



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“RECURSOS PSICOLÓGICOS Y
CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO
EN ADOLESCENTES”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
ROSA LUZ GAVIÑA ROMERO**

COMITE DE TESIS:

DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

SINODALES:

DRA. GABINA VILLAGRÁN VAZQUEZ

MTRA. SELMA GONZÁLEZ SERRATOS

MTRA. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

DR. JOSÉ FRANCISCO FERNÁNDEZ DÍAZ



MEXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

A mi madre del cielo.

A SJT.

“ ...porque no te alejaste de mi, porque en ti apoyé mis pasos y encontré mi fortaleza...”

A Lilia Rosa Romero Medina:

Creo que es esta ocasión mi querida colega empezaré por el final, pidiéndote perdón; ya sabes, por los momentos de enojo (bueno, lo acepto; mi estado permanente de enojo), por que preferiste mi carrera a tu trabajo, por tener todos los días una gran sonrisa y las palabras exactas que me dieran ánimo para continuar con lo que simplemente no quería ni mirar, por lo momentos en los que me abrazaste para secar mis lagrimas y que paralelamente, respiraste profundo para que no viera las tuyas, por todos los regalos que simplemente no han llegado, y por tantas otras cosas....

Gracias por las tardes/noches de: “pelis”, “fut”, box, “de cafecito”, etc., acompañadas de gritos de furor, risas, y claro de mucho bla bla bla, en donde, siempre me mostraste una lección de vida, de esfuerzo, de trabajo, de cambio y sobre todo del poder de los procesos. Pero lo que más me enseñaste, sin quererlo fue lo grandiosa que eres, y sin saberlo, cada día me haces recordar porque eres la persona que más admiro en el mundo como: colega, cocinera, microempresaria, deportista pero principalmente como mujer.

El presente trabajo es nuestro, es el resultado de cuatro años de trabajo en equipo, cada una desde un lugar diferente, pero ambas con la misma intensidad.

Gracias mami, porque un día me diste la vida y porque cada día me la sigues dando.

A Rosita Medina Meza:

Gracias por los maravillosos cuentos que me inventabas, por los suculentos postres, por darnos todas tus fuerzas, gracias por tanto amor, pero sobre todo por ser la mejor abuelita del mundo. ¡Te amo “abue”!

A Fructuoso (Tochito) Romero:

A mi abuelito, por el legado de amor, esfuerzo, lucha y altruismo que nos dejó.

A Natali:

Por ser mi compañera de juegos (y claro de pleitos), por haber pasado a tú lado increíbles, inolvidables y fabulosas experiencias (a excepción de cuando casi incendiabas la casa), gracias por todo tú apoyo en este proceso. ¡Te quiero mucho mi siempre intrépida naty!

A Lily:

Mi pequeña niña, que a pesar de todas las resistencias llenaste mi corazón.

A Claudia:

Por los tres maravillosos años (que me regalaste) para llevarme al CCH.

A mis tíos (por orden de aparición):

Ismael Romero Medina (mi gigante): *gracias tío por siempre estar con nosotras, por todo el cariño y apoyo, por tus palabras de motivación, por tu ejemplo de lucha y de amor, porque sabes que llenas un lugar muy grande en mi corazón ¡Te quiero muchísimo!*

Rodolfo Romero Medina (mi Batman): *gracias por estar conmigo, en los momentos más difíciles de la carrera y claro de este trabajo, por creer en nosotras, por darnos tanto amor. ¡Te quiero muchísimo!*

Y a los dos les agradezco con todo el corazón, el amor de padre que nos han dado.

A P. F. Julio Cesar Mendoza Acuña O. de M:

Gracias por todo lo que nos diste, por tu ejemplo de amor y entrega hacia “tu carrera”, por el amor que nos contagiaste hacia ella, por lo mucho que me apoyaste, gracias por ser nuestro mejor amigo, por que siempre estarás en nuestro corazón, ¡te queremos mucho Julio!

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO:

Mi eterno agradecimiento, cariño y respeto.

A la Dra. Paty Andrade Palos:

Gracias por su inagotable paciencia, sencillez, tolerancia, pero sobre todo por compartir sus conocimientos conmigo, por ser una verdadera educadora, porque usted me abrió la puerta a un mundo que no esperaba conocer.

Y porque sin su apoyo este trabajo no se hubiera logrado.

De la misma manera quiero agradecer por sus valiosas observaciones y sugerencias a:

Dra. Gabina Villagrán Vázquez.

Mtra. Mariam Camacho Valladares.

Dr. José Francisco Fernández Díaz.

*De una manera muy especial quisiera agradecer a la **Mtra. Selma González Serratos**, por ampliar mi visión, por darme otra perspectiva de la vida, compartir conmigo su tiempo, espacio y conocimiento, acompañado de una enorme claridad y sencillez.*

*A la **Dra. Dianita Betancourt** por siempre tomarme en cuenta, por tú valiosa ayuda y apoyo (aunque no tuvieras porque hacerlo).*

*Al **Dr. Jorge Palacios** por su enorme ayuda en los inicios de este trabajo.*

*A **Pilar** por mostrarme un camino que no esperaba andar.*

*Así también, agradezco el apoyo brindado por el **PROYECTO PAPIIT IN304607-2 “RECURSOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES”** del cual fueron tomados los datos para esta tesis, y que no solo enriqueció sino en buena parte, maduró mi formación académica.*

ÍNDICE.

RESUMEN.	3
INTRODUCCIÓN.	4
Capítulo 1.-Adolescencia.	5
1.1 ¿Qué es la adolescencia?	6
1.2 Desarrollo físico.	7
• Sistema Hormonal.	7
• Pubertad.	7
1.3 Desarrollo Cognoscitivo. Desde la perspectiva de Jean Piaget.	8
1.4 Desarrollo Psicosocial.	9
• Búsqueda de identidad.	9
• Familia.	10
• Amigos/pares.	11
Capítulo 2.- Conducta Sexual.	13
2.1 Epidemiología.	14
2.2 Debut sexual.	17
2.3 Parejas en la vida y Frecuencia de actividad coital.	18
2.4 Condón.	21
2.5 Conducta Sexual de Riesgo en la Adolescencia.	23
2.5.1 Embarazo Adolescente.	25
2.5.2 Abortos.	28
2.5.3 Adolescencia e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	29
2.5.4 VIH/SIDA.	32
Capítulo 3.- Recursos Psicológicos.	35
3.1 Recursos Psicológicos.	
• Definición y clasificación de los recursos.	36
• Teoría de la conservación de los recursos	37
• Teoría del afrontamiento	39
• Teoría de la expansión y construcción de las emociones positivas.	41
• Modelo de prevención de enfermedad de Bayés.	42.

3.2	Recursos psicológicos y Factores asociados a la conducta sexual de riesgo.	43
	• Autoestima.	43
	• Asertividad.	44
	• Autoeficacia	45
	• Familia.	47
	• Amigos/Pares.	49
4-	INVESTIGACIÓN.	53
	❖ Justificación.	54
	❖ Pregunta de investigación.	54
	❖ Preguntas específicas.	54
	❖ Objetivo general.	55
	❖ Definición de variables.	55
	❖ Hipótesis de trabajo.	56
	❖ Hipótesis nula.	57
	❖ Diseño.	57
	Método.	58
	❖ Participantes.	58
	❖ Instrumentos.	58
	❖ Procedimiento.	59
5-	RESULTADOS.	60
5.1	Adolescentes con y sin debut sexual.	61
5.2	Adolescentes con debut sexual.	63
5.3	Adolescentes con vida sexual activa.	69
5.4	Conducta sexual de riesgo en la muestra total.	73
6-	DISCUSIÓN.	75
7-	CONCLUSIÓN.	79
8 -	REFERENCIAS.	81

RESUMEN.

El presente trabajo se realizó con la intención de averiguar cual es la relación entre los recursos psicológicos de un grupo adolescentes (hombres y mujeres) así como la actividad sexual de riesgo, para lo cual se contó con una muestra de 850 adolescentes preparatorianos de la Ciudad de México, a los cuales se les aplicó el instrumento de recursos psicológicos de Palacios (2007), así como reactivos de Villagrán (2002).

Para la realización de los análisis se dividió a la población estudiada en: adolescentes con y sin debut sexual, adolescentes con vida sexual activa y finalmente, conducta sexual de riesgo en la población total (sin riesgo a alto riesgo).

Encontrando que la autoeficacia en las relaciones sexuales, autoeficacia alcohol, autoeficacia tabaco, así como el evitar daños a la salud, rechazo de conductos desfavorables y la autoeficacia drogas, mostraron una correlación significativa negativa conforme al comportamiento sexual de riesgo, es decir, entre menor sea el nivel de estos recursos mayor será la conducta sexual de riesgo. No obstante, tales correlaciones no pasaron de ser débiles o muy débiles.

Por tanto se concluye que los recursos juegan un papel influyente, aunque no crucial para evitar el comportamiento sexual de riesgo, esto debido a la escasa fuerza de las correlaciones.

Por lo cual se sugiere continuar con investigaciones encaminadas a averiguar qué factores son decisivos para evitar la conducta sexual de riesgo.

INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es una etapa llena de transformaciones físicas, psicológicas y cognoscitivas, y, como indica Dulanto (2000) es el período que separa al niño del adulto.

Es precisamente en este tiempo en donde se hace presente con mayor fuerza el interés sexual (Shibley y Delamater, 2006) lo que a menor o mayor tiempo llevará al inicio de la vida sexual y de manera paralela (aunque no obligada) se abre la puerta a la conducta sexual de riesgo, misma que puede desembocar en infecciones de transmisión sexual (entre las que se destaca el VIH/SIDA) y los embarazos no deseados.

Una de las brechas que marcan un comportamiento sexual sano por uno de riesgo, se encuentra dada por el uso del condón. La pregunta es ¿Qué factores favorecen o decrementan el uso frecuente de este método preventivo?

Es por ello que el presente trabajo tiene por objetivo conocer si existe relación entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo (entendida está como la baja o nula frecuencia en el uso del condón).

Para despejar la pregunta antes mencionada, se investigó sobre cuatro ejes temáticos (capítulos): adolescencia, conducta sexual, epidemiología y recursos psicológicos. En el primer capítulo se abordan aspectos como: el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del adolescente.

Posteriormente, en la segunda sección se incluyen temas sobre el inicio de la vida sexual, la frecuencia de la actividad coital, parejas sexuales así como el uso del condón. En la parte de epidemiología se revisan temas como: conducta sexual de riesgo, embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual.

En el cuarto capítulo se hace una revisión sobre los recursos psicológicos, sus principales teorías y su relación con la conducta sexual.

Siguiendo con el proceso de investigación, se plantearon una serie de justificaciones, preguntas, objetivos e hipótesis, que para comprobarlas o refutarlas se empleó un diseño no experimental, en donde se contó con la participación de 850 adolescentes escolarizados del Distrito Federal, integrando así el capítulo 5.

Los resultados encontrados se muestran en el capítulo 6, así como su posterior discusión (capítulo 7). Finalmente en el capítulo 8 se presentan las premisas con las que se concluyó en el presente trabajo.



CAPITULO 1.

ADOLESCENCIA.

1.1-¿Qué es la Adolescencia?

El propósito de este capítulo es conocer y tener una perspectiva global sobre la relevancia que tiene esta etapa en la vida, enfocando la atención en tres apartados; desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial. Es así que de primera instancia, se ahondará en el concepto de adolescencia.

Para Lefrancois (2001) la adolescencia es el paso de la niñez a la vida adulta, en donde logra la madurez sexual pero, sin asumir las responsabilidades, actitudes, ni derechos de un adulto. Por su parte Papalia, Wendkos y Duskin (2005) se refieren a esta etapa como la transición entre la niñez y la edad adulta lo que conlleva importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Para Erikson (1968) la adolescencia es un período en el cual se le permite explorar y ensayar diversos roles al adolescente antes de asumir responsabilidades en el mundo adulto.

Shibley y Delamater (2006) afirman que la adolescencia es un período social que representa una transición psicológica entre el comportamiento y actitudes de la infancia y el comportamiento, actitudes y responsabilidades de un adulto. Mientras que para Dulanto (2000) la adolescencia es un periodo de crisis personal e intransferible, que abarca aproximadamente de los 10 o 12 años de edad hasta los 22 años, en donde se alcanza la madurez biológica y sexual, con lo cual se hace presente la búsqueda de la madurez emocional y social, en donde se asumen responsabilidades y conductas que conducirán a las y los adolescentes al mundo adulto.

De tal manera que aquí se considera a la adolescencia como un período del desarrollo (ahora bien hay que tomar en cuenta, que el ser considerado o no como periodo normativo dependerá de la sociocultura de las y los adolescentes) en el cual se dan cambios significativos a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial, en donde encontrará (principalmente) la madurez sexual, un pensamiento crítico que lo acerque a la exploración, la deducción y la creatividad, así como la búsqueda de su propia identidad y autoconcepto, y por lo tanto una inserción más íntima en otros grupos sociales; como el de los pares. Todo lo cual acompañará la transición del niño y la niña hacia la adultez, abarcando este periodo de los 11 a los 22 años aproximadamente.

Como se ya mencionó, el adolescente se desarrollará en varios aspectos, sin embargo se tendrá que reconocer que el desarrollo físico es señal inequívoca del comienzo de la adolescencia, el cual dotará al adolescente de cambios corporales, que darán paso a la estructura física de la "nueva persona adulta". Entonces es importante conocer el ¿por qué? y el ¿cómo? de estos cambios.

1.2-Desarrollo Físico.

Para comprender como es que se dan los cambios corporales se recurre a dos conceptos de suma importancia: el sistema hormonal y la pubertad, así como la relación que guardan en los cambios que se producen en las y los jóvenes.

- **Sistema Hormonal.**

El inicio de la pubertad se da con la activación del hipotálamo y la glándula pituitaria, esto debido a que el hipotálamo regula a la glándula pituitaria, la que a su vez regula a otras glándulas, en particular a los testículos y ovarios. Formando un circuito (hipotálamo, pituitaria y gónadas) que influye en funciones sexuales como el ciclo menstrual, el embarazo, los cambios en la pubertad y el comportamiento sexual (Shibley y Delamater, 2006).

Ahora bien, las gónadas ó glándulas sexuales (ovarios en las mujeres y testículos en los hombres) liberan al torrente sanguíneo sustancias químicas llamadas hormonas sexuales, las cuales tienen efectos significativos sobre el desarrollo físico, por ejemplo, antes del nacimiento en la diferenciación del cuerpo femenino y masculino, y posteriormente ya en la pubertad, características sexuales secundarias. Existen tres grupos de hormonas sexuales: andrógenos, estrógenos y progestinas. Los andrógenos son las hormonas sexuales masculinas; su forma más importante es la testosterona. Los estrógenos y las progestinas se conocen como las hormonas sexuales femeninas; la progesterona es la forma más importante de progestina y las tres circulan por el torrente sanguíneo tanto de hombres como de mujeres (aunque en diferentes proporciones) Kimmel y Weiner (1998).

- **Pubertad.**

Para algunos autores como Shibley y Delamater (2006) y Lefrancois (2001) la pubertad se inicia en las mujeres con la menarca (primer periodo menstrual) mientras que en los varones por la espermaquia (primera eyaculación), sin embargo este “parámetro” no es del todo confiable ya que la niña a menudo es infértil el primer año y en el niño la concentración de semen es muy baja (Craig y Baucum, 2001).

Para Florenzano (1997) la pubertad se divide en tres etapas, en la primera de ellas la *prepubescente*, señala que es un periodo en el cual comienzan a manifestarse las características sexuales secundarias, no obstante la función reproductora no se ha desarrollado. La siguiente etapa es la *pubescente*, para este momento ya hay producción de células sexuales en los órganos reproductores, pero aún no han terminado los cambios físicos, ya como última fase, la *postpubescente*, se ha consolidado tanto la función reproductora como las características sexuales secundarias.

Así pues, las características sexuales, de acuerdo con Papalia et. al. (2005) se explican de la siguiente manera:

Características sexuales primarias.-Son los órganos sexuales con los que se nace y son los que distinguen anatómicamente a un hombre de una mujeres. En la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva; en el hombre los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata, que tanto en mujeres como en hombres al llegar la pubertad se desarrollan y maduran.

Ahora bien, las características sexuales secundarias se refieren a los cambios físicos de maduración: por ejemplo, en los varones los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, al igual que el funcionamiento más intenso de las glándulas sudoríparas y de las glándulas sebáceas, especialmente en la cara. Mientras que en las mujeres, también el crecimiento del vello púbico y axilar, distribución de la grasa que hace a las caderas más redondas, crecimiento de los pechos, cambio en el tono de voz, así como también la distribución de grasa corporal, y la intensificación en el funcionamiento de las glándulas sudoríparas y sebáceas.

Es así que se puede concluir que el desarrollo físico, es uno de los aspectos de la adolescencia con mayor importancia ya que es uno de los indicadores del comienzo de la edad adulta.

1.3-Desarrollo Cognoscitivo. Desde la perspectiva de Jean Piaget.

Piaget (1964) menciona que parecería que el desarrollo mental concluye entre los 11 y 12 años y que la adolescencia es una etapa que separa al niño/a de la adultez. Sin embargo, también señala, (citado en Papalia et. al. 2005) que es en esta edad en donde ocurre un cambio radical en el pensamiento del niño/a, que lo conducirá del pensamiento concreto al formal (ó hipotético deductivo), con ello será capaz de idear hipótesis, confrontar, experimentar, contrastar diversas soluciones de un problema, reflexionar sobre sus pensamientos, no solo sobre lo conocido y verificable, sino también las contradicciones entre los hechos, alejándose así de lo concreto para adentrarse en el mundo de lo abstracto, de lo posible, permitiéndose una visión más objetiva y crítica de la realidad, tan propia de los adolescentes

En 1955 Inhelder y Piaget aseguran que las principales características intelectuales de las y los adolescencia derivan, directa o indirectamente, de las estructuras mentales así como del medio social, lo que les permitirá a las y los adolescentes construir sus propias hipótesis acerca del mundo que les rodea, cuestión que constituye el acontecimiento central del pensamiento en esta etapa. Estos autores señalan que la llegada de las estructuras del pensamiento dentro de la lógica formal, transformarán el pensamiento y por ende la personalidad de las y los adolescentes; ya que al transformar su pensamiento modifican la forma en la que ven el mundo y en como lo entienden, lo que poco a poco los insertará en la sociedad adulta, es así que este tipo de pensamiento constituye un instrumento de adaptación psicosocial.

De este modo se puede concluir que el desarrollo intelectual no solo constituye una herramienta para adentrarse en un nuevo conocimiento sino, también para adquirir una nueva forma de verse y ver a su alrededor, así como la manera en la que resuelve los problemas.

1.4-Desarrollo Psicosocial.

Los cambios físicos y cognoscitivos son la materia prima en esta etapa de la vida, sin embargo estos cambios no ocurren aislados, sino por el contrario aparecen de manera paralela con los cambios psicosociales.

Lo anterior les permite abordar la vida de otra forma, en la cual las y los adolescentes viven una serie de transformaciones, y concretamente esto les permite construir una nueva identidad, a partir de un yo cambiante, dotado tanto de un nuevo físico (más fuerte y maduro) como de un pensamiento hipotético deductivo que les permitirá socializar, crear, experimentar y en términos generales; crecer en lo intelectual.

De igual manera las y los adolescentes se preguntan cuestiones como: ¿quien soy?, lo que constituye uno de los aspectos más importantes dentro del desarrollo de las personas adolescentes, y es lo que se conoce como “búsqueda de identidad”, concepto que se amplía más adelante.

Otro aspecto de suma importancia en el desarrollo psicosocial es el referente a los grupos, los cuales tendrán un impacto significativo en el comportamiento y desarrollo del sujeto. Entre los grupos importantes en esta etapa encontramos a la familia, la cual empieza a perder relevancia, mientras que de modo contrario se abre la puerta para la inserción o interacción con nuevos grupos entre los que se destaca el de los pares.

- **Búsqueda de Identidad.**

Uno de los teóricos con mayor relevancia en este tema es Erik Erikson, el cual postula en 1968 que la tarea principal de la adolescencia es resolver la crisis de identidad (confrontando la integración de papeles versus la incapacidad de lograr un sentido de identidad (confusión de papeles), refiriendo que es un conflicto invariablemente presente en esta etapa que ayuda al proceso de formación de identidad. También explica que durante la niñez se viven periodos de identidad temporal, los cuales se anulan en la adolescencia, conduciendo a una crisis de identidad, como consecuencia se logrará una identidad más definida que reflejará sentimientos de: comodidad con el propio ser, de dirección ó guía, así como de seguridad interior.

Para este autor (1972) esta crisis de identidad va a depender en gran medida de la cultura del individuo, ya que va a ser ésta quién decida si será o no considerada como parte del desarrollo en el sujeto; en el caso que ésta sea tomada en cuenta, la sociedad dictaminará la relevancia que tenga.

De acuerdo con Erikson (op. cit.) las características de la crisis de identidad son:

- La crisis de identidad es bio-psico-social.
- Obedece a un periodo crítico; ya que son necesarias condiciones tanto físicas como intelectuales y sociales para que se presente esta crisis.
- No solo abarca el presente, sino que se extiende hacia la historia del sujeto, incluyendo el contexto social.

Con base en los planteamientos Eriksonianos, DiCaprio (1989) menciona que:

- La identidad es un ideal que nadie alcanza completamente o que no se logra de una vez y para siempre.
- Sin un firme sentido de identidad, la persona no es nada ni nadie.

Ahora bien, el desarrollo psicosocial en esta etapa no solo se constituye por la parte intrínseca, sino que se da de manera paralela con la interacción (más cercana) con otros grupos sociales, así mismo, entre los grupos que tendrán un cambio significativo en su relación, se encontrará principalmente a la familia.

- **Familia.**

La familia es la principal fuente de valores para un individuo; ya que va a ser en este núcleo donde comience el proceso de socialización, además será donde se dicten las normas, valores usos y costumbres (mismos que lo conformarán como individuo) que darán la pauta de las conductas a seguir (Gamboa, Lizama y Flores, 2006).

Para Lalueza y Crespo (2003), la adolescencia como etapa en la vida es un producto social (determinado en un cierto tiempo y espacio), al igual que la familia. Para estos autores la crianza de los hijos aparece como la función primaria de la familia; misma que proveerá un contexto nutrido de valores, creencias y conductas determinados previamente por su cultura.

En nuestro país se han realizado estudios alrededor de la familia y la adolescencia, por ejemplo en 1994 Andrade, investigó el significado de la familia (en donde el 50% de la muestra se constituyó por adolescentes) encontrando, entre otras cosas, que la unión y el amor son determinantes para el núcleo familiar.

En 1994 Mora, González-Forteza, Vaugier y Jiménez, trabajaron la representación semántica, encontrando que la unión y la confianza (al igual que Andrade, 1994), así como la ayuda y la comprensión, son las bases que reconocen los adolescentes como propias de la familia. Otro aspecto relevante que se subraya es el valor afectivo otorgado a este grupo social por parte de los adolescentes.

