	

La escala tomar en cuenta a otros para decidir se formó por cuatro afirmaciones que evaluaron presencia-ausencia, a mayor puntaje significó mayor presencia de la opinión de otros para tomar decisiones propias. La $\bar{x} = 2.53$, por lo que está por arriba de la media teórica.

La escala de habilidades de comunicación en la interacción sexual se evaluó con 10 reactivos y tres opciones de respuesta, que iban de mayores a menores habilidades en cada segmento de respuesta. El análisis factorial presentó dos factores para la escala (tabla 5).

Se decidió eliminar un reactivo del segundo factor debido a su baja correlación ítem-total. El factor uno tuvo una $\alpha=16.2$, que está por arriba de la media teórica. Para el factor dos la $\alpha=10.52$ que está por debajo de la media teórica. La agrupación de los factores se relaciona con los escenarios presentados a los jóvenes, para el primero se involucran situaciones de riesgo en contextos sociales y en el segundo, las situaciones se vinculan con una conducta sexual de riesgo con la pareja sexual regular.

Reactivos	F1 ▶	F2 ■
Tabla 5 Análisis Factorial de la Escala de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual		
1) Alejandro quiere mucho a su pareja quién le ha pedido "la prueba de amor".	-.069	.715
2) En una fiesta Susana conoce a una persona que le gusta mucho, después de un rato empiezan a besarse y empieza a existir más intimidad.	.736	.219
3) Marco y su pareja ya tienen relaciones sexuales desde hace algunos meses. Ese día empiezan la relación pero no hay condón.	.310	.509
4) Las amigas de Zulema ya han tenido relaciones sexuales y le han insistido en que las tenga.	.340	.513
*5) Ángel podría tener sexo oral con su pareja	.138	.582
6) Araceli le sugirió a su pareja que utilicen el condón para iniciar su vida sexual, sin embargo su pareja se ofendió cuando ella le dijo eso.	.306	.568
7) Enrique tiene relaciones sexuales con su pareja desde hace algún tiempo, sin embargo su pareja le empieza a decir que piensa que no les es fiel, y si le quiere que lo demuestre dejando de utilizar el condón la próxima vez que tengan relaciones sexuales.	.356	.434
8) Rosa se siente más simpática después de tomar algunas cervezas, se acerca una persona atractiva y comienzan a besarse, después de un rato hay más intensidad en los besos y las caricias. La persona le propone que vayan a otro lugar y tengan relaciones sexuales.	.786	.177
9) La pareja de Mario ha estado tomando (alcohol) y le pide que tengan relaciones.	.733	.216
10) Margarita ha tenido una serie de problemas en su casa. Estando a solas, su pareja le dice que tener relaciones es una manera de olvidar sus problemas.	.734	.145
	$\alpha=.80$	$\alpha=.70$

▶ **F1** Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ **F2** Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular
*Reactivo eliminado

6.6.2 DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

En la tabla 6, se aprecian las diferencias entre los grupos con debut y sin debut sexual por escala. Los jóvenes con debut sexual presentan puntuaciones significativamente más altas en las escalas de permisividad a tener vida asexual activa, presión de pares para tener relaciones sexuales, creencias desfavorables al uso del condón, y sentimiento de exclusión.

Los jóvenes que no han debutado sexualmente presentan puntuaciones significativamente más altas en orientación al futuro, toma de decisiones racional o impulsiva y habilidades de comunicación en la interacción sexual, en ambos factores. Las escalas que no presentan diferencias significativas son: conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, creencias que favorecen el riesgo y tomar en cuenta a otros para decidir.

Tabla 6 Diferencias en las Escalas por grupos de Debut y no Debut Sexual

Factor	Media Total	Media		Desviación Estándar		T	P	Rango de respuesta
		C/D	S/D	C/D	S/D			
Conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales	3.80	3.80	3.71	1.22	1.21	-1.12	.26	0-10
Creencias que favorecen el riesgo	1.95	1.94	1.96	.92	.88	.26	.79	0-4
Permisividad a tener vida sexual activa	.86	1.31	.47	1.20	.88	-11.66	.00***	0-3
Creencias desfavorables al uso del condón	2.20	2.35	2.14	1.70	1.24	-2.13	.03**	0-7
Orientación al futuro	17.6	17.28	17.83	2.60	2.24	3.27	.00***	7-28
Toma de decisión racional o impulsiva	15.80	15.45	16.04	3.27	2.96	2.77	.00***	6-24
Presión de Pares para tener relaciones sexuales	7.33	8.10	6.70	2.65	1.90	-8.97	.00***	5-20
Sentimiento de Exclusión	8.03	8.30	7.80	2.92	2.77	-2.57	.01**	5-20
Tomar en cuenta a otros para decidir	2.53	2.48	2.60	2.95	1.40	.72	.47	0-4
Habilidades de comunicación en la interacción sexual	24.06	22.64	25.29	3.92	2.70	12.20	.00***	10-27
Habilidades de comunicación F1	10.51	9.67	11.23	2.07	1.45	12.56	.00***	
Habilidades de comunicación F2	13.55	12.96	14.05	2.43	1.71	8.86	.00***	

***p<.001 **p<.01 *p<.05 †

F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

Uso del Preservativo

En la tabla 7, se observa la distribución de la muestra con debut por tipo de práctica sexual y frecuencia del uso del preservativo. Se puede observar que en el sexo oral, la mayoría de los jóvenes que reportó tener la práctica nunca utiliza el preservativo para protegerse, y un porcentaje mínimo reportó utilizar siempre el preservativo, por lo tanto el uso del condón en el sexo oral es poco frecuente entre jóvenes.

Para el sexo anal se puede observar que más del 60% reportó no tener esta práctica sexual y los que la han tenido presentan inconsistencia en el uso del preservativo. En cuanto al sexo vaginal pocos fueron los jóvenes que reportaron no tener esta práctica sexual, se puede apreciar que es mayor la frecuencia del uso del condón en esta práctica sexual, a diferencia de las otras.

Tabla 7 Frecuencia del Uso del Preservativo por Práctica Sexual

Frecuencia de Uso de Condón	Sexo Oral		Sexo Anal		Sexo Vaginal	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nunca han tenido esa Práctica	152	38	257	64.3	9	2.3
Siempre	9	2.3	17	4.1	173	43.3
Casi Siempre	7	1.8	16	4.0	66	16.4
Casi Nunca	19	4.8	43	10.8	44	11
Nunca	213	53	67	16.8	108	27
Total	400	100	400	100	400	100

Conducta Sexual de Riesgo

La tabla 8 presenta la frecuencia de la conducta sexual de riesgo, la que se formó como variable continua y se obtuvo a partir de la suma de las prácticas sexuales de riesgo de los jóvenes con debut sexual, siendo calificación uno para los jóvenes que siempre utilizan el preservativo y 4 para los jóvenes que dijeron nunca utilizarlo. El promedio de la conducta sexual de riesgo fue de 5.62 lo que significa que está por debajo de la media teórica.

Tabla 8 Frecuencia del Riesgo para Conducta Sexual

Conducta Sexual de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
1	50	12.5
2	25	6.3
3	18	4.5
4	52	13
5	68	17
6	32	8
7	35	8.8
8	59	14.8
9	24	6
10	8	2
11	8	2
12	21	5.3
Total	400	100

Correlaciones

La tabla 9 presenta las correlaciones entre las escalas de toda la muestra. Las correlaciones que se obtuvieron, en general, fueron de bajas a moderadas. Se puede apreciar que los factores de la variable de habilidades de comunicación en la interacción sexual presentan el mayor número de correlaciones, a diferencia de las otras escalas. Por lo que los jóvenes con más habilidades de comunicación en la interacción sexual presentan una toma de decisión más racional, más orientación al futuro, menos creencias desfavorables al uso del condón, menor presión de pares y menor sentimiento de exclusión.

Tabla 9 Relación entre Variables con la Muestra Total

	Creencias	Permisividad	Creec. Condón	Toma Decisión	Orienta Futuro	Presión Pares	Sentimiento Exclusión	Otros Decidir	F1HC	F2HC
Conocimiento	.064	.026	.003	.074*	.024	.069*	-.073*	-.094**	-.026	-.006
Creencias		.052	.049	.006	-.002	.152*	.083*	.073*	-.075*	-.031
Permisividad			.073*	-.099**	-.143**	.272**	.013	.002	-.405**	-.265**
Creec. Condón				-.051	.019	.084*	.058	-.023	-.071*	-.085*
Toma Decisión					.425**	-.064	-.205**	-.014	.195**	.144**
Orienta Futuro						-.107**	-.178**	.020	.191**	.146**
Presión Pares							.101**	.052	-.373**	-.256**
Sentimiento Exclusión								.044	-.088**	-.077
Otros Decidir									-.012	.055
F1HC										.552**

***p<.001 **p<.01 *p<.05

La tabla 10 presenta las correlaciones entre las escalas de los jóvenes con debut sexual. Se puede observar que en general hay correlaciones moderadas. Los factores de la variable de habilidades de comunicación en la interacción sexual presentan el mayor número de correlaciones y las más significativas.

La práctica sexual de riesgo oral presenta una correlación moderada positiva con permisividad y negativa con habilidades de comunicación en la interacción sexual. La práctica sexual de riesgo anal presenta correlación positiva baja con la escala de presión de pares, y negativas moderadas con habilidades de comunicación en la interacción sexual, orientación al futuro y toma de decisión racional o deliberada. La conducta sexual de riesgo vaginal presenta correlación moderada con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

La conducta sexual de riesgo presentó correlaciones moderadas positivas con las escalas de permisividad y presión de pares; las correlaciones negativas moderadas fueron con habilidades de comunicación en la interacción sexual, orientación a futuro y toma de decisiones racional o impulsiva. En general, de lo anterior se puede concluir que, los jóvenes con prácticas sexuales de riesgo presentan más permisividad, mayor presión de pares, menos toma de decisión racional, hay menor orientación al futuro y tienen menos habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Tabla 10 Relación entre Variables con la Muestra con Debut Sexual

	Anal	vaginal	Conducta Riesgo	Conoc	Creec	Permisi	Creec Condón	Toma Decisión	Orienta Futuro	Presión Pares	Sentimiento Exclusión	Otros Decidir	*HCF1	*HCF2
Oral	114*	.024	.705**	.068	.050	.196**	.050	-.058	-.059	.095	.056	.004	-.139**	-.243**
Anal		.068	.640**	.005	.034	.082	-.036	-.111*	-.147**	.120 *	.003	.015	-.321**	-.263**
Vaginal				-.001	-.083	-.028	-.022	-.054	-.053	.013	.015	-.077	-.151**	-.231**
Conducta Riesgo				.045	.014	.156**	.003	-.119**	-.139**	.130**	.044	-.023	-.326**	-.395**
Conoc					.040	.095	.067	.171**	.018	.041	-.142**	-.155**	-.015	.007
Creenc						.101*	.078	.023	-.045	.158**	.103*	.036	-.110*	-.022
Permisi							-.012	-.049	-.082	.169**	-.031	-.002	-.293**	-.177**
Creec.								-.104*	.023	.082	.072	-.032	-.039	-.097
Condón														
Toma Decisión									.412**	.035	-.188**	.017	.255**	.206**
Orientación Futuro										-.036	-.118**	-.016	.140**	.133**
Presión Pares											.054	.066	-.299**	-.142**
Sentimient o												.056	-.124*	-.125*
Exclusión Otros													.025	-.012
Decidir														
HCF1														.514**

***Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual Factor 1 y Factor 2**

La tabla 11 presenta las correlaciones de las escalas en el grupo de jóvenes que reportó no tener relaciones sexuales. Creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales presentó una correlación positiva moderada con las escalas tomar en cuenta a otros para decidir y presión de pares. Permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa presentó correlación positiva moderada con las escalas de presión de pares a tener relaciones sexuales y creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales.

La escala de toma de decisiones presenta la correlación más alta con la de orientación al futuro, también se observa una correlación negativa moderada, de dicha escala, con sentimiento de exclusión. Orientación al futuro presenta correlación positiva con habilidades de comunicación en la interacción sexual y negativa con sentimiento de exclusión y presión de pares. La escala de presión de pares para tener relaciones sexuales presenta una correlación positiva moderada con la escala de sentimiento de exclusión y negativa con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

De lo anterior podemos observar que en general, los jóvenes que no han tenido debut sexual presentan más habilidades de comunicación en la interacción sexual, tienen una toma de decisión más racional y mayor orientación al futuro, menos creencias favorables al uso del condón, menor permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa y una menor presión de pares para tener relaciones sexuales.

Tabla 11 Relación de las Variables con la muestra sin Debut Sexual

	Creencias	Permisividad	Creec. Condón	Toma Decisión	Orienta Futuro	Presión Pares	Sentimiento Exclusión	Otros Decidir	F1HC	F2HC
Conocimiento	.087	-.086	-.079	-.011	.039	.086	-.017	.006	-.007	-.003
Creencias		-.030	.005	.006	.054	.144**	.059	.163**	-.013	-.028
Permisividad			.146**	-.096*	-.149**	.200**	-.012	.047	-.310**	-.169**
Creec. Condón				.034	-.056	.036	.028	.003	-.056	-.014
Toma Decisión					.427**	-.042	-.209**	-.029	.063	.011
Orienta Futuro						-.136**	-.224**	.038	.192**	.101*
Presión Pares							.111**	.055	.274**	-.257**
Sentimiento Exclusión								.037	.026	.036
Otros Decidir									.019	.075
F1HC										.460**

***p<.001 **p<.01*p<.05

Regresión

La tabla 12 presenta el modelo de regresión lineal de la muestra total en dominio individual para cada factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual. Se puede observar que los valores beta de las variables se presentan más altos en el factor 1 en comparación con el factor 2. La varianza explicada para el factor 1 fue del 19% y del factor 2 tuvo del 9%. El modelo de regresión se realizó por método enter con el fin de conocer el valor predictivo de cada una de las variables propuestas para el dominio individual.

Tabla 12 Nivel de predicción del Dominio Individual para las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual Muestra Total

▸ F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ▣ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

Modelo	Factor 1 ▸			Factor 2 ▣		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variables						
Conocimientos	-.037	.049	-.024	-.013	.058	-.007
Creencias	-.123	.072	-.053	-.040	.086	-.015
Permisividad	-.652	.054	-.375	-.470	.065	-.241
Creencias al Uso del Condón	-.043	.040	-.033	-.089	.048	-.061
Orientación al Futuro	.068	.027	.086	.066	.032	.074
Toma de Decisiones Racional o Impulsiva	.076	.021	.122	.060	.025	.084

En la tabla 13 se pueden apreciar los valores de las variables del dominio social para los factores de habilidades de comunicación en la interacción sexual. La varianza explicada para el primer factor fue del 14%, mientras que para el segundo factor fue 7%.

El nivel de predicción tanto del dominio individual como del social fue mayor para el factor 1 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, recordando que dicho factor presenta escenarios sociales que favorecen las prácticas sexuales de riesgo entre los jóvenes.

Tabla 13 Nivel de predicción del Dominio Social para las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual Muestra Total.

▸ F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ▣ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

Modelo	Factor 1 ▸			Factor 2 ▣		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variables						
Presión de pares	-.299	.026	-.369	-.231	.030	-.254
Sentimiento de Exclusión	-.035	.022	-.052	-.042	.025	-.055
Tomar en cuenta a otros para decidir	.008	.027	.010	.068	.032	.070

La tabla 14 presenta el nivel de predicción del dominio individual en relación al factor 1 de

las habilidades de comunicación en la interacción sexual, se pueden observar las diferencias entre los grupos con debut y sin debut sexual. La varianza explicada para el primer factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual del grupo con debut sexual fue del 14% y del grupo que no ha debutado sexualmente el 11%.

Tabla 14 Nivel de Predicción de Dominio Individual para el Factor 1 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por grupos con Debut y sin Debut Sexual

Modelo	Debut Sexual			Sin Debut Sexual		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Conocimientos	-.045	.081	-.027	-.045	.053	-.037
Creencias	-.201	.109	-.086	-.052	.084	-.028
Permisividad	-.470	.083	-.268	-.487	.075	-.292
Creencias al Uso del Condón	-.011	.058	-.009	-.006	.052	-.005
Orientación al Futuro	.013	.041	.016	.109	.024	-.037
Toma de Decisiones Racional o Impulsiva	.153	.033	.241	-.108	.032	.168

► **F1** Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales

La tabla 15 presenta el nivel de predicción del dominio individual para el factor 2 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, las diferencias, en los grupos con debut y sin debut sexual, se observan en los valores beta de cada variable. El grupo con debut sexual presentó mayor varianza explicada y fue del 7%, en comparación con el grupo que no ha tenido debut sexual y que su varianza explicada fue del 3%.

Tabla 15 Nivel de Predicción de Dominio Individual para el Factor 2 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual diferencias por grupos con Debut y sin Debut Sexual

Modelo	Debut Sexual			Sin Debut Sexual		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Conocimientos	-.004	.099	-.002	-.015	.065	-.010
Creencias	.001	.133	.000	-.085	.103	-.038
Permisividad	-.339	.100	-.166	-.319	.092	-.163
Creencias al Uso del Condón	-.118	.070	-.083	.023	.064	.017
Orientación al Futuro	.049	.050	.052	.077	.039	.101
Toma de Decisiones Racional o Impulsiva	.125	.041	.168	-.028	.029	-.049

■ **F2** Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

En la tabla 16 se aprecia el nivel de predicción de cada variable del dominio social para el

primer factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual. El dominio social en el grupo con debut sexual tuvo una varianza explicada del 10 %, mientras que en el grupo sin debut sexual fue del 8%.

Tabla 16 Nivel de Predicción Del Dominio Social para el Factor 1 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por grupos con Debut y sin Debut Sexual.

Modelo	Debut Sexual			Sin Debut Sexual		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Presión de pares	-.229	.037	-.292	-.217	.035	-.282
Sentimiento de Exclusión	-.077	.034	-.108	.029	.024	.056
Tomar en Cuenta a Otros para Decidir	-.011	.034	-.015	.034	.047	.033

► **F1** Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales

La tabla 17 presenta el nivel predictivo del dominio social para el segundo factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual. El grupo con debut sexual presentó en el dominio social una varianza explicada del 3% en relación al factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, en el grupo que no ha tenido debut sexual la varianza explicada fue del 8%.

En términos generales el dominio social explica más para el grupo de debut sexual en el factor 1 que en el factor dos. Por lo que se observa una relación importante entre el dominio social y los escenarios presentados para el factor 1 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Tabla 17 Nivel de Predicción Del Dominio Social para el Factor 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por grupos con Debut y sin Debut Sexual.

Modelo	Debut Sexual			Sin Debut Sexual		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Presión de pares	-.127	.037	-.139	-.242	.041	-.269
Sentimiento de Exclusión	-.100	.041	-.120	.039	.028	.063
Tomar en Cuenta a Otros para Decidir	.047	.041	.057	.106	.055	.087

► **F2** Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

A continuación se presenta el nivel predictivo que se obtuvo a partir de una regresión lineal, en la que los factores de habilidades de comunicación en la interacción sexual fueron variables independientes, en conjunto, obtuvieron la varianza explicada de cada práctica y de la conducta sexual de riesgo.

La tabla 18 presenta el nivel predictivo de los factores de las habilidades de comunicación en la interacción sexual para la práctica sexual de riesgo oral, la varianza explicada del modelo fue del 5%.

Tabla 18 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual en relación a la Práctica Sexual de Riesgo Oral

Modelo	B	SE B	β
Factor 1	-.025	.052	-.027
Factor 2	-.250	.055	-.214

► F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

La tabla 19 presenta el valor predictivo de los factores de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, la varianza explicada de los factores en relación a la práctica sexual de riesgo anal fue del 11%.

Tabla 19 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual en relación a la Práctica Sexual de Riesgo Anal

Modelo	B	SE B	β
Factor 1	-.204	.043	-.262
Factor 2	-.092	.045	-.113

► F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

En la tabla 20 se pueden apreciar los valores de los factores de las habilidades de comunicación en la interacción sexual en relación al riesgo en el coito. La varianza explicada fue del 6% para esta práctica.

Tabla 20 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual en relación a la Práctica Sexual de Riesgo Vaginal

Modelo	B	SE B	β
Factor 1	-.018	.036	-.028
Factor 2	-.154	.037	-.235

► F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

La tabla 21 presenta el nivel de predictivo de los factores de las habilidades de comunicación en la interacción sexual en relación a la conducta sexual de riesgo, es importante señalar que esta conducta fue una variable continua en la que se presentó el riesgo total de las tres prácticas sexuales: oral, anal y vaginal. La varianza explicada para la conducta sexual de riesgo fue del 17%.

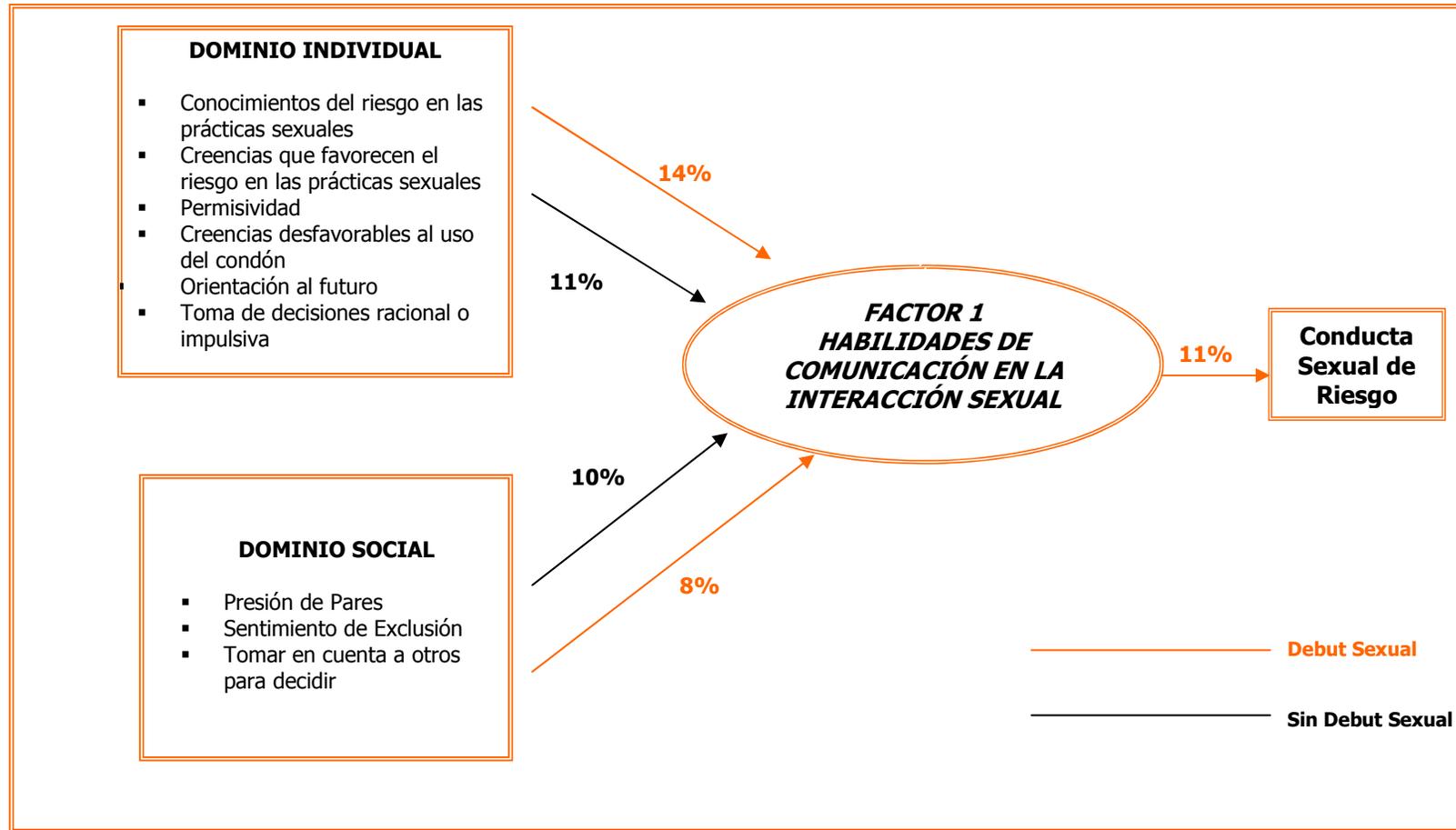
Tabla 21 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual en relación a la Conducta Sexual de Riesgo

Modelo	B	SE B	β
Factor 1	-.242	.077	-.167
Factor 2	-.383	.066	-.309

► F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

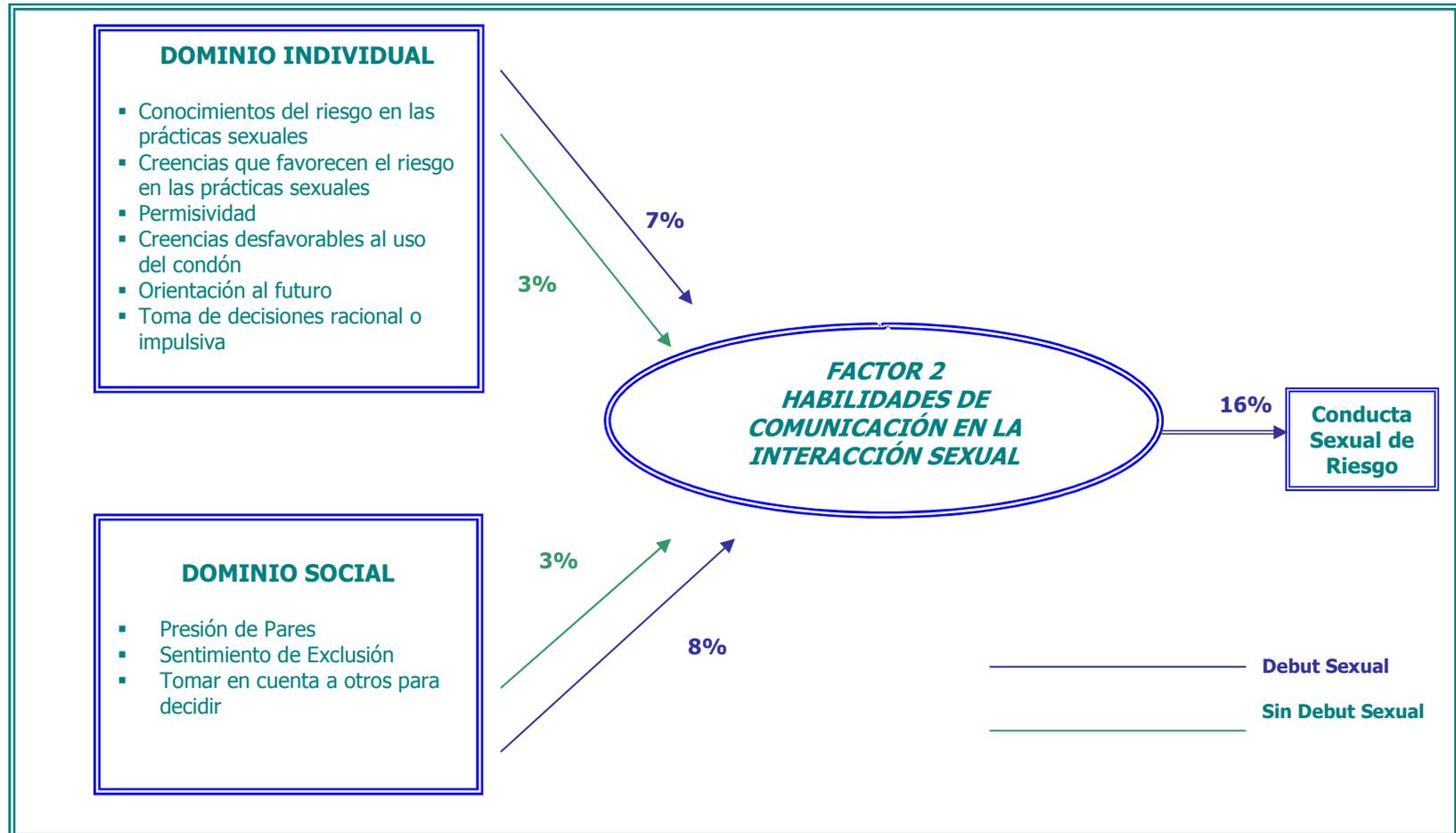
Enseguida se presentan las figuras 2 (factor 1 de habilidades de comunicación en la interacción sexual) y 3 (factor 2), en ambas se observan los modelos y las diferencias entre los grupos con debut y sin debut sexual; se aprecian también, las diferencias predictivas de la conducta sexual de riesgo por cada factor de habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Figura 2. Comparación entre los Grupos Con Debut Sexual y Sin Debut Sexual en relación al Modelo Hipotético y el Factor 1 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual



F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales

Figura 3. Comparación entre los Grupos Con Debut Sexual y Sin Debut Sexual en relación al Modelo Hipotético y el Factor 2 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual



F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

6.6.3 DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES Y HOMBRES CON DEBUT SEXUAL

En la tabla 22, se aprecian las diferencias entre mujeres y hombres con debut sexual por escala. Las mujeres presentan calificaciones significativas en las escalas toma de decisiones racional o deliberada, sentimiento de exclusión y habilidades de comunicación en la interacción sexual, en ambos factores. Los hombres presentan diferencias en las escalas de conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales, permisividad, presión de pares, práctica sexual de riesgo anal y presión de pares.

Tabla 22 Diferencias entre Mujeres y Hombres con Debut Sexual por Escala

Factor	Media Total	Media		Desviación Estándar		t	P	Rango de respuesta
		M	H	M	H			
Conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales	3.80	3.64	3.88	1.12	1.26	-2.02	.04*	0-10
Creencias que favorecen el riesgo	1.94	1.87	1.98	.92	.91	-1.15	.25	0-4
Permisividad a tener vida sexual activa	1.31	.74	1.58	.90	1.21	-6.96	.00***	0-3
Creencias desfavorables al uso del condón	2.35	2.31	2.38	2.02	1.53	.38	.07	0-7
Orientación al futuro	17.28	17.57	17.15	2.58	2.58	1.54	.12	7-28
Toma de decisión racional o impulsiva	15.45	15.91	15.24	3.14	3.31	1.96	.05*	6-24
Presión de Pares para tener relaciones sexuales	8.10	7.43	8.41	2.01	2.85	-3.53	.00***	5-20
Sentimiento de Exclusión	8.30	9.06	7.94	3.33	2.64	3.63	.00***	5-20
Tomar en cuenta a otros para decidir	2.48	2.36	2.53	2.16	3.50	-.71	.48	0-4
Habilidades de comunicación en la interacción sexual	22.64	24.14	21.93	3.54	3.87	5.95	.00***	10-27
Habilidades de comunicación F1	9.67	10.92	9.08	1.67	2.00	9.62	.00***	
Habilidades de comunicación F2	12.96	13.21	12.84	2.28	2.48	1.95	.05*	
Práctica Sexual de Riesgo Oral	2.30	2.22	2.38	1.96	1.87	-.82	.41	1-4
Práctica Sexual de Riesgo Anal	1.11	.60	1.36	1.33	1.67	-4.46	.00***	
Práctica Sexual de Riesgo Vaginal	2.17	2.27	2.13	1.22	1.33	1.08	.28	
Conducta Sexual de Riesgo	5.62	5.09	5.88	2.88	3.03	-2.47	.01**	1-12

***p<.001 **p<.01 *p<.05

▸ F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ▣ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

Diferencias por sexo en el uso del condón

En la tabla 23 se aprecia la distribución de mujeres y hombres por tipo de práctica sexual y frecuencia del uso del condón. Recordemos que las mujeres que reportaron tener debut sexual fueron 129, mientras que los hombres con debut sexual su n= 271.

Se observa que el porcentaje que nunca utiliza el preservativo de hombres y mujeres para el sexo oral es muy similar, y ambos grupos presentan inconsistencia en su uso para esta práctica, sin embargo hay un porcentaje mínimo de varones que reportó utilizar siempre el preservativo, a diferencia de las mujeres que no reportaron uso continuo.

En el sexo anal, las mujeres presentan menor porcentaje, en comparación con lo hombres, en haber experimentado esta práctica sexual. En lo que a uso del condón se refiere ambos grupos presentan inconsistencia en su uso. En el uso del condón para el coito es mayor el porcentaje de hombres que reporta haber utilizado siempre el preservativo a diferencia del grupo de mujeres, sin embargo, es más alto el porcentaje de varones en comparación con las mujeres que reportó nunca usar el preservativo en dicha práctica sexual.

Tabla 23 Frecuencia del Uso del Condón por Práctica Sexual Diferencias por Sexo

Frecuencia de uso de Condón De Mujeres y Hombres	Sexo Oral				Sexo Anal				Sexo Vaginal			
	M		H		M		H		M		H	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca han tenido esa Práctica	55	43	97	36	105	81	152	56	1	1	8	3
Siempre	0	0	7	3	2	2	15	5	48	37	125	46
Casi Siempre	2	2	7	3	1	1	15	5	26	20	40	15
Casi Nunca	4	3	15	4	10	8	33	12	23	18	21	8
Nunca	68	52	145	53	11	8	56	22	31	24	77	28

Conducta Sexual de Riesgo

La tabla 24, presenta la frecuencia de la variable continua de conducta sexual de riesgo, y se observa la diferencia entre mujeres y hombres. Las mujeres presentan $\bar{x}=5.09$ que está por debajo de la media teórica. Los hombres presentan una $\bar{x}=5.88$ que está por arriba de la media general del grupo de debut sexual, también es mayor con relación al promedio de las mujeres que han debutado sexualmente.

Tabla 24 Frecuencia de la Conducta Sexual de Riesgo diferencias por Sexo

Conducta Sexual de Riesgo	Frecuencia		Porcentaje	
	M	H	M	H
1	21	29	16.3	10.7
2	12	13	9.3	4.8
3	5	13	3.9	4.8
4	15	37	11.6	13.7
5	20	48	15.5	17.7
6	11	21	8.5	7.7
7	17	18	13.2	6.6
8	16	43	12.4	15.9
9	5	19	3.9	7
10	2	6	1.6	2.2
11	1	7	0.8	2.6
12	4	17	3.1	6.3

Correlaciones

La tabla 25 presenta las correlaciones de las escalas para el grupo de mujeres con debut sexual. Se puede observar que van de bajas a moderadas. La práctica sexual de riesgo oral presenta dos correlaciones, una positiva baja con conocimientos del riesgo en las prácticas sexuales y otra, moderada negativa con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

La práctica sexual de riesgo anal presenta dos correlaciones, una negativa baja con toma de decisiones y otra negativa moderada con orientación al futuro. La práctica sexual de riesgo vaginal presenta correlaciones negativas, la primera que se observa es baja con toma de decisión racional o deliberada, y las siguientes son moderadas, con orientación al futuro y habilidades de comunicación en la interacción sexual.

La conducta sexual de riesgo tiene correlaciones negativas, la baja se aprecia con toma de decisión racional o deliberada y las moderadas con orientación al futuro y habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Las habilidades de comunicación presentan la correlación más alta, que fue positiva, con toma de decisión racional o deliberada, también se observa correlación con orientación al futuro. Las correlaciones negativas se presentaron con sentimiento de exclusión y presión de pares a tener relaciones sexuales.

En términos generales, las mujeres que han debutado sexualmente presentan menos habilidades de comunicación en la interacción sexual, menor orientación al futuro, una toma de decisión más deliberada y mayor sentimiento de exclusión.

Tabla 25

Relación entre Variables con la Muestra de Mujeres con Debut Sexual

	Anal	vaginal	Conducta Riesgo	Conoc	Creec	Permisi	Creec Condón	Toma Decisión	Orienta Futuro	Presión Pares	Sentimiento Exclusión	Otros Decidir	*HCF1	*HCF2
Oral	.084	.090	.757**	.181*	-.006	.062	-.072	-.051	-.059	-.006	-.068	-.073	-.125	-.289**
Anal		.111	.564**	.005	-.075	-.079	-.015	-.197*	-.349**	-.127	.030	.110	-.168	-.135
Vaginal				-.001	-.114	.049	-.031	-.198*	-.236**	-.092	.092	-.104	-.250**	-.228**
Conducta Riesgo				.045	-.087	.027	-.069	-.209*	-.300**	-.101	.007	-.043	-.268**	-.354**
Conoc					.112	.146	.050	.103	.008	-.010	-.113	-.035	.030	.072
Creenc						.081	.144	.131	.058	.123	.056	.104	-.143	-.111
Permisi							.099	.071	.067	.279**	-.005	.008	-.178*	-.159
Creec. Condón								-.186*	-.121	-.023	.087	.048	.005	.002
Toma Decisión									.377**	-.170	-.233**	-.107	.400**	.408**
Orienta Futuro										.038	-.070	-.036	.225*	.246*
Presión Pares											.043	.231**	-.299**	-.159
Sentimiento Exclusión												.168	-.345**	-.226*
Otros Decidir													.066	.030
HCF1														.592**

*Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual Factor 1 y Factor 2

La tabla 26 presenta las correlaciones de las variables de los varones que reportaron tener debut sexual. Se puede observar que la práctica sexual de riesgo oral tiene relación positiva baja con creencias desfavorables al uso del condón, presión de pares y sentimiento de exclusión; una correlación positiva moderada con permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa, y una negativa moderada con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

La práctica sexual de riesgo anal presenta correlación positiva baja con presión de pares y moderada negativa con habilidades de comunicación en la interacción sexual. La práctica sexual de riesgo vaginal presenta una sola relación moderada negativa con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Conducta sexual de riesgo tiene correlaciones positivas moderadas con presión de pares y permisividad, la correlación más alta de la tabla la presenta dicha variable con habilidades de comunicación en la interacción sexual.

Habilidades de comunicación en la interacción sexual presenta una correlación positiva moderada con toma de decisiones racional o impulsiva. Las siguientes relaciones son negativas la primera es baja con creencias desfavorables al uso del condón y sentimiento de exclusión; las moderadas son con presión de pares, permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa y sentimiento de exclusión.

En general podemos observar que los varones que han tenido debut sexual presentan menos habilidades de comunicación, mayor permisividad, más creencias desfavorables al uso del condón, mayor sentimiento de exclusión y más presión de pares a tener relaciones sexuales. Por lo tanto, se observa una mayor conducta sexual de riesgo.

Tabla 26

Relación entre Variables con la Muestra de Hombres con Debut Sexual

	Anal	vaginal	Conducta Riesgo	Conoc	Creec	Permissi	Creec Condón	Toma Decisión	Orienta Futuro	Presión Pares	Sentimiento Exclusión	Otros Decidir	*HCF1	*HCF2
Oral	.118	-.003	.683**	.013	.033	.244**	.129*	-.055	-.055	.124*	.148*	.016	-.139*	-.218**
Anal		.072	.661**	.014	.011	.036	-.056	-.056	-.055	.141*	.052	-.002	-.289**	-.290**
Vaginal				.013	-.063	-.031	-.016	-.003	.020	.058	-.042	-.077	-.168**	-.242**
Conducta Riesgo				.021	-.001	.157**	.042	-.067	-.055	.181**	.102	-.025	-.321**	-.402**
Conoc					.009	.042	.076	.214**	.034	.035	-.137*	-.186**	.027	-.006
Creenc						.029	.072	.035	-.011	.130*	.213**	.036	-.058	.029
Permissi							-.075	-.049	-.106	.080	.048	-.014	-.183**	-.155*
Creec. Condón								-.055	.116	.131*	.070	-.054	.056	-.154*
Toma Decisión									.421**	.029	-.199**	.005	.176**	.113
Orienta Futuro										-.040	-.174**	.018	.078	.075
Presión Pares											.112	.045	-.241**	-.120*
Sentimiento Exclusión												.050	-.165	-.103
Otros Decidir													.049	.042
HCF1														.500**

***Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual Factor 1 y Factor 2**

Regresión

La tabla 27 presenta las variables del dominio individual (variables independientes) para conocer su nivel de predicción frente al factor 1 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual (variable dependiente) de mujeres y hombres con debut sexual, la varianza explicada del dominio individual, en el caso de las mujeres, para las habilidades de comunicación fue del 20%, mientras que para los hombres fue del 5%. Lo que señala que las variables individuales tuvieron mayor nivel de predictivo en el factor uno de las habilidades de comunicación en la interacción sexual en el grupo de mujeres, en comparación, con el de hombres.

Tabla 27 Nivel de Predicción de Dominio Individual para el Factor 1 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por Mujeres y Hombres con Debut Sexual

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variables						
Conocimientos	.032	.121	.021	.006	.097	.004
Creencias	-.210	.156	-.111	-.123	.133	-.055
Permisividad	-.379	.153	-.204	-.293	.099	-.179
Creencias al Uso del Condón	.099	.068	.119	-.072	.079	-.055
Orientación al Futuro	.216	.047	.403	.101	.041	.169
Toma de Decisiones Racional o Impulsiva	.058	.056	.090	-.005	.051	.007

■ F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales

La tabla 28 presenta las diferencias entre mujeres y hombres con debut sexual en relación a la predicción del factor 2 de habilidades de comunicación en la interacción sexual por parte del dominio individual. Se observa que la predicción, para las mujeres, del dominio individual en el segundo factor fue del 20%, similar al de la tabla anterior. Los hombres presentaron una varianza explicada del 4%, un poco menos que con el factor anterior.

Tabla 28 Nivel de Predicción de Dominio Individual para el Factor 2 de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por Mujeres y Hombres con Debut Sexual

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variables						
Conocimientos	.122	.164	.060	-.008	.121	-.004
Creencias	-.209	.211	-.081	.121	.166	.044
Permisividad	-.497	.208	-.197	-.329	.123	-.161
Creencias al Uso del Condón	.128	.092	.113	-.276	.099	-.170
Orientación al Futuro	.287	.063	.395	.056	.051	.075
Toma de Decisiones Racional o Impulsiva	.102	.076	.115	.045	.064	.047

■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

En la tabla 29 se aprecian las diferencias por sexo y el nivel predictivo de cada variable en dominio social, para el primer factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual. El dominio social en el grupo de mujeres tuvo una varianza explicada del 13%, mientras que en el grupo de hombres fue del 5%.

Tabla 29 Nivel de Predicción Del Dominio Social para el Factor 1 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por Mujeres y Hombres con Debut Sexual.

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Presión de pares	-.333	.153	-.179	-.290	.098	-.176
Sentimiento de Exclusión	-.171	.042	-.339	-.118	.045	-.156
Tomar en Cuenta a Otros para Decidir	-.063	.121	-.043	-.011	.034	-.019

■ F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales

La tabla 30 presenta el nivel predictivo del dominio social para el segundo factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual. El grupo de mujeres con debut sexual presentó en el dominio social una varianza explicada del 6% en relación al factor de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, en el grupo de hombres la varianza explicada fue del 3%.

En términos generales, el factor 1 está más explicado por el dominio individual que por el dominio social. Para el factor 2, ambos dominios presentan menos varianza explicada, en comparación con el factor anterior. Sin embargo, sigue siendo mayor el nivel predictivo tanto para el factor uno, como para el grupo de mujeres en ambos dominios.

Tabla 30 Nivel de Predicción Del Dominio Social para el Factor 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual por Mujeres y Hombres con Debut Sexual.