A su vez, Manjarrez, Pérez, Lara y Valenzuela (2002) trabajaron la representación de la familia en adolescentes, y como parte de sus resultados mencionan, que para el grupo de adolescentes; el respeto, el amor, la felicidad, la confianza así como la armonía y la amistad se consideran como lo más emblemático de la familia, mientras que por el contrario, el engaño, la violencia, el odio, la tristeza y la incomprensión, son lo menos representativo para este grupo, sin embargo también señalan que tristeza y engaño fueron dos de los conceptos más reportados por las y los adolescentes. Es importante señalar que la violencia esta presente en la dinámica intrafamiliar, y que por no ser tema de esta tesis, no se ahonda más en ello, pero se considera importante hacer más investigación en este rubro.

En el 2006 Álvarez investigó al respecto de las representaciones que tienen los regiomontanos sobre la familia, los valores y los problemas a los cuales se enfrenta este grupo social. Obteniendo que los valores más significativos para la familia son; la unión, la comunicación y el amor (coincidiendo en dos conceptos con Andrade, 1994); mientras que las principales ventajas de la familia son; la armonía, la comunicación y el amor, en cuanto a las principales funciones de la familia son la crianza de los hijos (como lo menciona Lalueza y Crespo, 2003) así como el trabajo y la unión.

En ese mismo año, Gamboa, Lizama y Flores (2006) estudiaron si coincidían los valores reportados por los padres y aquellos reportados por los hijos, en una muestra de yucatecos, dentro de sus resultados hallaron que (a pesar de que la familia es el proveedor fundamental de valores y que dependerá del individuo si los acoge como propios o no; ya que este se encuentra en constante interacción con su entorno; y por tanto con los valores ahí existentes, es decir valores alternativos) existe una reconsideración de los valores lo que a su vez provocará una modificación tanto conductual como social.

Como se pudo observar el papel de la familia es más que relevante para la formación del adolescente ya que ha sido (hasta este momento) el grupo social imperante en el individuo además, es a través de la relación con la familia que interpretará gran parte de su realidad, sin embargo se tendrá que señalar que el adolescente buscará su inserción en otros grupos sociales como es el de los pares (Mora, et. al. 1994).

- **Amigos/ Pares.**

La entrada a la adolescencia, implica la inserción a otros grupos sociales, específicamente al de los pares, en donde éste gana importancia ante el grupo familiar (González- Forteza, Jiménez, Gómez, Berenzon y Mora, 1994), es por ello que a continuación se revisarán algunas características de los amigos y pares en este periodo del desarrollo en donde su actuación jugará un papel primordial en el adolescente.

Dentro del núcleo de los pares, el adolescente puede experimentar diversos sentimientos como: de poder, pertenencia y seguridad así mismo un marco de referencia para tomar decisiones colmadas de cierta libertad (en comparación con la familia), un punto importante a señalar, es que el permanecer aislado y sin compañeros son factores que dificultan la adaptación” (Martínez, 2000). Ahora bien las amistades adolescentes tienen sus propias características, tales como fidelidad, intimidad y el procurar el bien del par (Dulanto, 2000).

De acuerdo con Florenzano (1997) el grupo de amigos cobra un rol crucial en esta etapa de la vida, ya que la influencia de los pares, según este autor es determinante tanto en reforzar como en distanciar al adolescente de los valores proporcionados en casa, lo cual repercutirá de manera directa en su desarrollo psicosocial, no obstante, cabe mencionar que el grupo de compañeros también forma parte de las redes sociales inmediatas del adolescente proporcionándole, entre otras cosas: apoyo, valores e identificación.

Dentro del marco de empírico, Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón (1996) investigaron sobre el perfil psicosocial de los adolescentes españoles, entre los ejes temáticos se encontraba al grupo de pares, encontrando que los pares dan pautas de conducta (apropiadas o valoradas) en situaciones ajenas al grupo familiar, además que los vínculos grupales, la presencia de los amigos y la permanente comunicación social se sitúa en el centro de la vida adolescente. Con respecto al grado de interacción social de este grupo de adolescentes, se considera como elevado y las chicas son las que sobresalen a este respecto, aunque son los chicos los que reportan tener más interacción con amigos que presentan problemas de conducta.

Por lo que respecta a la investigación nacional, González- Forteza, et. al. (1994) realizaron una investigación encaminada a averiguar el significado psicológico de amigo en mujeres adolescentes, específicamente estudiantes de secundaria y preparatoria, encontrando en estos dos niveles educativos que el significado de amigo, incluye, amistad, que es alegre, brinda apoyo, cariño, compañía, comprensión y a quién se le tiene confianza, no obstante para las estudiantes de secundaria el amigo conlleva convivencia, diversión y una relación que involucra unión, mientras que para las preparatorias, reciben consejos, los consideran como un hermano y las relaciones que establecen involucran sinceridad.

Por su parte Escobar y Sánchez (2002) investigaron acerca de la descripción y las funciones de un amigo, con respecto si es del mismo o diferente sexo. De acuerdo con la descripción del amigo las respuestas con mayor afluencia fueron relacionadas con; intimidad, confianza y alguien con quién compartir, aceptación y apoyo. Por lo que respecta al sexo de los participantes, las amistades del mismo sexo, reportan a un par tranquilo y similar a ellos, mientras que las amistades de diferente sexo, mencionan a un amigo serio y respetuoso. Por último, en lo referente a las funciones ó a la vida cotidiana, estos grupos reportan en primer lugar divertirse y convivir.

En este mismo año (2002) Pérez, Ibarra, Castro y Manjarrez se dieron a la tarea de averiguar qué es para los adolescentes la comunicación, para lo cual contaron con una muestra de 414 estudiantes de secundaria, entre los resultados se reporta, que los jóvenes asocian comunicación con platicar, secretos, también encontraron una relación directa entre expresar, platicar, respeto y amistad. De tal manera estos autores suponen que estos adolescentes asocian que la comunicación va unida al respeto de sus secretos, por lo que concluyen que los secretos solo son contados entre amigos.

Como se puede observar, el adolescente experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales significativos, que se reflejarán en cambios conductuales. Uno de los cambios más importantes en esta etapa es la conducta sexual del adolescente, punto que se aborda en el siguiente capítulo.



CAPITULO 2.

CONDUCTA
SEXUAL.

Este capítulo tiene como objetivo describir algunos aspectos del comportamiento sexual de las y los adolescentes, partiendo de un marco general de datos epidemiológicos, continuando con la revisión de aspectos, como el debut sexual, la frecuencia de actividad sexual, el número de parejas sexuales así como factores relacionados con el uso del condón.

Posteriormente se estudia la conducta sexual de riesgo del adolescente, así como algunas consecuencias a las que puede derivar de ella como el embarazo adolescente, aborto e infecciones de transmisión sexual.

2.1-Epidemiología.

Como ya se mencionó a continuación se da un panorama general sobre la epidemiología de diferentes aspectos asociados con la conducta sexual de las y los adolescentes ello con el fin de tener una visión más nutrida acerca de este fenómeno.

▪ Debut Sexual.

González, Rojas, Hernández y Olaiz, (2005) reportan que con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 existen diferentes variables que modulan las circunstancias bajo las que se da el debut sexual, por ejemplo la escolarización, que se sabe que entre mayor nivel de instrucción, mayor es la probabilidad de que se emplee algún método anticonceptivo; otro aspecto es el lugar de residencia, pues las y los adolescentes que habitan en zonas urbanas tienen mayores posibilidades de utilizar anticonceptivos en su debut sexual, que aquellos que viven en comunidades rurales. De la misma manera, la edad juega un papel importante, ya que a mayor edad, mayor probabilidad de utilización de métodos anticonceptivos, en su primera relación sexual, según estos autores.

Otro factor que se asocia con el debut sexual es la escolarización, tal como se puede apreciar en el trabajo de González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005), (con base en la Encuesta Nacional de Salud 2000) al señalar que los adolescentes escolarizados de secundaria tienen 2.05 veces más probabilidades de utilizar el condón, mientras que los de bachillerato 3.56 veces más probabilidades de utilizarlo que aquellos de primaria, en el debut sexual.

▪ Condón.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003), enfáticamente en los resultados a la pregunta del método anticonceptivo actual, las tres respuestas con mayor frecuencia fueron la salpingoclasia con 41.9%, el dispositivo 19.7% y finalmente el condón con tan solo 8.9%.

Ahora bien, de acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2006), del total de adolescentes de 15 a 19 años que han tenido debut sexual, el 63.5 % de los varones utilizó condón en su primera relación sexual, mientras que el 38% de las mujeres mencionó la utilización de este mismo método con su pareja.

▪ Embarazo Adolescente.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), reporta que la tasa de embarazo adolescente es de 79 por cada mil mujeres; en términos generales existe un aproximado de 695 100 adolescentes entre 12 y 19 años de edad, que han estado preñadas, logrando así ponderar al embarazo como un importante problema de salud pública a nivel nacional.

De igual manera, González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005) mencionan que dentro de la muestra de la ENSA (de 12 a 19 años) que han tenido relaciones sexuales, el 55.7% de ellas han estado preñadas y que encontraron una asociación entre el embarazo en las adolescentes y, haber tenido debut sexual antes de los 16 años y menor nivel escolar así como haber estado “unidas” alguna vez.

Además, cabe destacar que tal como lo afirman los cuadernos de salud reproductiva correspondientes al Distrito Federal del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000), la concepción en edades tempranas conlleva efectos desfavorables a todas las áreas que conforman al adolescente, incluyendo su trayectoria de vida y su entorno; es decir, de manera individual el embarazo afecta tanto a la madre como al producto, de forma paralela influye en la reducción de oportunidades de desarrollo personal (incluyendo la esfera laboral) mientras que a nivel social se incrementa el índice demográfico, asociando este fenómeno con la transmisión de la pobreza.

En relación al aborto el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000) señala que en México, la interrupción inducida del embarazo, es la cuarta causa de muerte en mujeres en edad reproductiva.

▪ VIH.

Los resultados sobre la epidemia mundial de SIDA (ONUSIDA, 2008 ^١) indican que en todo el mundo aproximadamente 33 millones de personas vivían con VIH en el 2007, mientras que en ese mismo año murieron a causa del SIDA dos millones de personas. Haciendo un recuento de la infección, en los últimos 20 años se han infectado más de 60 millones de personas, de las cuales aproximadamente el 50% pertenece al grupo de edad entre 15 y 24 años (Trujillo y Gorbea, 2008); del mismo modo, en 2007 se calculó en aproximadamente 5,4 millones de jóvenes de este mismo rango de edad, infectados por VIH (UNICEF, 2008^٢).

Por lo que se refiere a los datos en nuestro país, de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2008) desde 1983 hasta el 2008 se han registrado 26,200 casos de VIH y 124, 505 casos de SIDA en el territorio nacional, en donde las entidades federativas con mayor prevalencia en VIH son, en primer lugar, el Distrito Federal con 18.3%, seguido por Veracruz con el 13.4% y el estado de Chihuahua con el 6.2%., mientras que la ocurrencia de SIDA en esta misma categoría, se encuentra el Distrito Federal con el 17.2%, Edo. de México con 11% y Veracruz con el 9%.

Más adelante, en el apartado de VIH/SIDA se aclara la diferencia entre los conceptos de infección y enfermedad.

Del universo correspondiente a los portadores de VIH, el grupo de edad con mayor incidencia es el perteneciente al de 15 a 29 años conformando así al 45.7% de la muestra total (al 2008). Grupo el cual es de especial interés para la presente investigación, ya que es ahí en donde se concentran las y los adolescentes, en donde la categoría predominante de transmisión es la vía sexual con más del 98% para varones y mujeres de casos nuevos y acumulados de jóvenes infectados con VIH al 2008; mientras que las estadísticas referentes a los casos nuevos y acumulados de SIDA (a ese mismo año y grupo de edad) son de 95.8% para hombres y 92.5% para mujeres, ambos resultados correspondientes a la categoría de transmisión sexual.

De ahí que se desprende la importancia de realizar investigaciones dirigida a averiguar qué factores influyen tanto en la promoción del uso correcto y frecuente del condón, como en la conducta sexual de riesgo (entendida como la baja o nula frecuencia en el uso del condón) de las y los adolescentes y así como de las y los jóvenes.

Por los datos anteriores resulta difícil comprender como en el Informe UNGASS (Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA) México 2008, específicamente en el indicador 22 (porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH) se mencione que es un *“indicador sin relevancia para nuestro país.”*

Aunado a ello, en ese mismo reporte, concretamente en el indicador 13 (que pretende medir los conocimientos necesarios en los jóvenes para prevenir el VIH, así como valorar los conocimientos generales al respecto de esta infección) se evalúa a los jóvenes de 15 a 24 años por medio de cinco preguntas:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Una persona se puede infectar de VIH por usar el mismo baño que una persona infectada?

Por lo que se refiere a los resultados, nuestro país no contó con datos disponibles para la primera cuestión, no obstante sólo el 18.27% de los varones y 18.37% de las mujeres dentro del rango de edad de 15 a 19 años, respondieron de manera correcta a las siguientes cuatro preguntas, y a pesar de que los conocimientos no son predictores de el comportamiento (Bayés, 1992¹) si son necesarios para prevenir comportamientos de riesgo, si a ello se le agrega el escaso uso del preservativo, los adolescentes y jóvenes mexicanos se ubican en una zona de riesgo para contraer VIH.

Una vez revisado parte del marco epidemiológico de la conducta sexual de los adolescentes, se aborda de manera más particular algunos de estos temas.

2.2-Debut Sexual.

Dentro del marco empírico, Díaz-Loving (1999) indica que uno de los primeros factores dentro de la vida sexual, que puede conducir a ejercer comportamientos de riesgo, es el propio inicio de la actividad sexual, además señala que, son los hombres los que ejercen su debut a edades más tempranas, lo cual concuerda con Villagrán, Morales y Perelló (2006).

Alfaro y Díaz Loving (1994) agregan que es a los 16 años la edad promedio para el debut sexual de los adolescentes, así mismo, los varones cuentan con un mayor índice de frecuencia en las relaciones sexuales, en este mismo artículo se destaca el hecho de que el uso de métodos anticonceptivos se incrementa de manera paralela con la frecuencia en las relaciones sexuales y el tiempo transcurrido desde el inicio sexual.

También hay autores que señalan diversas características en las y los adolescentes que no presentan debut sexual como: Robles, Barroso, Frías, Rodríguez, Moreno, Díaz y Rodríguez (2004) los que mencionan que el no presentar actividad coital es indicativo de mayor autoeficacia versus aquellos que ya lo presentan (aunque sólo en las mujeres) igualmente mencionan que entre los que ya han debutado sexualmente, son más eficaces aquellos que han usado el condón versus aquellos que nunca lo han utilizado.

Así como Harada, Alfaro y Villagrán (2002) los que indican que las y los adolescentes que no han tenido debut sexual, muestran un mayor control de impulsos, buscan información especializada, presentan mayor índice de reflexión ante los problemas así como autoestima.

Dentro de los aspectos circundantes al debut se encuentran variables como el sexo y el uso de métodos anticonceptivos, por ejemplo: Torruco, Domínguez y Aguilar (2000) señalan que ser hombre aumenta 3.03 veces la probabilidad de haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Otro factor que se asocia con el debut sexual es la escolarización, tal como se puede apreciar en el trabajo de González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005), (en base en la Encuesta Nacional de Salud 2000) al señalar que las y los adolescentes escolarizados de secundaria tienen 2.05 veces más probabilidades de usar el condón, mientras que los de bachillerato 3.56 veces de utilizarlo que aquellos de primaria, en el debut sexual.

Por su parte Pérez, Cid, Lepe y Carrasco (2004) observaron en una muestra de adolescentes chilenos, que el tipo de escuela de estos adolescentes influiría de manera significativa en el debut sexual, ya que aquellos adolescentes que acudían a escuelas donde incluían enseñanzas religiosas, tenían menor porcentaje de actividad sexual; esto siendo contrastado con adolescentes que reportaron no profesar ninguna religión.

Siguiendo con los agentes facilitadores para el debut sexual; Gamez, García y Martínez, (2007) marcan a la ingesta de bebidas alcohólicas como un detonante (significativo) en el inicio de la vida sexual de los adolescentes.

De igual manera Manchikanti, Speizer, Reynolds, Murray y Beauvais (2008) investigaron si existe correlación entre la edad del debut sexual y la salud reproductiva, en donde no se encontró evidencia significativa entre estas variables.

Shafii, Stovel y Holmes (2007) averiguaron si había diferencias en la trayectoria sexual (para adquirir una ITS) entre adolescentes que si y que no utilizaron el preservativo en su primera relación sexual, en donde encontraron que aquellas adolescentes que utilizaron el condón, siguieron practicando conductas sexuales protegidas de manera sustancial, así como menor frecuencia en la incidencia de ITS, en comparación a las adolescentes que no utilizaron condón en su inicio sexual.

Uno de los aspectos más importantes, inmersos en el debut sexual, es la pareja sexual, de manera paralela el adolescente con iniciación sexual tendrá que tomar la decisión de tener o no vida sexual activa.

2.3-Parejas en la vida y Frecuencia de Actividad Coital.

Para fines del presente trabajo, el término de parejas sexuales será entendido como: el número de individuos con los cuales se han mantenido encuentros sexuales; mientras que la frecuencia en la actividad coital es la cantidad de encuentros sexuales.

Uno de los ejemplos más notables de la importancia de la cantidad de parejas sexuales, así como de la frecuencia en la actividad coital, recae en que entre mayor sea el nivel de estas variables; mayor es la probabilidad de un embarazo o de adquirir una ITS (claro, sin el uso correcto y consistente del condón, para ambos casos o en su defecto el empleo de otros métodos para la anticoncepción).

A continuación se presentan diversas investigaciones que muestran algunas de las características de las parejas sexuales de las y los adolescentes, mismas que dejan entre ver la frecuencia del intercambio sexual.

Como ya se menciona, en la investigación chilena, Pérez, Cid, Lepe y Carrasco (2004) señalan que el 61.6% de los adolescentes con debut, ha tenido solo una pareja sexual versus un 11.6% que reporta cuatro o más parejas sexuales

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, referente a la cantidad de parejas sexuales Villagrán, Morales y Perelló (2006) marcan que son los varones los de que tienen más parejas sexuales; lo cual es reflejado en una media de parejas sexuales, para mujeres de 2.33 y una para hombres de 4.15.

Stephenson (2009) indica, con base en una muestra de jóvenes africanos, que son escasas las mujeres que reportan haber tenido más de una pareja sexual (menos del 8%), así como también son relativamente bajos los porcentajes en el uso del preservativo 18% al 19%, lo cual contrasta de manera significativa con las múltiples parejas de los varones (del 12% al 20%) así como elevados porcentajes en el uso del condón (del 45% al 64%).

Estas investigaciones son similares a los resultados de los estudios de Valdez, González y Arce (2006), al referir que el contacto sexual es más importante para los hombres que para las mujeres, esto puede ser explicado, según Andreade (2005) (citado en Valdez, González y Arce (2006) a partir de que las mujeres tienen más “responsabilidades” o costos al enrolarse en una relación.

Una investigación que podría explicar lo anterior es la de Pacheco-Sánchez, Rincón, Guevara, Latorre, Enríquez y Nieto (2007) en donde estudian sobre el significado de la sexualidad y la salud reproductiva en adolescentes de Bogotá, encontrando, entre otras cosas, que la reproducción está estrechamente relacionada al concepto de sexualidad, además que el género en estos adolescentes es la base para la significación de las relaciones sexuales: por ejemplo, para las mujeres “el tener cuidado” dentro de las relaciones sexuales se asocia con negarse a las peticiones sexuales de los hombres y a preservar la virginidad para evitar un embarazo; mientras que para los varones el cuidarse implica “cuídate de una ITS”, además buscan practicar el ejercicio sexual con el mayor número de parejas posibles, mostrando que el “ejercicio sexual se prueba e impulsa” lo cual es de manera contraria a las mujeres ya que éstas “mantienen” una asociación estrecha entre: la sexualidad, el cuidado, los riesgos, la culpa; así como las posibles consecuencias del comportamiento sexual.

Por lo que se refiere a la frecuencia de encuentros sexuales Ibáñez-Brambila (1996) realizó un estudio de conducta sexual premarital con una muestra de 244 estudiantes de entre 18 y 25 años, los resultados mostraron que los hombres tienen actividad sexual más amplia (que apela prácticas como la masturbación, acariciar, sexo oral, etc.) así como mayor frecuencia sexual, en comparación con las mujeres; sin embargo, en lo referente a la estimulación corporal placentera como “ser acariciado en el pecho” son las mujeres las que prevalecen.

A la pregunta de con quién tuvieron su debut sexual el 96% de las mujeres contestaron que lo habían tenido con su novio, mismos con los que guardaban relaciones afectivas de meses o años en el momento de tener la experiencia coital, mientras que de los varones el 43% reportó haber tenido su iniciación sexual con su novia y el 36% con una amiga, los cuales podían haber tenido semanas, días e incluso horas de conocerlas al momento de la relación sexual.

De acuerdo con la encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (Encuesta nacional de juventud, 2005), (en donde sus encuestados muestran un rango de edad de 12 a 29 años) son las chicas las que postergan más su debut sexual, y tanto hombres como mujeres tienen su primera relación sexual entre los 15 y 19 años, representando al 48.7% de jóvenes que ya iniciaron su vida sexual.

A pesar del tiempo y las diferencias metodológicas entre estas investigaciones, es notorio que tanto mujeres como hombres siguen iniciando su debut sexual con el novio o la novia; sin embargo no en las mismas proporciones, ya que en la investigación de Ibáñez Brambila (1996) la diferencia entre hombres y mujeres era ampliamente significativa, en todas las posibilidades de respuesta; pues en el caso de los varones había una dispersión entre novia y amiga, al momento del inicio sexual, mientras que en las mujeres la única opción significativa fue el novio.

En la Encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ, 2005), aunque sigue la prevalencia de las mujeres de iniciar su debut sexual con el novio, ya hay una proporción significativa que la inicia con el esposo y otra pequeña porción con el amigo, a diferencia del estudio de Ibáñez Brambila (1996) en donde ni siquiera se contabiliza esa opción (Tabla 1).

Tabla 1. Cuadro comparativo.
¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

	N= 244 Ibáñez Brambila (1996)	N=12,840 Instituto Mexicano de la Juventud (2005).
Novio	96%	54.3%
Novia	43%	52.4%
Amiga	36%	33.9%
Esposo	--	36%
Sexo servidora	--	4.7%
Amigo	--	5.9%

Por otra parte Díaz Loving y Rivera (1994) realizaron una investigación aplicando la teoría de la acción razonada (TAR) a la predicción del uso del condón, encontrando, con respecto a los hombres que tienen relaciones sexuales con la pareja regular, que el mejor predictor de la intención para usar condón es tener una actitud positiva en cuanto a la racionalidad e inteligencia de su uso, así como que otras personas importantes para él piensan acerca del uso del preservativo, con un peso menor la actitud de placer al usar el condón. Cuando se trata de parejas ocasionales, la actitud central se enfoca hacia la utilidad y protección mediante el uso del condón seguida por el aspecto del placer.