Modelo	Debut Sexual			Sin Debut Sexual		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Presión de pares	-.403	.217	-.160	-.307	.123	-.150
Sentimiento de Exclusión	-.153	.060	-.224	-.093	.057	-.099
Tomar en Cuenta a Otros para Decidir	-.038	.171	-.019	.046	.043	.064

■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

La tabla 31 presenta el nivel de predicción de los factores 1 y 2 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual de mujeres y hombres para la práctica sexual de riesgo tipo oral. La varianza explicada de los factores fue para las mujeres del 6% y para los hombres el 5%. Se aprecia que el nivel predictivo en ambos sexos es bajo.

Tabla 31 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual para la Práctica Sexual de Riesgo Oral en Mujeres y Hombres

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variable						
Factor 1	-.128	.077	-.177	-.037	.065	-.039
Factor 2	-.066	.057	-.123	-.150	.052	-.199

F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

La tabla 32 presenta el nivel de predicción de los factores de habilidades de comunicación en la interacción sexual y las diferencias entre mujeres y hombres en la práctica sexual de riesgo anal. Las mujeres en este caso presentaron una varianza explicada del 2% y los varones 11%. Se puede observar que en esta práctica el nivel de predicción es más alto en los hombres que en las mujeres, recordemos que la frecuencia en esta práctica se reportó más por los varones.

Tabla 32 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual para la Práctica Sexual de Riesgo Anal en Mujeres y Hombres

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variable						
Factor 1	-.108	.086	-.136	-.163	.056	-.193
Factor 2	-.031	.063	-.054	-.131	.045	-.193

F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

En la tabla 33 se aprecia el nivel predictivo de las habilidades de comunicación en la interacción sexual en relación al coito. En este caso la predicción de las habilidades en el riesgo de la práctica vaginal fue un poco más alta en las mujeres, que presentan una varianza explicada del 7% y en los hombres fue del 6%.

Tabla 33 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la interacción sexual para la Práctica Sexual de Riesgo Vaginal en Mujeres y Hombres

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variable						
Factor 1	-.108	.086	-.136	-.163	.056	-.193
Factor 2	-.031	.063	-.054	-.131	.045	-.193

F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

La tabla 34 presenta como variable dependiente la conducta sexual de riesgo, esto dio el nivel de predicción del riesgo en la conducta sexual en las mujeres el 12% y en los hombres el 18%. Recordemos que los varones presentaron mayor frecuencia en la conducta sexual de riesgo que las mujeres, por lo que a menores habilidades de comunicación en la interacción sexual mayor conducta sexual de riesgo.

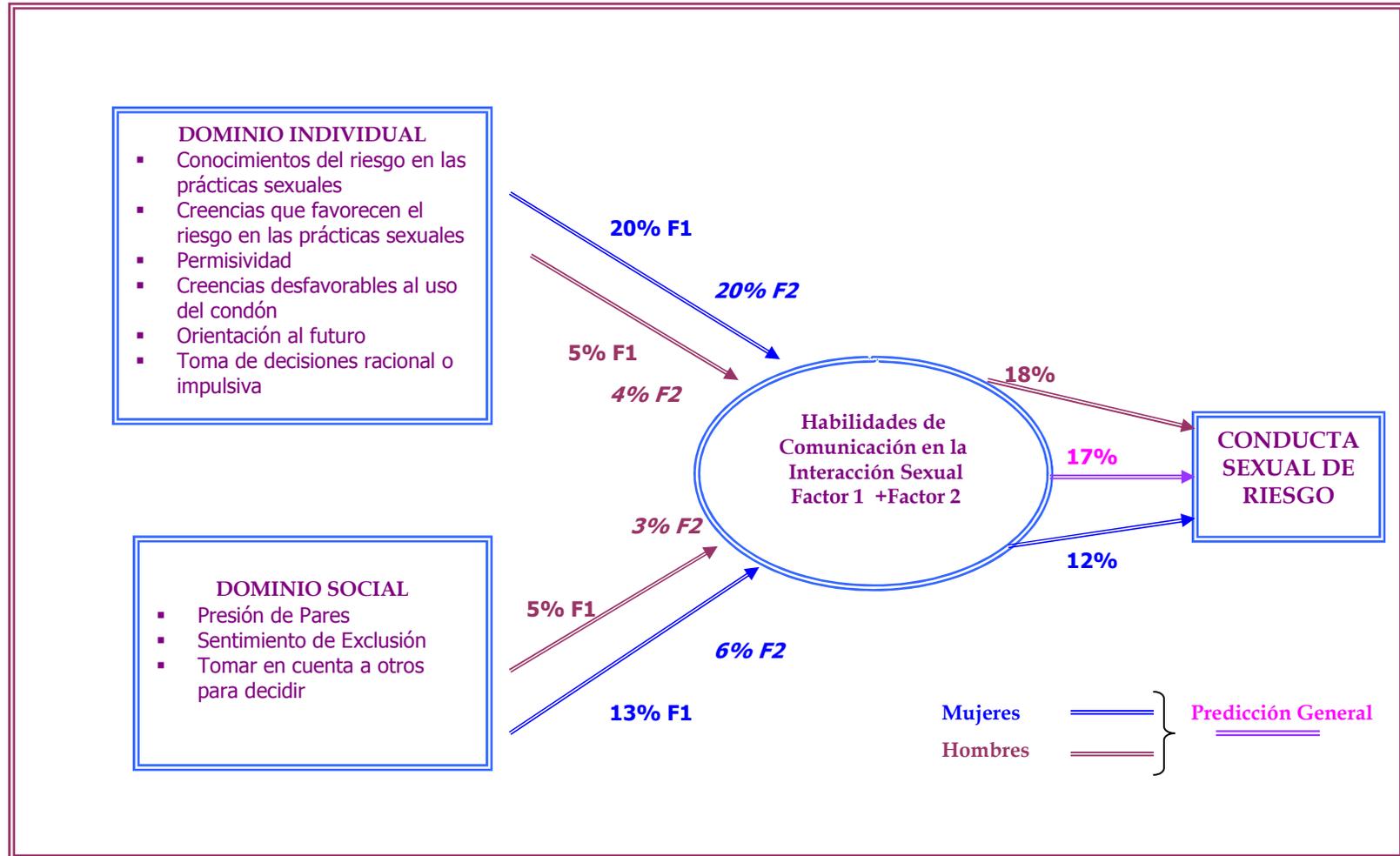
Tabla 34 Nivel de Predicción de los Factores 1 y 2 de las Habilidades de Comunicación en la interacción sexual para la Práctica Sexual de Conducta Sexual de Riesgo en Mujeres y Hombres

Modelo	Mujeres			Hombres		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Variable						
Factor 1	-.154	.177	-.090	-.243	.097	-.159
Factor 2	-.381	.130	-.301	-.395	.078	-.323

F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regular

A continuación se presenta la figura 4 del modelo en la que se observan las diferencias por sexo y factor, también presenta el nivel predictivo por cada factor en la conducta sexual de riesgo de hombres y mujeres.

Figura 4. Comparación entre el Grupo de Mujeres y Hombres en relación al Modelo Hipotético y los Factores de Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual

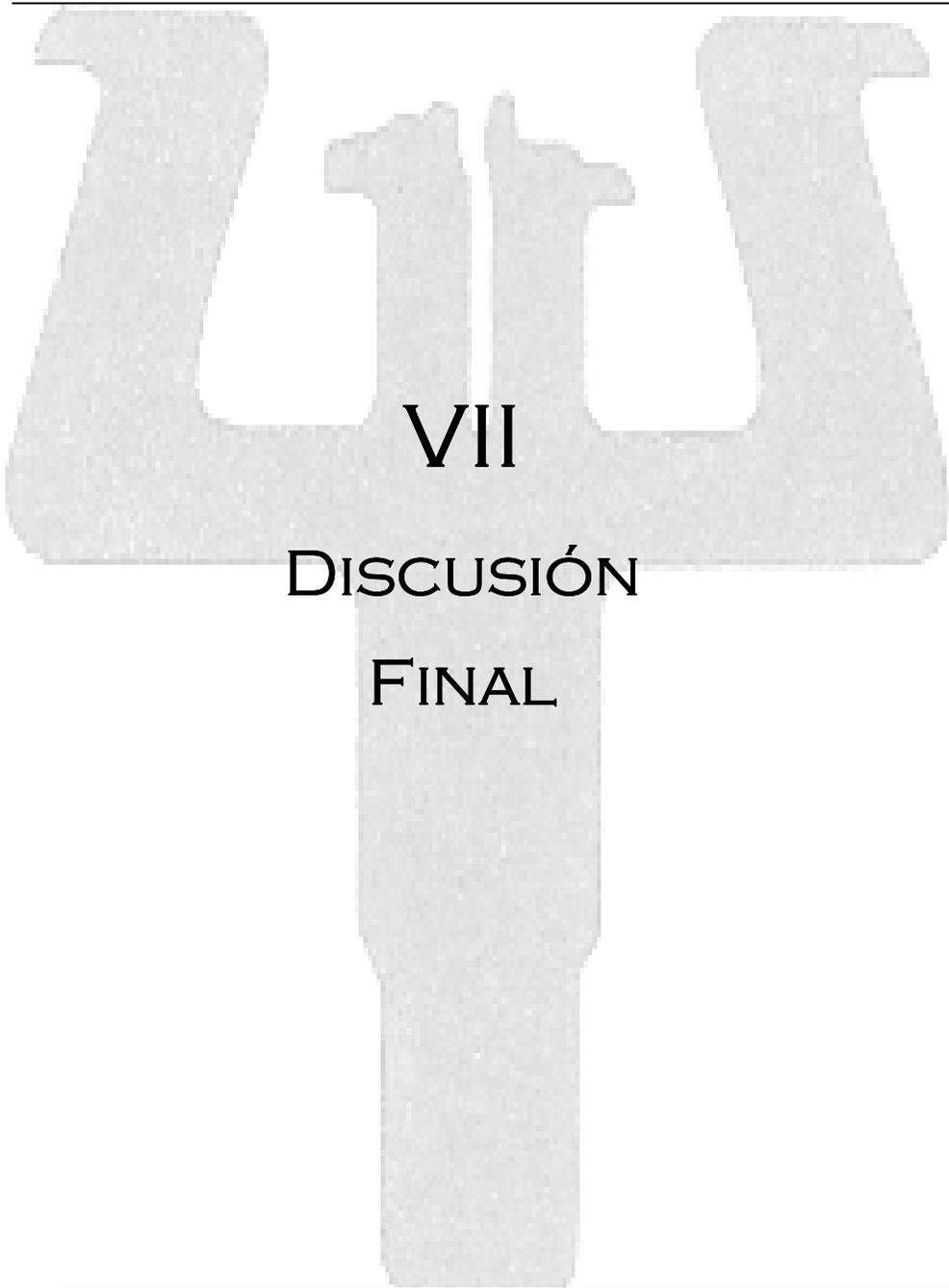


F1 Situaciones de Riesgo en Contextos Sociales ■ F2 Situaciones de Conducta Sexual de Riesgo con Pareja Regula

En síntesis, los hallazgos del presente trabajo muestran que los dominios individual y social predicen las habilidades de comunicación en la interacción sexual, sin embargo, cuando la muestra se separa por debut y no debut sexual se observa un mayor nivel de predicción para el primer grupo.

Cuando el grupo con debut sexual se analizó por sexo, los dominios individual y social presentan diferencias importantes en el nivel de predicción de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, ambos dominios muestran mayor varianza explicada para las mujeres, cabe destacar que el dominio individual involucra variables reflexivas (orientación al futuro y toma de decisiones racional o impulsiva), en las que las mujeres presentaron puntajes más altos en comparación con los varones.

En lo que a las prácticas sexuales de riesgo se refiere, las habilidades de comunicación en la interacción sexual tuvieron un nivel similar de predicción para el sexo oral y vaginal, tanto en hombres como mujeres. En la práctica de sexo anal, la varianza explicada fue mayor en los varones. La falta de habilidades de comunicación muestra que, el riesgo en la conducta sexual es mayor en hombres que en mujeres, esto no significa que las mujeres no presenten una conducta sexual de riesgo, enfatiza que presentan elementos asociados a factores protectores, tal es el caso de las variables reflexivas. En este sentido, se tendrían que analizar dichos elementos para conocerlos a profundidad e identificar si están asociados a características de personalidad o al rol sexual.



VII
DISCUSIÓN
FINAL

Cabe destacar qué objetivos generales y específicos se alcanzaron. Sin embargo, previo a discutir los resultados correspondientes al último estudio es necesario establecer algunos datos importantes que la muestra presentó en sus características (apéndice 1). Se observó que la muestra por sexos fue equitativa; las diferencias no fueron amplias en la cantidad de jóvenes con debut y sin debut sexual. Hubo diferencias por sexo tanto en el caso de los que han debutado como los que no han debutado, para el primero, la muestra de hombres fue mayor y en el segundo grupo la muestra de mujeres fue más amplia. En el caso del grupo con debut sexual, la edad de inicio en las jóvenes se reportó en un rango de los 15 a los 16 años. Los varones reportaron iniciar entre los 14 y 16 años. Estos datos coinciden con estudios realizados en México (Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Alcántara, Navarro y Blanco, 2000; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Palacios y Andrade, 2006). Se puede observar que en las mujeres se presenta una tendencia a debutar a los 15 años, cabe recordar que a menor edad en el inicio de la vida sexual se presenta más riesgo en las prácticas sexuales (DiClemente y Crosby, 2003).

7.1 ESCALAS DEL DOMINIO INDIVIDUAL

Conocimientos del Riesgo. Esta escala presentó una media teórica baja general y en los grupos sin debut y con debut sexual, esto sugiere el riesgo para todos los jóvenes. Se presentaron diferencias entre las mujeres y los hombres con debut sexual, aunque en ambos grupos la media teórica fue baja, las mujeres presentaron menos conocimientos que los varones, éstos son elementos que pueden estar asociados al papel social atribuido al sexo (Basen-Enquist, Coyle, Kirby, Carvajal y Baumier 2001; Crockett, Rafelly y Molilanen, 2003; Díaz y Alfaro, 1995; Huerta-Franco, 1999; Morrison, Baker y Gillmore, 1994; Román, Carrasco, Valdez y Cubillas, 2000). Es importante considerar tanto las fuentes de información cercanas a las y los jóvenes, como la calidad de la misma.

Creencias que favorecen el riesgo en las prácticas sexuales. En los resultados generales hubo una media teórica baja, para todos los grupos evaluados, al respecto se tendría que considerar y profundizar en el análisis de las concepciones que los jóvenes pueden tener, debido a que pueden intervenir a favor del riesgo en sus prácticas sexuales (Basen-Enquist, 1992; Díaz y Alfaro, 1995; La Brie, 2002; Pillai, 1999).

Indicador de permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa. En general, los resultados presentaron una media por debajo del promedio teórico, pero, al realizar la comparación entre grupos hubo diferencias significativas. El grupo sin debut sexual presentó menor permisividad que el grupo que reportó haber iniciado su vida sexual (Andrade, 2002; Whitbeck, 1999). También las diferencias se presentaron por sexo presentando mayor permisividad varones que mujeres. Mostrando que hay factores socioculturales que les permite tener más apertura en el inicio de su vida sexual, pero, este hecho favorece el riesgo en sus prácticas sexuales (Alfaro, 1995; Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Basen-Enquist, 1992; Gímenez, 1996).

Creencias desfavorables al uso del condón. Se presentaron, en todo la muestra, por debajo de la media teórica lo que sugiere aceptación a este método en los jóvenes evaluados. Es importante destacar que se presentaron diferencias significativas entre los grupos con debut y sin debut sexual, hubo más creencias desfavorables en el grupo que reportó tener debut sexual. Hecho que se asocia con el riesgo en las prácticas sexuales (Crockett, 1996; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman y Andrew, 1991; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1992) en este caso sería importante profundizar acerca de su historia sexual tomando en cuenta situaciones y hechos en los que basan estas creencias. Los grupos de hombres y mujeres con debut sexual no presentaron diferencias significativas en la escala.

Orientación a futuro. Presentó en el análisis la presencia de un solo factor, lo que señala la agrupación de los reactivos para una sola medición. La media general esta se presentó por arriba del promedio teórico lo que significó que los jóvenes presentaron orientación al futuro. Sin embargo, hubo diferencias significativas en los grupos con debut y sin debut sexual, presentando una media mayor los jóvenes que reportaron no tener debut sexual (Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Pick, Andrade y Díaz, 1988; Robbins y Bryan, 2004; Tolbert, 2001; Trad, 1993). Al respecto hay que señalar que la escala no sólo se refirió a elementos académicos, por lo que sería importante que en futuras investigaciones se profundizara en otro tipo de expectativas que puedan favorecer a que los jóvenes retrasen el inicio de su vida sexual, o bien, a cuidarse de manera efectiva en sus prácticas sexuales.

Toma de decisiones racional o deliberada. En el análisis de la escala se presentó un solo factor. En el caso de la media general los jóvenes reportaron tomar más decisiones racionales que deliberadas. Se presentaron diferencias significativas entre los grupos con debut y sin debut sexual. El primer grupo tuvo una toma de decisión más deliberada en relación con el segundo, los datos sugieren lo encontrado por Langer y Tumban (1997). Para investigaciones futuras se tendría que conocer cuál es la importancia que el momento tiene y vincularlo con la toma de decisiones de los jóvenes con debut sexual, evaluar tanto la emoción como la idea que él /la joven pueden tener al momento de la relación sexual. Entre las aportaciones del presente trabajo hubo diferencias significativas de sexo presentando una toma de decisión más deliberada en los jóvenes con debut sexual en comparación con las mujeres.

7.2 ESCALAS DEL DOMINIO SOCIAL

Presión de pares para tener relaciones sexuales. La escala presentó un solo factor. La media general estuvo por debajo del promedio teórico, lo que indica que la muestra no presentó, generalmente, presión de pares. Las diferencias fueron significativas entre los jóvenes con debut y sin debut sexual; para los primeros, se presentó una media por arriba de la media teórica que señala la presencia de la variable en dicho grupo, situación que no ocurrió con los que no han debutado. Recordemos que la presión de los pares favorece a tener prácticas sexuales de riesgo. Hay que destacar que la literatura ha mostrado diferencias por sexo (Basen-Engquist, 1992; Conway, Bourque y Scott, 1996; Díaz y Alfaro, 1995; Gímenez, 1996; Huerta-Franco, 1999; Miller, Forehand y Kötchick, 2000; Whitbeck, 1999), lo cual se replicó en este estudio de manera significativa, así los hombres presentaron mayor presión de pares para tener relaciones sexuales en comparación con las mujeres.

Sentimiento de exclusión. La escala presentó un solo factor en su análisis. La media general de la muestra estuvo por arriba de la media teórica, lo que significa que gran parte de los jóvenes, que participaron en este trabajo, reportaron tener sentimiento de exclusión. Es importante recordar que esta dimensión se conoció a partir de la evidencia en los estudios exploratorios; en otros trabajos se hace mención de la comunicación familiar (Werner-Wilson, 1998), monitoreo y estilos parentales (Calhun y Friel, 2001; Metzeler, Noell, Biglan, Ary y Smolkowosky, 1994; Palacios y Andrade, 2006; Romer, Black, Feigelmen, Kaljee, Galbarath, Nesbit, Hornick y Staton, 1994; Whitaker y Miller, 2000), o soledad (Montero, 1997). Pero la mención de los jóvenes fue a partir de lo que ellos sienten en casa, lo que hace la diferencia entre este trabajo y las demás investigaciones.

Las diferencias también se presentaron entre hombres y mujeres con debut sexual, siendo significativas, las mujeres expresaron experimentar más este sentimiento que los hombres. Para futuras investigaciones se tendría que analizar la calidad que hay en las relaciones familiares con el fin de detectar su influencia, tanto en mujeres como en varones, para que tengan o no relaciones sexuales.

Tomar en cuenta a otros para decidir. La media general de la escala estuvo por arriba de la media teórica lo que indica que los jóvenes generalmente, presentan decisiones tomando en cuenta la opinión de otros. No se observaron diferencias intragrupo. Sería conveniente profundizar en futuros trabajos de investigación, quiénes son los confidentes de las y los adolescentes en relación a sus prácticas sexuales y cómo se prioriza la opinión de otros en relación a su vida sexual.

7.3 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL

En el caso de la escala de habilidades de comunicación en la interacción sexual, se presentaron dos factores, el primero se conforma de situaciones de riesgo en contextos sociales, es importante puntualizar que la confiabilidad de este factor fue más alta en comparación con el segundo factor que, presentó situaciones de conducta sexual de riesgo con la pareja regular.

En el caso de la media general, para ambos factores, estuvo por arriba de la media teórica, indicando que los jóvenes presentan habilidades de comunicación en la interacción sexual. Hubo diferencias significativas entre los grupos con debut y sin debut sexual, presentando más habilidades los jóvenes que no han debutado sexualmente. Lo que establece elementos que pueden servir para entrenar habilidades de comunicación en la interacción sexual en aquellos jóvenes que ya han iniciado su vida sexual. También se presentaron diferencias significativas en los grupos de hombres y mujeres, presentando más habilidades de comunicación las mujeres que los hombres en ambos factores. Para este caso sería importante valorar el papel sociocultural que se le ha atribuido a las mujeres en relación a la comunicación, sin dejar de lado el papel de los varones (Kelly, 1999; Di Clemente, 1990; Gold, Letourneau y O'Donohue, 1995; Jemott III, Jemott y Fong, 1998; Laub, Somera, Gowen, Díaz, 1999; Moore y Rosenthal, 1995).

Cabe recordar que a diferencia de otros trabajos en el área de habilidades de comunicación (Blumerg, Hovell, Werner, Kelley, Sipan, Dirham y Hofsetter, 1997; Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Jemott III, Jemott y Fong, 1992; Kelly, St Lawrence, Díaz, Stevenson, Brasfield, Kalichman y Andrew, 1991; Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfield, 1992; Nangle y Hansen; Nagy, Watts y Nagy, 2002; Pacifici, Stoolmiller y Nelson, 2001; Wingood y DiClemente, 1998), no hay referencia de las situaciones particulares que los jóvenes pueden experimentar y este trabajo realizó una aportación al respecto, pues presenta posibles situaciones y posibles respuestas, por lo que esta evidencia puede servir para el desarrollo de programas de entrenamiento de habilidades de comunicación específicas en la interacción sexual.

7.4 PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

Práctica sexual de riesgo oral. La media general de la práctica estuvo por arriba del promedio teórico, lo que sugiere, que gran parte de las y los jóvenes con debut sexual la tienen como parte de sus encuentros sexuales sin el uso del condón, esta conducta no presentó diferencias significativas entre varones y mujeres.

Práctica sexual de riesgo anal. El promedio general se presentó por debajo de la media teórica lo que significa que la mayoría de los jóvenes no presentan esta práctica en sus encuentros. Sin embargo, presentó diferencias significativas entre mujeres y hombres, los varones reportaron tener más la práctica en sus encuentros sexuales y con menor uso del preservativo, en comparación con las jóvenes.

Práctica sexual de riesgo vaginal. En esta práctica, no hubo diferencias significativas por sexo, esto es, en ambos grupos se presentan la práctica con un uso inconsistente del preservativo.

Conducta sexual de riesgo. Su media se presentó por arriba del promedio, recordemos que esta conducta se obtuvo a partir de una variable continua, la suma de las tres prácticas sexuales de riesgo anteriores. Esto sólo reflejó que en las tres prácticas hay inconsistencia en el uso del preservativo, esto en la literatura se ha reportado (Moscoso, Rosario y Rodríguez, 2001) como aquella conducta que favorece el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual entre las y los jóvenes. Entre las limitaciones del trabajo no se consideró el uso de otros métodos anticonceptivos, lo cual se debe identificar en futuras investigaciones para discutir la importancia del embarazo entre las y los jóvenes.

7.5 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PROPUESTAS PARA EL MODELO

Cabe destacar que el grupo que reportó no tener debut sexual sus correlaciones fueron débiles, a diferencia del otro grupo en los que las habilidades de comunicación presentaron mayor número de relaciones con las variables de los dominios individual y social.

El factor 1 de las habilidades de comunicación en la interacción sexual (situaciones de riesgo en contextos sociales), presentó su correlación negativa más fuerte con la conducta sexual de riesgo anal y de las escalas con permisividad. Lo que indica que hay mayor presencia de permisividad en éstos jóvenes y el riesgo de presentarla con parejas irregulares. Es importante destacar que las variables del dominio individual que presentaron una correlación importante, entre ellas y para el factor, de manera positiva, toma de decisiones racional o deliberada (Langer y Werheit, 1992; Langer y Tumban, 1997) y orientación al futuro (Christopher, Nangle y Hansen, 1993; Pick, Andrade y Díaz, 1988; Robbins y Bryan, 2004; Tolbert, 2001; Trad, 1993), dando pauta a elementos cognoscitivos que favorecen a conductas planeadas frente a situaciones de riesgo y que se vinculan de manera importante con las habilidades comunicación en la interacción sexual. Del dominio social, presión de pares a tener relaciones sexuales se presentó más fuerte en este factor, lo que indica que es muy probable que los jóvenes den importancia a lo que los pares digan en situaciones de riesgo con parejas desconocidas.

El segundo factor (situaciones de conducta sexual de riesgo con la pareja regular) presentó correlaciones fuertes con las prácticas sexuales de riesgo oral y vaginal y con la conducta sexual de riesgo, recordando que son situaciones relacionadas con la pareja regular, es importante mencionar que sentimiento de exclusión se presentó mayor en este factor. Lo que sugiere que hay un vínculo entre lo que los jóvenes perciban de la calidad en relación familiar y tener una pareja que pueda hacerlos sentir cómodos y por lo tanto, se presente una relación en la que no existe protección en los contactos sexuales mencionados.

En las correlaciones por sexo, las mujeres presentaron para las habilidades de comunicación en la interacción sexual en situaciones de riesgo en contextos sociales una relación importante con sentimiento de exclusión, lo que significa que a menores habilidades con parejas ocasionales y un mayor sentimiento de exclusión se presentará mayor conducta de riesgo.

En el factor dos de habilidades de comunicación en la interacción sexual con situaciones de conducta sexual de riesgo con pareja regular, las correlaciones se presentaron negativas significativas con las prácticas sexuales de riesgo anal y vaginal. Del dominio individual la variable que destacó fue toma de decisiones con una relación positiva. Por lo que aquellas jóvenes con menos habilidades de comunicación en la interacción sexual con la pareja regular presentarán una toma de decisiones más impulsiva y mayor riesgo en las prácticas sexual anal y vaginal.

En los varones, el factor uno presentó menos relaciones negativas en las tres prácticas sexuales de riesgo y en la conducta sexual. Del dominio individual la correlación más fuerte negativa la presenta la permisividad de padres e hijos a tener vida sexual activa y del dominio social presión de pares para tener relaciones sexuales. En este caso, se observa que los jóvenes con mayor permisividad y presión de pares presentarán menos habilidades de comunicación ante una situación de riesgo con una pareja desconocida.

En el segundo factor, las correlaciones se presentaron más altas en comparación con el primero, sin embargo, las correlaciones con las variables del dominio social e individual se presentan débiles, lo que indica que los jóvenes presentarán más prácticas sexuales de riesgo y una conducta sexual desprotegida con la pareja regular.

Es importante destacar la relaciones que conducta sexual de riesgo presentó, en las mujeres se aprecian negativas las variables relacionadas con elementos reflexivos como la orientación a futuro y la toma de decisión racional, a diferencia de los varones, que en dicha conducta no presentan esta relación, la relación positiva que se observa es con la presión de pares, por lo que sugiere que hay elementos sociales que favorecen a la conducta sexual de riesgo en los hombres. Estos elementos es importante analizarlos en muestras más grande con el fin de clarificar si los elementos reflexivos, que se asocian a factores protectores del riesgo, están relacionados con características de personalidad o bien se vinculan al rol sexual como se sugiere en este caso.

7.6 NIVEL PREDICTIVO DEL MODELO

Es importante recordar los elementos que integraron el modelo predictivo de prácticas sexuales de riesgo: primero se integró por los dominios individual y social, después como variable mediadora se presentaron las habilidades de comunicación en la interacción sexual y finalmente la variable dependiente fue cada una de las prácticas sexuales de riesgo y al final se conjugaron éstas como la conducta sexual de riesgo.

Se presentaron diferencias al interior de la muestra, así en primer término se presenta la discusión con el grupo que reportó no tener vida sexual, en relación a sus habilidades de comunicación en la interacción sexual por factores. En este grupo, hubo menor predicción del dominio individual para el primer factor, sin embargo, hay mayor predicción del dominio social en comparación con el grupo con debut sexual, lo que significa que presentan menos condiciones sociales de riesgo que el grupo que ha debutado por lo que hay más habilidades de comunicación frente a situaciones en las que se involucren parejas irregulares. Con el fin de ampliar la evidencia empírica en relación a las habilidades de comunicación en la interacción sexual, sería importante conocer el contexto social en el que se desenvuelven éstos jóvenes e identificar qué otros elementos pudieran relacionarse con la presencia de habilidades. En el factor dos, los dominios individual y social presentaron menor nivel predictivo, en comparación con los jóvenes que reportaron debut sexual, en este caso, sería conveniente conocer si los jóvenes que no han debutado tienen un noviazgo o no, lo que pudiera influir en la predicción de las habilidades de comunicación.

En el grupo con debut sexual, el dominio individual presentó mayor nivel predictivo en el primer factor de habilidades de comunicación en la interacción sexual, lo que sugiere que los elementos cognoscitivos forman parte importante en las habilidades de comunicación en la interacción sexual en relación a una pareja desconocida. Para este caso sería conveniente conocer cómo es el contexto en el que se desarrollan, tanto con el grupo de pares como la relación familiar que tienen. Es importante destacar, que la predicción del riesgo en las prácticas sexuales y en la conducta sexual fue menor en este factor.

Hubo menos predicción en ambos dominios en relación al segundo factor, lo que significa que existen otros elementos, además de los presentados en los dominios, que están asociados a las habilidades de comunicación en la interacción sexual en las que interviene una pareja regular. En este caso, se tendría que analizar el tiempo de relación sentimental (Langer, Zimmerman y Katz, 1994) y la importancia que dan al momento previo a tener el contacto sexual con dicha pareja.

Hubo diferencias por sexo, en relación a la predicción de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, en las mujeres el nivel de predicción del dominio individual para el factor de habilidades relacionadas con situaciones de riesgo en contextos sociales se presentó más alto que el dominio social, lo que señala que las variables individuales tienen mayor relación con las habilidades de comunicación frente a una situación de riesgo con una pareja irregular, sin embargo, los elementos sociales juegan un papel importante en la predicción de las habilidades. La explicación de este factor fue mayor para la práctica de sexo anal y similar en la vaginal con el segundo factor de habilidades.

De acuerdo con lo anterior, las mujeres que presentan menos habilidades de comunicación con la pareja irregular frente a situaciones de riesgo probablemente presentarán más prácticas sexuales sin protección de tipo anal o vaginal.

El factor de habilidades de comunicación asociado a situaciones de conducta sexual de riesgo con pareja regular presentó el mismo nivel predictivo en el dominio individual que el factor uno. La predicción del dominio social para las habilidades del segundo factor fue menor, por lo que las habilidades de comunicación con la pareja regular se ven anteceditas en gran parte por elementos personales. Es importante enfatizar que aunque ambos factores predijeron más en conjunto y que fue parte de la propuesta del modelo, cabe destacar que este factor presentó más explicación a la conducta sexual de riesgo y a las prácticas sexuales oral y vaginal. Lo que puede indicar que tener una pareja regular favorece la conducta sexual de riesgo, en este caso sería importante conocer, para futuras investigaciones, el tiempo que transcurre entre el inicio de un noviazgo o relación sentimental y el momento en que se inicia la relación sexual, identificar cómo fue la primera relación sexual (protegida o no), cómo ha sido en general su conducta sexual, esto es, qué tanto las y los jóvenes se han protegido en sus relaciones sexuales anteriores, además identificar las causas por las que lo han dejado de hacer ó por lo que nunca lo hicieron. En relación a las habilidades de comunicación conocer si establecieron con la pareja el mejor método de protección o no lo hablaron, cómo negocian el uso del condón y en qué prácticas lo utilizan y por qué. Esta dimensión se tendría que identificar por parejas con el fin de promover el uso del preservativo y establecer líneas de comunicación con las parejas sexuales regulares.

En los varones, los niveles de predicción de los dominios individual y social fue menor en comparación con las mujeres para ambos factores. Al igual que con las mujeres, fue el factor de conducta sexual de riesgo con pareja regular el que predijo más prácticas sexuales y conducta

sexual de riesgo, así, se marca la importancia del trabajo preventivo en relación a la comunicación con la pareja regular. En lo que a la conducta sexual de riesgo se refiere, hubo diferencias entre varones y mujeres, presentando más predicción del riesgo en los varones, en general, esto indica que pueden existir elementos tanto individuales como sociales atribuidos al papel del varón en relación a las habilidades de comunicación en la interacción sexual que no fueron contemplados dentro del modelo. Es importante señalar que la literatura indica que hay una relación entre la conducta sexual y los papeles socioculturales atribuidos a mujeres y varones (Crockett, 1996; Crockett, Rafelly y Molilanen, 2003; Gold, Letourneau y O'Donohue, 1995; Harvey, Beckman, Browner y Sherman, 2002; Lock y Ferguson, 1998; Quina, Harlow, Morokoff, Bukholder y Deter, 2000; Ulin, 1992; Wingood y DiClemente, 1998; Wolf, Blanc y Gage, 2000).

Sin embargo, la aportación del presente trabajo hace referencia empírica a algunos indicadores que están presentes en el desarrollo de comunicación en la interacción sexual y que favorecen al riesgo en hombres y mujeres los cuales tanto para trabajos futuros como para el desarrollo de programas de prevención pueden ser tomados en cuenta.

Es importante destacar que para ambos grupos, hombres y mujeres, se tiene que plantear el trabajo en pareja el cual tiene que tener un sentido plural, es decir, el trabajo de las habilidades de comunicación en la interacción sexual se tiene que presentar tanto en parejas heterosexuales, como homosexuales, pues ambos grupos presentan riesgo al tener contactos sexuales desprotegidos con una pareja sexual regular además de analizar, los elementos de los papeles sociales atribuidos al sexo.

7.7 APRECIACIONES GENERALES DE LOS TRES ESTUDIOS.

Los estudios cualitativos facilitaron la determinación de las diferentes variables que llevaron a la propuesta del modelo. Las entrevistas permiten conocer y profundizar los puntos de vista de los adolescentes, sería importante que para futuras investigaciones en relación a las habilidades de comunicación en la interacción sexual si se plantea un trabajo por parejas se realicen entrevistas con el fin de profundizar en las situaciones que llevan a los jóvenes a no utilizar el preservativo con la pareja regular.

En relación a los instrumentos indirectos como el cuestionario abierto, se pueden plantear elementos personales como son la historia sexual del/la joven, el tiempo de inicio de su vida sexual al momento de la investigación, las parejas con las que se ha protegido y porqué lo hizo, en qué momento cree que es necesario no protegerse y porqué, la importancia que tiene el momento y las emociones que pueden estar sumergidas en el contacto sexual.

El último estudio favoreció al conocimiento intragrupo, las diferencias en la muestra, sus características y las relaciones entre variables. Es importante tomar en cuenta que al interior de un grupo las diferencias pueden dar aportaciones importantes en relación al desarrollo de instrumentos diagnósticos y tomar en cuenta los elementos que pueden formar parte en un programa de intervención primaria y/o secundaria, en un mismo centro educativo.

Las limitaciones de este trabajo son: la falta de aleatorización en la muestra; respecto al instrumento, faltaron preguntas relacionadas con el patrón sexual como, el número de parejas sexuales anteriores a la actual, la frecuencia de encuentros sexuales con la pareja regular y la pareja ocasional, el tipo y la frecuencia del método anticonceptivo utilizado, diferente al preservativo y finalmente, profundizar en los elementos que utilizan los jóvenes, además del condón, para prevenir o identificar una infección de transmisión sexual.

Las reflexiones del presente trabajo se encaminan en relación a identificar patrones sexuales de hombres y mujeres, también se destaca la importancia de evaluar las diferentes habilidades de comunicación en la interacción sexual que bien se tienen que utilizar tanto para las parejas sexuales regulares como para las ocasionales. Finalmente, identificar que el modelo evaluado es una aproximación al estudio de las habilidades de comunicación en la interacción sexual, establecidas como elementos protectores del riesgo en la conducta sexual. Cabe destacar que, las situaciones del riesgo expuestas en las viñetas abren una veta importante de investigación para la prevención de prácticas sexuales desprotegidas, y establecen, una serie de elementos dinámicos y complejos que forman parte de la cotidianidad de las y los adolescentes que inician su vida sexual.

7.8 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (1992) y el Código Ético del Psicólogo en México (1999), existen cuatro principios básicos mencionados que rigen el comportamiento del psicólogo en los que se basó la presente investigación:

Respeto a los Derechos y a la Dignidad de las Personas. De acuerdo con el código ético este principio es el de mayor relevancia para tomar decisiones éticas, al respecto en este trabajo se cuidó la privacidad de los jóvenes, su autodeterminación, su libertad personal.

Se cuidó la confidencialidad de los estudiantes, se les aclaró que su participación era voluntaria. El trato fue equitativo respetando su sexo, edad, condición económica y orientación sexual, esta última se cuidó desde la creación y aplicación de los instrumentos hasta los resultados, pues el objetivo no condicionó a los participantes o expresó si esta condición favorecía o no al riesgo en sus prácticas sexuales, el presente trabajo se basó en los hechos que los jóvenes decidieron expresar en relación a su vida sexual.

Cuidado Responsable. Los beneficios del presente trabajo fueron tres primero para los jóvenes que participaron en él pues se propuso una reflexión acerca de su vida sexual, el siguiente radicó en entregar los resultados en su totalidad a las autoridades de la escuela. El tercer beneficio es para la comunidad psicológica que puede tener acceso al presente documento, evaluarlo, analizarlo y si así se desea discutirlo y ampliarlo.

Integridad en las Relaciones. La investigadora en cada participación, tanto con autoridades como con los estudiantes, se identificó con una carta y credencial que señalaban claramente quién era y la institución de procedencia.

Responsabilidad hacia la Sociedad y la Humanidad. Este trabajo es responsabilidad de quién lo realizó y sus aportaciones son para fines de investigación y forma parte de los elementos que contribuyen al cuidado de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

De las Normas y Conducta de la Investigadora

Competencia y Honestidad. El sustento teórico del presente trabajo se basó en un cuerpo de investigación científica que pertenece a la comunidad psicológica, el presente trabajo fue avalado y supervisado por el comité que formó parte de esta disertación, así como la experiencia y el grado académico de la investigadora.

Calidad de la Valoración y/o Evaluación Psicológica. La construcción del guión de entrevista, cuestionario abierto, cuestionario cerrado y viñetas, fueron preparados exclusivamente para esta disertación. Los instrumentos se diseñaron cuidadosamente con el fin de obtener resultados con un sesgo mínimo, el sustento teórico de los mismos y los resultados e interpretaciones han sido avalados científicamente por la comunidad psicológica, sus fuentes teóricas se pueden consultar cualquier momento. La investigadora asume ampliamente la responsabilidad de los resultados obtenidos por estas vías.

Calidad de la Supervisión e Investigación. El comité de la presente disertación se aseguró de que la investigadora cumpliera con los principios éticos básicos para desarrollar el cuerpo teórico y práctico del presente trabajo con objetividad resaltado en cada acción la dignidad de su labor y la de sus participantes.

Comunicación de Resultados. Entre los elementos de acceso al colegio de bachilleres se estableció por medio escrito que al final del trabajo se les proporcionarían los resultados de manera clara y objetiva aclarando las dudas que en su momento surgieran. A los jóvenes se les aseguró en todo momento la confidencialidad de sus datos, quedando a disposición de la comunidad psicológica aquellos datos que fueron codificados.

REFERENCIAS

- Ajzen, I., y Fishbain, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. En M. Fishbain, (ed.). Prentice Hall Inc, Nueva Jersey.
- Alfaro, L. (1995). El modelo de la acción razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH. Tesis de maestría no publicada. *Universidad Nacional Autónoma de México*. México.
- Alfaro, L., Rivera, S., y Díaz-Loving, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes, *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 4, 126-132.
- Aggleton, P. (2000). Aproximación cultural en la prevención del VIH en jóvenes. En C. Stern y J. G. Figueroa (Coords). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. COLMEX: México.
- Alstead, M., Campsmith, M., Halley, C. S., Hartfield, K., Goldbaum, G., y Wood, R. W. (1999). Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexuality active adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 11, 6, 497-512.
- Álvarez, M., Andrade, P., y Pick, S. (1990). Estudio comparativo de varones que han y que no han embarazado a una adolescente. *La Psicología Social en México*, 3, 289-294.
- Allen, J., Marsh, P., McFarland, C., Boykin, K., Land, D., Jodl, K., y Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1, 56-66.
- Allen, J., Moore, C., Kupermic, G., y Bell, K. (1998). Attachment and adolescents psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 5, 1406-1419.
- Alstead, M., Camsmith, M., Swope, C., Hartfield, K., Goldbaum, G., y Wood, R. (1999). Developing and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 11, 6, 497-512.

- Andrade, P. (2002) Factores protectores y de riesgo en conductas problemáticas de los adolescentes. Reporte del Proyecto IN301399 presentado a la DGAPA, *Universidad Nacional Autónoma de México*. México.
- Andrade, P., Pick, S., y Álvarez, M. (1990). Percepción que los hijos tienen de las actitudes de su padres hacia su sexualidad y autoconcepto de adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales. *La Psicología Social en México*, 3, 295-298.
- Argyle, M., y Kendom, H. (1967). *The experimental analysis of social performance*. En L. Berkowitz (Ed.). , *Advances in experimental social psychology* (vol 3). Academy Press: New York.
- Beadnell, B., Morrison, D. M., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Rogers, G. M. y Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *Journal of Sex Research*, 42, 3, 192- 202.
- Bandura, A., y Huston, A. C. (1961). *Identification as a process of incidental learning*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 311-318.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holth, Rineharth y Winston (Eds.). New York.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory* (3a ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall, New York.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. En R. DiClemente (comp.), *Adolescents and AIDS a Generation Jeopardy*, 89-116, CA: Sage Publications.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. DiClemente y J. Peterson (comp.), *Preventing AIDS Theories and Methods of behavioral interventions*, 25-59, New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. Freeman and Company, New York.
- Barber, B. K. (1997). Introduction: adolescent socialization in context- the role of connection, regulation and autonomy in the family. *Journal of Adolescent Research*, 12, 1, 5-11.

- Barraza, E. (2000). *Miradas sobre el aborto*. (2ª ed.). GIRE, México.
- Barrera, P., Valdez, R., Servin, J. L., Ortiz, H., Zamudio, J., y Espinoza, R. (1990) Prevención del SIDA: creencias y actitudes en el estado de Chihuahua. *La Psicología Social en México*, 3, 299-304.
- Basen-Enquist, K. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 2, 263-277.
- Basen-Enquist, K., Colyle, K., Parce, G., Kirby, D., Banspach, S., Carvajal, S. y Baumer, E. (2001). Effects of multicomponent HIV, STD and pregnancy prevention program for high school students. *Health Education & Behavior*, 28, 2, 166-185.
- Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F., y Nurss, J. (1998). a randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 5, 856-861.
- Bell, N. J. (1999). Gender and sexual risk. Sex roles: A Journal of Research. En http://www.findarticles.com/cf_0/m2294/1999_Sept/58469473/print.jhtml
- Bellack, A. S., Hersen, M., y Lamprski, D. (1979). Role-play tests assessing social skills: are they valid? Are they useful?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 2, 335-342.
- Blanco, A. (1982). *Evaluación de las habilidades sociales*. En Fernández, J., y Carboles, A. (Comps.). Evaluación conductual. Pirámide Madrid.
- Blumberg, E., Hovell, M., Werner, C., Kelley, N., Sipan, C., Burkham, S, y Hofstetter, R. (1997). *Behavior Modification*, 21,3, 281-307
- Blumberg, E. J., Hovell, M., Werner, C., Kelley, N., Sipan, C., Burkham, S., & Hofstetter, R. (1997). Evaluating AIDS-Related social skills in anglo and latino adolescents. *Behavior Modification*, 21, 3, 281-307.
- Boyer, C., Shaffer, M., y Tschann, J. (1997). Evaluation of knowledge- and cognitive – behavioral skills-building intervention to prevent STDs in high school students. *Adolescence*, 32, 125, 25-43.