En el caso de la mujer sobre el uso del condón con la pareja regular; se encontró un gran peso en cuanto a la norma subjetiva y a la actitud positiva sobre lo inteligente y racional sobre el uso del condón, dejando en tercer lugar las características placenteras al uso del condón, en el caso de las parejas ocasionales hay un gran énfasis hacia la utilidad del condón como medio protector.

Continuando con esta teoría (TAR) Alfaro y Díaz- Loving (1996) la utilizaron para analizar conductas sexuales de riesgo, en donde se investigó sobre la intención de las y los adolescentes de tener parejas sexuales ocasionales, y si esta asociación jugaba un papel importante en la conducta sexual del adolescente, encontrando que en las mujeres que no han tenido debut sexual, la norma subjetiva y las actitudes emocionales predijeron la intención conductual, de esta manera la intención de tener parejas sexuales ocasionales estaría determinada por la presión social que percibieron, así como por tener una actitud positiva en cuanto a si lo considera agradable y placentero. De acuerdo a las mujeres que son sexualmente activas, sólo las actitudes emocionales predijeron la intención de tener parejas ocasionales, es decir si se considera placentero tener parejas ocasionales tendrán mayores intenciones de tenerlas.

Tanto en hombres que no han tenido relaciones sexuales como en los que ya han tenido su debut sexual el predictor más importante de la intención de tener parejas ocasionales es el tener actitudes emocionales positivas, además en estos grupos la norma subjetiva aumenta su influencia, ya que perciben más presión social para tener parejas sexuales ocasionales lo cual los coloca en una posición de riesgo, ya que, entre los adolescentes es irregular el uso del condón.

Como se ha podido apreciar el tipo de pareja (regular u ocasional) así como la frecuencia de la actividad coital pueden repercutir en el comportamiento sexual de riesgo, no obstante es importante hacer notar que, aquello que torna un comportamiento de riesgo en el ámbito sexual para este trabajo es: la nula o baja frecuencia en el uso del condón.

2.4-El Condón.

Dentro del marco epidemiológico, el papel del condón es esencial (si se usa correctamente) debido a que es el método que por un lado impide el embarazo y por otro evita infecciones de transmisión sexual, de ahí que se desprende la importancia de su empleo así como la promoción de su uso en los individuos desde el debut sexual, con el fin de evitar problemas de salud pública como lo es la diseminación del VIH/SIDA (así como de otras ITS) ó el embarazo no deseado/no planeado, referido por la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT, 2006) como “un problema relevante en nuestro país”. Para promover el uso de este método anticonceptivo, es necesario, saber qué agentes influyen para su utilización, en términos específicos, conocer cuales son los factores que pueden guiar a los adolescentes hacia la práctica del sexo protegido, por la vía del uso correcto y consistente del condón.

Los adolescentes son uno de los grupos con mayor vulnerabilidad ante las consecuencias de la conducta sexual de riesgo, (Alfaro, 2006), población que mostró diversas estrategias asociadas al uso del preservativo, entre ellas, los estilos de negociación; por ejemplo, Robles y Díaz-Loving (2006) mencionan que las mujeres son las que con mayor frecuencia solicitan o “imponen” el uso del condón a sus parejas, mostrando así el estilo de contender; por otro lado, los varones se inclinan más a las peticiones de la pareja, con lo cual refleja un estilo de colaboración-equidad, no obstante esto se encuentra en oposición con Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) los cuales reportaron que tanto varones como mujeres están de acuerdo en que “ellas” no toman la iniciativa en el rubro de la protección sexual, al menos en lo referente al debut sexual. A pesar de ello, estas adolescentes consideran tener mayor participación en la negociación al respecto, aunque aceptan que ellos son los que acaban por tomar la decisión.

Una tercera investigación es la de Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, (2006) quienes mencionan que son las mujeres adolescentes las que afirman tener un mejor manejo o estilo de negociación en lo referente a este método, no obstante es importante destacar que las estadísticas revelan un menor uso por parte de esta población (ENSANUT, 2006).

También se destaca la investigación de Robles y Díaz-Loving (2006) en el campo de la negociación, que señala la relación entre la edad del debut sexual y la influencia de la pareja; es decir entre más temprano se presente el debut, el sujeto se ajustará con mayor facilidad a lo que diga o proponga su pareja sexual; constituyendo la edad (temprana) del inicio de la vida sexual como posible factor desencadenante de conductas sexuales riesgosas, esto siempre y cuando la pareja no solicite, proponga ó emplee el uso del condón. Paralelamente Gayet, Juárez, Pedrosa, Magis (2003) mencionan que el tener mayor edad al momento del debut sexual se correlaciona positivamente con el uso consistente del condón.

Siguiendo con la edad, Alfaro y Díaz-Loving (1994) indican que, al comienzo de la vida sexual de las y los adolescentes, la prevalencia en el uso del preservativo se mantendrá baja, y se incrementará a medida que aumente la frecuencia en las relaciones sexuales y el tiempo transcurrido desde el debut sexual.

En cuanto a la habilidad conductual y el uso del condón, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2006) realizaron un programa de intervención para prevenir problemas de salud sexual en universitarios, realizando un pre-test post-test en dos grupos, uno de los cuales recibió un programa de intervención, encontrando resultados significativos en cuanto a la habilidad conductual para negociar el uso del condón, así como la autoeficacia para investigar la historia

sexual de su pareja, uno de los hallazgos clave en este estudio se refiere a que dentro de las habilidades conductuales es de vital importancia capacitar a las y los adolescentes en cuanto al uso correcto del condón, ya que si se omitiera este paso no se obtendrían efectos significativos.

Asimismo Cabrera, Olvera y Robles (2006) encontraron que la capacitación en la habilidad conductual para usar correctamente el condón tuvo un impacto importante en el autoreporte del uso del condón y en los niveles de autoeficacia percibida.

Con respecto a los factores sociales e individuales que participan en el uso del condón, el mencionar que siempre se debe usar el condón (sin importar si son parejas ocasionales o regulares), es una de las estrategias que predicen con mayor éxito la utilización del mismo en adolescentes (Alfaro, 2006).

Por su parte Raguz (2003) refiere que los varones hacen una diferenciación con respecto a la utilización del condón dependiendo del tipo de pareja sexual, es decir; en caso de tratarse de la novia o pareja estable, el chico no procura el uso de este método ya que esto implicaría una falta de confianza o una "evidencia" de infidelidad, mientras que con parejas ocasionales, el caso es contrario, ello principalmente, con la finalidad de librar infecciones de transmisión sexual.

Lo que concuerda con Stern, Fuentes, Lozano y Reysoo (2003) al indicar que cuando se trata de una sexo servidora o una pareja casual es importante para ellos el uso del condón; mientras que en el caso de la novia, el preservativo no es tan importante ya que confían ampliamente el uno en el otro, esto, en cuanto a sus hábitos de limpieza y en que si el embarazo llega, el varón, va a reconocer a su hijo. Así como con Díaz Loving y Rivera (1994) al mencionar que cuando se trata de parejas ocasionales, la actitud central de los varones se enfoca hacia la utilidad y protección del condón.

Así mismo, Martínez-Donate, Hovell, Blumberg, Zellner, Sipan, Shillington y Carrisoza (2004) encontraron diferencias de sexo, relacionadas al uso del condón en adolescentes de Tijuana, en donde señalan que los hombres tienen menores intenciones de evitar tener sexo no protegido, aunado a ello, también mencionan tener pocas intenciones de usar (siempre) el condón en sus relaciones sexuales, también son ellos los que refieren sentirse menos autoeficaces al momento de rechazar invitaciones sexuales que no impliquen uso del condón. Además se encontró que son menos accesibles para el uso del condón, ya que, según ellos decrementa el placer sexual, igualmente, los chicos sexualmente iniciados, en comparación con los que no tienen debut sexual y con las mujeres, crean o generan desconfianza hacia la pareja por el uso del condón.

En contraparte, las mujeres presentan actitudes más positivas hacia el uso condón y niveles más altos de autoeficacia para evitar el sexo no protegido. No obstante, son los varones, los que presentan mayor uso del condón, así como mayor iniciativa para su utilización.

Continuando con los varones, Madiedo, Otero, González y Pulido (2001) encuentran que el 70% de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, posibles explicaciones para ello podrían ser que, el 35% de ellos considera que el uso de anticonceptivos afecta las sensaciones durante el acto sexual, el 26.2% de estos adolescentes no se sienten responsables por la anticoncepción, finalmente el 21% de ellos menciona tener dificultades para conseguir anticonceptivos.

Otros factores que parecen ser decisivos en el empleo del preservativo independientemente de la edad del debut sexual es; el lugar de residencia; esto es, las y los adolescentes que radican en zonas urbanas utilizarán con mayor frecuencia el condón, que aquellos que viven en zonas rurales. En cuanto al sexo; son los varones adolescentes los que recurren significativamente al uso del condón, en comparación con las chicas, como fue marcado en uno de los apartados de epidemiología, del presente capítulo por la ENSANUT (2006).

Una variable importante es el nivel de estudios, ya que a mayor nivel de escolaridad es mayor la probabilidad de usar el condón y viceversa (Gayet, Juárez, Pedrosa, Magis , 2003) tal como se ve reflejado en la investigación de Robles y Díaz-Loving (2006), ya que los estudiantes de nivel medio superior utilizan con mayor frecuencia el condón que aquellos pertenecientes a secundaria.

Como ya se mencionó, el uso correcto del condón es de suma importancia para controlar tanto las infecciones de transmisión sexual así como los embarazos no deseados/no planeados, enfáticamente es una de las alternativas para llevar una vida sexual con mínimos riesgos, de ahí la importancia de continuar con investigaciones pertinentes que brinden conocimientos acerca de los factores que influyen en el uso correcto y consistente de este método anticonceptivo.

No obstante cuando se ejercen comportamientos sexuales de riesgo, se abre paralelamente la posibilidad de consecuencias como: embarazos no planeados/ no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual, mismos que serán abordados en el siguiente apartado.

2.5-Conducta Sexual de Riesgo en la Adolescencia.

Para Florenzano (1997), la conducta de alto riesgo se define como aquel comportamiento que conlleva o genera consecuencias significativamente desfavorables para la salud del individuo, cuando éste se correlaciona con la conducta sexual, hace referencia al contacto directo con semen, fluido vaginal o sangre (Villagrán y Díaz Loving, 1992).

Para los fines del presente trabajo, el tener un comportamiento sexual de riesgo está dado por la baja o nula frecuencia en la utilización del preservativo en la práctica sexual, teniendo como posibles productos embarazos no deseados/no planeados y/o Infecciones de Transmisión Sexual.

Un modelo sobre el comportamiento sexual de riesgo es la Perspectiva Multisistémica, propuesta por Kotchick, Shaffer y Forehand (2001), que enfatiza la relación entre los sistemas y la influencia que ejercen en la conducta de las personas. Los autores mencionan que para comprender la conducta sexual de riesgo del adolescente es necesario un análisis multisistémico el que incluye información sobre, sistemas personales y ambientales (como el familiar y el extrafamiliar) los cuales contribuyen a la decisión de convertirse en sexualmente activos y subsecuentemente la decisión de verse envueltos en la promoción o reducción de conductas sexuales de riesgo.

Otra teoría al respecto del comportamiento sexual de riesgo es la de Bayés (1992¹) el cual postula que la información es necesaria, más no suficiente para prevenir comportamientos de

riesgo, y que esto se debe gracias a que no existe correlación entre el placer inmediato que se da al llevar a cabo la conducta de riesgo y las posibles consecuencias nocivas; también hay que tener en cuenta que solo son posibilidades, ya que según este mismo autor, las probabilidades de infectarse por VIH, en una sola exposición al virus (ya sea por contacto con sangre, semen o secreciones vaginales con una persona infectada), son mínimas.

Lo cual parece ser reforzado por Kotchick, Shaffer y Forehand (2001) al explicar que los adolescentes saben sobre la toma de riesgos sexuales y sus implicaciones negativas; como VIH y embarazo, sin embargo no parece haber asociación entre el tener conocimientos sobre sexualidad y evitación de prácticas sexuales de riesgo. Así como por Hawa, Munro y Doherty-Poirier (1998) quienes aplicaron el modelo de información motivación y conducta, para la reducción de comportamientos sexuales de riesgo en universitarios canadienses, utilizando tres variables: género, edad y educación de los padres, los resultados indican que tanto la edad como el género son predictores significativos del uso del condón y por lo tanto de las conductas preventivas; además estos autores, también mencionan que la información es necesaria más no suficiente para ejercer conductas sexuales de riesgo; por lo que se refiere al componente motivacional, se encontró que las intenciones se relacionan negativamente, aunque tanto las actitudes como la norma subjetiva son predictores significativos de la conducta de prevención ante el SIDA.

Como ejemplo del uso del condón (no se le da la importancia requerida al uso de éste método, en este subtema, debido a que su relevancia en la conducta sexual de riesgo ya fue demostrada en el apartados anteriores), Villagrán, Morales y Perelló (2006), encontraron: en lo que se refiere al uso de este método que a pesar de que hombres y mujeres lo utilizan con la misma frecuencia (es decir "algunas veces") presuntamente lo hacen para librar embarazos no planeados, lo que, claramente los coloca en una posición de riesgo, tanto de embarazos no deseados/no planeados como para la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Existen otras variables inmersas en la conducta sexual de riesgo como la edad, por ejemplo: Stephenson (2009) realizó una investigación con muestras de jóvenes africanos de tres países: Ghana, Zambia y Burkina Faso, señalando (entre otras cosas) que en las chicas de Burkina Faso existe una correlación entre edad y conducta sexual de riesgo, ya que a mayor edad (20-24) menores conductas sexuales de riesgo (en comparación con las jóvenes de 15-19).

Aunado a ello, también se ha encontrado evidencia que parece indicar la participación (directa o indirecta) de los padres en la conducta sexual de riesgo de los hijos, esto es, al mencionar Mosquera y Mateos (2003) con base en una muestra de adolescentes colombianos, que tanto las madres como los padres, no aceptan de manera abierta la actividad coital en sus hijas, no así con sus descendientes varones, ya que esperan que las primeras formen un hogar y concluyan su educación antes de efectuar su debut sexual, con lo cual, puede verse permeado u obstaculizado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres adolescentes.

Una investigación en la que se puede apreciar la conducta sexual de riesgo de los adolescentes y las diferencias entre hombres y mujeres, es la de Navarro-Pertusa, Barberá y Reig (2003) los que estudiaron las diferencias de género en cuanto a las conductas sexuales, por medio de una historia en la que el individuo decide el desenlace; esto es: si se enrola o no en conductas sexuales (en el caso de que lo haga debe de decidir si incurre o no, en una de riesgo). Con una muestra de 505 estudiantes de entre 15 y 20 años, originarios de la comunidad de Alicante (España) se obtuvieron los siguientes resultados; a la pregunta de que si la o el protagonista incurre o no en una relación coital de riesgo; el 28.3% de las participantes menciona que la protagonista si lo hace, mientras que el 56%, de los varones señala que el protagonista si lo hizo. Dentro de los motivos para incurrir en actividad coital sin protección, por parte de las

chicas se registran motivos de carácter extrínseco; tales como el consumo de alcohol, por su parte los chicos apelan a motivos intrínsecos; como el placer, la excitación o el quedar bien con ella. Siguiendo esta misma línea, la razón más citada para no enrolarse en un conducta sexual de riesgo es el temor al embarazo (aunque aluden a ella los varones, es más reportada por las chicas) y la adquisición de una ITS. Otro de los cuestionamientos fue si les agradaría estar en una situación parecida; encontrando diferencias significativas, ya que son mayormente los varones, los que mencionan que sí les gustaría pasar por una situación parecida, además éstos mismos chicos señalaron que el protagonista si tendría actividad coital de riesgo.

Ahora bien, por lo que se refiere a la intención del comportamiento; el 40.5% de las chicas versus el 8.7% de los muchachos; indican negarse al encuentro sexual y retirarse inmediatamente, otro tanto menciona salir en busca de protección (condones) y regresar para llevar a cabo la relación coital; esto fue reportado por el 53.3% de los varones y el 8.6% de las mujeres.

Otra opción de respuesta menciona que tratarían de convencer al personaje para encontrarse al día siguiente (sin efectuar ese día el acto sexual), esto fue indicado por el 18.5% de los muchachos (mismos que señalaron que el protagonista no tendría relaciones) frente al 25.4 de las chicas (las cuales aludieron que la protagonista sí tendría relaciones sexuales).

Una cuarta opción fue el tener sexo no coital; al cual respondieron que sí el 21.3% de las mujeres y el 13.3 % de los chicos. Entre las posibles causas a las diferencias de género reportadas, los autores explican que son las mujeres las que registran con mayor frecuencia no tener relaciones sexuales; obedeciendo a sus características reproductivas, en comparación con los varones.

Una vez abordado el concepto de conducta sexual de riesgo, a continuación se revisan algunos aspectos derivados de esta.

2.5.1 Embarazo Adolescente.

A pesar de que la concepción en esta etapa es vista como un fenómeno multifactorial que obedece a agentes sociales, económicos y culturales (Campos y Pérez, 2000), podría decirse de acuerdo con Díaz-Sánchez (2003), que es el reflejo de una deficiente información sobre métodos anticonceptivos y/o utilización de los mismos.

Ahora bien, el embarazo no planeado es aquel que llega de manera imprevista, mientras que, para Langer (2002) el embarazo no deseado llega en un momento no apropiado o simplemente en un persona que no quiere reproducirse, según esta autora, dentro de los grupos de riesgo para embarazos no deseados se encuentran los adolescentes.

Cortés, García, Monterrey, Fuentes y Pérez, (2000) y Madiedo, Otero, González y Pulido (2001) mencionan que en esta etapa, los adolescentes han adquirido de manera reciente la capacidad reproductiva, aunque no con ello la madurez psicológica y social necesaria para enfrentar una de las consecuencias más significativas de la conducta sexual de riesgo, como lo es el embarazo; ya que si bien poseen conocimientos de métodos anticonceptivos, esto no se traducen en acciones en contra del comportamiento sexual de riesgo.

Dentro del marco empírico, en el rubro de las alteraciones o consecuencias físicas maternofetales, Rodríguez, Mora y Mora (2001), enfocaron su investigación en el embarazo

adolescente y el bajo peso en el recién nacido, encontraron una correlación significativa entre ser adolescente y parir un bebé con peso menor a los 2500 kg.; conjuntamente se encontró incidencia de ciertas complicaciones tales como; sepsis vaginal y modificaciones en el cervix; finalmente estos autores concluyen que la desnutrición en el periodo adolescente es un detonante para el bajo peso del recién nacido.

A nivel internacional, la investigación de Scholl (2007) parece confirmar lo expuesto por estos investigadores, ya que menciona que cuando una adolescente se embaraza, y no ha llevado una nutrición adecuada en la infancia, repercutirá tanto en el crecimiento fetal como, en el bajo peso del recién nacido, lo cual es debido a factores asociados al metabolismo, específicamente a una falta de gasto energético u oxidación de grasas, promoviendo así depósito de grasa durante y después del embarazo en la adolescente, lo que a su vez implicará un riesgo de obesidad, así como de futuras enfermedades crónicas como la resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, tanto para la madre como para el recién nacido; además, en el caso de la madre también existe riesgo de enfermedades en vías coronarias.

La investigación de Fuentes, Cruzat y Barrera (1999) enlaza el aspecto social y físico del embarazo adolescente, en donde encontraron que las complicaciones materno-fetales son provocadas en gran parte por la anemia, la amenaza de aborto, el parto pretérmino y la utilización de métodos como la cesárea. Por lo que concierne al recién nacido existe una elevada mortalidad por enfermedades en la membrana hialina e hipoxia, entre otras; al mismo tiempo se hace un especial hincapié en que los embarazos en menores de 18 años tienen mayores posibilidades de complicaciones tanto en la gestación, el parto, así como para el recién nacido; otra de las aportaciones notables de esta investigación es que la mayoría de los embarazos a edades tempranas no son deseados o se ocultan, lo cual dificulta una adecuada atención médica prenatal.

Por lo que respecta al entorno de la adolescente, estos investigadores encontraron que al enrolarse en embarazos juveniles no deseados, también son propensas a matrimonios o uniones precoces, así como a la separación de las mismas, el aborto y sus consecuencias, deserción escolar o laboral; además se señala que más de la mitad de las adolescentes dependía económicamente de la ayuda de su familia, mientras que la tercera parte dependía de su compañero sexual.

Siguiendo esta línea, Mirabal, Martínez y Pérez (2002) realizaron una investigación encaminada a descubrir los efectos biológicos, psíquicos y sociales del embarazo adolescente, en donde encontraron que el embarazo a esta edad tienen consecuencias significativas no solo para el organismo sino también psicológicas. Utilizaron una muestra de 150 adolescentes embarazadas, en donde la mayoría pertenece a zonas rurales (62.7%).

Por lo que se refiere a sus parejas, el 50% de ellas mantiene relaciones de "unión libre" o en su defecto relaciones con otros varones que no son los padres de sus hijos, es así que para estos autores el incremento en estas relaciones carentes de compromiso son causantes de gestaciones precoces, así como para la inestabilidad y el cambio de pareja, de la misma manera se puede agregar que el 28% de estas adolescentes se declaran como madres solteras.

En la parte de la salud física, se menciona que existe una alta morbilidad en las adolescentes así como anemia y sepsis urinaria, provocada por la tardía atención del embarazo.

En cuanto al deseo de tener al bebé, sólo el 32.7% deseaba tenerlo, mientras que el 38.7% refirieron tener miedo a realizarse un legado, es así que estos autores concluyen que estas adolescentes no contaban con la preparación psicológica ni física necesaria para asumir un embarazo en esta etapa.

Con respecto a los varones, Leyva, Berroa, Negret y García (2002), indican que son ellos, los que generalmente se niegan a la utilización de métodos anticonceptivos, ya que suponen que "limitan el placer" del acto sexual, y en caso de que se de la concepción tratan de evadir su responsabilidad, manifestando que ella debe de resolver el problema. Lo cual podría confirmar lo dicho por, Raguz (2003) al señalar que los adolescentes varones no se sienten responsables, en caso de un embarazo, cuando no median el afecto con la pareja sexual.

Adicionalmente Stern, Fuentes, Lozano y Reysoo (2003) señalan en su investigación sobre masculinidad, salud sexual y reproductiva, que el condón se utiliza más por el lado de la prevención del embarazo que por la adquisición de infecciones de transmisión sexual. No obstante, los autores refieren que estos adolescentes (de población rural) mantienen una correlación entre sexualidad y reproducción, refiriendo al embarazo como inevitable para ellos.