- Boykin, K., y Allen, J. (2001). Autonomy and adolescent social functioning: the moderating effect of risk. *Child Development*, 72,1, 220-235.
- Brafford, L.J., y Beck, K.H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39, 219-225.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brugman, A. (1990). *Código Ético*. Trillas: México.
- Brunswick y Banaszak-Holl, (1996). HIV risk behavior the health belief model: an empirical test in an African-american community sample. *Journal of Community Psychology*, 24, 1, 44-65.
- Calderella, P., y Merrel, K. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 2, 264-279.
- Calhoun, E., y Friel, L. (2001). Adolescent sexuality: disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage and Family*, 63, 669-681.
- Carey, M., Maisto, S., Kalichman, S., Fosyth, A., Wrigh, E., Johnson, B. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 4, 531-541.
- Carver, C. S., y Scheler, M. F. (1984). *A control theory approach to behavior, and some implications for social skills training*. En P. Trower (Ed.), *Radical approaches to social skills training*. Croom Helm: London.
- Castañeda, X. (2000). Embarazo adolescente. En C. Stern y J. G. Figueroa (Coords). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. COLMEX: México.
- Catania, J., Gibson, R., Chitwood, D. y Coates, T. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurements error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 108, 3, 339-362.
- Cates, W., Steart, F., y Trussell, J. (1992). Commentary: the quest for women's prophylactic methods hopes vs science. *American Journal of Public Health*, 82, 1479-1482. CELADE. (2001).

- Adolescencia y Juventud en América Latina. En S. Donas (comp.), *Juventud Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. 146-182. CEPAL, Santiago de Chile.
- Coates, T., Temoshock, L y Mandel, J.(1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *American Psychologist*, 39, 11, 1309-1314.
- CONASIDA. (2005). *Referentes de casos y estimados de incidencias en México*. En <http://www.ssa.conasida.org/publicaciones/2005>.
- Consejo Nacional de Población. (2000). *Aproximaciones Sociodemográficas de 32 Estados del País*. Centro de Investigaciones y Población, México.
- Connell, R. W. (1995). *La organización social de la masculinidad*. Masculinidad/es. Poder y Crisis Valdés, T y Olavaria, J. (Eds.). FLACSO y UNFPA: Chile.
- Conway, J. K., Bourque, S. C., y Scott, J. W. (1996). *El concepto de género*. En género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas, M (comp.). Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM: México.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature". *Journal of Sex Research*, 18, 3, 102- 119.
- Cothran, M. M., y White, J. P. (2002). Adolescents behaviors and sexually transmitted diseases: the dilemma of human papilloma virus. *Health Cares for Women International*, 23, 306-319.
- Cratledge, G., Cochran, L., y Paul, P. (1996). Social skill self-assessments by adolescents with hearing impairment in residential public schools. *Remedial & Special Education*, 17, 1, 30-37.
- Crockett, L. J., Raffaelli, M., y Moilanen, K. (2003). Adolescent sexuality. En *Handbook of adolescence*, G. R. Adam y M. D. Berzonsky (Coords). USA: Blackwell.
- Crooks, R., y Baur, K. (2000). *Nuestra Sexualidad*. (7a. Ed.). Ciencias Sociales y Humanidades Thomson: México.
- Christopher, J., Nangle, D., y Hansen, D. (1993). Social skills intervention with adolescents. *Current Issues and Advanced in Social Skills*, 17, 3, 314-318.

- D' Amico, E. y Fromme, K. (1997). Health risk behaviors of adolescents and young adult siblings. *Health Psychology*, 16, 5, 426-432.
- Del Prette, Z., y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales*, (2ª ed.). Trad. Refugio Ríos, Manual Moderno, México.
- Díaz, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 2, 25-39.
- Díaz, R., y Alfaro, L. B., *Conocimientos, actitudes, creencias, conductas, percepción del riesgo y temor al contagio del VIH en estudiantes de preparatoria*. En Díaz-Loving, R., y Torres, K. (coord.). *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*, Porrúa, México.
- Díaz, R., Flores, G. M., Andrade, P. P., Ramos, L. L., y Villagrán, V. G. (1999). *La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios*. En Díaz-Loving, R., y Torres, K. (coord.). *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*, Porrúa, México.
- Díaz, R., y Rivera, S. (1999). *Evaluación y percepción del riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios*. En Díaz-Loving, R., y Torres, K. (coord.). *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*, Porrúa, México.
- Díaz, R., Pick, S., y Andrade, P. P. (1988). Obediencia, asertividad y planeación a futuro como precursores del comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 2, 336-342.
- Díaz, R., Pick, S., y Andrade, P. P. (1988). Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 2, 328-335.
- DiClemente, R. (1992). Psychosocial determinants of condom use among adolescents. En R. DiClemente (comp.), *Adolescents and AIDS a Generation Jeopardy*, 89-116, CA: Sage Publications.

- DiClemente, R., y Crosby, R. (2003). Sexually transmitted diseases among adolescents risk factors, antecedents and prevention strategies. En *Handbook of adolescence*, G. R. Adam y M. D. Berzonsky (Coords). USA: Blackwell.
- DiClemente, R., y Peterson, J. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviors: the roles of behavioral interventions. En R. DiClemente y J. Peterson (comp.), *Preventing AIDS Theories and Methods of behavioral interventions*, 25-59, New York: Plenum Press.
- Dudley, C., O' Sullivan, L., y Moreau, D. (2002). Does familiarity breed complacency? HIV knowledge, personal contact, and sexual risk behavior of psychiatrically referred latino adolescents girls. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24, 3, 353-368.
- D' Zurilla, T. J., y Goldfried, m. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 1, 107-126.
- Ethical principles of psychologists and code of conduct. (1992). *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Elias, M., y Kress, J. (1994). Social decision-making and life skills development: a critical thinking approach to health promotion in middle school. *Journal of School Health*, 64,2, 62-66
- Elliot, S. y Gresham, F. (1993). Social skills interventions for children. *Behavior Modification*, 17, 3, 287-313
- Engels, R., Finkenaur, C., Meeus, W., y Dekovic, M. (2001). Parental attachment adolescents' emotional adjustment: the association with social skills and relational competence. *Journal of Consulting Psychology*, 48, 4, 428-439.
- Fagley, N., y Miller, P. (1990). The effect of framing on choice: interactions with risk taking propensity, cognitive style and sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 3, 496-510.
- Fernández-Esquer, M. E., Krepcho, M. A., Freeman, A., Magee, E., McAlister, A. L., y Ross, M. (1997). Predictors de condom use among american males at high risk for HIV. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1, 58-74.

- Fishbein, M., y Ajzen, I., (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- Fishbein, M., y Ajzen, I., (1981). Acceptance, yielding and impact: cognitive process in persuasion. En R. E. Petty, T. M. Ostrom, y T. C. Brock (Eds.), *Cognitive processes in persuasion*, 339-359. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fishbein, M., Middlestadt, S., y Hitchcock, J. P. (1994). *Using information to change sexually transmitted disease related behaviors*. En R. DiClemente y J. Peterson (comp.). *Preventing AIDS theories and methods of behavioral interventions*, 61-78. New York: Plenum Press.
- Fuller, N. (1997). *Identidades Masculinas*. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima Perú.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Alcántar, E., Navarro, C., y Blanco, J. (2000). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22,4, 14-19.
- Furhman, T., y Holmbeck, G. (1995). A contextual-moderator analysis of emotional autonomy and adjustment in adolescence. *Child Development*, 66, 793-811.
- Galassy, M. D., Galassi. J. P. (1978). Assertion: a critical review. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 16-29.
- Gímenez, G. (1996). *La identidad social o retorno del sujeto*. En: identidad III Coloquio Paul Kirshhoff. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, DGAPA.
- Gayle, B., y Davies, D. (1987). Teen contraception: a review of perspectives compliance. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 4, 337-369.
- García-Sainz, M y Gil, F. (1992). *Conceptos, supuesto y modelo explicativo de las habilidades sociales*. En Gil, F., León, J., y Jarana, L. (Coords.). *Habilidades Sociales y Salud*. Pirámide: Madrid.
- Gayle, B., y Davies, D. (1987). Teen contraception: a review of perspectives compliance. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 4, 337-369.
- Gil, F., y León, J. (1998). *Teoría, investigación e intervención*. Gil, F., y León, J. (Eds.). Síntesis: Madrid.

- Givaudan, M., Saldivar, A., Ramón, J., Martínez, A., y PicK, S. (1995). Nuevas estrategias de prevención del SIDA. Los asesores juveniles. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 1, 11, 41-56.
- Glasgow, R. E., y Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. *Behavior Therapy*, 6, 488-498.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday Anchor.
- Gold, S., Letourneau, E., y O' Donohue, W. (1995). Sexual interaction skills. En W. O' Donohue (comp.). *Handbook of Psychological Skills Training: Clinical Techniques and Applications*, New York, Stanford University, 229-246.
- Gollwitzer, P. (1990). *Action phases and mind sets*. En E.T. Higgins y R.M. Sorrentino (Eds.). *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior*, 2. New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. (1996) the volitional benefits of planning , en P. Gollwitzer y L.A. Bargh (Eds.). *The Psychology of the action . Linking Cognition and motivation behavior*. New York: Guilford Press.
- Gómez, C., Hernández, M., y Faigales, B. (1999). Sex in the new world: An empowerment model for HIV prevention in latina immigrant women. *Health Education & Behavior*, 26, 2, 200-212
- González, L., y Gutiérrez, M. G. (1988). Cambio de actitud hacia la sexualidad a través de un programa de orientación sexual y planificación familiar en una comunidad marginada urbana. *La Psicología social en México*, 2, 350-356.
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., y Boyd, C. (2000). The adolescent risk-taking questionnaire: development and psychometric evaluation. *Journal of Adolescent Research*, 15, 2, 231-250.
- Harvey, S. M., Beckman, L. J., Browner, C., y Sherman, C. (2002). Relationship power, decision making, and sexual relations: an exploratory study with couples of mexican origin. *Sex Research*, 39, 2, 325-330.
- Hays y Peterson, 1994; Harvey, Beckman, Broener y Sherman, 2002; Huerta-Franco, R. (1999). Factors associated with the sexual experiences of underprivileged mexican adolescents. *Adolescence*, 41, 119-125.

- Hersen, M., y Bellack, A. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: rationale, research findings, and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 559-580.
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31, , 170-178.
- Hovell, M. F., y Hillman, E. R. (1994). A behavioral-Ecological model of adolescent sexual development: a template for AIDS prevention. *Sex Research*, 31, 4, 267-282.
- Hovell, M. F., Blumberg, E. J., Liles, S., Powell, L., y Morrison, T. C. (2001). Training AIDS and anger prevention social skills in at-risk adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 79, 3 347-356.
- Hovell, M. F., Blumberg, E., Sipan, C., Hofstetter, C. R., Burkham, S., Atkins, C., y Felice, M. (1998). Skills training for pregnancy and AIDS prevention in anglo and latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 23,3, 139-149.
- Huerta-Franco, R. (1999). Factors associated with the sexual experiences of underprivileged mexican adolescents. *Adolescence*, 41, 119-125.
- Huerta-Franco, R., Díaz de Leon, J., y Malacara, J. M. (1996). Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and others factors. *Adolescence*, 31, 179-191.
- Hulton, L. J. (2001). The application of transtheoretical model of change to adolescent sexual decision-making. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 95-115.
- Ibáñez B. B. (1999). Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia. En C. Stern (comp.), *Sexualidad y Adolescencia*, COLMEX, México, 59-71.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2000). *Encuesta Nacional de Juventud*. Centro de Investigaciones y Estudios Sobre la Juventud, México.
- Jaccard, J., y Dittus, P. (2000). The adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health*, 90, 9, 1426-1430.

- Jaccard, J., Dittus, P., y Gordon, V. (2000). Parent-Tenn Communication about Premarital Sex: Factors Associated with the Extent of Communication. *Journal of Adolescent Research*, 15, 2, 187-208.
- Jannis, I. L., y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel y Collier Macmillan.
- Jemott III, L. S., Jemott, J. B., y Fong, Y. (1992). Increasing condom-use among sexually active black adolescent women. *Nursing Research*, 41, 5, 273-279.
- Jemott III, L. S., Jemott, J. B., y Fong, Y. (1998). Abstinence interventions for african american adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Medical American Association*, 279, 1529-1536.
- Kalichman, S. C., Cherry, Ch., Browne-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video based motivational skills building HIV risk reduction intervention for inner city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 959-966.
- Kalichman, S. C., Hunter, T. I., Kelly, J. A. (1992). Perceptions of AIDS among minority and nonminority women at risk for HIV infection, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 5, 725-732.
- Katz, E. C., Fromme, K., D' Amico, E. J. (2000). Effects of outcome expectancies and personality on young adults' illicit drug use, heavy drinking, and risky sexual behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 1, 1-22.
- Kelly, E. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Biblioteca de Psicología Bilbao: España.
- Kelly, J. A., y Murphy, D. (1997). Randomized, controlled, community -level HIV- prevention intervention for sexual risk behavior. *Lancet*, 350, 1490-1500.
- Kelly, J. A., Murphy, D., Sikkema K. J., Kalichman, S. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: new priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 10, 1023-1034.
- Kelly, J., St. Lawrence, J., y Brasfield, T. (1991). Predictors of vulnerability to AIDS Risk behavior relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 163-166.

- Kelly, J., St. Lawrence, J., Hood, H., y Brasfield, T. (1989). Behavioral Intervention Reduce AIDS Risk Activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 1, 60-67.
- Kelly, J., St Lawrence, J., Díaz, Y., Stevenson, Y., Hauth, A., Brasfield, T., Kalichman, S., y Andrew, M. (1991). HIV Risk behavior intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 81, 168-171.
- Kelly, J., St Lawrence, J., Díaz, Y., Stevenson, Y., Hauth, A., Kalichman, S., Díaz, Y., Brasfield, T., Koob, J., y Moorgan, M. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in the three cities. *American Journal of Public Health*. 82, 1483-1489.
- Kavale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research Interviewing*. Newbury Park: Sage.
- Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing". *Journal of Sex Research*, 29, 2, 23-36.
- Kirby, D. (2000). The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29, 100-108.
- Kimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Soler, J. (Trad.). Ariel: Barcelona.
- Kiesler, D. J. (1982). *Interpersonal theory for personality and psychotherapy*. En J.C. Anchin y D. J. Kiesler (Eds.). Handbook of interpersonal psychotherapy. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Kothick, B., Shaffer, A., Forehand, R., y Miller, K. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21, 4, 493-519.
- Krippendorff, L. (1990). *Análisis de Contenido*. Fondo de Cultura Económica: México.
- LaBrie, J. (2000). Sexual risk behaviors and alcohol: higher base rates revealed using the unmatched-count technique. *Journal of Sex Research*, 23, 4, 23-27.
- Landau J. (2000). Familiar conation and sexual risk behavior: implications from prevention. *Sexual Research*, 26, 4, 125-143.

- Langer, L. M., y Tubman, J. G. (1997). Risky sexual behavior among substance-abusing adolescents: psychosocial and contextual factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 2, 315-322.
- Langer, L. M., y Werheit, G. (1992). The pre-adult health decisions-making model: linking decision-making directness/orientation to adolescence health related attitudes and behaviors. *Adolescence*, 27, 919-948.
- Langer, L. M., Werheit, G., y Perez, L. (2001). Correlates and predictors of risky sexual practices among multi-racial/ethnic sample of university students. *Social Behavior and Personality*, 29, 2, 133-144.
- Langer, L. M. Zimmerman, R., y Katz, J. (1994). Differences between perceptions of prevention pregnancy and AIDS. *Family Planning Perspectives*, 26, 154-159.
- Laub, C., Somera, D. M., Gowen, K., y Díaz, R. M. (1999). Targeting "risky" gender ideologies: constructing a community-driven, theory-based HIV prevention intervention for youth. *Health Education and Behavior*, 26, 2, 185-199.
- Lassonde, L. (1997). *Los desafíos de la demografía en el siglo XXI*. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM: México
- Leigh, B. y Stall, R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: issues in methodology, interpretation and prevention. *American Psychologist*, 48, 10, 1035-1045.
- León, J., y Medina, S. (1998). *Aproximación conceptual a las habilidades sociales*. En Teoría, investigación e intervención. Gil, F., y León, J. (Eds.). Síntesis: Madrid.
- Levinson, R., Wan, C., Beamer, L. (1998). The contraceptive self-efficacy scale: analysis in four samples. *Journal of Youth Adolescence*, 27, 6, 773-793.
- Libert, J., y Lewinson, T. (1973). The concept of social skills training for schizophrenics individuals at risk relapse. *American Journal of Psychiatry*, 43, 4, 523-526.

- Lock, S. y Ferguson, S. (1998). Communication of sexual risk behavior among late adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 3, 273-295.
- Mayfield, E. (2000). Adolescents' knowledge and beliefs about pregnancy: the impact of "ENABL". *Adolescence*, 29, 113, 13-26.
- Mays, V., y Cochran, S. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and hispanic/latina women. *American Psychologist*, 43, 11, 949-957.
- McFall, R. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McKusick, L., Wiley, J., Coates, T. J., y Morin, S. F. (1986). *Predictors of AIDS behavioral risk reduction: The AIDS behavioral research project*. Presentación en Nueva Zelanda, Undación para el trabajo de prevención.
- Mead, M. (1939). En Kimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Soler, J. (Trad.). Ariel: Barcelona.
- Mead, M. (1950). Kimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Soler, J. (Trad.). Ariel: Barcelona.
- Meier, V., y Hope, D. (1998). Assessment of social skills. En *Behavioral Assessment*. A. S. Bellack y Hrsersen, M. (Eds.). USA.
- Mejía, M. C., y Careaga, G. (1998). Concepciones alternativas sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción y aborto. En ética y salud reproductiva. G. Careaga, J. G. Figueroa y M. C. Mejía (Comps.). Porrúa: México.
- Miller, B. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *Journal of Sex Research*, 39, 1, 80-87.
- Miller, B., Bayley, B., Christensen, M., Leavitt, S., Coyl, D. (2003). Adolescent pregnancy and childbearing. *Handbook of adolescence*, G. R. Adam y M. D. Berzonsky (Coords). USA: Blackwell.

- Mishel, M. H. (1978). Brief reports: Assertion training with handicapped persons. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 3, 238-241.
- Mize, S., Robinson, B., Bocking, W., Scheltema, K. (2002). Meta-analysis of effectiveness of HIV prevention interventions for women. *AIDS Care*, 14, 2, 163-180.
- Moore, S., y Rosenthal, D. (1995). *Sexuality in adolescence*. Routledge: London.
- Morrison, D. (1985). Adolescent contraceptive behavior: a review. *Psychological Bulletin*, 98, 538-568.
- Morrison, D., Baker, S. A., y Gillmore, (1994). Sexual risk behavior, Knowledge, and condom use among adolescents in juvenile detention. *Journal of Youth & Adolescence*, 23, 2, 271-188.
- Moscoso A, M., Rosario, R., y Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿cuál es el riesgo de contraer VIH?. *Revista Interamericana de Psicología*. 35, 2, 79-91.
- Murphy, D., Durako, S., Moscicki, A., Vermund, S., Ma, Y., Scharz, D., Muenz, L., y The Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. (2001). No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *Journal of Adolescents Health*, 298, 57-63.
- Nagy, S., Watts, G., y Nagy, C. (2002). Coital status and perceptions about sexual abstinence refusal skills. *Journal of Adolescent Health*, 31, 79-83.
- Nangle, D., y Hansen, D. (1998). Adolescent heterosocial competence revisited: implications of and expanded conceptualization for prevention of high-risk sexual interactions". *Education and Treatment of Children*, 21, 4, 431-442.
- Nangle, D., y Hansen, D. (1993). Relations between social skills and high-risk sexual interactions among adolescents: current issues and future interactions. *Behavior Modification*, 12, 2, 113-135.
- O' Donnell, L., Stueve, A., Sandoval, A., Duran, A., Haber, D., Atnafou, R., Jonson, N., Grant, U., Murria, H. Juhn, G., Tang, J., y Piessens, P. (1999). The effectiveness of the research for health community youth service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. *American Journal of Public Health*, 89, 2, 176-182.

- Oficina de Censos de Estados Unidos. (2000). *International Programs Center*. International Data Base. (IDB).
- Organización Internacional del Trabajo. (2000). *El trabajo infantil: lo intolerable en punto de mira*. Conferencia internacional del trabajo 86ª reunión. 5º Informe, Alfa-Omega: México.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Unidad técnica de Adolescencia.
- Ortega, F., Fagoaga, C., García, A., Del Río, P. (1993). *La flotante identidad sexual: la construcción del género en la vida cotidiana*. Comunidad de Madrid: Madrid.
- Pacifici, C., Stoolmiller, M., y Nelson, C. (2001). Evaluating a prevention program for teenagers on sexual coercion: a differential effectiveness approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 3, 552-559.
- Palacios, D. J., y Andrade, P. P. (2006). Estilos parentales y conducta sexual de riesgo en adolescentes. En R. Sánchez., R. Díaz-Loving., y S. Rivera, (eds.). *La Psicología Social en México*, vol. 2, pp.775-781.
- Pedrosa, L, y Vallejo, A. (2000). Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas. *Salud Reproductiva y Sociedad*. En C. Stern y C. J. Echarri (comps.), El Colegio de México: México.
- Pernat, M. (2003). Desarrollo adolescente. En *La adolescencia en el siglo XXI*. M. Pernat. (Coord.). UOC: Barcelona.
- Petersen, A., Leffert, N., Gram, B., Alwin, J., Shuai, D. (1997). *Promoting mental health during the transition into de adolescence*. En health and Risk developmental transition during adolescence. Cambridge University Pres: England.
- Pick, S., Andrade, P., y Álvarez, M. (1990). Estudio preliminar sobre el SIDA y enfermedades sexualmente transmisibles en farmacias de la ciudad de México. *La Psicología Social en México*, 3, 310-315.

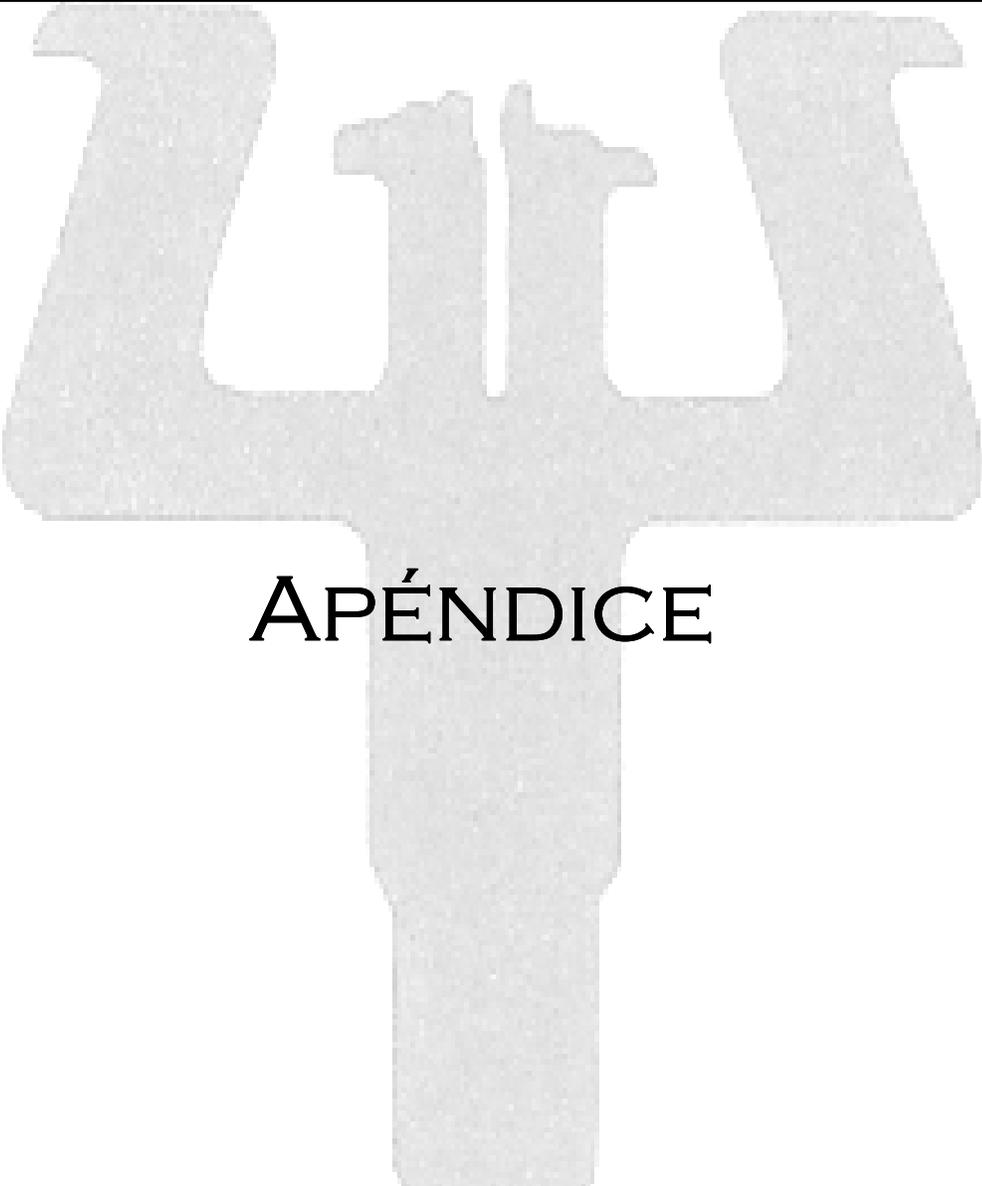
- Pick, S., Andrade, P., y Díaz. R. (1988). Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años que han y no han tenido debut sexual. *La Psicología Social en México*, 2, 322-327.
- Pick, S., Díaz, R., y Andrade, P. (1988). Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales. *La Psicología Social en México*, 2, 312-321.
- Phillips, E. (1978). *The social skills basis of psychopathology*. En Grune, T., y Straton, B. (Eds.): New York.
- Pillai, V. K. y Barton, T. R. (1999). Sexual activity among zambian female teenagers: the role of interpersonal skills. *Adolescence*. 34, 134, 381-387.
- Pomeratz, A., y Ferh, B. J. (2001). *Análisis de la conversación enfoque del estudio de la acción social como prácticas de producción de sentido*. En El discurso como interacción social. (Van, T. Comp.), Serie Cla-De-Ma Lingüística y análisis del discurso. Gedisa: España.
- Ponton, L. (1998). The romance of the risk: risk-taking by teenagers. En http://www.findarticles.com/cf_0/m0838/1998_sept/54308989/printjhtml.
- Powell, M. (1985). *La psicología de la adolescencia*. Fondo de Cultura económica: México.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2ª Ed). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., y Diclemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., y Diclemente, C. C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P.M. Millar (Eds.). *Training addictive behavior: Process of change*, 3-27. New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., y Diclemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow-Jones/Irwin
- Reyes, I. (1990). Actitudes hacia el SIDA entre jóvenes universitarios. *La Psicología Social en México*, 3, 316-319.

- Román, R., Carrasco, E., Valdez, E, y cubillas, J. (2000). Noviazgo y embarazo: Una mirada a las trayectorias del amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas. *Salud Reproductiva y Sociedad*. En C. Stern y C. J. Echarri (comps.), El Colegio de México: México.
- Roper, W. L. Peterson, H. B. y Curran, J. W. (1993). Commentary: condoms and HIV/STD prevention, clarifying the message. *American Journal of Public Health*, 88, 4 501-503.
- Rosenblum, G. D., y Lewis, M. (2003). Emotional development in adolescence. En *Handbook of adolescence*, G. R. Adam y M. D. Berzonsky (Coords). USA: Blackwell.
- Rosengard, C., Adler, N., Gurvey, J., Miranda, B. V., Tschann, J. M., Millstein, S. G. y Ellen, J. M. (2001). Protective role of health values in adolescents' future intentions to use condoms. *Journal of Adolescent Health*, 29, 200-207.
- Rosenthal, D., Moore, S., y Flynn, I (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem, and sexual risk-taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 77-88.
- Rosentock, I. M., Strecher, V. J., y Becher, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En R. DiClemente y J. Peterson (comp.), *Preventing AIDS Theories and Methods of behavioral interventions*, 25-59, New York: Plenum Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice Hall, New York.
- Ruiz, O. J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao
- Safran, J.D. ((1990). Towards refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: L. Theory. *Clinical Psychological Review*, 10. 87-106.
- Santelli, J. S., Leah, R., Brener, N., y Lowry, R. (2001). Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors. *Family Planning Perspectives*, 33, 5, 200-205
- Sanderson, C. A. (2000). The effectiveness of a sexuality education newsletter in influencing teenagers' knowledge and attitudes about sexual involvement and drug use. *Journal of Adolescent Research*, 15, 6, 674-681.
- Schlosser, R. (1988). Proyecto sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes mexicanos. Embarazos no esperados y el uso de la anticoncepción. *La Psicología social en México*. 2, 378-383.
- Schrader, E. (1988). Proyecto sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes mexicanos. Concordancia y congruencia de la comunicación. . *La Psicología social en México*. 2, 384-389.

- Secretaría de Salud y CONASIDA. (2005). Referentes de casos y estimados de incidencias en México, *Publicación en [http:// www.ssa.conasida.org/publicaciones.html/2005](http://www.ssa.conasida.org/publicaciones.html/2005)*.
- Secord, P., y Backman, C. (1976). *Psicología Social*. Mc Graw-Hill: México.
- Seidler, V. (2000). *Conclusión masculina, poder y modernidad*. En la sin razón masculina. Masculinidad y Teoría Social. Valdés, T y Olavaria, J. (Eds.). FLACSO y UNFPA: Chile.
- Seidler, V. (2000). La masculinidad. En: la sinrazón masculine. Masculinidad y teoría social. PUEG-UNAM y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Paidós Género y Sociedad: México.
- Shafer, M. A., y Boyer, Ch. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *Journal of Pediatrics*, 119, 826-833.
- Schlenker, B. R., y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641, 669.
- Shinke, S. P., y Gordon, A. (1992). Innovative Approaches to interpersonal skills training for minority adolescents. En R. DiClemente (comp.), *Adolescents and AIDS a Generation Jeopardy*, 89-116, CA: Sage Publications.
- Somlai, A. M., Kelly, J., Heckman, T., Hackl, K., Runge, L., y Wright, C. (2000). Life optimism, substance use, and AIDS- specific attitudes associated with HIV risk behavior among disadvantaged innercity women. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 9, 10, 1101-1111.
- Sprafkin, R., Gershaw, J., y Goldstein, A. (1993). *Social Skills for mental health: a structure learning approach*. Ally y Bacon (Eds.), Estados Unidos de América.
- Stanley, H. (1940). Kimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Soler, J. (Trad.). Ariel: Barcelona.
- Stern, C., y Medina, G. (1999). *Adolescencia y Salud en México*. COLMEX: México.
- Tolvert, K. (2001). La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. *Revista Psicología*, 17, 7-14.

- Torres, K., y Díaz-Loving, R. (1999). *Un modelo integral predictivo del uso del condón*. En Díaz-Loving, R y Torres, K., (coord.). *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*, Porrúa, México.
- Trower, P. (1982). *Towards a generative model of social skills: a critique and synthesis*. En J. P. Curran y P.M. Monti (Eds.). *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Trower, P. (1995). Adult social skills: state of the art and future directions. En W. O' Donohue (comp.), *Handbook of Psychological Skills Training: Clinical Techniques and Applications*, New York, Stanford University, 54-80.
- Trower, P., y Turland, D. (1984). *Social phobia*. En S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Press.
- Trujillo, E. (2000). Importancia de los aspectos de sexualidad en jóvenes chiapanecos. En E. Trujillo, H. Morales, y M. A. Argüello. *Adolescentes y Sexualidad en Chiapas*. Cuadernos de Ciencias: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Tschann, J. (2002). Interparental conflict and risk behaviors among mexican-american adolescents: a cognitive-emotional model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 4, pp. 45-58.
- Ulin, P. R. (1992). African women and AIDS: negotiating behavioral change. *Journal of Social Science Medicine*, 34, 1, 63-73.
- Villagrán V. G. (1993). *Hacia un modelo predictivo de la percepción del riesgo*. Tesis de maestría no publicada. *Universidad Nacional Autónoma de México*, México.
- Villagrán, G., Cubas, E., Díaz-Loving R., y Camacho, M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción del riesgo en estudiantes. *La Psicología Social en México*, 3, 305-309.
- Wallace, C. J. (1982). The social skills training Project of the mental health clinical research center for the study of schizophrenia. En J. P. Curran y P. M. Monti (Eds.). *Social Skills training with schizophrenic patients*. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- Werner-Wilson, R. J. (1998). Gender differences in adolescent sexual attitudes: the influence of individual and family factors. *Adolescence*, 23, 95, 131-136.

- Wingood, G., y Di Clemente, R. (1998). Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young adult african-american women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 1, 29-51.
- Wislar, J. S., y Fendrich, M. (2000). Can-self-reported drug use data be used to assess sex risk behavior in adolescents? *Archives of Sexual Behavior*, 29, 1, 77-89.
- Whitaker, D., y Miller, K. (2000). Parent-Adolescence discussion about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescence Research*, 15, 2, 251-271.
- Wolff, B., Blanc, A., y Gage, A. (2000). "Who decides? Women's status and negotiation of sex in Uganda". *Culture, Health & Sexuality*, 2, 3. pp. 303-322.
- Young, T. (2001). *Adolescence internal poverty and teen pregnancy*. En <http://www.findarticles.com/m2248/142-36/792511799/p1/article.html/>.
- Zimmerman, R., Langer, L. M. (1995). Improving estimates of prevalence rates of sensitive behaviors: the randomized technique and consideration of self-reported honesty. *Journal of Sex Research*, 32, 2, 107-118.

A large, light gray watermark logo is centered on the page. It features a stylized, symmetrical design with a central vertical stem and two large, curved, wing-like or branch-like structures extending outwards from the top. The word "APÉNDICE" is printed in a black, serif font across the middle of the logo.

APÉNDICE

APÉNDICE

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

VARIABLES	MUJERES		VARONES	
<i>AÑO ESCOLAR</i>	DEBUT N=129	NO DEBUT N=301	DEBUT N=271	NO DEBUT N=161
PRIMERO	30%	45%	38%	58%
SEGUNDO	35%	31%	30%	18%
TERCERO	35%	24%	32%	24%
<i>DISTRIBUCIÓN POR TURNOS</i>	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
MATUTINO	35%	69%	45%	67%
VESPERTINO	65%	31%	55%	33%
<i>OCUPACIÓN EN EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR</i>	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO	72%	80%	52%	67%
ESTUDIANTE MEDIO TIEMPO	16%	12%	29%	23%
NO ESTUDIANTE	12%	8%	19%	10%
<i>PADRES</i>	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
TIENES MAMÁ	93%	97%	94%	98%
TIENES PAPÁ	77%	88%	85%	86%
PADRES SEPARADOS	36%	64%	20%	80%
<i>CON QUIÉN VIVES</i>	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
AMBOS PADRES	62%	77%	68%	78%
SÓLO MADRE	22%	16%	17%	14%
SÓLO PADRE	2%	2%	5%	2%
PARTE CON MADRE Y PARTE CON PADRE	2%	1%	2%	3%
MADRE Y SU PAREJA ACTUAL	5%	2%	1%	3%
PADRE Y SU PAREJA ACTUAL	1%	1%	1%	0
ABUELOS	2%	0	1%	0
HERMANOS	1%	1%	1%	0
TÍOS	1%	0	1%	0
OTROS	2%	0	3%	0

ESCOLARIDAD MAMÁ	MUJERES		VARONES	
	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
SIN EDUCACIÓN FORMAL	5%	5%	3%	2%
ESCUELA PRIMARIA	33%	30%	23%	30%
SECUNDARIA O EQUIVALENTE	26%	27%	33%	31%
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	10%	16%	21%	15%
ESCUELA TÉCNICA O EQUIVALENTE	12%	11%	7%	9%
UNIVERSIDAD O EQUIVALENTE	6%	6%	10%	10%
POSGRADO	4%	4%	2%	2%
OTRO	4%	4%	1%	1%
ESCOLARIDAD PAPÁ	MUJERES		VARONES	
	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
SIN EDUCACIÓN FORMAL	3%	3%	3%	3%
ESCUELA PRIMARIA	29%	26%	14%	21%
SECUNDARIA O EQUIVALENTE	29%	26%	31%	30%
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	15%	23%	20%	14%
ESCUELA TÉCNICA O EQUIVALENTE	5%	2%	4%	9%
UNIVERSIDAD O EQUIVALENTE	9%	12%	15%	18%
POSGRADO	4%	4%	6%	2%
OTRO	6%	4%	7%	3%
DISTRIBUCIÓN POR EDAD	MUJERES		VARONES	
	DEBUT	NO DEBUT	DEBUT	NO DEBUT
14	1%	5%	1%	4%
15	6%	26%	10%	25%
16	19%	28%	15%	22%
17	26%	26%	27%	30%
18	12%	8%	19%	12%
19	21%	2%	14%	4%
20	9%	3%	6%	2%
21	4%	1%	4%	1%
22	2%	0	2%	0
23	0	1%	1%	0
24	0	0	1%	0

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, Y DROGAS ILÍCITAS DIFERENCIAS EN MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAS CONSUMIDO:	MUJERES DEBUT VS. <i>NO DEBUT</i>									
CANTIDAD	0 CAJETILLAS		1-3 CAJETILLAS		4-6 CAJETILLAS		7-9 CAJETILLAS		10 O MÁS CAJETILLAS	
TABACO	40.3%	79.4%	29.5%	15%	12.4%	3.7%	7.8%	1.3%	10.1%	0.7%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
ALCOHOL (HASTA EMBORRACHARME)	77%	46%	1.9%	30%	3.3%	12%	0.3%	2%	0.3%	10%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
MARIHUANA	85%	97.7%	11%	1%	2%	1%	1%	0.3%	1%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
COCAÍNA	92%	99%	2%	0.5%	0%	0.5%	0%	0%	0%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
PIEDRA	97%	99%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
ÉXTASIS	97%	99%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
HEROÍNA	99%	99%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
ÉTER, CEMENTO, TINER, ACETONA	99%	99%	1%	0.5%	0%	0.5%	0%	0%	0%	0%
CANTIDAD	0 VECES		1-3 VECES		4-6 VECES		7-9 VECES		10 O MÁS VECES	
OTRO ALUCINÓGENO	99%	99%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

**CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, Y DROGAS ILÍCITAS DIFERENCIAS EN
HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL**

REACTIVOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAS CONSUMIDO:	HOMBRES DEBUT VS. <i>NO DEBUT</i>									
	0 CAJETILLAS		1-3 CAJETILLAS		4-6 CAJETILLAS		7-9 CAJETILLAS		10 O MÁS CAJETILLAS	
TABACO	49%	79%	23%	13%	7%	3%	1%	2%	20%	3%
ALCOHOL (HASTA EMBORRACHARME)	39%	76%	29%	20%	11%	1%	6%	1%	15%	3%
MARIHUANA	84%	98%	7%	1%	3%	0%	1%	0%	5%	1%
COCAÍNA	93%	98%	4%	2%	1%	0%	1%	0%	1%	0%
PIEDRA	95%	99%	4%	1%	0.5%	0%	0.5%	0%	0%	0%
ÉXTASIS	95%	99%	3%	1%	1%	0%	0.5%	0%	0.5%	0%
HEROÍNA	99%	99%	0.5%	1%	0%	0%	0.5%	0%	0%	0%
ÉTER, CEMENTO, TINER, ACETONA	98%	97%	1%	2%	0.5%	1%	0%	0%	0.5%	0%
OTRO ALUCINÓGENO	97%	98%	2%	1%	0.5%	1%	0.5%	0%	0%	0%

DOMINIO INDIVIDUAL

**FRECUENCIA DE REACTIVOS DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTOS DEL RIESGO EN MUJERES
DIFERENCIAS POR DEBUT Y NO DEBUT SEXUAL**

REACTIVOS	MUJERES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CONOCE	NO CONOCE	CONOCE	NO CONOCE
1)AL TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE HA TENIDO MUCHAS PAREJAS SEXUALES, SE TIENE EL RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH O ALGUNA OTRA ITS	88%	12%	96%	4%
2)AL TENER SEXO ORAL CON LA PAREJA SE TIENE CONSECUENCIAS EN LA SALUD, COMO EL CONTAGIO DE ALGUNA ITS HACIA LA PERSONA QUE LO PRACTICA	51%	49%	45%	55%
3)EN EL SEXO ANAL SÓLO LA PERSONA RECEPTIVA ES QUIEN PUEDE CONTAGIARSE DE ALGUNA INFECCIÓN	58%	42%	56%	44%
4)EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EXISTE EL RIESGO DE EMBARAZARSE O DE CONTAGIARSE DE ALGUNA INFECCIÓN	87%	13%	89%	11%
5)CUANDO UNA PERSONA TIENE ALGUNA ITS ES POSIBLE QUE CONTAGIE A OTRA(S) SI LA(S) BESA	14%	86%	8%	92%
6) HAY RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH CUANDO TIENEN RELACIONES CON PERSONAS QUE USAN DROGAS INYECTABLES	64%	36%	62%	38%
7)EL COITO INTERRUPTIDO DISMINUYE EL RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH O ITS	69%	31%	51%	49%
8)LAS PERSONAS QUE NADA EN ALBERCAS PÚBLICAS PUEDEN CONTRAER VIH O ALGUNA OTRA ITS	72%	28%	65%	35%
9)TOMAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS ANTES DE UNA RELACIÓN SEXUAL PREVIENE EL VIH O ALGUNA OTRA ITS	87%	13%	77%	23%
10)SÍ UNA PERSONA ENTRA A UN BAÑO DESPUÉS DE QUE ALGUIEN CON ALGUNA ITS O VIH LO UTILIZÓ SE PODRÍA CONTAGIAR	54%	46%	51%	49%