Por otra parte uno de los espacios sociales con mayor relevancia para los adolescentes es la escuela, aunque también parece serlo para el decremento de la conducta sexual de riesgo, al menos así lo mencionan González, Rojas, Hernández y Olaiz (2005), los que encontraron una relación entre embarazo y escolaridad, esto es, a mayor nivel de instrucción menor probabilidad de embarazo (ó antecedentes de embarazo). Lo que coincide con los datos de Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003), al referir que aquellos adolescentes con secundaria tienen casi el doble probabilidades, mientras que los de bachillerato (o mayor nivel educativo) el 2.6% de posibilidades de uso del condón en su primera relación coital, versus adolescentes con estudios de primaria.

Dentro de la investigación de Mirabal, Martínez y Pérez (2002) (con una muestra cubana) se encontraron aspectos que de alguna u otra manera también se asocian con la formación educativa, tal como lo es, el hecho de que el 96% de las adolescentes participantes en este estudio reportaron haber abandonado la escuela para el cuidado de su bebé, igualmente se menciona a la secundaria como el nivel educativo con mayor incidencia de embarazo (80.7%).

Otra investigación realizada en el mismo país (Rodríguez, Mora y Mora, 2001) pone de manifiesto, que el bajo peso en el recién nacido se presenta en mayor medida en los hijos de aquellas adolescentes con menor escolaridad (primaria terminada).

Por su parte, Pereira, Canavarro, Cardoso y Mendonca (2005) estudiaron a dos grupos de adolescentes portuguesas; embarazadas y sin historia de embarazo, encontrando que sólo el 12.3% de las adolescentes embarazadas asiste a la escuela, aunado a ello, el 52.6% de las chicas pertenecientes a este grupo mencionan haber abandonado el colegio antes del embarazo.

También se encontró la investigación de Romaní y Vílchez (2008), los que manejan la hipótesis de que existe correlación entre: lectura de diarios/ revistas, el ser radioescucha y televidente-con la condición de estar actualmente embarazada.

Es así que con una muestra de 1567 mujeres peruanas de entre 15 y 17 años, se constató la relación significativa entre estas variables (aunque no se tiene registro de la fuerza ni de la dirección de las mismas). Aunado a ello, los autores señalan que es probable, que el embarazo en los adolescentes, pueda ser en parte, consecuencia de la imitación de modelos y estereotipos de programas televisivos.

Hasta este punto se han revisado diversas investigaciones en torno al embarazo adolescente, en donde en términos prácticos se ha evidenciado la inmadurez tanto física como psicológica para la procreación en esta etapa de la vida; no obstante, Stern (1997) realiza un interesante ensayo en donde de manera crítica analiza las características propias de la sociedad mexicana asociados al embarazo adolescente, y que de cierta manera, “le quita” al embarazo adolescente la connotación de total negatividad, principalmente en los siguientes rubros:

- Población rural y extensión de la pobreza. De acuerdo con este autor, tanto el embarazo como el matrimonio juegan un papel de suma importancia dentro de nuestra sociedad, específicamente dentro de las zonas rurales, esto debido a las limitadas opciones que tienen las mujeres de estas zonas, lo que coincide con que las poblaciones rurales también pertenecen a las zonas más pobres y marginadas, es así como Stern (1997) refiere que no es que el embarazo propiamente conduzca a la transmisión de la pobreza (tal como se menciona en el cuadernillo de salud reproductiva del CONAPO, 2000), si no que más bien son las situaciones socioeconómicas las causantes del embarazo adolescente.
- Alteraciones físicas maternofetales.- en esta área el autor menciona que en circunstancias propicias de salud, nutrición, atención prenatal, así como apoyo social y familiar favorable, los embarazos no conllevan mayores riesgo para la salud del neonato así como para la madre, esto siempre y cuando la edad de la gestante parta de los 16 años, lo cual es reafirmado, en el sentido de la nutrición por Rodríguez, Mora y Mora (2001), ya que como se indicó, los problemas de bajo peso en el neonato son causados por la carencia nutricional de la madre adolescente, y no propiamente el hecho de ser adolescente.

No obstante el autor indica que hay una coexistencia entre los grupos mayoritarios de adolescentes embarazadas y los sectores pobres, con lo cual la atención prenatal, las condiciones adecuadas de salud y alimentación ya de por sí se encuentran mermadas.

- Escolarización.-en este apartado Stern (1997) menciona, citando a Fernández-Paredes, Castro, Avila, Montiel, Godínez y Fuentes (1996), así como Pick, Atkin y Kartchmer (1988) que la mayoría de las adolescentes embarazadas, se encontraban desescolarizadas antes de ser gestantes; lo cual evidencia que no abandonaron la escuela a causa de la maternidad, dejando de lado la imagen del embarazo adolescente como un detonante de la deserción escolar.

Una vez que se ha revisado el embarazo, es hora de analizar a groso modo, su lado contrario; el aborto.

2.5.2 Aborto.

Espinoza (2007) señala que una de las consecuencias más graves de un embarazo no deseado es el aborto inducido clandestino (y por lo tanto no protegido), el cual se debe, según Langer (2002) a factores como:

- La utilización de métodos obsoletos como el coito interrumpido.
- La no utilización de métodos anticonceptivos eficaces o por la falla de los mismos.
- Por que las relaciones sexuales no siempre son consentidas

En el año 2000 Silber ^a refiere el caso de una adolescente de 17 años, que muere a causa de un aborto clandestino, cabe señalar que la adolescente ya lo había solicitado a una ginecóloga, la cual le dijo que si no había sido víctima de abuso sexual no podía proceder, ya que el aborto era un delito en territorio mexicano.

Para abril del 2007 el panorama es diferente en el Distrito Federal, ya que la despenalización del aborto, dentro de las 12 semanas de gestación, sin apelar a ningún agente causal, ya es una realidad. (Instituto de las mujeres de la ciudad de México, INMUJERES D.F. ^a).

Todo lo anterior en pro del derecho reproductivo y paralelamente de una maternidad libre, responsable y voluntaria. (Instituto de las mujeres de la ciudad de México, INMUJERES D.F. ^b).

Así mismo, Cabezas, Langer, Alvarez y Bustamante(1998), indican, con base en una muestra de jóvenes cubanas, que dentro de los factores de riesgo para llevar a cabo un aborto inducido, en el primer embarazo, es tener menos de 24 años (y más específicamente menos de 20), ser estudiante y ser o no casada.

Otra consecuencia importante propia de la conducta sexual de riesgo son las infecciones de transmisión sexual

2.5.3 Adolescencia e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Alfonso (2005) concibe a las ITS como un conjunto de infecciones en las que el mecanismo principal de transmisión es el intercambio de fluidos por la vía sexual (aunque no el único) es decir practicando relaciones vaginales, anales ó el sexo oral, infecciones que son ocasionadas por bacterias, virus, hongos o parásitos; así mismo la diferenciación entre el tipo de microorganismo causante de la infección es de vital importancia, ya que por ejemplo cuando se deben a bacterias (clamidia, gonorrea, la sífilis, etc.) pueden ser curadas mediante el uso de antibióticos, no obstante las virales tales como el herpes, el virus del papiloma humano (VPH), hepatitis b y el SIDA sólo son controlables mediante tratamientos pero no son curables, y en el caso del VIH es mortal (Shibley y DeLamater, 2006).

D'Angelo y DiClemente (1996) ofrecen una clasificación en torno a las infecciones de transmisión sexual, en donde existe un agente infeccioso y un síndrome resultante del mismo agente, así mismo estos autores mencionan que los agentes infecciosos más usuales entre los adolescentes son, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, herpes simple, *Treponema pallidum*, *Hemophilus ducreyi*, y finalmente el VIH.

Según D'Angelo y DiClemente (1996) existe una relación entre adolescencia e ITS, la pregunta obligada sería ¿Qué tan importante es esta asociación? Así como ¿cuáles son los factores de riesgo inmersos en estas variables? Uno de los autores que ha investigado a este respecto es Alfonso (2005), refiriendo que de los 15 a los 19 años existe un especial riesgo (en donde las mujeres son doblemente más propensas a éste) a la adquisición de ITS, debido a diferentes razones que incluyen variables bio-psico- sociales, entre las que destaca:

- Existen mayores posibilidades de que el germen se incube dentro de la mucosa y el epitelio de la vulva de una adolescente que en una mujer adulta. Adicionalmente Calderón (2002), menciona que en términos generales los adolescentes son más propensos en un nivel biológico a adquirir ITS.

- De manera paralela con el incremento de la edad, el sistema inmunológico brinda mayor protección, es decir, se adquiere cierta resistencia a las ITS con el paso de los años.
- Las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo a edades más tempranas.
- Existe una postergación en términos de una relación estable, con lo cual se da un periodo de continuos cambios de pareja y con ello un incremento en la conducta sexual de riesgo.
- En ese periodo se efectúan prácticas sexuales de riesgo, en donde la espontaneidad juega un papel crucial, por lo tanto se dan relaciones poco planeadas.
- Uno de los métodos con mayor aceptación (o uso) entre los adolescentes es el coito interrumpido.
- Los vínculos afectivos entre los adolescentes no son en lo absoluto un requerimiento para involucrarse en una relación sexual, lo cual se hace más válido para hombres que para mujeres.
- Factores psicológicos y sociales inmersos en esta etapa de la vida, así como servicios de salubridad, la asintomatología de diferentes ITS, poca constancia en cuanto a la medicación de las mismas, así como el consumo de drogas.

Por su parte, también Silber (2000) señala diversos agentes causales de ITS en adolescentes, por ejemplo el decremento de la edad del debut sexual, el incremento de parejas sexuales, la falta de concordancia entre conocimientos, valores y ejecuciones, en cuanto a conducta sexual se trata, otro factor importante en la prevalencia de ITS se debe al atraso en la consulta médica.

Ahora bien, ya que el objetivo de este apartado no es el de investigar acerca de las diferentes infecciones de transmisión sexual, sino más bien saber las implicaciones que pueden resultar de ellas, como consecuencia de prácticas sexuales de riesgo, sólo se hará una revisión a groso modo de las infecciones de transmisión sexual, (exceptuando el VIH/SIDA al cual se referirá en el siguiente apartado de manera más detallada) con mayor incidencia entre los adolescentes, de acuerdo a los agentes infecciosos propuestos por D'Angelo y DiClemente (1996).

- **Gonorrea.**- ocasionada por el gonococo *Neisseria gonorrhoeae* (Shibley y DeLamater, 2006) es una de las infecciones con mayor prevalencia entre los adolescentes, la cual puede ser precedente de la enfermedad inflamatoria pélvica (aunque no sólo es ocasionada de manera exclusiva por el gonococo) así como esterilidad, además entre los síntomas se destaca la asintomatología de los portadores, los cuales en esencia son mujeres (cuatro mujeres por un varón infectado); además el haber tenido la infección no confiere inmunidad, por lo tanto se puede reincidir (Silber , 2000).
- **Clamidia.**- causada por *Chlamydia trachomatis*, bacteria transmitida a través del contacto sexual, al igual que la gonorrea existen muchos pacientes asintomáticos, principalmente mujeres (75%), las cuales propagan la enfermedad de manera involuntaria, (Shibley y DeLamater, 2006).
- **Virus del Papiloma Humano. (VPH).**- causante de verrugas genitales, así como de ser un detonador significativo de cáncer cervical, aunque también se asocia con el cáncer de pene y ano. Otro dato importante es que la mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas (Shibley y DeLamater, 2006).
- **Herpes genital.**-ocasionada por el virus de herpes simple (VHS), se transmite a través de relaciones sexuales y el sexo buco-genital, se manifiesta por medio de protuberancias en los genitales, un aspecto asociado con la permanencia de esta enfermedad es que reincide en su aparición, aproximadamente cuatro veces por año (Shibley y DeLamater, 2006)

- Sífilis.- producida por la bacteria *Treponema pallidum*, en su *etapa inicial* (etapa primaria) se manifiesta por medio de un “chancro” (úlceras con forma semejante a la de un cráter) en la que no se presenta dolor y que desaparece sin necesidad de medicación, *etapa secundaria* aparece una lesión generalizada, que al igual que el chancro no presenta dolor, en esta etapa la enfermedad puede ser perfectamente curable, sin dejar rastros de la misma, la tercer etapa se denomina sífilis latente e inicia cuando desapareció la lesión de la etapa anterior, no tiene una manifestación “visible” no obstante el *Treponema pallidum* se introduce en los tejidos del cuerpo principalmente en el sistema nervioso central, muchas personas permanecen en esta etapa sin presentar mayores complicaciones, no obstante cerca de la mitad de pacientes infectados pasa a sífilis tardía, en donde el corazón y los principales vasos sanguíneos se han infectado, en este periodo puede aparecer la neurosífilis y la sífilis cardiovascular, las cuales pueden conducir a la muerte, la locura y la parálisis.
- Chancroide.- originada por la bacteria *Haemophilus ducreyi*, uno de los factores más relevantes de esta enfermedad es su alta correlación con otras ITS, tales como el VIH.
- Tricomoniasis.- ocasionada por *Trichomonas vaginales*, con una frecuencia elevada en la población en edad productiva, se adquiere mayormente por contacto sexual, (Calderón, 2002) aunque también en sanitarios públicos y otros objetos como ropa interior (Shibley y DeLamater, 2006).

Por último, Silber (2000) menciona que las ITS en realidad son sólo el reflejo de la falta de protección en la relación sexual, aunado a ello el grado de importancia de estas infecciones es mayúsculo, debido a las diversas complicaciones, secuelas e incapacidades que las prosiguen, considerándolas así como un problema de salud pública.

Dentro de la investigación nacional, Calderón (2002) señala que el tener un debut sexual a edades tempranas sin la utilización del condón, así como la influencia de variables que incluyen un aumento en: el número de compañeros sexuales, la frecuencia en el cambio del mismo, y la presencia de otras ITS son agentes que facilitan la adquisición de estas mismas infecciones. Además menciona que la clave para contrarrestar las ITS, son la educación sexual y el autocuidado sexual, igualmente menciona que el evitar el contacto sexual durante la activación de las lesiones (provocadas por una ITS) o en su defecto dentro de el tratamiento, ayuda a la recuperación y a la no propagación de las infecciones. Finaliza refiriendo que el uso correcto del condón es un medio efectivo para mantenerse libre de ITS y evitar la diseminación de las mismas.

Alfonso (2005) anteriormente hizo mención a la asociación entre las ITS y el consumo de drogas, una investigación que permite apreciar esta asociación es la de Gálvez-Buccollini, DeLea, Herrera, Gilman, Paz-Soldan, (2009) que estudiaron la conducta sexual y el uso de drogas de jóvenes peruanos en condiciones de pobreza, en donde mencionan que existe una asociación entre el consumo de drogas ilícitas y la conducta sexual de riesgo; ya que se evidencia que el uso de drogas decrementó la utilización del condón, y triplicó las probabilidades de contraer una ITS, de manera especial se reporta, que los varones presentan su inicio sexual a edades más tempranas y más parejas ocasionales, aunque también son ellos los que reportan mayor uso del preservativo en su última relación sexual.

Continuando con la influencia de otras variables, Swiech (2008) señala que; diversas películas y programas de televisión se encuentran saturados de encuentros sexuales sin protección, los cuales, dejan fuera las posibles consecuencias de estas relaciones, tal como lo son las ITS. Mostrando así una visión deformada de lo que en verdad es la actividad coital.

No obstante, esto parece ser percibido por las y los adolescentes, ya que de acuerdo con una población de chicos colombianos (Mosquera y Mateus, 2003), mencionan que los medios de comunicación (programas) solo exponen la parte “agradable” de las relaciones cóitales, dejando de lado las consecuencias adversas, cuando no se usa protección.

Otro factor asociado con las ITS es la escuela, ya que Santín, Torrico, López y Revilla (2003) encontraron en un grupo de adolescentes españoles, que el nivel educativo tiene una influencia decisiva, sobre la adquisición de ITS, sólo en aquellos casos en los cuales los adolescentes no correspondan al grado al cual según la edad, deberían pertenecer; es decir, cuando tengan un grado escolar menor al que les corresponde así como cuando también tengan una educación más orientada a la obtención de un empleo.

Como se mencionó, las prácticas sexuales de riesgo pueden desembocar en diversas infecciones, no obstante una de ellas no tiene cura ni vacuna: el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es por ello que en el siguiente apartado se realizará una revisión acerca de esta infección haciendo un especial hincapié en la relación VIH/SIDA - adolescencia.

2.5.4 VIH/SIDA.

De acuerdo con el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2008^a), el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el retrovirus que al infectar a las células del sistema inmunológico causando graves daños al funcionamiento del mismo, originando así un deterioro progresivo de este sistema, ocasionando inmunodeficiencia, con lo cual lo deja inhabilitado para defender al cuerpo de enfermedades e infecciones, por su parte el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) hace referencia a una serie de indicios, síntomas, infecciones y cánceres producidos como consecuencia de la insuficiencia del sistema inmunológico provocada por el VIH, es decir en este momento se está hablando ya de enfermedad, más allá de una mera infección. Adicionalmente Castilla, Sobrino, Belza y Tello (2005) mencionan que un aspecto importante es que tiene exclusiva receptibilidad en el ser humano.

Aunado a ello, la relevancia de esta infección no solo recae en la economía, productividad, seguridad y cohesión social de un país, sino también en el número de infectados y en su extendida propagación, lo que hace de esta infección una pandemia (De Bedout Hoyos, 2008).

Castilla, Sobrino, Belza y Tello, (2005) mencionan que son tres las principales formas de transmisión: del VIH:

- Parenteral.- se da a causa del contacto directo con plasma, es decir por transfusión sanguínea de órganos, tejidos, inseminaciones artificiales, hemoderivados, así como por el intercambio de agujas/ jeringas y otros instrumentos utilizados por una persona infectada.
- Vertical.- resulta de la transmisión de la madre infectada al hijo, ya sea durante el embarazo, parto o lactancia.
- Sexual.- producida por medio de las relaciones sexuales (vaginales, anales u orales), esto se da cuando el semen o las secreciones vaginales de una persona infectada entran en contacto con las mucosas (propias de la vagina, boca, prepucio y recto) o las lesiones cutáneas.

Para el diagnóstico de esta infección se cuenta con 2 pruebas Elisa y Western-Blot, la primera de ellas cuenta con un 95 a 99% de confiabilidad, no obstante cuando ésta resulta positiva se realiza la siguiente prueba confirmatoria con un grado de confiabilidad del 100% (Calderón, 2002).

A partir del año 1996, pasó de ser una enfermedad fatal a una crónica manejable gracias al TARGA (Rubinstein, 2003), ó tratamiento antirretroviral de gran actividad, con lo cual los pacientes infectados han prolongado el tiempo de vida, a pesar del costo elevado y de sus efectos secundarios (De Bedout Hoyos, 2008).

Paralelo a ello se cree que, a consecuencia del extenso periodo de incubación del virus, muchos de los adultos jóvenes fueron infectados durante el periodo adolescente (Kimmel y Weiner, 1998; CENSIDA, 1997; Alfaro, 2006); es bajo estas premisas que se considera que la adolescencia es un periodo crucial tanto para contraer (o evitar) la infección por VIH/SIDA, y de esta manera la propagación de la misma.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008^a) refiere que la adquisición de la infección por VIH en los jóvenes va a depender en términos específicos de los comportamientos de riesgo que presenten, entre los cuales se destaca las relaciones sexuales sin condón, así como el manejo de jeringas no esterilizadas, no obstante las conductas de riesgo pueden ser evitadas mediante el repertorio o habilidades conductuales, traducidas básicamente, en conocimientos teórico- prácticos.

Dentro de la investigación internacional propia de esta área se encuentra la de Macchi, Benítez Leite, Corvalán, Núñez y Ortigoza (2008) realizada en Paraguay acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH. Los resultados encontrados señalan que los adolescentes que inician a edades más tempranas su debut sexual incrementan el riesgo de contraer VIH, mientras que esta misma relación es inversa, es decir, el retraso en el inicio de la actividad sexual puede protegerlos de la infección por VIH.

Además estos investigadores encontraron que existe un importante grado de desinformación y hay una comprensión superficial en torno a la adquisición del VIH, por ejemplo más del 90% de los adolescentes en este estudio, saben que pueden contraer VIH a través de transmisión sexual, jeringas y transfusiones, no obstante sólo del 23 al 38% de la muestra conoce el contagio buco-genital y vertical, igualmente el 38% indica que el beso profundo puede transmitir el VIH, esta ambigüedad conceptual puede verse reflejada en el 45% (con edades de 15 a 24 años) de los nuevos casos de VIH, en donde se pone de manifiesto que aunque ya se encuentran infectados no cuentan con información precisa y completa acerca de la adquisición del virus (ONUSIDA, 2008^c).

En esta misma línea, Toledo, Navas, Navas y Pérez, (2002) mencionan que entre los agentes causales para adquirir VIH (en una muestra de adolescentes cubana), se encuentran: la promiscuidad, el uso poco frecuente del condón, el sexo ocasional, antecedentes de ITS y el mantener relaciones sexuales alcoholizado o bajo los efectos de otras sustancias psicotrópicas.

Continuando con la evidencia empírica Prohaska, Albrecht, Levy, Sugrue y Kim (1990), investigaron sobre los determinantes en la autopercepción de riesgo para contraer VIH/SIDA, en donde encontraron que la percepción de riesgo se asocia con el sistema de creencias, lo que a su vez se relaciona con los estereotipos, ya que muchos individuos no se sienten en riesgo de contraer una enfermedad debido a que no cubren cierto "perfil", mismo que estereotipa a las personas con una determinada enfermedad, recurso cognitivo que puede contribuir a la pérdida en materia de salud.

En el caso del VIH/SIDA existe una influencia por parte de la percepción de riesgo, entre los factores que se relacionaron de manera significativa como predictores de esta percepción se encontraron las siguientes variables:

El ser asio-americano, no tener preferencia por ningún tipo de religión, número de parejas sexuales (de 5 años atrás), conocimiento sobre los hábitos sexuales del compañero sexual, cambio en el estilo de vida (toma de medidas de protección contra el VIH/SIDA), miedo al VIH/SIDA, preocupación sobre la propia salud y vergüenza hacia el contagio del SIDA, son elementos en el individuo que favorecen una mayor percepción de riesgo para contraer VIH.

Así mismo Saldívar y Cedillo (2006) parecen reforzar el artículo anterior, al mencionar que aquellas mujeres que mantienen una relación relativamente duradera con una misma pareja, tienden a no utilizar el condón, debido a que estereotipan a las personas infectadas con VIH, como sujetos con múltiples parejas sexuales, con lo cual se autoperciben fuera de ese patrón.

Un interesante estudio es el de Shelton, Cassell y Adetunji (2005) en donde expresan claramente dos relaciones: VIH-riqueza y VIH-pobreza, esto lo explican refiriendo que el bienestar económico permite tener mayores “redes sexuales”, aunque también lo es la pobreza, ya que en el caso de mujeres de Tanzania y Kenya, conservan parejas simultáneas para mejorar su situación económica. Otro aspecto relevante es que las personas con mejores recursos económicos infectadas por VIH, incrementan sus posibilidades de longevidad.