FRECUENCIA DE REACTIVOS DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTOS DEL RIESGO EN HOMBRES
DIFERENCIAS POR DEBUT Y NO DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	VARONES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CONOCE	NO CONOCE	CONOCE	NO CONOCE
1)AL TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE HA TENIDO MUCHAS PAREJAS SEXUALES, SE TIENE EL RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH O ALGUNA OTRA ITS	96%	4%	94%	6%
2)AL TENER SEXO ORAL CON LA PAREJA SE TIENE CONSECUENCIAS EN LA SALUD, COMO EL CONTAGIO DE ALGUNA ITS HACIA LA PERSONA QUE LO PRACTICA	66%	34%	50%	50%
3)EN EL SEXO ANAL SÓLO LA PERSONA RECEPTIVA ES QUIEN PUEDE CONTAGIARSE DE ALGUNA INFECCIÓN	75%	25%	64%	36%
4)EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EXISTE EL RIESGO DE EMBARAZARSE O DE CONTAGIARSE DE ALGUNA INFECCIÓN	88%	12%	88%	12%
5)CUANDO UNA PERSONA TIENE ALGUNA ITS ES POSIBLE QUE CONTAGIE A OTRA(S) SI LA(S) BESA	17%	83%	12%	88%
6) HAY RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH CUANDO TIENEN RELACIONES CON PERSONAS QUE USAN DROGAS INYECTABLES	71%	39%	70%	30%
7)EL COITO INTERRUPTO DISMINUYE EL RIESGO DE CONTAGIARSE DE VIH O ITS	69%	31%	60%	40%
8)LAS PERSONAS QUE NADA EN ALBERCAS PÚBLICAS PUEDEN CONTRAER VIH O ALGUNA OTRA ITS	67%	33%	68%	32%
9)TOMAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS ANTES DE UNA RELACIÓN SEXUAL PREVIENE EL VIH O ALGUNA OTRA ITS	90%	10%	80%	20%
10)SI UNA PERSONA ENTRA A UN BAÑO DESPUÉS DE QUE ALGUIEN CON ALGUNA ITS O VIH LO UTILIZÓ SE PODRÍA CONTAGIAR	61%	39%	59%	41%

FRECUENCIA DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE CREENCIAS QUE FAVORECEN EL RIESGO EN LA PRÁCTICA SEXUAL DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CREE	NO CREE	CREE	NO CREE
1)ES MÁS POPULAR QUIEN TIENE RELACIONES SEXUALES	9%	91%	8%	92%
2)ES VISIBLE, FÍSICAMENTE, CUANDO UNA PERSONA TIENE RELACIONES SEXUALES	20%	80%	16%	84%
3)LAS MUJERES INSEGURAS SON QUIENES TIENE MÁS PROBABILIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES	48%	52%	21%	79%
4)LOS HOMBRES QUE SE CONSIDERAN "MACHISTAS" ES MENOS PROBABLE QUE SE PROTEJAN DURANTE SUS RELACIONES SEXUALES	83%	17%	85%	15%
5)A SIMPLE VISTA TEDAS CUENTA SI UNA PERSONA TIENE ALGUNA ITS O VIH	5%	95%	7%	93%
6)TOMAR ALCOHOL O DROGAS GENERA MAYOR PLACER ENANA RELACIÓN SEXUAL	17%	83%	14%	86%
7)LOS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES SIN EL USO DEL CONDÓN SON MÁS IMPORTANTES QUE AQUELLOS QUE NO LAS HAN TENIDO	2%	98%	3%	97%
8)UNA MUJER REBELDE MÁS FÁCILMENTE SE EMBARAZARÁ O ADQUIRIRÁ ALGUNA ITS O VIH	50%	50%	48%	52%
9)UNA PERSONA AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES PIENSA EN PROTEGERSE	47%	53%	53%	47%
*10)ES CONVENIENTE QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	33%	67%	12%	88%
*11)MI MAMÁ ACEPTA QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	22%	78%	13%	87%
*12)MI PAPÁ ACEPTA QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	16%	84%	9%	91%

*LOS REACTIVOS SUBRAYADOS PERTENECEN AL INDICADOR DE PERMISIVIDAD DE PADRES E HIJOS A TENER VIDA SEXUAL ACTIVA

FRECUENCIA DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE CREENCIAS QUE FAVORECEN EL RIESGO EN LA PRÁCTICA SEXUAL DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	VARONES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CREE	NO CREE	CREE	NO CREE
1)ES MÁS POPULAR QUIEN TIENE RELACIONES SEXUALES	20%	80%	14%	86%
2)ES VISIBLE, FÍSICAMENTE, CUANDO UNA PERSONA TIENE RELACIONES SEXUALES	21%	79%	24%	76%
3)LAS MUJERES INSEGURAS SON QUIENES TIENE MÁS PROBABILIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES	53%	47%	62%	38%
4)LOS HOMBRES QUE SE CONSIDERAN “MACHISTAS” ES MENOS PROBABLE QUE SE PROTEJAN DURANTE SUS RELACIONES SEXUALES	79%	21%	84%	16%
5)A SIMPLE VISTA TEDAS CUENTA SI UNA PERSONA TIENE ALGUNA ITS O VIH	7%	93%	8%	92%
6)TOMAR ALCOHOL O DROGAS GENERA MAYOR PLACER ENANA RELACIÓN SEXUAL	20%	80%	8%	92%
7)LOS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES SIN EL USO DEL CONDÓN SON MÁS IMPORTANTES QUE AQUELLOS QUE NO LAS HAN TENIDO	3%	97%	4%	96%
8)UNA MUJER REBELDE MÁS FÁCILMENTE SE EMBARAZARÁ O ADQUIRIRÁ ALGUNA ITS O VIH	56%	44%	66%	34%
9)UNA PERSONA AL MOMENTO DE TENER RELACIONES SEXUALES PIENSA EN PROTEGERSE	55%	45%	49%	51%
*10)ES CONVENIENTE QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	57%	43%	28%	72%
*11)MI MAMÁ ACEPTA QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	49%	51%	22%	78%
*12)MI PAPÁ ACEPTA QUE LAS Y LOS JÓVENES DE MI EDAD TENGAN RELACIONES SEXUALES	53%	47%	3%	97%

*LOS REACTIVOS SUBRAYADOS PERTENECEN AL INDICADOR DE PERMISIVIDAD DE PADRES E HIJOS A TENER VIDA SEXUAL ACTIVA

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE CREENCIAS DEL USO DEL CONDÓN DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CREE	NO CREE	CREE	NO CREE
	1) ES NECESARIO USAR CONDÓN AÚN CUANDO EXISTA CONFIANZA EN LA PAREJA.	94%	6%	94%
2) USAR EL CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL BRINDA PROTECCIÓN ALAS PERSONAS TANTO DE UN EMBARAZO COMO DE ADQUIRIR ITS O VIH.	95%	5%	97%	3%
3) EL CONDÓN ES CARO POR LO QUE ES MEJOR UTILIZAR OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO	87%	13%	83%	17%
4) USAR EL CONDÓN PUEDE HACER PENSAR A MI PAREJA QUE NO LE SOY FIEL.	90%	10%	83%	17%
5) AL USAR CONDÓN LA PAREJA PUEDE PENSAR QUE TENGO VIH U OTRA ITS	90%	10%	82%	18%
6) SE ME HACE DESAGRADABLE PENSAR EN EL USO DEL CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL	93%	7%	92%	8%
7) EL VARÓN QUE UTILIZA EL CONDÓN PIERDE SU "HOMBRÍA".	95%	5%	96%	4%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE CREENCIAS DEL USO DEL CONDÓN DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	VARONES			
	DEBUT		NO DEBUT	
	CREE	NO CREE	CREE	NO CREE
	1) ES NECESARIO USAR CONDÓN AÚN CUANDO EXISTA CONFIANZA EN LA PAREJA.	90%	10%	86%
2) USAR EL CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL BRINDA PROTECCIÓN ALAS PERSONAS TANTO DE UN EMBARAZO COMO DE ADQUIRIR ITS O VIH.	97%	3%	96%	4%
3) EL CONDÓN ES CARO POR LO QUE ES MEJOR UTILIZAR OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO	87%	13%	79%	21%
4) USAR EL CONDÓN PUEDE HACER PENSAR A MI PAREJA QUE NO LE SOY FIEL.	71%	29%	65%	35%
5) AL USAR CONDÓN LA PAREJA PUEDE PENSAR QUE TENGO VIH U OTRA ITS	70%	30%	65%	35%
6) SE ME HACE DESAGRADABLE PENSAR EN EL USO DEL CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL	90%	10%	92%	8%
7) EL VARÓN QUE UTILIZA EL CONDÓN PIERDE SU "HOMBRÍA".	95%	5%	97%	3%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE ORIENTACIÓN AL FUTURO DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) ME SENTIRÍA FRUSTRADO (A) SI DEJARÁ LA ESCUELA POR ALGUNA RAZÓN	12%	7%	19%	23%	12%	11%	57%	59%
2) PREFIERO HACER OTRAS COSAS QUE SEGUIR ESTUDIANDO	75%	83%	20%	13%	2%	2%	3%	2%
3) PARA MI ES PRIORITARIO SEGUIR ESTUDIANDO	8%	4%	2%	1%	2%	0	0	
4) MI ÚNICO PROYECTO ES DISFRUTAR AQUÍ Y AHORA	15%	15%	40%	33%	19%	20%	26%	32%
5) MI FUTURO ES IMPORTANTE POR ESO ASUMO LAS CONSECUENCIAS DE MIS ACTOS	3%	1%	5%	6%	22%	24%	70%	69%
6) TENGO METAS CLARAS DE LO QUE QUIERO HACER EN MI FUTURO	3%	1%	16%	12%	21%	26%	60%	61%
7) PIENSO QUE SI AHORA HAGO LAS COSAS PENSANDO EN MI SALUD MI FUTURO SERÁ EL QUE YO QUIERA	5%	2%	14%	1%	19%	20%	62%	77%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE ORIENTACIÓN AL FUTURO DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	VARONES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) ME SENTIRÍA FRUSTRADO (A) SI DEJARÁ LA ESCUELA POR ALGUNA RAZÓN	15%	10%	21%	23%	17%	12%	47%	55%
2) PREFIERO HACER OTRAS COSAS QUE SEGUIR ESTUDIANDO	60%	63%	35%	28%	3%	5%	2%	4%
3) PARA MI ES PRIORITARIO SEGUIR ESTUDIANDO	4%	7%	8%	14%	20%	33%	69%	46%
4) MI ÚNICO PROYECTO ES DISFRUTAR AQUÍ Y AHORA	20%	20%	39%	38%	16%	15%	25%	27%
5) MI FUTURO ES IMPORTANTE POR ESO ASUMO LAS CONSECUENCIAS DE MIS ACTOS	2%	2%	10%	9%	32%	26%	56%	63%
6) TENGO METAS CLARAS DE LO QUE QUIERO HACER EN MI FUTURO	4%	4%	16%	17%	29%	27%	51%	52%
7) PIENSO QUE SI AHORA HAGO LAS COSAS PENSANDO EN MI SALUD MI FUTURO SERÁ EL QUE YO QUIERA	4%	5%	13%	12%	21%	19%	62%	64%

**FRECUENCIA DE LA ESCALA DE TOMA DE DECISIÓN RACIONAL O DELIBERADA
DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL**

REACTIVOS	MUJERES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) EVALÚO ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS ANTES DE UNA DECISIÓN FINAL	4%	4%	26%	23%	40%	40%	30%	33%
2) PIENSO EN LO QUE PODRÍA SENTIR A FUTURO DESPUÉS DE UNA DECISIÓN FINAL	2%	2%	25%	17%	27%	32%	46%	49%
3) PIENSO EN DISTINTAS OPCIONES CUANDO TOMO UNA DECISIÓN	2%	12%	11%	16%	32%	31%	55%	41%
4) TOMO SOLUCIONES RÁPIDAS Y UNA VEZ TOMADAS PIENSO EN LAS CONSECUENCIAS	25%	23%	41%	39%	19%	20%	15%	18%
5) COMPARO LO POSITIVO Y LO NEGATIVO ENTRE UNA Y OTRA DECISIÓN	5%	2%	17%	17%	25%	35%	53%	46%
6) TOMO DECISIONES PENSANDO EN LAS CONSECUENCIAS QUE TENDRÍA EN MI SALUD	6%	6%	22%	18%	28%	26%	44%	50%

**FRECUENCIA DE LA ESCALA TOMA DE DECISIÓN RACIONAL O DELIBERADA DIFERENCIAS
ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL**

REACTIVOS	HOMBRES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) EVALÚO ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS ANTES DE UNA DECISIÓN FINAL	4%	3%	26%	28%	40%	35%	30%	34%
2) PIENSO EN LO QUE PODRÍA SENTIR A FUTURO DESPUÉS DE UNA DECISIÓN FINAL	2%	2%	25%	25%	27%	26%	46%	47%
3) PIENSO EN DISTINTAS OPCIONES CUANDO TOMO UNA DECISIÓN	2%	1%	11%	17%	32%	33%	55%	49%
4) TOMO SOLUCIONES RÁPIDAS Y UNA VEZ TOMADAS PIENSO EN LAS CONSECUENCIAS	25%	24%	41%	39%	19%	23%	15%	14%
5) COMPARO LO POSITIVO Y LO NEGATIVO ENTRE UNA Y OTRA DECISIÓN	5%	2%	17%	22%	25%	34%	53%	42%
6) TOMO DECISIONES PENSANDO EN LAS CONSECUENCIAS QUE TENDRÍA EN MI SALUD	6%	3%	22%	16%	28%	27%	44%	54%

DOMINIO SOCIAL

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA PRESIÓN DE PARES DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) MIS AMIGOS (AS) SABEN QUÉ HACER EN UNA RELACIÓN SEXUAL Y ME ACONSEJAN ACERCA DE ELLO	36%	56%	46%	35%	4%	4%	12%	5%
2) LA MAYORÍA DE MIS AMIGOS (AS) ME HAN SUGERIDO QUE TANGA RELACIONES SEXUALES	79%	95%	15%	5%	3%	0	3%	0
3) SI TUVIERA RELACIONES SEXUALES SERÍA PORQUE MIS AMIGOS (AS) ME INSISTEN	96%	99%	2%	1%	2%	0	0	0
4) MIS AMIGOS (AS) OPINAN QUE USANDO CONDÓN NO HAY EL MISMO PLACER EN UNA RELACIÓN SEXUAL	40%	66%	33%	26%	17%	5%	10%	3%
5) MIS AMIGOS (AS) RESPETAN MI VIDA SEXUAL	87%	93%	6%	3%	3%	1%	4%	3%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA PRESIÓN DE PARES DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	VARONES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1) MIS AMIGOS (AS) SABEN QUÉ HACER EN UNA RELACIÓN SEXUAL Y ME ACONSEJAN ACERCA DE ELLO	40%	53%	46%	30%	8%	12%	6%	5%
2) LA MAYORÍA DE MIS AMIGOS (AS) ME HAN SUGERIDO QUE TANGA RELACIONES SEXUALES	46%	62%	34%	32%	12%	5%	8%	1%
3) SI TUVIERA RELACIONES SEXUALES SERÍA PORQUE MIS AMIGOS (AS) ME INSISTEN	94%	94%	3%	5%	1%	1%	2%	0
4) MIS AMIGOS (AS) OPINAN QUE USANDO CONDÓN NO HAY EL MISMO PLACER EN UNA RELACIÓN SEXUAL	37%	44%	32%	28%	13%	9%	18%	19%
5) MIS AMIGOS (AS) RESPETAN MI VIDA SEXUAL	69%	76%	17%	15%	11%	6%	3%	3%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA DE SENTIMIENTO DE EXCLUSIÓN DIFERENCIAS
ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1)SIENTO QUE NO LE IMPORTO A NADIE	42%	49%	46%	43%	4%	4%	8%	4%
2)SIENTO QUE EN CASA NO PONEN ATENCIÓN A LO QUE HAGO	43%	57%	36%	32%	9%	6%	12%	5%
3)SIENTO QUE MI PAREJA SE ACERCA A MI PARA OBTENER ALGÚN BENEFICIO	67%	79%	26%	17%	2%	2%	6%	2%
4)SIENTO APOYO EN CASA Y EN TODO LO QUE HAGO	7%	6%	33%	19%	21%	22%	39%	53%
5)SIENTO QUE NADIE ESCUCHA LO QUE DIGO	36%	48%	50%	42%	8%	7%	6%	3%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA DE SENTIMIENTO DE EXCLUSIÓN DIFERENCIAS
ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	HOMBRES							
	DEBUT VS. NO DEBUT							
	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
1)SIENTO QUE NO LE IMPORTO A NADIE	54%	62%	40%	35%	2%	1%	4%	2%
2)SIENTO QUE EN CASA NO PONEN ATENCIÓN A LO QUE HAGO	54%	59%	36%	33%	6%	4%	4%	4%
3)SIENTO QUE MI PAREJA SE ACERCA A MI PARA OBTENER ALGÚN BENEFICIO	71%	79%	21%	17%	4%	1%	4%	3%
4)SIENTO APOYO EN CASA Y EN TODO LO QUE HAGO	4%	4%	6%	18%	24%	25%	56%	53%
5)SIENTO QUE NADIE ESCUCHA LO QUE DIGO	48%	50%	44%	43%	5%	4%	3%	3%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA TOMAR EN CUENTA A OTROS PARA DECIDIR
DIFERENCIAS ENTRE MUJERES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES DEBUT VS. NO DEBUT			
	NADIE (YO)		OTROS	
1)CUANDO TOMO UNA DECISIÓN ELIJO DE ACUERDO A LO QUE DICE (N)	30%	35%	70%	65%
2)CUANDO TENGO QUE ELEGIR ENTRE VARIAS OPCIONES DECIDO CÓMO PODRÍA OPINAR	50%	66%	50%	34%
3)HE TOMADO DECISIONES PARA QUEDAR BIEN CON	24%	29%	76%	24%
4)TOMO DECISIONES DESPUÉS DE ANALIZAR LAS PROPUESTAS DE	53%	70%	47%	63%

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE LA ESCALA TOMAR EN CUENTA A OTROS PARA DECIDIR
DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES CON DEBUT Y SIN DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES DEBUT VS. NO DEBUT			
	NADIE (YO)		OTROS	
1)CUANDO TOMO UNA DECISIÓN ELIJO DE ACUERDO A LO QUE DICE (N)	31%	50%	69%	50%
2)CUANDO TENGO QUE ELEGIR ENTRE VARIAS OPCIONES DECIDO CÓMO PODRÍA OPINAR	49%	62%	51%	38%
3)HE TOMADO DECISIONES PARA QUEDAR BIEN CON	22%	38%	78%	62%
4)TOMO DECISIONES DESPUÉS DE ANALIZAR LAS PROPUESTAS DE	55%	68%	45%	32%

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

FRECUENCIA DE LA ESCALA DE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO
DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES CON DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES		HOMBRES	
	SI	NO	SI	NO
HAS RECIBIDO SEXO ORAL	53%	47%	55%	45%
HAS REALIZADO SEXO ORAL	46%	54%	57%	43%
*CUANDO HE RECIBIDO O HE PRACTICADO SEXO ORAL ME HE PROTEGIDO CON ALGÚN MÉTODO DE BARRERA	8%	92%	19%	81%
HAS RECIBIDO SEXO ANAL	19%	81%	7%	93%
HAS REALIZADO SEXO ANAL	0%	0%	40%	60%
CUANDO HE RECIBIDO O HE PRACTICADO SEXO ANAL ME HE PROTEGIDO CON ALGÚN MÉTODO DE BARRERA	54%	45%	53%	47%
HAS REALIZADO SEXO VAGINA-PENE	99%	1%	97%	3%
CUANDO HE RECIBIDO O HE PRACTICADO SEXO VAGINA-PENE ME HE PROTEGIDO CON ALGÚN MÉTODO DE BARRERA	76%	24%	71%	29%

* LOS RESULTADOS EXPUESTOS SE OBTUVIERON A PARTIR DE AQUELLOS JÓVENES QUE REPORTARON TENER LA PRÁCTICA SEXUAL SEÑALADA

FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN POR PRÁCTICA SEXUAL DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES CON DEBUT SEXUAL

REACTIVOS	MUJERES VS. HOMBRES USO DEL CONDÓN							
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
HE USADO CONDÓN CUANDO HE TENIDO SEXO VÍA ORAL	0	4%	3%	4%	5%	9%	92%	83%
HE USADO CONDÓN CUANDO HE TENIDO SEXO VÍA ANAL	5%	13%	4%	13%	42%	28%	49	46%
HE USADO CONDÓN CUANDO HE TENIDO SEXO VÍA VAGINA-PENE	38%	47%	20%	15%	18%	8%	24%	30%

FRECUENCIA DE RIESGO Y CONDUCTA SEXUAL DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES

REACTIVOS	MUJERES		HOMBRES	
	SI	NO	SI	NO
HAS TENIDO SEXO CON PERSONAS QUE HAN UTILIZADO DROGAS INYECTABLES	2%	98%	3%	97%
HAS TENIDO SEXO BAJO EL EFECTO DE LAS DROGAS O EL ALCOHOL	26%	74%	30%	70%

FRECUENCIA DE PAREJAS SEXUALES DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES

REACTIVOS	MUJERES VS. HOMBRES NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES							
	1-3		4-6		6-8		9 Ó MÁS	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE HAS TENIDO	91%	68%	6%	21%	1%	5%	2%	6%

FRECUENCIA DE LA EDAD DEL DEBUT SEXUAL DIFERENCIAS POR SEXO

EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	MUJERES	HOMBRES
10 AÑOS	0%	1%
11 AÑOS	0%	1%
12 AÑOS	0%	5%
13 AÑOS	4%	10%
14 AÑOS	8%	19%
15 AÑOS	29%	20%
16 AÑOS	20%	27%
17 AÑOS	18%	11%
18 AÑOS	9%	3%
19 AÑOS	10%	1%
20 AÑOS	1%	2%





ANEXO A
Guión de Entrevista

- 1) ¿Qué piensas acerca de qué las y los jóvenes de tu edad tienen relaciones sexuales?

- 2) ¿Por qué las y los jóvenes de tu edad tienen relaciones sexuales?

- 3) ¿Hay relaciones sexuales que implican riesgo para el/la joven de tu edad? ¿Cuáles?

- 4) ¿Por qué los jóvenes de tu edad tendrían relaciones sexuales de riesgo?

- 5) ¿Has tenido tú relaciones sexuales de riesgo?

- 6) ¿Conoces a alguien que tenga relaciones sexuales de riesgo? ¿Cuáles? ¿Por qué?

- 7) ¿Qué crees que se podría hacer para que las y los jóvenes de tu edad evitaran tener relaciones sexuales de riesgo?