Por otra parte, se han encontrado agentes que protegen a las personas contra esta infección, como la escolaridad, por ejemplo la UNICEF (2008) hace un especial énfasis en la escuela como factor protector, el cual no solo se refiere al crecimiento que se puede tener a nivel social, económico y personal, sino que la educación básica es una de las herramientas con mayor eficacia para la prevención del VIH.

Una vez revisados parte de los agentes que se interrelacionan con la conducta sexual de los adolescentes, quedan muchas interrogantes encaminadas a descubrir qué variables influyen en la conducta sexual responsable o por lo contrario, la de riesgo.

De esta manera, el presente trabajo toma la variable *recursos psicológicos*, con la finalidad de averiguar, si guarda relación con la actividad sexual de riesgo.



CAPITULO 3.

**RECURSOS
PSICOLÓGICOS.**

En este capítulo se abordan los recursos psicológicos para lo cual se revisan algunas teorías con el fin de conocer su comportamiento, de manera paralela se incluyen una serie de investigaciones sobre la influencia que ejercen en el comportamiento sexual.

3.1-Definición y Clasificación de los Recursos Psicológicos.

Rivera y Andrade (2009) definen a los recursos como: “elementos tangibles o intangibles que ayudan a manejar las diferentes situaciones de la vida. Se utilizan especialmente para enfrentar situaciones percibidas como problemáticas y generadoras de estrés.”

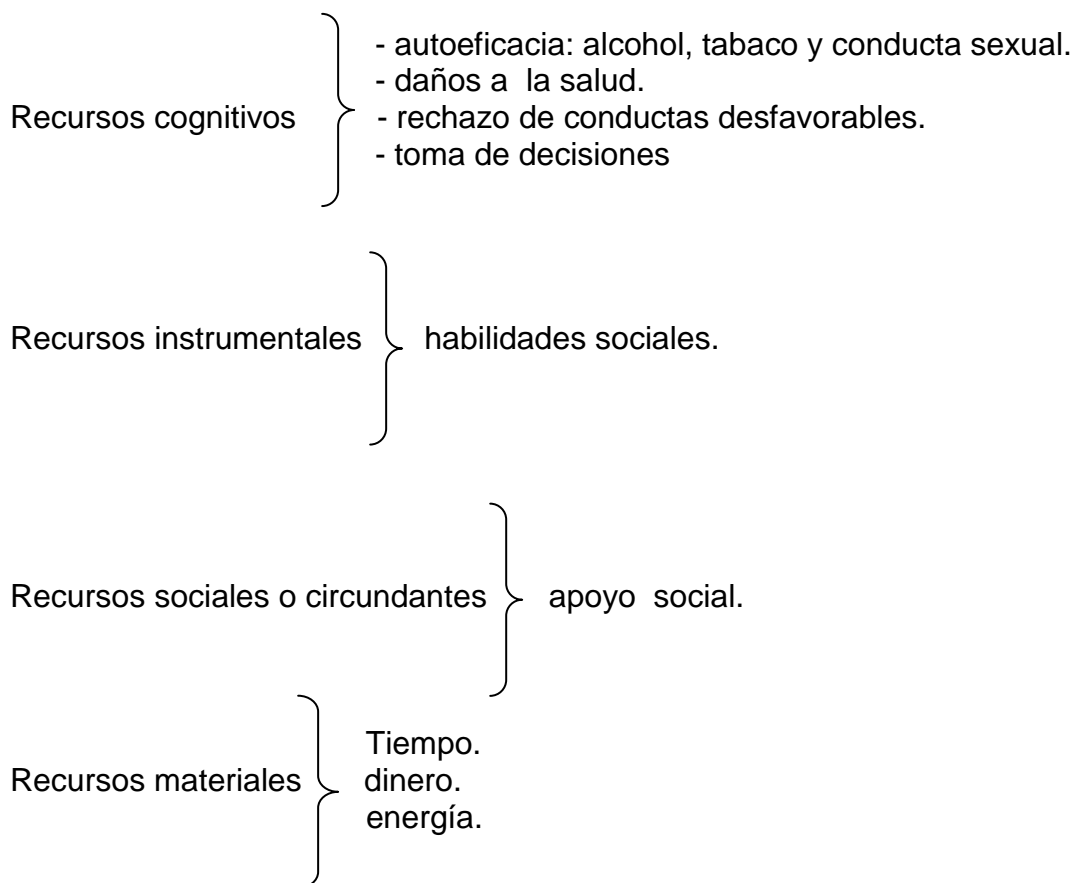
Para estas autoras, tanto elementos genéticos como ambientales son proveedores de recursos, no obstante agentes como la interacción y las experiencias de vida potencian el desarrollo y manejo de otros recursos, lo cual le permite al individuo reconsiderar e implementar diversas estrategias para el manejo de los agentes estresores.

Rivera y Andrade (2009) clasifican a los recursos de la siguiente manera:

- Recursos afectivos: *“Se refiere al manejo que la persona tiene de sus emociones y sentimientos (alegría, tristeza, enojo), el tipo de expresión que tiene de los mismos, así como los procesos de autorregulación para su expresión, como recuperar el estado de equilibrio después de que hay una pérdida de control”.*
- Recursos cognitivos: *“Están conformados por las percepciones y creencias que tienen los adolescentes respecto a la forma de enfrentar los problemas que les rodean”.*
- Recursos instrumentales: *“Se refiere a las conductas de los individuos que les permiten hacer cosas para sentirse mejor, en especial sobre el tema de cómo se relacionan con sus amigos y personas que les rodean; desde iniciar una conversación, mantener una amistad, ser amable y cordial con los demás, así como mantener canales de comunicación abiertos.”*
- Recursos sociales o circundantes: *“Son capacidades con las que cuentan los individuos para vincularse con los demás estableciendo relaciones permanentes de contención y apoyo; también implican la capacidad para solicitar ayuda cuando ésta se necesita”.*
- Recursos materiales: *“Se refiere a contar con insumos de tiempo, dinero y energía para realizar las actividades relevantes para cada persona.”*

Asimismo para fines del presente trabajo se dividen en:

- Recursos afectivos
- manejo de emociones negativas.
 - manejo de la tristeza.
 - emociones positivas.
 - expresión emocional.
 - bienestar.



Una vez que se ha revisado tanto la definición como los tipos de recursos, es importante estudiar las teorías que los abordan.

3.1-Teorías acerca de los Recursos.

- **Teoría de la Conservación de los Recursos (COR).**

Dentro de las teorías que abordan a los recursos se encuentra la de Hobfoll (1989) sobre la conservación de los mismos. En 1993 Hobfoll y Lilly refieren que la ganancia de recursos es importante para los individuos, ya que conlleva cierto nivel de confort, no obstante la piedra angular en esta teoría, es la pérdida; esto debido a que es un elicitador significativo de estrés.

Paralelo a ello, se menciona que no todos los recursos poseen el mismo valor; encontrando básicos y secundarios. Los primeros como su nombre lo indica son indispensables para la existencia, mientras que los segundos son “opcionales”.

Dentro de sus principales postulados se indica que:

- Existe un mínimo de recursos para el bienestar psicológico y físico; es así, que cuando esa porción de recursos necesarios para la sobrevivencia no se obtienen se predice que se presentará estrés.
- Los sujetos dirigen sus energías en obtener, retener y proteger los propios recursos.
- Las condiciones de estrés son provocadas a causa de la amenaza o pérdida de recursos, del mismo modo, habrá estrés cuando se han invertido estos en la obtención de nuevos recursos y se ha fallado en la adquisición de los mismo.

Así mismo, los recursos se rigen sustancialmente bajo dos principios y cuatro subprincipios:

1. La pérdida de recursos es más poderosa y más potente que la ganancia de recursos.
2. Para ganar o evitar la pérdida de recursos, se debe de invertir en nuevos recursos.

Subprincipio 1: los individuos con mejores recursos, tienen mayores posibilidades de ganarlos y a su vez, son menos propensos a la pérdida de los mismos.

Subprincipio 2: los individuos que carecen de recursos, presentan mayor vulnerabilidad a la pérdida de recursos, paralelo a ello; las primeras pérdidas son predictoras de pérdidas subsecuentes.

Subprincipio 3: los individuos con un buen repertorio de recursos, no solo tienen mayores capacidades para obtenerlos, sino que, también estas ganancias son desencadenantes de futuras ganancias.

Subprincipio 4: los sujetos con escasos recursos, mantendrán una actitud defensiva para salvaguardar los recursos que poseen.

En el 2002 Hobfoll realizó una investigación sobre el papel de los recursos psicológicos y sociales en la adaptación; en donde demuestra que, la importancia que poseen los recursos radica en el papel adaptativo que han ejercido a lo largo del tiempo, en la preservación del bienestar y la salud.

Un ejemplo, se puede encontrar en la conducta sexual, ya que las personas con un alto grado de autoeficacia (a la que se le considera como recurso), presentan mayores niveles de sexo seguro: mayor uso del condón, más relaciones monógamas, es decir evitan tener contacto sexual de riesgo.

También se enfatiza que los recursos guardan entre si elementos comunes, como lo son:

- Las personas se esfuerzan en obtener, retener, proteger y “cultivar” recursos, ya sean biológicos, cognitivos o sociales.
- El tener una amplia gama de recursos permite tener mayor capacidad para resolver problemas inherentes a las circunstancias estresantes.
- Los recursos con mayor fuerza, permiten de alguna manera sustituir a aquellos recursos que se han ido perdiendo o que han mermado sus habilidades.
- Existe una tendencia de “encadenamiento” de recursos; en donde se enriquece el reservorio de recursos.
- Los recursos deficientes deterioran la salud física y el bienestar psicológico.

- Los recursos son valorados por que resuelven las demandas a las condiciones de estrés.

Posteriormente Hobfoll, Johnson, Ennis y Jackson (2003) encontraron en una muestra de 714 mujeres ciudadanas, de entre 16 y 29 años que, las pérdidas de recursos sociales y personales, se asocian con niveles elevados de angustia, siendo traducido en humor depresivo y enojo; por el contrario, la ganancia de recursos se relaciona con el decremento de la angustia.

Siguiendo con las pérdidas se encontró que, al incrementarse la pérdida de los recursos materiales se tiene como resultado un incremento del enojo y del humor depresivo, así como una disminución en los recursos de maestría y soporte social. El impacto en la pérdida de recursos es tal, que a la hora de darse un cambio en los recursos, es preferible no tener un impacto negativo, a tener un cambio positivo (aunque éste traiga buenos resultados), ya que las condiciones estresantes en la vida pueden tener un impacto directo o indirecto en el reservorio de recursos.

Contando con dos grupos de adolescentes: uno exento de conductas de riesgo y un segundo, en donde los jóvenes se han visto involucrados en estos comportamientos, Youngblade, Curry, Novak, Vogel y Shenkman (2006) realizaron una investigación sobre el impacto que tienen los recursos y los riesgos de los adolescentes en la comunidad, así como los posibles gastos que pueden acarrear.

Dentro de los predictores de riesgo conductual en los adolescentes se encontró:

- Interacción entre edad y sexo; ya que los hombres llevan a cabo más comportamientos de riesgo, pero esto solo hasta los 14 años, ya que después de esta edad son las mujeres las que comienzan a puntuar más alto en estas conductas.
- Vivir en una zona rural.- los adolescentes que viven en áreas urbanas tienen menores probabilidades de llevar a cabo comportamientos de riesgo.
- Tener una enfermedad crónica.- los adolescentes con enfermedades crónicas tienen más posibilidades de enrolarse en conductas de riesgo.

Lo anterior podría ejemplificar, que el enrolarse o no en un comportamiento de riesgo va a depender, en parte de los recursos, tanto personales como circundantes del sujeto.

En términos generales, la ganancia o pérdida en el repertorio de recursos va a repercutir en el manejo de las condiciones estresantes, esto es parte de lo que plantea Lazarus en su teoría del afrontamiento.

• **Teoría del afrontamiento.**

Entre los teóricos que también han trabajado con los recursos están Lazarus y Folkman (1991), no obstante lo hacen desde la perspectiva del afrontamiento, es decir, de cómo los recursos actúan para afrontar condiciones estresantes. En donde ponen de manifiesto que el individuo afrontará una situación estresante, dependiendo principalmente de sus recursos; ya que el hecho de que una persona posea una cantidad considerable de recursos, no sólo significa que los tiene, sino que los utiliza para el afrontamiento de los agentes estresantes.

Por su parte Vecina (2006) menciona que los recursos pueden ser entendidos como el cúmulo de habilidades que posee un sujeto, los cuales son de suma importancia en los momentos de conflicto. Así mismo, dependiendo del repertorio de recursos, podrían determinar incluso, la sobrevivencia del individuo.

En esta teoría, se identifica la siguiente clasificación:

- Recursos físicos.- apela a la salud y energía, la cual es de vital importancia para el afrontamiento, ya que las condiciones estresantes son más fáciles de afrontar cuando la estructura del sujeto se encuentra en condiciones óptimas para su funcionamiento, que cuando se está enfermo.
- Recursos psicológicos.- alude a las creencias positivas del sujeto.
- Técnicas para la resolución del problema.-son las aptitudes que incluyen una serie de habilidades (tales como la búsqueda de información, análisis de la situación así como de las posibles alternativas de solución, etc.) lo cual se traduce en conductas específicas encaminadas al afrontamiento del problema.
- Habilidades sociales.-Hace referencia a la habilidad de comunicación y comportamiento con el entorno de una manera efectiva.
- Apoyo social.- es el hecho de recibir apoyo emocional, informativo o material.
- Recursos materiales.- alude a los bienes y servicios.

Dentro de la evidencia empírica se encuentra la investigación de Taylor y Stanton (2007), en donde se hace un especial hincapié en los recursos y procesos de afrontamiento; así como del impacto que tienen sobre la salud física y mental.

Su hipótesis principal señala que los recursos de afrontamiento (en turno) afectan a su vez a los procesos de afrontamiento, ahora bien, la importancia de estos recae en que son mediadores entre el contexto, las variables individuales, y el manejo del estrés, mismos que tienen efectos directos sobre la salud mental y física, mostrando así la capacidad adaptativa de los recursos y de los procesos de afrontamiento.

Es así que de manera general se podría decir que; existe una relación recíproca entre los eventos estresantes- recursos/ procesos de enfrentamiento y salud mental/física. Por ejemplo: los individuos que presentan diversos desordenes mentales como: depresión, esquizofrenia, desordenes de ansiedad, entre otros, cuentan con un sistema de recursos muy lábil.

Entre los recursos de afrontamiento se pueden identificar a: el optimismo, el control personal o maestría, autoestima y soporte social, mismos que como ya se mencionó son promotores de un afrontamiento efectivo contra el estrés.

Siguiendo con este mismo artículo, se indica, que estos recursos encuentran sus orígenes tanto en lo biológico como en lo social, esto al encontrar estructuras cerebrales como la amígdala que intervienen en la detección de agentes estresantes, proporcionando así un servicio de alarma para movilizar otras regiones neuronales, entre ellas el hipotálamo, que a su vez promueve una respuesta adaptativa hacia el estrés, y en el ambiente familiar, al referir que altas condiciones de estrés en la infancia comprometen el desarrollo de los recursos, con lo cual se puede contribuir a un pobre enfrentamiento (Repetti, Taylor y Seeman, 2002 citado en Taylor y Stanton 2007).

Por lo que respecta al marco empírico nacional, Rivera, Andrade y Figueroa (2006) construyeron un instrumento (válido) para la medición de los recursos psicológicos en adolescentes mexicanos.

Además Rivera (2010) desarrollo un diseño con mensajes audiovisuales que incrementan los recursos y que previenen el suicidio, de igual manera en adolescentes mexicanos.

Por otra parte, para combatir el estrés no solo es necesario el afrontamiento o la ganancia de recursos, sino también lo es, el ampliar ciertos recursos, como las creencias positivas, esto es parte de lo que se menciona en la siguiente teoría.

- **Teoría de la Expansión y Construcción de las Emociones Positivas.**

En el 2001 Bárbara Fredrickson postula esta teoría, en la que menciona fundamentalmente, que el papel de las emociones positivas, es buscar el florecimiento y bienestar de las personas.

Dentro de estas emociones se puede enunciar a: el júbilo, el amor (a uno mismo y a los demás), la satisfacción, entre otras. De igual manera esta teoría indica que la capacidad de tener experiencias y emociones positivas, es un conductor para la prosperidad y la fortaleza, ya que al expandir estas emociones, pueden verse incrementados los sentimientos de felicidad y bienestar en el futuro.

Así mismo se menciona que es gracias a las emociones positivas que las personas amplían sus ideas y su repertorio conductual, y que a pesar de que estas emociones son fugaces, tienen efectos a largo plazo, ya que construyen recursos psicológicos permeables al paso del tiempo, con los cuales se facilita el afrontamiento a la adversidad, edificando así un sentido de resiliencia y de bienestar. Además estas emociones juegan un papel adaptativo al funcionar como una reserva para controlar futuras amenazas y para la sobrevivencia del individuo.

También se explica que las emociones positivas no solo se originan bajo “circunstancias propicias”, sino que por el contrario pueden aparecer en los eventos poco alentadores de la vida.

Esta teoría alude a las emociones positivas como: disparadores de ideas y acciones, antídotos contra los efectos de las emociones negativas y también como combustible para la resiliencia.

Siguiendo esta misma línea de investigación, Vecina (2006) estudió dos estados emocionales positivos, que tienen importantes beneficios tanto a nivel psicológico como a nivel social:

- Elevación.- es una emoción positiva que se da bajo condiciones de altruismo, es decir cuando se da ayuda a terceros; lo cual tiene un cierto reflejo; ya que al actuar con buenos deseos, el individuo que ayuda puede sentirse orgulloso de sí mismo, mientras que el ayudado puede crear sentimientos de agradecimiento.
- Fluidez.- estado emocional positivo que implica una serie de acciones encaminadas a la consecución de una meta (que puede o no ser del todo agradable), en donde se deposita atención y concentración, las cuales aportan sentimientos de alegría y satisfacción, en resumen es la ejecución de una tarea hasta el grado de “desprenderse de si mismo”.

En cuanto a la investigación realizada en México, Alfaro (2006) menciona que; aquellos adolescentes con metas claras, perciben el futuro con esperanza, triunfo y optimismo, son también, aquellos que utilizan con mayor frecuencia el condón al tener relaciones sexuales tanto con parejas regulares como ocasionales.

Como se mencionó, Rivera (2010) elaboró material audiovisual para prevenir el suicidio, el cual demostró incrementar los recursos de los adolescentes. En dicho material se apela a diferentes premisas como:

- *“Yo puedo hacer algo para vivir mejor.”*
- *Anímate y ¡ Actívate ya!*

A los cuales bien, se les podría catalogar como emociones positivas.

De manera adicional a estas teorías, se encontró un modelo de prevención de enfermedad aplicado al caso del SIDA, el cual aborda a los recursos de manera indirecta, en donde se podría decir; que el sujeto debe de poner en juego su repertorio de recursos para evitar contagiarse de una ITS o tener un embarazo no deseado/ no planeado, hablando así de un afrontamiento, ante una situación tal vez no del todo estresante pero que si puede ser dañina o desfavorable.

• **Modelo de prevención de enfermedad de Bayés.**

Modelo bio-psico-social, elaborado por Bayés (1992 ^a) que incluye tres categorías:

- Pasado:

Conlleva las pausas o comportamientos esperados socialmente, los recursos que tiene el sujeto y que han sido utilizados para hacerle frente a diversos factores estresantes, los cuales son divididos en dos categorías: destrezas-habilidades y estrategias de afrontamiento. Igualmente se encuentra la información específica, acerca de la situación a enfrentar, por ejemplo el manejo de la información ya adquirida (preventiva) el conocimiento de las conductas y situaciones riesgosas, el saber acerca de las consecuencias de los comportamientos de riesgo, (en el caso de la conducta sexual: una ITS o un embarazo no deseado/no planeado) y la posibilidad de poner en práctica conocimientos preventivos.

Para que esta información previa pueda ser “utilizada” debe de convertirse en un recurso, por ejemplo en la compra de un preservativo (en donde se incluyen recursos materiales y cognitivos) y finalmente la reactividad emocional ante los estímulos.

- Presente:

Que implica aspectos situacionales, los cuales propician o frenan determinados tipos de conducta, encontrando en este rubro a los factores de riesgo y los recursos, los cuales, en cierto sentido serán los encargados de elegir el tipo de respuesta o acción, esto después de evaluar las consecuencias inmediatas y a largo plazo. Es en este periodo de tiempo, en el que se encuentra la vulnerabilidad biológica, que abarca un rango de mínima a máxima, en donde influyen tanto factores biológicos, (del propio organismo) ambientales y conductuales. Bayés y Ribes (1989) explican esta vulnerabilidad biológica aludiendo al hecho de que en una sola exposición son muy bajas las posibilidades de contagiarse con VIH, aún teniendo contacto (sangre, semen o secreciones vaginales) con un portador.

Por último se encuentran los resultados inmediatos como consecuencia de la conducta practicada, los cuales pueden ser: emociones, pensamientos, sensaciones, etc.

- Futuro:

Encuentra su principal raíz en los comportamientos preventivos o riesgosos, así como en la vulnerabilidad del organismo (para la adquisición de la enfermedad y el desarrollo de la misma), en el caso de infección por VIH, el futuro directo será el SIDA.

Un factor de suma importancia para la adquisición de VIH, son las consecuencias inmediatas; ya que a éstas se le atribuyen, en gran medida, la dificultad para lograr cambios comportamentales, tanto con la conducta sexual, como con otras prácticas de riesgo.

Así lo explica el análisis funcional de la conducta (Bayés 1992) al mencionar que ciertos comportamientos de riesgo se acompañan de manera inmediata por consecuencias placenteras, aunque efímeras, mientras que las consecuencias negativas de la conducta de riesgo sólo son probables y a largo plazo.

Es así que no hay relación entre conducta y efecto; ya que en los casos en que se adquiere por ejemplo una infección, ésta se hace presente después de cierto tiempo de infección y latencia. Un aspecto paralelo es el comportamiento social, el cual se refiere a la aprobación o rechazo que pueden tener personas importantes para el sujeto, ya sea de tener relaciones sexuales protegidas o de actividad sexual de riesgo.

Al igual que en este modelo, existen otras investigaciones que tratan de manera indirecta con los recursos y la conducta sexual.

3.2-Recursos Psicológicos y Factores Asociados a la Conducta Sexual de Riesgo.

Debido a la escasa evidencia empírica, que relaciona directamente recursos psicológicos y conducta sexual de riesgo, se revisan, trabajos que abordan una serie de agentes que intervienen de manera positiva en el comportamiento sexual de los adolescentes; llamados factores asociados (mismos que pueden ser considerados como recursos). En los cuales, se puede apreciar cómo de manera general, los adolescentes con mayores recursos, incurren con menor frecuencia en el comportamiento sexual de riesgo y viceversa. Entre los que se destacan: la autoestima, la asertividad, la autoeficacia, la familia y los pares.

- **Autoestima.**

La autoestima: es la valoración positiva de si mismo, a la cual se le puede considerar como un recurso afectivo, (esto debido a que se relaciona con el bienestar).

Colón, Wiatrek y Evans (2000) realizaron una investigación en la cual se revisaron diversos factores psicosociales con el fin de averiguar si mantenían alguna relación con el uso del condón entre adolescentes afro- americanos.

Dentro de las variables psicosociales que se esperaba interactuaran con el uso del condón se encuentran: la autoestima, la autoeficacia social, autoeficacia sexual y los conocimientos referentes al VIH, no obstante solo correlacionaron de manera significativa como predictores del uso del preservativo la autoestima y la autoeficacia sexual.

Por su parte, Oattes y Offman (2007) investigaron sobre la autoestima global y sexual como factores que influyen en la comunicación sexual de la pareja, mencionando que la autoestima sexual es el único predictor de la comunicación sexual.

En cuanto a la investigación nacional, Harada, Alfaro y Villagrán (2002) señalan con base en una muestra de 678 adolescentes preparatorianos, que aquellos adolescentes con actividad coital manifiestan menor control de impulsos, menor búsqueda de información, mínima reflexión ante conflictos así como una autoestima más baja; versus aquellos adolescentes que aún no tienen debut sexual; ya que presentan mayor control de impulsos, mayor búsqueda de información, mayor reflexión ante los conflictos y un nivel más elevado de autoestima.

- **Asertividad.**

La asertividad puede ser entendida como la habilidad para expresar las propias ideas, en un momento oportuno, ello sin necesidad de anular o despotricar en contra de los otros puntos de vista (Almanza y Pillon, 2004). Con lo cual se puede decir que la asertividad es parte del reservorio de recursos del sujeto, específicamente de los cognitivos.

Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso (2008) mencionan que la asertividad sexual tiene tres correlatos principales: funcionamiento sexual, abuso/coerción sexual (victimización) y la conducta sexual de riesgo, en donde también se agrega que esta última es la de mayor prevalencia entre los jóvenes.

Dentro de la evidencia empírica nacional, se encuentra la de Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández (2006) en la que además de medir, entrenó sobre el adecuado uso del condón (habilidades conductuales) así como iniciar- sostener una plática sexual y la negociación del uso del condón, estas estrategias verbales son consideradas como parte de las habilidades de comunicación sexual asertiva. Todo ello basado en la premisa de que el entrenamiento, tanto de habilidades asertivas como conductuales induciría a la reducción de conductas sexuales de riesgo.

Parte de los resultados muestran que el aprender a usar de manera adecuada este método de protección sexual propició o facilitó de alguna manera la habilidad para negociarlo.

Por lo que respecta a la evidencia empírica internacional, Fuertes, Martínez, Ramos, de la Orden y Carpintero (2002) con base en una muestra de 234 adolescentes habitantes de Castilla y León (España) evalúan (entre otras cosas) el grado de asertividad que presentan los sujetos al entablar conversaciones sobre sexualidad, así como el nivel de comodidad que manifiestan al hacerlo.

Entre los hallazgos reportados se indica que una variable que influyó de manera sustancial dentro del uso u omisión del preservativo, tanto en mujeres como en varones fue la asertividad. Además se podría sugerir que a menor asertividad mayor riesgo en las relaciones sexuales, ya que por una parte los chicos con mayor riesgo son aquellos que tienen actitudes más positivas hacia el sexo sin compromiso y menor asertividad. En cuanto a las mujeres los riesgos sexuales se asociaron con actitudes negativas hacia el condón y con un menor grado de asertividad.

De esta manera, los autores concluyen que la asertividad es una de las variables más influyentes dentro de los sujetos que emplean o no el condón; y por tanto, también puede ser tomada como un predictor para las conductas sexuales de riesgo. Trabajo que concuerda con el de Catania, Coates, Kegeles, Thompson, Peterson, Marin, Siegel y Hulley (1992), los cuales señalan que las habilidades de comunicación sexual ejercen una influencia significativa sobre el uso del condón.

De manera paralela, también se ha encontrado que la asertividad sexual tiene efectos significativos sobre la prevención ó “evitación” de comportamientos de riesgo para la adquisición del VIH, paralelamente se indica que aquellos estudiantes que manifiestan elevados niveles de asertividad sexual, también tuvieron altos niveles de evitación de conductas de riesgo sexual (Onuoha y Munakata, 2005).

Adicionalmente en el Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas (2006) las mujeres tienen mayores riesgos de infección por VIH; esto (entre otras causas) por razones socioculturales, ya que en las relaciones de pareja, las mujeres manifiestan menor toma de decisión en cuanto a la corporalidad, la que se asocia con aspectos poco asertivos en el empleo del condón. Así mismo la UNICEF (2008) menciona que las mujeres por razones económicas y sociales cuentan con limitadas opciones de influencia hacia su pareja sexual, para promover una conducta sexual sin riesgo.

- **Autoeficacia.**

Que habla de “el sentirse capaz de..”, lo cual la lleva a ser parte de los recursos cognitivos. La cual fue propuesta por Bandura en 1977, en donde formula que la autoeficacia es un buen predictor del desempeño conductual, maneja como hipótesis que existe relación entre las expectativas del individuo en cuanto a los resultados de la conducta y la ejecución, es así como este autor explica las cuatro fuentes en las que basa la autoeficacia:

- Cumplimiento de la tarea.- se basa en las experiencias significativas personales, cuando se tiene éxito en la ejecución las expectativas de logro aumentan en futuras acciones, por el contrario después de fallas repetidas las expectativas de fracaso aumentan.
- Experiencia vicaria.- recae en la conducta social, en donde se obtienen inferencias a partir de comparaciones sociales.
- Persuasión verbal.- intenta influenciar a las personas a través de sugerencias, por ejemplo haciéndoles creer que pueden superar de manera exitosa cualquier cosa que los hubiera abrumado en el pasado.
- Demostración de emociones.- hace referencia al control de los sentimientos, ya que una elevada demostración de los mismos, debilita el desempeño de los individuos, así que tendrán más éxito en la ejecución de una conducta cuando no se encuentren afectados por sus sentimientos o emociones (por ejemplo el estrés).

En 1999, Torres y Díaz-Loving mencionan que las consecuencias de las conductas de un individuo van a repercutir en la manera en que éste se comporte en un futuro ya que pone en juego la capacidad de percepción en la realización de futuras conductas, es decir que el éxito o fracaso que obtuvo como resultado de estas conductas servirá para saberse a si mismo hábil o no en la ejecución de una determinada tarea, en cierto sentido ya habrá averiguado los resultados de las acciones que aún no ha realizado, pero que por el contrario realizó en el pasado, poniendo de manifiesto dos aspectos de suma relevancia: la habilidad (para la ejecución) y la capacidad que sienta el propio individuo en la realización de dicha conducta.

De acuerdo con Velásquez Orrostieta (2003), un adolescente no evitará llevar a cabo conductas sexuales de riesgo (no importa qué tan informado se encuentre de las posibles consecuencias), si no sabe la manera (correcta) de emplear los métodos anticonceptivos, ya que esto puede desprender una percepción de ineficacia, tendiendo a no realizar dicha actividad y por ende a colocarse en una situación de riesgo.

Robles, Barroso, Frías, Rodríguez, Moreno, Díaz y Rodríguez (2004) realizaron una investigación en estudiantes de licenciatura con el objetivo de evaluar diferencias de eficacia percibida en el uso del condón en cuanto al género, encontrando que las mujeres son más autoeficaces que los hombres en cuanto a la utilización correcta del condón, sin embargo son ellas las que más reportan no usarlo, además de que los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales son más autoeficaces que aquellos que ya han tenido su debut sexual, ahora bien dentro de los que ya han iniciado su vida sexual se indicó mayor eficacia en aquellos que han usado el condón que en aquellos que no lo usan, otro factor de suma importancia en la investigación se refiere a que no necesariamente el uso frecuente del condón hace que se incremente el nivel de autoeficacia.

Por su parte, Cabrera, Olvera y Robles (2006) evaluaron los efectos del entrenamiento conductual en el uso correcto del condón sobre los niveles de autoeficacia percibida para usarlo, en donde encontraron que el entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón tuvo un impacto significativo en el autoreporte y en los niveles de autoeficacia percibida para el uso correcto del preservativo, así como en la compra de los mismos, además encontraron una falla entre el autoreporte del uso consistente del condón y una buena habilidad conductual.

Siguiendo con la evidencia empírica, en el 2006, Correa, Bedolla y Reyes investigaron la posibilidad de incluir en un mismo constructo a la autoeficacia y el locus de control, obteniendo que el control personal se encuentra conformado tanto por indicadores de locus de control como de autoeficacia, complementándose así estas variables.

Alfaro (2006) encontró que los adolescentes con intenciones de utilizar el condón (siempre), son los que en mayor medida lo hacen, no obstante la autora señala que, para que este pensamiento pueda ser plausible, es necesario que el adolescente reflexione acerca de las posibles consecuencias a su salud que conlleva el no protegerse; tales como la adquisición de una ITS o un embarazo no deseado, además también es importante la comunicación con la pareja, así como el conocerla, aunque es igualmente primordial la búsqueda de apoyo social, es decir, el buscar fuentes especializadas, hablar sobre sexualidad con los padres, etc.

Dentro del marco internacional Meekers y Klein (2002) realizaron una investigación con jóvenes de Camerún con el objetivo de comprender las diferencias de género y autoeficacia relacionadas al uso del condón, encontrando que tanto hombres como mujeres poseen un alto nivel de habilidad para discutir y negociar el uso del condón, además reportan que la habilidad percibida por los jóvenes para convencer a sus parejas sexuales se ve afectada en gran medida por los resultados de las experiencias anteriores, es decir si la experiencia fue buena el individuo repetirá esta conducta y viceversa.

Como ya se mencionó, el percibirse eficaz, no garantiza una ejecución exitosa, ya que para ello habrá que poseer un cierto repertorio de habilidades o en su defecto una capacitación previa, es así que el percibirse eficaz y poseer las habilidades necesarias para la realización exitosa de una conducta son parte de los recursos del individuo que juegan un papel de vital importancia para preservar la salud, como es el caso de la conducta sexual de riesgo, de tal manera se podría considerar que la autoeficacia es un recurso del individuo que le brinda mayores probabilidades de ejecutar una conducta .

- **Familia.**

El recurso principal que aquí se incluye es el social, ya que la familia es uno de los grupos donde el adolescente encuentra mayores niveles de contención así como de apoyo permanente.

Para los adolescentes la familia es una red de apoyo significativa, que se basa en tres ejes principales; la “*unión*”, el “*conjunto*” ó *grupo* y la “*ayuda*”, que incluye una reciprocidad en términos de servicios y de asistencia, además de valores tales como el “*amor*”, la “*comprensión*” y la “*confianza*” (Mora, González-Forteza, Vaugier y Jiménez, 1994).

A pesar de que en esta etapa en el desarrollo, se “abren” nuevas puertas para la integración de nuevos grupos sociales, tal como los amigos, el papel de la familia no queda anulado, y de una u otra manera seguirá influyendo en el comportamiento del adolescente, la pregunta pertinente es, si ¿la familia ejerce alguna influencia en la conducta sexual?

De acuerdo con Kotchick, Shaffer y Forehand (2001) la influencia familiar en la conducta sexual de riesgo adolescente puede ser dividido en dos categorías primarias: variables de estructura familiar y variables del proceso familiar, una de las variables de proceso es la conducta parental y la otra es la relación del adolescente con sus padres que han sido consideradas como predictores poderosos de la conducta sexual de riesgo.

En términos del proceso familiar, la conducta de los padres es una importante influencia en la actividad sexual del adolescente, en los procesos de socialización la transmisión de los estándares de conducta de los padres a los hijos, las prácticas parentales y de manera indirecta la observación de los padres son rutas de transmisión a tres dimensiones parentales:

- Monitoreo parental de la conducta adolescente.
- Habilidades parentales.
- Comunicación (padres-hijos).

En 1994, Givaudan, Pick y Álvarez encontraron que en términos de comunicación sexual intergeneracional; las madres hablan en mayor medida con sus hijas que con sus hijos, mientras que los padres hablan en menor medida tanto con los hijos como con las hijas; a pesar de ello es con los hombres con los que tienen mayor comunicación sobre sexualidad; otra investigación relacionada con este tema corresponde a la realizada por Gayet, Rosas, Magis y Uribe (2002) con respecto a con quién hablan los adolescentes sobre el SIDA, en donde se muestra (concordando, en parte, con el estudio anterior) que los varones prefieren hablar con sus padres mientras que las hijas prefirieron hacerlo con sus madres; en cuanto al grado de escolaridad del padre, se encontró que entre mayor fuese el grado de instrucción del mismo , el adolescente hablaría en mayor proporción tanto con amigos como con maestros, no obstante

hablan en mayor medida con papá y mamá, esto como contraparte de aquellos adolescentes que no hablan con nadie y paralelamente con aquellos padres que tienen menor escolarización; dando como resultado que aquellos adolescentes que no trabajan, no tienen actividad sexual y poseen padres con mayor instrucción, son aquellos que hablan en casa temas relacionados con el VIH/SIDA, uso del condón, etc. versus aquellos jóvenes que prefieren hablar de estos mismos temas en el ámbito extrafamiliar (con amigos y maestros), siendo estos jóvenes sexualmente activos, los que desplazan a un segundo nivel al ámbito familiar.

Siguiendo esta misma línea de investigación, Andrade, Betancourt y Palacios (2006) señalan varios aspectos, en su investigación sobre factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes, encontraron, que una mayor proporción de adolescentes que no han iniciado su debut sexual viven con su familia nuclear, mientras una mayor proporción de aquellos que ya lo iniciaron, viven en hogares monoparentales. Por lo que respecta a la escolaridad del padre se reportaron diferencias significativas, esto en cuanto a que los adolescentes con padres que contaban con instrucción primaria, tuvieron más frecuencia en el grupo sin actividad sexual, mientras que los jóvenes que presentaron vida sexual fueron aquellos que sus padres contaban con nivel de secundaria, el caso de la madre fue muy parecido; es decir que entre menor sea el nivel de instrucción de los padres mayor porcentaje de adolescentes sin vida sexual.

En cuanto a las diferencias entre los adolescentes que han y no han iniciado su debut sexual se encontró que las adolescentes sin vida sexual, presentan mayores índices de comunicación y apego por parte del padre, así como menor rechazo y más comunicación con su mamá, esto en comparación con aquellas adolescentes que ya tienen vida sexual. Por su parte, en los varones, se encontraron diferencias significativas en áreas como la comunicación sexual, la permisividad, tanto de papá como de mamá y el rechazo por parte de la madre en adolescentes con vida sexual versus aquellos adolescentes aún no iniciados sexualmente.

Así mismo, en otra investigación (Villagrán y Perelló, 2006) se reportó que el ser hombre y tener una baja comunicación con la madre sobre aspectos de sexualidad, son factores desencadenantes de un debut sexual a edades tempranas.

En el 2006, Palacios y Andrade, indican con base en una muestra de 1000 estudiantes de educación media superior del D.F.; que los hijos de padres negligentes son los que presentan en mayor medida actividad sexual y menor uso del condón, de manera contraria los niveles más bajos de actividad sexual se encuentran en los hijos de padres democráticos, mostrando además los niveles más altos en el uso del condón.

De igual manera Sieverding, Adler, Witt y Ellen (2005) encontraron que tanto aspectos cognitivos como el monitoreo parental fueron predictores significativos en la intención del inicio sexual. Es decir que un monitoreo parental exitoso se asocia significativamente con una menor intención, por parte de los adolescentes, para tener actividad coital, de manera especial en las mujeres

Contrariamente, los adolescentes que tienen menores restricciones, tienen actitudes o juicios más favorables hacia el debut sexual.

Por su parte Dutra, Miller y Forehand (1999) examinaron los procesos y contenidos de la comunicación sexual entre padres y adolescentes, con relación a la conducta sexual de riesgo y el beber; en donde encontraron que existe una correlación significativa entre el contenido en la comunicación sexual y el proceso comunicativo que se tiene con los padres, no obstante va a depender del sexo del adolescente; ya que las mujeres van a preferir hablar más con la madre que con el padre, mientras que los varones reportan tener una comunicación más equitativa

con ambos padres. Además se reporta que las madres juegan un papel relevante no solo en la comunicación sexual sino también en su influencia tanto en el beber como en la conducta sexual de riesgo, dando como conclusión que los contenidos y los procesos de la comunicación sexual se relacionan con la reducción de la conducta sexual así como el beber en los adolescentes.

En una muestra portuguesa, Pereira, Canavarro, Cardoso y Mendonca (2005) refieren que las adolescentes embarazadas tienen más de posibilidades de tener un mayor número de hermanos, familias fracturadas, padres con intervenciones psicológicas/psiquiátricas, al igual que, a tener progenitoras con antecedentes de embarazo adolescente. De igual manera las adolescentes embarazadas perciben menor apoyo y menor protección por parte de sus padres.

En Cuba, Ávila, Cid, García, Lorenzo y Rodríguez (2002) buscaron diferencias en dos grupos; adolescentes embarazadas y no embarazadas, señalando que los padres de las mujeres embarazadas reportan mayor nivel ó presencia (en comparación con las no embarazadas) de:

- Nivel escolar.
- Divorcio.
- Familias moderadamente disfuncionales.
- El 41,5% de estas adolescentes fue criada por la madre.
- Menor presencia de ambos padres.

• **Amigos / Pares.**

Los amigos y los pares son una parte importante del contexto de los adolescentes, los cuales se asocian con los recursos instrumentales, ya que incluye desde mantener canales abiertos de comunicación hasta el fraguar amistades sólidas.

En cuanto a la asociación amigos/pares y conducta sexual se ha encontrado evidencia empírica en una muestra portuguesa, la cual refiere que el 31.6% de las adolescentes embarazadas informaron no tener amigos, versus una joven del grupo de adolescentes sin antecedentes de embarazo, que menciona no tenerlos. Así mismo las adolescentes embarazadas tienen menores niveles de proximidad emocional con los amigos (Pereira, Canavarro, Cardoso y Mendonca, 2005).

Halpern-Felsher, Kropp, Boyer, Tschann y Ellen (2004) indican que los adolescentes que reportaron habilidades de comunicación sexual con el grupo de pares, tuvieron actitudes más positivas hacia el uso del condón; estas actitudes positivas se asocian con el compromiso y uso del condón.

Así mismo Wang, Li, Stanton, Kamali, Noar-King, Shah y Thomas (2007), investigaron sobre la actitud sexual y la comunicación con los padres en China, encontrando entre otras cosas, que aquellos jóvenes que hablan con sus amigos sobre temas sexuales, tienen a su vez mayores probabilidades de hablar con sus madres de los mismos temas.

También hay otros factores, que influyen en la conducta sexual de riesgo, pero que de ningún modo, lo hacen con un papel protector, tal como lo es el consumo de sustancias.

Es así, que más que ver la presencia de recursos psicológicos, se observa la falta de ellos, los cuales como se ve a continuación sirven como detonantes para el comienzo de las relaciones sexuales o simplemente para sostener encuentros sexuales de riesgo.

Enfáticamente se aborda al alcohol, como un factor correlacionado con la conducta sexual de riesgo, adicionalmente se revisó a groso modo agentes que intervienen o que se dan como consecuencia de la relación entre estas dos variables; tal como los usuarios de drogas inyectables y el comercio sexual. Para los fines de este apartado se definió como factor de riesgo; a toda circunstancia que propicie la relación; conducta sexual de riesgo y alcohol u otras drogas (Guía para el promotor de “Nueva Vida”, 2007).

Ahora bien, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) indica que en el territorio nacional, se hallan aproximadamente 32.3 millones de consumidores de alcohol, a pesar de que los adolescentes ingieren en menor medida esta bebida, aproximadamente uno de cada tres ingiere esta sustancia, mientras un 14% de aquellos que viven en comunidades rurales, lo consumen. Por lo que respecta a otras drogas, la primera de ellas; (en términos de orden de aparición, en cuanto a la edad de los usuarios) son los inhalables (17 años) y la marihuana (18 años), posteriormente, es aproximadamente a los 22 años cuando se presenta el consumo de cocaína; por lo que respecta al sexo de los sujetos, la ocurrencia en el consumo de drogas se registra de manera más temprana en varones.

En términos generales, el inicio en el consumo de drogas se coloca entre los 19 y 24 años. A este respecto, Medina Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer (2001) mencionan que entre los adolescentes contemporáneos, el uso del alcohol se ha “permitido” o tolerado en el contexto social; ya que se ha catalogado al consumo de alcohol como *“un elemento importante del paso a la edad adulta”*.

Por su parte la UNICEF (2008 ^a) menciona que entre los comportamientos de riesgo ejercidos por los adolescentes se encuentra la utilización de jeringas no esterilizadas, incrementando así la posibilidad de contraer VIH; no obstante, ésta no es la única manera asociada al uso de sustancias adictivas, de adquirir VIH/SIDA, ya que según esta misma organización, existe una estrecha correlación entre el uso de drogas y el intercambio sexual; esto es, cuando los adolescentes se dedican a la prostitución a cambio de este tipo de sustancias.

Asimismo se indica que hay reciprocidad entre el consumo de drogas y el sexo no protegido, y que entre los adolescentes más vulnerables, se puede encontrar a compañeros sexuales de consumidores de drogas inyectables, del mismo modo, a aquellos que se dedican al comercio sexual.

De acuerdo con el manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables (2006), cuando un individuo consume algún tipo de droga, puede manifestar una baja en los mecanismos inhibidores, con lo cual “se anulan” los agentes que impiden la toma de decisiones riesgosas, asociado a una sensación de invulnerabilidad.

Agregando que, cuando las drogas alteran *“el funcionamiento mental, la percepción de la realidad y el comportamiento”*, se propicia el sexo no protegido, aunado a ello, los usuarios de drogas inyectables (UDI) que ya han adquirido la infección del VIH, pueden reinfectarse y/o transmitir el virus mediante la vía sexual. Ya que la mayoría de estos usuarios son sexualmente activos, (aunque también se señala que sus parejas no forzosamente son consumidoras de este tipo de sustancias) dejan de lado el uso del preservativo tanto con parejas regulares como ocasionales, así mismo existe una elevada prevalencia de usuarias UDI que se desempeñan en el área del sexo servicio.

Dentro de este marco de investigación, Fleiz, Villatoro, Medina Mora, Navarro y Blanco, (1999) señalan que del total de adolescentes participantes (N=10,173) en su investigación, el 20% de ellos había tenido relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol. Por su parte Gamez, García y Martínez, (2007) señalan en su estudio sobre factores asociados al inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, que dentro de los agentes facilitadores para el debut; se encontró (de manera significativa) la ingesta de bebidas alcohólicas como detonante para el inicio de la vida sexual de los adolescentes.

En esta misma línea, Toledo, Navas, Navas y Pérez, (2002) mencionan que entre los agentes causales para adquirir VIH (en una muestra cubana), se encuentran: la promiscuidad, el uso poco frecuente del preservativo, el sexo ocasional, antecedentes de ITS y el mantener relaciones sexuales alcoholizado o bajo los efectos de otras sustancias psicotrópicas.