Anexo B

Viñetas Centradas en Mujeres para identificar las Habilidades de Comunicación de las y los Participantes en las Entrevistas

- 1) La persona con la que Isabel sale y quiere mucho le ha propuesto tener relaciones sexuales. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 2) Rosario ha tenido problemas serios en su casa, causa por la que se ha sentido mal. Ella tiene una pareja que dice quererla, y para que se olvide de sus problemas le propone tener una relación sexual. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 3) María es la única de sus amigas que no ha iniciado su vida sexual por lo que le hacen burla; en una reunión conoce a alguien y tiene la oportunidad de iniciarla ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 4) Pamela piensa que ingiriendo alcohol y/o drogas solucionará sus problemas pero al estar en ese estado conoce a una persona con la que tiene la oportunidad de tener una relación sexual. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 5) Norma y Alejandro sostienen relaciones sexuales desde hace algunos meses, en esta ocasión han olvidado el condón. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?

Anexo B

Viñetas Centradas en Varones para identificar las Habilidades de Comunicación de las y los Participantes en las Entrevistas

- 6) La persona con la que Armando sale y quiere mucho le ha propuesto tener relaciones sexuales. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 7) Juan ha tenido problemas serios en su casa, causa por la que se ha sentido mal. El tiene una pareja que dice quererlo, y para que se olvide de sus problemas le propone tener una relación sexual. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 8) Mario es el único de sus amigos que no ha iniciado su vida sexual por lo que le hacen burla; en una reunión conoce a alguien y tiene la oportunidad de iniciarla ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 9) Ignacio piensa que ingiriendo alcohol y/o drogas solucionará sus problemas pero al estar en ese estado conoce a una persona con la que tiene la oportunidad de tener una relación sexual. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?
- 10) Alejandro y Norma sostienen relaciones sexuales desde hace algunos meses, en esta ocasión han olvidado el condón. ¿Qué harías en su lugar? ¿por qué?

Anexo C
Cuestionario de Preguntas Abiertas

Edad: _____

Sexo: _____

Semestre: _____

- 1) ¿Por qué crees que las y los jóvenes no se protegen en una relación sexual?

- 2) ¿Qué crees que se podría hacer para que las y lo jóvenes utilicen condón en sus relaciones sexuales?

- 3) ¿Qué crees que se podría hacer para que las y los jóvenes eviten un embarazo no deseado?

- 4) ¿Qué crees que se podría hacer para que las y lo jóvenes eviten adquirir VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) u otra Infección de Transmisión Sexual?

Anexo D Instrumento Final

No de Folio

--	--	--	--

INTRODUCCIÓN

Se está realizando un trabajo para conocer más acerca de que piensan y hacen las y los jóvenes, para lo que se te pide tu colaboración contestando este cuestionario.

Tu participación es voluntaria, puedes participar o no en la investigación. Es muy importante tu colaboración, con esto se obtendrá información muy valiosa para desarrollar programas a beneficios de los jóvenes. La información que nos proporcionen será anónima y confidencial.

INSTRUCCIONES

Es necesario que respondas a todas las preguntas sin dejar alguna en blanco. Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente es lo que piensas o haces, sólo es importante que contestes con cuidado. Encierra en un círculo el número de respuesta que hayas escogido.

En **todas** las preguntas solo **podrás elegir una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

Por ejemplo:

En mi casa se tira todos los días la basura	Si.....1
	No.....2
	No sé.....3

La respuesta circulada fue la 2 indicando que en casa de el/la joven no se tira la basura todos los días.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no la puedes contestar porque no la entiendes, entonces levanta la mano y un encuestador (a) vendrá a resolver tus dudas.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Eres	Mujer.....1 Hombre.....2
2)¿Qué edad tienes?	Años.....
3) Semestre de bachillerato que actualmente cursas	Semestre.....
5) La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante?	No fui estudiante el años pasado.....1 Fui Estudiante de medio Tiempo.....2 Fui estudiante de Tiempo Completo.....3
6)Tienes Mamá (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de mamá)	Tengo mamá.....1 La sustituye algún familiar.....2 No tengo mamá y nadie la sustituye.....3 La sustituye otra (especifica).....4
7)Tienes Papá (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de papá)	Tengo papá.....1 Lo sustituye algún familiar.....2 No tengo papá y nadie lo sustituye.....3 Lo sustituye otro (especifica).....4
8) ¿Tus papás están separados?	Si.....1 No.....2
9)Actualmente vives con:	Ambos padres.....1 Sólo con mamá.....2 Sólo con papá.....3 Parte del tiempo con mamá y parte con papá.....4 Con mi mamá y su pareja actual.....5 Con mi papá y su pareja actual.....6
10) Sí actualmente no vives con tus padres especifica con quién	_____

11)¿Qué escolaridad tiene tu mamá?	Sin educación formal.....	1
	Escuela primaria.....	2
	Escuela secundaria o equivalente.....	3
	Escuela preparatoria o equivalente.....	4
	Carrera técnica.....	5
	Universidad.....	6
	Posgrado.....	7
	Otra especifica.....	8
12)¿Qué escolaridad tiene tu papá?	Sin educación formal.....	1
	Escuela primaria.....	2
	Escuela secundaria o equivalente.....	3
	Escuela preparatoria o equivalente.....	4
	Carrera técnica.....	5
	Universidad.....	6
	Posgrado.....	7
	Otra especifica.....	8

POR FAVOR MARCA LAS RESPUESTAS PARA CADA INCISO.

NOTA: ITS es una Infección de Transmisión Sexual; VIH es Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESPONDE LO SIGUIENTE	Sí	No
1) Al tener relaciones sexuales con una persona que ha tenido muchas parejas sexuales, se tiene el riesgo de contagiarse de VIH o alguna ITS.....	1	2
2) Al tener sexo oral con la pareja se tienen consecuencias en la salud, como el contagio de alguna ITS.....	1	2
3) En el sexo anal sólo la persona receptiva es quien puede contagiarse de VIH o alguna otra ITS.....	1	2
4) En la primera relación sexual no existe el riesgo de embarazarse o de contagiarse de alguna infección.....	1	2
5) Cuando una persona tiene alguna ITS es posible que contagia a otra si la besa.....	1	2
6) Hay riesgo de contagiarse de VIH cuando se tienen relaciones con personas que utilizan drogas inyectables.....	1	2
7) El coito interrumpido disminuye los riesgos de contagiarse de VIH o alguna ITS.....	1	2
8) La personas que comparten albercas pueden contraer VIH o alguna ITS.....	1	2
9) Tomar pastillas anticonceptivas antes de una relación sexual previene del VIH u otra ITS.....	1	2

SEGÚN TU OPINIÓN POR FAVOR RESPONDE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES		Si	No
1) Es más popular quién tiene relaciones sexuales		1	2
10) Si una persona utiliza el baño después de que alguien con alguna ITS o VIH lo utilizó se podría contagiar	1	1	2
2) Es más visible físicamente, cuando una persona tiene relaciones sexuales.....		1	2
3) Las mujeres inseguras son quienes tienen más posibilidades de tener relaciones sexuales de riesgo.....		1	2
4) Los hombres que se consideran “machistas” es menos probable que se protejan durante sus encuentros sexuales.....		1	2
5) A simple vista te das cuenta si una persona tiene alguna ITS o VIH.....		1	2
6) Tomar alcohol o drogas genera mayor placer en una relación sexual.....		1	2
7) Los hombres que tienen relaciones sexuales sin condón son más importantes que los que si lo usan.....		1	2
8) Una mujer rebelde fácilmente se embarazará o adquirirá una ITS o VIH.....		1	2
9) Una persona al momento de tener una relación sexual no piensa en protegerse.....		1	2
10) Mi mamá acepta que los jóvenes de mi edad tengan relaciones sexuales.....		1	2
11) Mi papá acepta que los jóvenes de mi edad tengan relaciones sexuales.....		1	2
12) Estoy de acuerdo en que los jóvenes de mi edad tengan relaciones sexuales.....		1	2

RESPONDE POR FAVOR, SEGÚN LO QUE TUS AMIGOS (AS) TE DICEN

	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1) Mis amigos (as) saben qué hacer en una relación sexual y me aconsejan acerca de ello.....	1	2	3	4
2) La mayoría de mis amigos me han sugerido que tenga relaciones sexuales	1	2	3	4
3) Tendría relaciones sexuales porque mis amigos me insisten.....	1	2	3	4
4) Mis amigos opinan que usando condón no hay el mismo placer en una relación sexual.....	1	2	3	4
5) Mis amigos respetan mi vida sexual.....	1	2	3	4

RESPONDE PORFAVOR, SEGÚN TU OPINIÓN

	Si	No
1) Es necesario usar el condón aun cuando hay confianza en la pareja.....	1	2
2) Usar condón en una relación sexual brinda protección tanto de un embarazo como de adquirir alguna ITS o VIH.....	1	2
3) El condón es caro por lo que es mejor usar otro método anticonceptivo.....	1	2
4) Usar condón puede hacer pensar a mi pareja que no le soy fiel.....	1	2
5) Al usar condón la pareja puede pensar que tengo VIH o otra ITS.....	1	2
6) Se me hace desagradable pensar en el uso del condón en una relación sexual.....	1	2
7) El varón que utiliza condón pierde su “hombría”.....	1	2

RESPONDE POR FAVOR DE ACUERDO A LA IMPORTANCIA QUE LAS SIGUIENTES FRASES TENGAN PARA TI	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1) Me sentiría frustrado (a) si dejará la escuela por alguna razón.....	1	2	3	4
2) Prefiero seguir haciendo otras cosas que seguir estudiando.....	1	2	3	4
3) Para mi es prioritario seguir estudiando.....	1	2	3	4
4) Mi único proyecto es disfrutar aquí y ahora.....	1	2	3	4
5) Mi futuro es importante, por eso asumo las consecuencias de mis actos.....	1	2	3	4
6) Tengo metas claras de lo que quiero hacer a futuro.....	1	2	3	4
7) Pienso que si ahora hago las cosas pensando en mi salud mi futuro será el que yo quiera.....	1	2	3	4

POR FAVOR RESPONDE DE ACUERDO A LO QUE SIENTAS

	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Nunca
1) Siento que no le importo a nadie.....	4	3	2	1
2) Siento que en casa nadie pone atención a lo que hago.....	4	3	2	1
3) Siento que mi pareja se acerca a mí para obtener algún beneficio	4	3	2	1
4) Siento apoyo en casa y en todo lo que hago.....	4	3	2	1
5) Siento que nadie escucha lo que digo.....	4	3	2	1

ELIGE LA RESPUESTA DE ACUERDO A LO QUE HACES

	Nadie	Otros
1) Cuando tengo que tomar una decisión elijo de acuerdo a lo que dice (n)....	1	2
2) Cuando tengo que elegir entre varias opciones, decido como podría opinar.....	1	2
3) He tomado decisiones para hacer feliz a.....	1	2
4) Tomo decisiones después de analizar las propuestas de.....	1	2

SEÑALA POR FAVOR LA FRECUENCIA CON LA QUE EVALÚAS LO SIGUIENTE	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1) Evalúo alternativas de respuesta antes de una decisión final...	1	2	3	4
2) Pienso en lo que podría sentir a futuro después de una decisión final.....	1	2	3	4
3) Pienso en distintas opciones cuando tomo una decisión.....	1	2	3	4
4) Tomo soluciones rápidas y una vez tomadas pienso en las consecuencias.....	1	2	3	4
5) Comparo lo positivo y lo negativo entre una y otra decisión.....	1	2	3	4
6) Tomo decisiones pensando en las consecuencias que tendría en mi salud.....	1	2	3	4

POR FAVOR RESPONDE DE ACUERDO A TU EXPERIENCIA

	Si	No
1) Has recibido sexo oral.....	1	2
2) Has realizado sexo oral.....	1	2
3) Cuando he o me han masturbado me he protegido con algún método de barrera ¿Cuál? _____		
4) Has recibido sexo anal.....	1	2
5) Tu eres quien penetra en el sexo anal.....	1	2
6) Cuando he tenido o recibido sexo anal me he protegido con algún método de barrera ¿Cuál? _____		
7) Has tenido sexo vagina-pene	1	2
8) Cuando he tenido sexo vagina-pene me he protegido con algún método de barrera ¿Cuál? _____		

SI HAS UTILIZADO EL CONDÓN VÍA ORAL ANAL Y/O VAGINAL RESPONDE LO SIGUIENTE	Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1) He usado el condón cuando he tenido sexo vía oral.....	1	2	3	4
2) He usado el condón cuando he tenido sexo vía anal.....	1	2	3	4
3) He usado el condón cuando he tenido sexo vagina-pene.....	1	2	3	4

Edad en la que tuve mi primer relación sexual _____

**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAS
CONSUMIDO:**

Tabaco.....	0 cajetillas	1-3 cajetillas	4-6 cajetillas	7-9 cajetillas	10 ó más
Alcohol (Hasta emborracharme).....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Marihuana.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Cocaína.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Piedra.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Éxtasis.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Heroína.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Éter, cemento, tiner, acetona.....	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más
Otro alucinógeno, indica el nombre _____	0 veces	1-3 veces	4-6 veces	7-9 veces	10 ó más

Comentarios _____

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN EN ESTE CUESTIONARIO



SECCIÓN II

Para Mujeres

En esta segunda parte se presentan una serie de situaciones y personas, por favor circula el número de respuestas más cercana a lo que tu harías en lugar de ellas

- 1) Alejandra quiere mucho a su pareja quién le ha pedido la prueba de amor. Tú en su lugar:
 - a. Aceptaría pues llevamos ya un tiempo y es el momento adecuado, no hay de que preocuparse por lo que pueda ocurrir somos jóvenes.
 - b. Platicaría con mi pareja para saber el cuál es el mejor método anticonceptivo para ambos.
 - c. Me rehusaría, si me quiere que me espere a que este segura de tener relaciones sexuales.

- 2) En una fiesta Susana conoce a una persona que le gusta mucho, después de un rato empiezan a besarse y a existir más intimidad. Tú en lugar de ella:
 - a. Le diría que acepto siempre y cuando utilicemos condón.
 - b. Le diría que no es momento de tener relaciones sexuales por mucho que me guste la persona.
 - c. Tendría relaciones en ese momento, sino cuándo.

- 3) Rocío y su pareja ya tiene relaciones sexuales desde hace algunos meses. Ese día empiezan la relación pero no hay condón, tú en lugar de ella:
 - a. Tendría relaciones con mi pareja, pues puedo confiar en que me apoyará a futuro.
 - b. Me rehusaría a tener relaciones cuando no hay condón.
 - c. Las tendría y tomaría la pastilla del día siguiente.

- 4) Las amigas de Zulema ya tienen relaciones sexuales desde hace tiempo y le han insistido en que es momento de tenerlas. Tú en su lugar:
 - a. Les diría que respeten mis decisiones, yo sé cuando y como voy a tener relaciones sexuales.
 - b. Las tendría, ya que es normal y pues no tengo de que preocuparme, soy joven y no me pasará nada.
 - c. Las tendría sí cuento con una pareja que sé que va a utilizar condón y así mis amigas me dejarían de molestar.

- 5) Ángela podría tener sexo oral con su pareja. Tú en su lugar:
 - a. Es un acto que no requiere de ningún tipo de protección.
 - b. Me informaría acerca del tipo de protección para sexo oral, me cuidaría y lo hablaría con mi pareja, puede existir el riesgo de infectarme.
 - c. No lo tendría.

6) Araceli le sugirió a su pareja que utilicen el condón para iniciar su vida sexual, sin embargo, su pareja se ofendió cuando ella dijo esto. Tú en su lugar:

- a. Como hay confianza entre mi pareja y yo no hay problema, el condón no es necesario.
- b. Platicaría con mi pareja con el fin de convencerle que el condón es la mejor protección dentro de una relación sexual.
- c. Podríamos utilizar algún otro método anticonceptivo.

7) Verónica tienen relaciones sexuales con su pareja desde hace algún tiempo, sin embargo, su pareja le empieza a decir que no es fiel, y si le quiere que lo demuestre dejando de utilizar el condón la próxima vez que tengan relaciones sexuales. Tú en lugar de ella:

- a. Le diría que si me quiere lo haremos con condón de lo contrario ya no tendremos relaciones.
- b. Le demostraría que no tiene que desconfiar de mí y utilizaría otro método anticonceptivo.
- c. No hay problema por lo que pudiera pasar, pienso que me apoyará a futuro.

8) Rosa se siente más simpática después de tomar algunas cervezas, se acerca una persona atractiva y comienzan a besarse, después de un rato hay más intensidad en los besos y caricias. La persona le propone que vayan a otro lugar y tengan relaciones sexuales, tú en lugar de ella:

- a. Aceptaría tengo el deseo de tener relaciones sexuales. Después me preocupare.
- b. Por mucho que me guste le diría que no, no estoy en condiciones de tener relaciones sexuales.
- c. Aceptaría y le diría que usemos el condón.

9) La pareja de Mary ha estado tomando alcohol y le pide que tengan relaciones sexuales. Tú en lugar de ella:

- a. Le diría que bajo su estado no es conveniente tenerlas.
- b. Las tendría pues le quiero mucho.
- c. Le diría que sí, si utilizamos condón.

10) Margarita ha tenido una serie de problemas en su casa. Estando a solas, su pareja le dice que tener relaciones es una manera de olvidar sus problemas. Tú en lugar de ella:

Las tendría posiblemente eso me haría sentir mejor.

- a. Le diría a mi pareja que no es el momento ni la manera de olvidar las cosas.
- b. Las tendría sólo si está de acuerdo en usar condón.

SECCIÓN II

PARA VARONES

En esta segunda parte se presentan una serie de situaciones y personas, por favor circula el número de respuestas más cercana a lo que tu harías en lugar de ellos

- 1) Alejandro quiere mucho a su pareja y esta por pedirle "la prueba de amor". Tú en su lugar:
 - a. Le diría que llevamos ya un tiempo saliendo y es el momento adecuado, no tiene de que preocuparse por lo que pueda ocurrir pues somos jóvenes y no pasará nada.
 - b. Platicaría con mi pareja para saber si está de acuerdo conmigo y ver que nos conviene a ambos.
 - c. Le digo que usando condón no pasa nada.

- 2) En una fiesta Ramón conoce a una persona que le gusta mucho, después de un rato empiezan a besarse y hay más intimidad. Tú en lugar de él:
 - a. Le diría que acepto siempre y cuando utilicemos condón.
 - b. Le diría que no es el momento de tener relaciones sexuales, por mucho que me guste la persona.
 - c. Tendría relaciones en ese momento, sino cuando.

- 3) Marco y su pareja ya tiene relaciones sexuales desde hace algunos meses. Ese día empiezan la relación pero no hay condón, tú en lugar de él:
 - a. Me rehusaría a tener relaciones cuando no hay condón.
 - b. Le insistiría mi pareja en tener relaciones, pues puede confiar en que le apoyare a futuro.
 - c. Le diría que tome la pastilla del día siguiente.

- 4) Los amigos de Esteban ya tienen relaciones sexuales desde hace tiempo y le han insistido mucho en que es momento de tenerlas. Tú en su lugar:
 - a. Les diría que respeten mis decisiones, yo sé cuando y como voy a tener relaciones sexuales.
 - b. Las tendría, ya que es normal y pues no tengo de que preocuparme, soy joven y no me pasará nada.
 - c. Las tendría si cuento con una pareja que sé que va a utilizar condón y así mis amigos me dejarían de molestar.

- 5) Ángel podría tener sexo oral con su pareja. Tú en su lugar:
 - a. Es un acto que no requiere de ningún tipo de protección.
 - b. Me informaría acerca del tipo de protección para sexo oral, me cuidaría y lo hablaría con mi pareja, puede existir el riesgo de infectarme.
 - c. No lo tendría.

6) Pedro le sugirió a su pareja que utilicen el condón para iniciar su vida sexual, sin embargo, su pareja se ofendió cuando él dijo esto. Tú en su lugar:

- a. Como hay confianza entre mi pareja y yo no hay problema, el condón no es necesario.
- b. Platicaría con mi pareja con el fin de convencerle que el condón es la mejor protección dentro de una relación sexual.
- c. Podríamos utilizar algún otro método anticonceptivo.

7) Enrique tiene relaciones sexuales con su pareja desde hace algún tiempo, sin embargo, su pareja le empieza a decir que no es fiel, y si le quiere que lo demuestre dejando de utilizar el condón la próxima vez que tengan relaciones sexuales. Tú en lugar de él:

- a. Le diría que si me quiere lo haremos con condón de lo contrario ya no tendremos relaciones.
- b. Le demostraría que no tiene que desconfiar de mí y utilizaría otro método anticonceptivo.
- c. No hay problema por lo que pudiera pasar pienso que me apoyará.

8) Ulises se siente más simpático después de tomar algunas cervezas, se acerca una persona atractiva y comienzan a besarse, después de un rato hay más intensidad en los besos y caricias. La persona le propone que vayan a otro lugar y tengan relaciones sexuales, tú en lugar de él:

- a. Aceptaría tengo el deseo de tener relaciones sexuales. Después me preocupare.
- b. Por mucho que me guste le diría que no, no estoy en condiciones de tener relaciones sexuales.
- c. Aceptaría y le diría que usemos el condón.

9) La pareja de Mario ha estado tomando (alcohol) y le pide que tengan relaciones sexuales. Tú en su lugar:

- a. Le diría que bajo su estado no es conveniente tenerlas.
- b. Las tendría pues le quiero mucho.
- c. Le diría que sí, si utilizamos el condón.

10) Uriel ha tenido una serie de problemas en su casa. Estando a solas, su pareja le dice que tener relaciones es una manera de olvidar sus problemas. Tú en lugar de él:

- a. Las tendría posiblemente eso me haría sentir mejor.
- b. Le diría a mi pareja que no es el momento ni la manera de olvidar las cosas.
- c. Las tendría sólo si está de acuerdo en usar condón.