Por su parte, Palacios, Bravo y Andrade, (2007) estudiaron la ingesta de alcohol y la conducta sexual de riesgo, contando con una muestra de 1000 adolescentes, con una media de edad de 16.37 años, encontrando que, aquellos sujetos que ya han consumido alcohol manifiestan un incremento tanto en la frecuencia de parejas sexuales y relaciones sexuales, así como en la escasa utilización del preservativo, en comparación con aquellos adolescentes que no son consumidores de esta sustancia. Aunado a ello, el análisis de medias en esta investigación mostró que el consumo de alcohol es un facilitador de la interacción sexual, en donde se registra una menor utilización del condón; no obstante el análisis de correlación del mismo estudio, mostró que no existe una correlación significativa entre el consumo de alcohol y la actividad sexual de riesgo.

Gálvez-Buccollini, DeLea, Herrera, Gilman y Paz-Soldan (2009) investigaron la conducta sexual y el uso de drogas de jóvenes peruanos en condiciones de pobreza, en donde mencionan que existe una asociación entre el consumo de drogas (ilícitas) y la conducta sexual de riesgo; ya que se evidencia que el uso de drogas decrementó la utilización del condón, y triplicó las probabilidades de contraer una ITS, de manera especial se reporta, que los varones presentan su inicio sexual a edades más tempranas, más parejas ocasionales, aunque también son ellos los que reportan mayor uso del preservativo en su última relación sexual.

Ahora bien una investigación de suma importancia para el presente trabajo, es la de Peñaloza (2008), en la que aborda directamente a los recursos psicológicos y el consumo de alcohol en adolescentes, en donde el autor emplea tanto la misma muestra como el mismo instrumento de medición (Escala de recursos psicológicos y conductas de riesgo en adolescentes. (Palacios, J. (2007) que en la presente investigación, reportando (entre otros aspectos) que de acuerdo con el estadístico r de Pearson, existe una correlación negativa significativa entre autoeficacia en las relaciones sexuales y el consumo de alcohol en las adolescentes; esto es: las adolescentes que se sientan con la capacidad para negarse a tener encuentros sexuales de riesgo beben alcohol con menos frecuencia.

Por lo que se refiere a los varones también mostraron una relación negativa significativa, en torno a la autoeficacia en las relaciones sexuales y el consumo de alcohol; es decir; los varones que se sienten eficaces para negarse a tener un comportamiento sexual de riesgo, también tienen una intención más baja de consumir de alcohol. No obstante ambas correlaciones muestran ser débiles.

A lo largo de estos capítulos se ha descrito a la adolescencia como una etapa en el desarrollo y subsecuentemente, se ha descrito parte de el comportamiento sexual en esta etapa en la vida, mismo que entre sus características se encuentra; el tornarse como una conducta de riesgo, ello debido al poco, nulo o deficiente uso de métodos anticonceptivos; con lo cual el adolescente puede hacerse acreedor tanto de infecciones de transmisión sexual como embarazos no deseados/no planeados.

Por otra parte se ha abordado el tema de los recursos psicológicos como agentes que ayudan al enfrentamiento de diversas situaciones (vida cotidiana, estresantes, etc.), en donde de forma específica se revisaron investigaciones en donde se muestra de manera indirecta el papel de los recursos psicológicos en el comportamiento sexual de los adolescentes, no obstante no se encontró evidencia empírica que asocie esta variables, más aún, que determine la influencia y peso de la interacción entre ellas.

Es así que en los siguientes apartados se revisa tanto la justificación, como la investigación realizada a este respecto y la discusión y conclusión, efectuadas acerca de lo encontrado.

4.- INVESTIGACIÓN.

❖ **Justificación.**

El embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública, esto por lo menos en nuestro país, así lo refiere la ENSANUT (2006) al mencionar que se tiene un aproximado de 695 100 adolescentes embarazadas entre los 12 y 19 años.

Así mismo, por medio de diversas encuestas y reportes realizados en nuestro país y el extranjero (ENSANUT 2006, IMJ 2005, ONUSIDA 2008 ^{ا'ط و ق}, etc.), el VIH/SIDA ya es una pandemia, esto en gran parte, como consecuencia de la conducta sexual de riesgo; entendida en este trabajo como la omisión o baja frecuencia en el uso del condón en la práctica sexual.

Por otra parte diversos autores han señalado a la adolescencia como un período de especial riesgo para la adquisición de ITS y del VIH (CENSIDA 1997, Kimmel & Weiner 1998, Alfaro 2006).

Es a causa de las premisas anteriores, que se ha elicitado la necesidad de ahondar en los mecanismos que envuelven el uso del preservativo; de manera específica en la población adolescente. Es por ello que en la presente investigación se pretende averiguar aspectos generales de la conducta sexual de los adolescentes y su relación con los recursos psicológicos ello con el fin de incrementar evidencia empírica que pueda ser traducida, por expertos de la conducta y profesionales afines, en programas que contribuyan a la prevención de la conducta sexual de riesgo.

❖ **Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la relación entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo del adolescente?

❖ **Preguntas específicas.**

- I. ¿Existen diferencias entre mujeres y hombres adolescentes en cuanto a la presencia de debut sexual?
- II. ¿Existen diferencias en cuanto a recursos psicológicos de adolescentes que han y no han tenido debut sexual?
- III. ¿Existen diferencias en cuanto a la edad del debut sexual de mujeres y hombres adolescentes?
- IV. ¿Existen diferencias en cuanto al número de parejas sexuales de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual?
- V. ¿Existen diferencias de acuerdo con la frecuencia de actividad coital de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual?
- VI. ¿Existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual?
- VII. ¿Existen diferencias de acuerdo a la intención de uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual?
- VIII. ¿Existe relación significativa entre los recursos psicológicos y la frecuencia de uso del condón, en adolescentes con debut sexual?
- IX. ¿Existen diferencias en los recursos psicológicos de acuerdo a la frecuencia de uso del condón en adolescentes con debut sexual?

- X. ¿Existen diferencias en cuanto a la frecuencia de parejas sexuales, de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa?
- XI. ¿Existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa?
- XII. ¿Existen diferencias en cuanto a la intención de uso del condón en mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa?
- XIII. ¿Existen diferencias entorno a los recursos psicológicos de acuerdo con la frecuencia de uso del condón en adolescentes con vida sexual activa?
- XIV. ¿Existen correlación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón, en adolescentes con vida sexual activa?
- XV. ¿Existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo?

❖ **Objetivo general.**

Determinar la relación entre los recursos psicológicos (Manejo de emociones negativas, manejo de la tristeza, Apoyo social, Autoeficacia, Autoeficacia Alcohol, Autoeficacia tabaco, Bienestar, Habilidades sociales, Recursos Materiales, Emociones positivas, rechazo de conductas desfavorables, Expresión Emocional, Toma de Decisiones, Autoeficacia en las Relaciones Sexuales, Autoeficacia Drogas, Daños a la Salud) y la conducta sexual de riesgo del adolescente (si ha tenido debut sexual, edad del debut sexual, frecuencia de actividad sexual, número de parejas sexuales en la vida, frecuencia de uso de condón).

❖ **Definición de variables.**

1-Recursos Psicológicos.

Definición conceptual: Son los elementos tangibles o intangibles que ayudan a manejar las diferentes situaciones de la vida. Principalmente se utilizan para afrontar situaciones problemáticas y generadoras de estrés (Rivera y Andrade, 2009).

Definición operacional: dada a través de las respuesta en el instrumento de Palacios (no publicado); el cual incluye: manejo de emociones negativas, manejo de la tristeza, apoyo social, autoeficacia, autoeficacia alcohol, autoeficacia tabaco, bienestar, habilidades sociales, recursos materiales, emociones positivas, rechazo de conductas desfavorables, expresión emocional, toma de decisiones, autoeficacia en las relaciones sexuales, autoeficacia en drogas y daños a la salud.

2-Conducta Sexual.

Definición conceptual: se refiere a si el adolescente ha tenido debut sexual, la edad a la que lo tuvo, frecuencia de actividad sexual, número de parejas sexuales, frecuencia en el uso del condón.

Definición operacional: Se tomó como base el instrumento de Villagrán (2002), que consta de cinco reactivos de opción múltiple.

3-Conducta Sexual de Riesgo.

Definición conceptual: entendida como la baja o nula frecuencia de uso del condón, por parte de los adolescentes en la práctica sexual.

Definición operacional: Se tomó como base el instrumento de Villagrán (2002), que consta de cinco reactivos de opción múltiple.

❖ Hipótesis de trabajo.

Hi1: Existen diferencias entre mujeres y hombres adolescentes en cuanto a la presencia de debut sexual.

Hi2: Existen diferencias en cuanto a recursos psicológicos de adolescentes que han y no han tenido debut sexual.

Hi3: Existen diferencias en cuanto a la edad del debut sexual de mujeres y hombres adolescentes.

Hi4: Existen diferencias en cuanto al número de parejas sexuales de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Hi5: Existen diferencias de acuerdo con la frecuencia de actividad coital de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Hi6: Existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Hi7: Existen diferencias de acuerdo a la intención de uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Hi8: Existe relación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón, en adolescentes con debut sexual.

Hi9: Existen diferencias de recursos psicológicos de acuerdo a la frecuencia de uso del condón en adolescentes con debut sexual.

Hi10: Existen diferencias en cuanto a la frecuencia de parejas sexuales, de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Hi11: Existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Hi12: Existen diferencias en cuanto a la intención de uso del condón, de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Hi13: Existen diferencias en cuanto a los recursos psicológicos de acuerdo con la frecuencia de uso del condón en adolescentes con vida sexual activa.

Hi14: Existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón en adolescentes con vida sexual activa.

Hi15: Existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes.

❖ Hipótesis nula.

Ho1: No existen diferencias entre mujeres y hombres adolescentes en cuanto a la presencia de debut sexual.

Ho2: No existen diferencias en cuanto a recursos psicológicos de adolescentes que han y no han tenido debut sexual.

Ho3: No existen diferencias en cuanto a la edad del debut sexual de mujeres y hombres adolescentes.

Ho4: No existen diferencias en el número de parejas sexuales de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Ho5: No existen diferencias de acuerdo con la frecuencia de actividad coital de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Ho6: No existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Ho7: No existen diferencias de acuerdo a la intención de uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Ho8: No existe relación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón, en adolescentes con debut sexual.

Ho9: No existen diferencias de recursos psicológicos de acuerdo a la frecuencia de uso del condón en adolescentes con debut sexual.

Ho10: No existen diferencias en cuanto a la frecuencia de parejas sexuales, de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Ho11: No existen diferencias en cuanto a la frecuencia en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Ho12: No existen diferencias en cuanto a la intención de uso del condón, de mujeres y hombres adolescentes con vida sexual activa.

Ho13: No existen diferencias en cuanto a los recursos psicológicos de acuerdo con la frecuencia de uso del condón en adolescentes con vida sexual activa.

Ho14: No existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón en adolescentes con vida sexual activa.

Ho15: No existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes.

❖ Diseño.

El diseño empleado fue de tipo no experimental, esto debido a que no hubo manipulación de variables, así como correlacional/transversal, ya que se pretendió averiguar la existencia de correlación entre las variables medidas en un mismo tiempo y espacio.

Método

❖ **Participantes.**

Se contó con una muestra no probabilística de 453 mujeres y 397 varones (N= 850), con edades oscilantes entre los 13 y los 21 años de edad (con una media de 16.45 años y una desviación estándar de 1.32) estudiantes de nivel medio superior, de los cuales 493 pertenecía al horario matutino y 357 al turno vespertino, pertenecientes a alguno de los tres diferentes grados.

❖ **Instrumentos.**

Se utilizó la escala de Palacios (no publicada) para medir los recursos psicológicos, con una escala tipo likert (siempre, muchas veces, pocas veces y nunca), en donde se incluyen:

- Manejo de emociones negativas: es el control que tiene el sujeto sobre sus emociones de enojo y ansiedad, lo cual es logrado gracias a la acción de los mecanismos de regulación que posee, logrando así, regresar al equilibrio emocional. (27 reactivos, $\alpha=.957$).
- Manejo de la tristeza: implica la utilización de estrategias positivas para el control de sentimientos de tristeza y paralelos a ella (26 reactivos, $\alpha=.959$).
- Apoyo social: es la habilidad para la búsqueda de apoyo en sus redes sociales (19 reactivos, $\alpha=.946$).
- Autoeficacia: es la capacidad para la resolución de diversas situaciones y problemas de manera activa y eficaz (18 reactivos, $\alpha=.937$).
- Autoeficacia Alcohol: capacidad para el rechazo en la ingesta del alcohol, así como de diversas situaciones que implique su consumo (9 reactivos, $\alpha=.919$).
- Autoeficacia tabaco: capacidad para el rechazo en el consumo del tabaco, así como de diversas situaciones que lo impliquen (9 reactivos, $\alpha=.920$).
- Bienestar: nivel de satisfacción que el adolescente experimenta hacia su propia vida (7 reactivos, $\alpha=.931$).
- Habilidades sociales. Es la habilidad para relacionarse o adquirir redes sociales, lo cual conlleva un crecimiento personal (10 reactivos, $\alpha=.893$).
- Recursos Materiales: apela a los activos (circulante, fijo, etc.) que le permitan al sujeto el desarrollo de diversas actividades prioritarias en su vida diaria (6 reactivos, $\alpha=.830$).
- Emociones positivas: incluye básicamente a los sentimientos de alegría, felicidad, y en general el mostrar un buen sentido del humor los cuales pueden motivar al adolescente en diversas situaciones (6 reactivos, $\alpha=.819$).
- Rechazo de Conductas Desfavorables: capacidad para el rechazo y evitación de conductas que pueden dañar su persona en ambientes como la calle, escuela o con amigos (9 reactivos, $\alpha=.863$).
- Expresión Emocional: implica tanto la expresión de las emociones y sentimientos, así como el identificar los propios y ajenos (9 reactivos, $\alpha=.898$).
- Toma de Decisiones: conlleva la habilidad para que el adolescente utilice su propio juicio, lo que incluye la reflexión y el control cognitivo, para la evaluación de la situación así como de las consecuencias de las acciones que emprenda.

- Autoeficacia en las Relaciones Sexuales: es la capacidad para rechazar conductas sexuales de riesgo, es decir, sin el uso del preservativo, así como la utilización de diversas estrategias destinadas al fin antes mencionado (5 reactivos, $\alpha=.829$).
- Autoeficacia Drogas: capacidad para el rechazo en el consumo de diversas drogas, así como el evitar diversas situaciones (y amistades) que implique su consumo, utilizando mecanismos que propicien lograr el fin antes mencionado (5 reactivos, $\alpha=.848$).
- Daños a la Salud: implica tanto la evaluación como evitación de situaciones que puedan poner en riesgo la salud del adolescente (5 reactivos, $\alpha=.825$).

Para medir la conducta sexual de riesgo se tomó como base el instrumento de Villagrán (2002), en el cual se mide:

- Debut sexual: si lo ha o no llevado a cabo.
- Edad del debut sexual: edad en la que tuvo su primera relación sexual.
- Frecuencia de la actividad sexual: periodicidad en las relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales en toda la vida: número de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales.
- Uso del condón: frecuencia en el uso de este método anticonceptivo.

❖ Procedimiento.

Se presentó tanto a las coordinaciones de psicopedagogía como a los propios maestros, las intenciones y los objetivos de la investigación, una vez con su autorización se procedió a la aplicación del instrumento en las aulas de clase, dentro de las indicaciones dadas para la realización del mismo, se mencionó a los adolescentes que su participación sería voluntaria y totalmente anónima, en donde sólo se les pedía contestar con la mayor sinceridad posible. Al final de la aplicación se les agradeció su apoyo y se les entregó un panfleto con números telefónicos de centros así como de líneas de apoyo psicológico.

5.-RESULTADOS.

5.1- Adolescentes con y sin Debut Sexual.

Los resultados obtenidos a la pregunta de: "Has tenido relaciones sexuales", se puede apreciar que alrededor del 30% de la población estudiada lo ha llevado a cabo, en donde son los varones los que lo ejercen en mayor proporción (Tabla 1), aunque cabe mencionar que esta diferencia, de acuerdo con el estadístico X^2 no es significativa (Tabla 1.1).

Tabla 1. Debut Sexual.

	No	%	Si	%	Total
Mujer	345	76.2	108	23.8	453
Hombre	244	61.6	152	38.4	396
Total	589	69.4	260	30.6	849*

*sin responder un sujeto.

Tabla 1.1. Prueba X^2 para Debut Sexual.

Pearson Chi-Square	20.19
<i>p</i>	.0001

A continuación se presenta un análisis, en el que se comparó el repertorio de recursos, tanto del grupo de jóvenes con debut como sin debut sexual, encontrando diferencias significativas de acuerdo a que; los adolescentes con debut sexual tienen mayores recursos en cuanto a habilidades sociales y expresión emocional, mientras que los no iniciados poseen un mayor nivel de recursos materiales, mayor rechazo de conductas desfavorables, autoeficacia en las relaciones sexuales, autoeficacia para alcohol, tabaco y drogas, así como una mayor percepción de riesgo (tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de Recursos Psicológicos en Adolescentes con y sin Debut sexual.

Recursos Psicológicos.	Debut Sexual	M	DE	t	p
Manejo de emociones negativas	No	2.9371	.54037	1.827	.068
	Si	2.8643	.52417		
Manejo de la tristeza	No	3.0670	.55383	1.210	.226
	Si	3.0175	.53677		
Autoeficacia global.	No	3.1658	.50394	-.831	.406
	Si	3.1966	.48204		
<i>Autoeficacia alcohol.</i>	No	3.6180	.47665	9.593	.000
	Si	3.2385	.63842		
<i>Autoeficacia tabaco</i>	No	3.6738	.50348	6.992	.000
	Si	3.3756	.70528		
<i>Autoeficacia relaciones sexuales</i>	No	3.6496	.53970	9.547	.000
	Si	3.2308	.68833		
<i>Autoeficacia drogas</i>	No	3.8248	.37976	4.897	.000
	Si	3.6654	.54556		
<i>Habilidades sociales</i>	No	2.9813	.58040	-2.329	.020
	Si	3.0808	.55738		
Apoyo social	No	2.9895	.57745	-.675	.500
	Si	3.0187	.58698		
<i>Recursos materiales</i>	No	3.3874	.48059	2.124	.034
	Si	3.3077	.55285		
Emociones positivas	No	3.6186	.44992	.388	.698
	Si	3.6058	.42603		
Bienestar	No	3.3420	.62893	-.057	.955
	Si	3.3447	.65440		
<i>Expresión emocional</i>	No	3.0598	.60308	-2.630	.009
	Si	3.1774	.59370		
Toma de decisiones	No	3.2974	.52377	1.215	.225
	Si	3.2505	.50200		
<i>Rechazo de conductas desfavorables</i>	No	3.7263	.37737	4.284	.000
	Si	3.5970	.46236		
<i>Evitar daños a la salud</i>	No	3.4757	.52480	6.065	.000
	Si	3.2292	.59085		

N=850

5.2- Adolescentes con Debut Sexual.

Tal como su nombre lo indica en este apartado se considera sólo a la población que ha tenido debut sexual (N=260).

En cuanto a la edad del debut sexual (Tabla 3), son ellos los que lo emprenden de manera más temprana. Así mismo el estadístico *t de student*, mostró que si hay diferencias (Tabla 3.1) significativas.

Tabla 3. Edad del Debut Sexual.

	Adolescentes con debut sexual.	Edad del Debut
Mujer.	N=108	15.84 años.
Hombre.	N=152	15.02 años.
Total.	260	

Tabla 3.1. Prueba t de Student para Edad del Debut Sexual .

T	4.20
P	.0001

Aludiendo al número de parejas sexuales en la vida de los adolescentes, es importante señalar que son los varones los que tienen, al menos más de una pareja, por el contrario casi el 70% de las mujeres sólo tiene un compañero sexual. (Tabla 4).

Tabla 4. Parejas sexuales.

	Sólo una pareja sexual.	%	Más de una pareja sexual.	%	Total
Mujer	75	69.4	33	30.6	108
Hombre	66	44.0	84	56.0	150
Total	141	54.7	117	45.3	258*

*sin responder dos sujetos.

Para averiguar la significancia de estos resultados se aplicó la prueba estadística de X^2 , la que mostró que las diferencias entre mujeres y hombres al respecto del número de parejas sexuales son significativas (Tabla 4.1)

Tabla 4.1. Prueba X^2 para Parejas Sexuales.

Pearson Chi-Square	16.40
p	.000

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, aproximadamente un 30% de los adolescentes solo cuentan con debut sexual, categoría en la que se encuentran más hombres, de igual manera son ellos los que refieren tener, en mayor proporción relaciones sexuales una o dos veces cada mes, lo cual parece indicar que son las mujeres las que con mayor frecuencia tienen actividad sexual, ello puede estar siendo reflejado en un mayor porcentaje en los reactivos de: “Una o dos veces cada quince días”, “Una o dos veces por semana” y “Diario o casi diario” (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia en la Conducta Sexual.

	Sólo lo hice una vez	%	Una o dos veces cada mes	%	Una o dos veces cada quince días	%	Una o más de una vez por semana.	%	Total
Mujer	31	29.2	36	34	20	18.9	19	17.9	106
Hombre	53	35.6	58	38.9	18	12.1	20	13.4	149
Total	84	32.9	94	36.9	38	14.9	39	15.3	255*

*cinco sujetos sin responder.

El estadístico de X^2 , mostró que las diferencias en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, entre mujeres y hombres no son significativas (Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Prueba X^2 para Frecuencia de Conducta Sexual.

Pearson Chi-Square	3.90
P	.272

En cuanto a la frecuencia en el uso del condón, se encontró que los varones son los que en mayor medida refieren “nunca” usarlo y que de igual manera son ellos los que indican con mayor frecuencia utilizarlo “siempre”, no obstante los porcentajes en la opción de “la mayoría de las veces” son prácticamente iguales, mientras que en la de “siempre” los resultados no varían de manera drástica (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia en el Uso del Condón.

	Nunca	%	Casi nunca	%	Algunas veces	%	La mayoría de las veces	%	Siempre	%	Total
Mujer	7	6.5	6	5.6	17	15.9	30	28	47	43.9	107
Hombre	15	9.9	9	6.0	10	6.6	42	27.8	75	49.7	151
Total	22	8.5	15	5.8	27	10.5	72	27.9	122	47.3	258*

*sin responder don sujetos.

La prueba de X^2 , reveló que las diferencias entre mujeres y hombres, al respecto del uso del condón no son significativas (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Prueba X^2 para Frecuencia de Uso del Condón.

Pearson Chi-Square	6.43
p	.169

Por lo que respecta a la intención de uso del condón, los porcentajes de los varones puntúan más alto en la opción que indica como “muy probable” el uso del condón en su próximo encuentro sexual. También hay que señalar, que las mujeres presentan mayores índices para las respuestas de “nada probable” como “poco probable”(Tabla 7).

Tabla 7. Intención en el uso del condón.

	Nada probable	%	Poco probable	%	Medianamente probable	%	Muy probable	%	Total
Mujer	8	7.4	13	12.0	8	7.4	79	73.1	108
Hombre	3	2.0	7	4.6	17	11.3	124	82.1	151
Total	11	4.2	20	7.7	25	9.7	203	78.4	259*

*sin responder un sujeto.

Para comprobar la significancia de los datos se utilizó X^2 , la cual mostró que las diferencias de intención en el uso del condón, entre mujeres y hombres son significativas (Tabla 7.1)

Tabla 7.1. Prueba X^2 para Intención de Uso del Condón.

Pearson Chi-Square	10.43
p	.015

De manera paralela se buscó averiguar si existía correlación entre los recursos y la frecuencia del uso del condón, en adolescentes con debut sexual, encontrando que la autoeficacia para las relaciones sexuales, es el único recurso que se relaciona significativamente (aunque de manera baja) con el uso del condón (Tabla 8).

Tabla 8. Recursos y Uso del condón, en adolescentes con debut sexual.

Recursos	Frecuencia de Uso del Condón.
Manejo de emociones negativas.	r= -.076
Manejo de la tristeza.	r= .013
Autoeficacia global.	r= .053
<i>Autoeficacia relaciones sexuales</i>	r= .224**
Habilidades sociales	r=.022
Apoyo social	r=.038
Recursos materiales	r=.102
Emociones positivas	r=-.012
Bienestar	r=.100
Expresión emocional	r=.064
Toma de decisiones	r=.002
Rechazo de conductas desfavorables	r=.056
Evitar daños a la salud	r= -.002

p .0001
N=260

Entre las diferencias significativas dio como resultado que aquellos adolescentes (con debut sexual) que siempre usan el condón presentan, de manera significativa, mayor autoeficacia para la no ingesta de bebidas alcohólicas, mayor rechazo de conductas desfavorables así como mayor autoeficacia para las relaciones sexuales (Tabla 9).

Tabla 9. Diferencias de Recursos psicológicos de acuerdo a la frecuencia de Uso del condón, en adolescentes con debut sexual.

Recursos	Uso del Condón.	M	DE	t	p
Manejo de emociones negativas	Solo a veces	2.8959	.50129	.900	.369
	Siempre	2.8372	.55361		
Manejo de la tristeza	Solo a veces	3.0169	.54466	-.151	.880
	Siempre	3.0270	.53111		
Autoeficacia global.	Solo a veces	3.1714	.48182	-.939	.348
	Siempre	3.2272	.47727		
Autoeficacia alcohol.	Solo a veces	3.1512	.63987	-2.399	.017
	Siempre	3.3388	.62165		
Autoeficacia tabaco	Solo a veces	3.3262	.67200	-1.199	.231
	Siempre	3.4308	.73932		
Autoeficacia relaciones sexuales	Solo a veces	3.0414	.69923	-4.949	.000
	Siempre	3.4443	.60549		
Autoeficacia drogas	Solo a veces	3.6343	.55487	-.898	.370
	Siempre	3.6951	.53642		
Habilidades sociales	Solo a veces	3.1029	.55047	.600	.549
	Siempre	3.0615	.56341		
Apoyo social	Solo a veces	3.0157	.59370	-.207	.836
	Siempre	3.0307	.57598		
Recursos materiales	Solo a veces	3.2750	.57455	-.794	.428
	Siempre	3.3292	.52419		
Emociones positivas	Solo a veces	3.6143	.40927	.276	.783
	Siempre	3.5997	.44364		
Bienestar	Solo a veces	3.2837	.64505	-1.702	.090
	Siempre	3.4208	.65608		
Expresión emocional	Solo a veces	3.1333	.58495	-1.321	.188
	Siempre	3.2295	.59101		
Toma de decisiones	Solo a veces	3.2347	.49903	-.460	.646
	Siempre	3.2635	.51131		
Rechazo de conductas desfavorables	Solo a veces	3.5238	.48666	-2.645	.009
	Siempre	3.6740	.42346		
Evitar daños a la salud	Solo a veces	3.2029	.55593	-.858	.392
	Siempre	3.2656	.62744		

5.3-Adolescentes con Vida Sexual Activa.

Se procedió a realizar análisis sólo con este subgrupo de adolescentes (N=171) debido a que, aproximadamente un tercio de los adolescentes que contaban con debut sexual, se mantenían como inactivos (tabla 4), por lo tanto el uso del condón era drásticamente diferente, en el sentido de que éste sólo se limitaba, a si había sido o no usado en su primera relación sexual, con lo cual no se podrían tener resultados confiables acerca de las circunstancias inmersas en la conducta sexual de riesgo, ya que si bien es cierto, que desde el primer encuentro sexual está presente el riesgo de contraer una ITS o un embarazo no deseado/no planeado; el peligro crece de manera análoga al incremento de la actividad sexual.

Es así que, en la frecuencia de parejas sexuales, no se encuentra gran variación entre ésta y la tabla 3, ya que en ambas se hace presente el hecho de que los hombres son, los que tienen más parejas sexuales (Tabla 10).

Tabla10. Frecuencia de Parejas Sexuales, en Adolescentes con Vida Sexual Activa.

	Sólo una pareja sexual.	%	Más de una pareja sexual.	%	Total
Mujer	47	62.7	28	37.3	75
Hombre	20	21.3	74	78.7	94
Total	67	39.6	102	60.4	169*

* sin contestar dos sujetos.

Por medio del estadístico de X^2 , se puede aseverar que las diferencias en cuanto a la frecuencia de parejas sexuales en adolescentes con vida sexual activa, entre mujeres y hombres son significativas (Tabla 10.1).

Tabla 10.1. Prueba X^2 para Frecuencia de parejas sexuales, en adolescentes con vida sexual activa.

Pearson Chi-Square	29.86
p	.000

En lo que corresponde al uso del condón, se puede decir que entre las y los adolescentes no existe gran variación en los resultados, por ejemplo, en ninguna opción de respuesta existieron discrepancias mayores de 10%, sin embargo cabe mencionar que tanto en los reactivos de “la mayoría de las veces” y “siempre” son ellos los que puntúan más alto (Tabla 11). Aunque de acuerdo con el estadístico de X^2 , estas diferencias no resultaron significativas (Tabla 11.1).

Tabla 11.- Uso del Condón en Adolescentes con Vida Sexual Activa.

* sin contestar un sujeto.

	Nunca	%	Casi nunca	%	Algunas veces	%	La mayoría de las veces	%	Siempre	%	Total
Mujer	2	2.7	6	8.0	16	21.3	26	34.7	25	33.3	75
Hombre	2	2.1	7	7.4	8	8.4	38	40.0	40	42.1	95
Total	4	2.4	13	7.6	24	14.1	64	37.6	65	38.2	170

Tabla 11.1. Prueba X² para Uso del Condón en adolescentes con vida sexual activa.

Pearson Chi-Square	6.188
p	.186

Por lo que respecta a la intención en el uso del condón, son los hombres los que reportan mayor porcentaje, para las opciones de “muy probable” y “medianamente probable”, mientras que las mujeres muestran puntajes más altos (aunque no van más allá del 15%) en las opciones de “poco probable” y “nada probable” (Tabla 12). Diferencias que de acuerdo con la prueba estadística X², resultaron significativas (Tabla 12.1).

Tabla 12. Intención de uso del condón, en adolescentes con vida sexual activa.

	Nada probable	%	Poco probable	%	Medianamente probable	%	Muy probable	%	Total
Mujer	6	8.0	11	14.7	7	9.3	51	68.0	75
Hombre	3	3.2	3	3.2	11	11.6	78	82.1	95
Total	9	5.3	14	8.2	18	10.6	129	75.9	170*

* sin contestar un sujeto.

Tabla 12.1. Prueba X² para Intención de Uso del Condón en adolescentes con vida sexual activa.

Pearson Chi-Square	9.896
p	.019

Dentro de las diferencias encontradas en cuanto a los recursos que manejan los adolescentes que “siempre” y que “a veces” usan el condón, se puede observar que aquellos adolescentes que siempre usan el condón tienen un mayor nivel de autoeficacia para la no ingesta de alcohol, rechazo de conductas desfavorables y autoeficacia en las relaciones sexuales. Es decir que evitan el consumo de alcohol así como de comportamientos perjudiciales para sí mismos y cuentan con mayor capacidad de resistencia para tener sexo sin protección (Tabla 13).

Tabla 13. Diferencias de recursos psicológicos, de acuerdo a la frecuencia de uso del condón en adolescentes con vida sexual activa.

Recursos	Debut Sexual	M	DE	t	p
Manejo de emociones negativas	A veces	2.8741	.50629	1.115	.267
	Siempre	2.7835	.52935		
Manejo de la tristeza	A veces	3.0233	.54281	.156	.876
	Siempre	3.0103	.50340		
Autoeficacia global.	A veces	3.1979	.47622	-1.269	.206
	Siempre	3.2897	.42825		
<i>Autoeficacia alcohol.</i>	A veces	3.0802	.67709	-2.598	.010
	<i>siempre</i>	3.3551	.65984		
Autoeficacia tabaco	A veces	3.2921	.72538	-.824	.411
	Siempre	3.3915	.82334		
<i>Autoeficacia relaciones sexuales</i>	A veces	3.0762	.68071	-3.396	.001
	<i>siempre</i>	3.4338	.64476		
Autoeficacia drogas	A veces	3.5886	.59085	-1.265	.207
	Siempre	3.7046	.56470		
Habilidades sociales	A veces	3.1410	.53254	1.011	.313
	Siempre	3.0508	.61419		
Apoyo social	A veces	3.0600	.57745	.178	.859
	Siempre	3.0431	.58698		
Recursos materiales	A veces	3.3111	.54990	-.973	.332
	Siempre	3.3974	.58161		
Emociones positivas	A veces	3.6190	.41197	-.096	.924
	Siempre	3.6256	.47419		
Bienestar	A veces	3.3333	.62762	-1.512	.132
	Siempre	3.4857	.65553		
Expresión emocional	A veces	3.1873	.57618	-1.168	.244
	Siempre	3.2957	.60708		
Toma de decisiones	A veces	3.2544	.50585	-.387	.699
	Siempre	3.2857	.52367		
<i>Rechazo de conductas desfavorables</i>	A veces	3.5175	.51700	-3.095	.002
	<i>siempre</i>	3.7419	.34589		
Evitar daños a la salud	A veces	3.1714	.57071	-1.034	.303
	Siempre	3.2708	.66561		

N=171

Por lo que se refiere a la correlación entre los recursos psicológicos y el uso del condón en adolescentes con vida sexual activa, de acuerdo con el estadístico r de Pearson, no existe asociación entre estas variables (Tabla 14).

Tabla 14. Recursos psicológicos y uso del condón, en adolescentes con vida sexual activa.

Recursos	Conducta sexual de riesgo.
Manejo de emociones negativas	-.112
Manejo de la tristeza	-.034
Autoeficacia global	.048
Autoeficacia alcohol.	.098
Autoeficacia tabaco	.008
Bienestar	.058
Habilidades sociales	-.083
Recursos materiales	.091
Emociones positivas	-.062
Rechazo de conductas desfavorables	.073
Expresión emocional	.024
Toma de decisiones	.030
Autoeficacia relaciones sexuales	.116
Autoeficacia drogas	.075
Evitar daños a la salud	.015
Apoyo social	-.040

N=171

5.4-Conducta sexual de riesgo en la muestra total.

Finalmente se realizó un estudio correlacional (Tabla 15), para averiguar los recursos que presenta la población total (N=850) y su relación con la conducta sexual de riesgo, que se midió con un parámetro que va de: 1 a 6 de: (sin conducta sexual de riesgo a alta conducta sexual de riesgo*). Teniendo como resultado que la autoeficacia para: las relaciones sexuales, alcohol y tabaco, presentan las correlaciones más fuertes; seguidas por evitar daños a la salud, rechazo de conductas desfavorables, autoeficacia en drogas así como recursos materiales, tales correlaciones son de naturaleza negativa, es decir, que entre menor cantidad de estos recursos mayor conducta sexual de riesgo y aunque tienden a ser débiles, estos recursos modulan de manera significativa el comportamiento sexual.

Tabla 15. Recursos Psicológicos y Conducta sexual de riesgo de los adolescentes.

Recursos	Conducta sexual de riesgo.
Manejo de emociones negativas	-.025
Manejo de la tristeza	-.035
Autoeficacia global	.006
<i>Autoeficacia alcohol.</i>	<i>-.261**</i>
<i>Autoeficacia tabaco</i>	<i>-.191**</i>
<i>Autoeficacia relaciones sexuales</i>	<i>-.330**</i>
<i>Autoeficacia drogas</i>	<i>-.134**</i>
Habilidades sociales	.060
Apoyo social	.010
<i>Recursos materiales</i>	<i>-.098**</i>
Emociones positivas	-.005
Bienestar	-.033
Expresión emocional	.054
Toma de decisiones	-.034
<i>Rechazo de conductas desfavorables</i>	<i>-.137**</i>
<i>Evitar daños a la salud</i>	<i>-.162**</i>

* 1-Sin debut sexual. 2-Siempre uso el condón. 3-La mayoría de las veces uso el condón. 4- Algunas veces uso el condón. 5-Casi nunca uso el condón. 6- Nunca uso el condón.

Estos resultados permiten señalar que los recursos implicados en la conducta sexual varían de acuerdo a si se ha o no tenido debut sexual, el uso del condón y la frecuencia de este comportamiento.

Por otra parte, a pesar de haber encontrado evidencia estadísticamente significativa que apunta a que ciertos recursos entre los que se destacan: la autoeficacia para las relaciones sexuales, autoeficacia alcohol, tabaco, rechazo de conductas desfavorables y recursos materiales, actúan contra el comportamiento sexual de riesgo, las correlaciones encontradas fueron débiles o muy débiles, tanto en los análisis de adolescentes con y sin debut sexual, adolescentes con debut sexual, adolescentes con vida sexual activa y finalmente recursos y conducta sexual de riesgo.

De esta manera se puede ver que los recursos psicológicos participan de manera limitada en el comportamiento sexual del adolescente, es así que es necesario seguir con investigaciones encaminadas a averiguar que factores influyen de manera determinante en la conducta sexual tanto de riesgo como protegida.

6-DISCUSIÓN.

La primera hipótesis de esta investigación gira alrededor del debut sexual de los adolescentes, es decir; si lo han o no llevado a cabo, encontrando (de manera similar con Palacios y Andrade, 2006) que el 30.6% de los adolescentes de esta muestra han tenido debut sexual, específicamente: el 23.8% de las mujeres y el 38.4% de los hombres, diferencia que no resultó ser significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Por lo que se refiere a la hipótesis dos, se comparó mediante la prueba *t* de student, el repertorio de recursos psicológicos de los adolescentes con y sin debut sexual, encontrando que los adolescentes que no han iniciado actividad coital tienen mayores recursos: materiales, rechazan en mayor medida comportamientos adversos para su salud; se perciben capaces para no tener sexo sin protección, lo que concuerda parcialmente con lo encontrado por Robles, Barroso, Frías, Rodríguez, Moreno, Díaz y Rodríguez (2004) al mencionar que las adolescentes sin debut sexual son más autoeficaces que las ya iniciadas. De igual manera se sienten más capaces para rechazar la ingesta de bebidas alcohólicas lo que puede concordar con Gamez, García y Martínez, (2007), los cuales mencionan que el alcohol es un detonante significativo para el debut sexual, así como el uso de tabaco y otras drogas, además de contar con una mayor percepción de riesgo, ello de alguna manera podría coincidir con Harada, Alfaro y Villagrán (2002) los cuales señalan que los adolescentes sin debut sexual presentan mayor control de impulsos, así como un mayor reflexión ante los problemas, lo cual puede ayudar a librar a los adolescentes diversos comportamientos de riesgo.

Por su parte los chicos con debut, tienen más habilidades sociales, así como mayor expresión emocional, lo que puede ser coherente, si se considera que el comportamiento sexual, parte de las relaciones interpersonales, para lo cual son necesarios los dos recursos antes mencionados. En suma, se confirma que existen diferencias en cuanto a recursos psicológicos de adolescentes que han y no han tenido debut sexual.

Continuando con la edad del debut sexual (hipótesis tres), las diferencias entre mujeres y hombres muestran ser significativas, lo que concuerda con Díaz-Loving (1999); Ibañez-Brambila, (1996); Encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (2005); Villagrán, Morales y Perelló (2006), en el sentido de que son las mujeres las que postergan más su debut sexual, de tal modo se confirma que existen diferencias en cuanto a la edad del debut sexual de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Por lo que se refiere a la hipótesis cuatro, se encontró que los hombres tienen significativamente, más de una pareja sexual, por lo que respecta a los adolescentes con vida sexual activa (hipótesis diez), los resultados (que mostraron ser significativos) no son muy diferentes, ya que sigue prevaleciendo; una sola pareja sexual para las mujeres y dos o más para los hombres, confirmando así que existen diferencias en cuanto al número de parejas sexuales de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual así como con vida sexual activa. Lo cual coincide con: Villagrán, Morales y Perelló (2006) y también parecería ser apoyado por Valdez, González y Arce (2006), al referir que las relaciones sexuales son más importante para los hombres que para las mujeres, así como por Pacheco et al.,(2007) al mencionar que los varones procuran tener actividad sexual con el mayor número de parejas posibles .

Con respecto a la hipótesis cinco, se puede decir que no existen diferencias de acuerdo a la frecuencia de actividad coital de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

En cuanto a la hipótesis seis, fueron los varones los que puntúan ligeramente más alto, en el uso del condón; sin embargo estas diferencias no resultaron significativas, de igual manera, los resultados de los adolescentes con vida sexual activa (hipótesis 11), indican que sus diferencias tampoco lo fueron, por lo tanto se puede decir que no existen diferencias entre mujeres y hombres adolescentes con debut sexual y con vida sexual activa, con respecto a la frecuencia de uso del condón; rechazando así la hipótesis de trabajo y aceptando la nula. Lo que de una u otra forma se contrapone con lo encontrado por: Martínez-Donate, et al. (2004); ENSANUT (2006), así como por Stephenson (2009) al mencionar que son los varones los que usan, en mayor medida, este método anticonceptivo.

Asimismo las diferencias de intención con respecto a este método anticonceptivo, entre hombres y mujeres con debut sexual (hipótesis siete) y vida sexual activa (hipótesis 12) resultaron ser significativas, apuntando a que los varones tienen mayor intención de utilizar el condón en sus encuentros sexuales, lo que confirma ambas hipótesis, es decir: que existen diferencias de acuerdo con la intención en el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual y vida sexual activa, lo que concuerda con Martínez-Donate, et al. (2004) al señalar que los hombres cuentan con mas iniciativa para su uso.

Es importante señalar que, en las investigaciones con las que fueron comparados estos resultados no se hace la diferenciación entre adolescentes con debut sexual y vida sexual activa, por tanto el contraste entre ellas deberá ser tomado con cautela.

De manera paralela se buscó averiguar si existía correlación entre los recursos psicológicos y el uso del condón, en adolescentes con debut sexual (hipótesis ocho), encontrando que el sentirse capaz para rechazar las relaciones sexuales sin el uso del preservativo (autoeficacia para las relaciones sexuales), es el único recurso que se relaciona significativamente (aunque de manera baja) con el uso del condón, por lo que se confirma, en parte, que existe una relación significativa entre los recursos psicológicos y el uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut sexual.

Tales resultados pueden corroborar lo señalado por y Alfaro (2006), al indicar que las intenciones de uso del condón, son las que en mayor medida predicen su utilización. No obstante, de igual manera, contrasta con lo mencionado por Martínez-Donate, et al (2004), en cuanto a que en su estudio no se comprueba la asociación autoeficacia-uso del condón.

Continuando con las diferencias entre los adolescentes con debut sexual (hipótesis nueve) y con vida sexual activa (hipótesis trece) que siempre y que a veces usan el condón, se encontró que la autoeficacia para la no ingesta de bebidas alcohólicas, el rechazo de conductas desfavorables así como autoeficacia para las relaciones sexuales, son los recursos que de manera significativa, poseen los adolescentes que siempre utilizan condón en sus encuentros sexuales, ya sea que solo tengan debut sexual o vida sexual activa.

Ahora bien, en el caso de la ingesta de alcohol, lo hallado encuentra sentido debido a que, como lo menciona el manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables (2006), el alcohol causa un estado de "pérdida" temporal de los mecanismos inhibidores, lo cual deja el área libre para que se efectúen comportamientos de riesgo, como la omisión del condón en la práctica sexual. El trabajo de Peñaloza (2008) también deja entre ver esta asociación, ya que menciona que tanto las chicas como los chicos que se sienten con mayor autoeficacia para la no ingesta de alcohol, también se sienten más autoeficaces para negarse a tener conducta sexual de riesgo.

Por lo que respecta a la autoeficacia en las relaciones sexuales, los resultados obtenidos, pueden corroborar lo señalado por Alfaro (2006) al indicar que; las intenciones de uso del condón, son las que en mayor medida predicen su utilización, en términos generales se puede ratificar la asociación entre la autoeficacia y el uso consistente del condón. No obstante difiere con lo mencionado por Martínez-Donate, et. al. (2004), ya que señalan que en su estudio, los varones se sentían menos autoeficaces, en comparación con los mujeres, hacia el uso del condón, no obstante, fueron ellos los que utilizaron este anticonceptivo en mayor medida.

Es así que se acepta que existen diferencias en cuanto a los recursos psicológicos de acuerdo con la frecuencia de uso del condón de mujeres y hombres adolescentes con debut (hipótesis nueve) y vida sexual activa (hipótesis trece) confirmando así ambas hipótesis de trabajo.

Por lo que se refiere a la correlación entre los recursos psicológicos y el uso del condón en adolescentes con vida sexual activa (hipótesis catorce), de acuerdo con el estadístico r de Pearson, no existe asociación significativa entre estas variables, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Más que dar una explicación del porqué no se encontró correlación, este resultado muestra claramente que el uso del condón encuentra sentido en otras variables, lo cual, también refleja implícitamente la aportación de la presente investigación, que es: que los recursos no juegan un papel crucial en el uso del condón en los adolescentes.

Finalmente, el estudio correlacional con la población total (hipótesis quince) mostró que la autoeficacia para: las relaciones sexuales, alcohol y tabaco, presentan las correlaciones más fuertes; seguidas por evitar daños a la salud, rechazo de conductas desfavorables, autoeficacia en drogas así como recursos materiales, tales correlaciones son de naturaleza negativa, es decir, que entre menor cantidad de estos recursos mayor conducta sexual de riesgo y aunque tienden a ser débiles, estos recursos modulan de manera significativa el comportamiento sexual, por lo que podemos finalizar aceptando la hipótesis quince, es decir; que existe correlación significativa entre los recursos psicológicos y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes, aunque tal asociación mantiene escasa fuerza.

El que se encuentren estos recursos es coherente, ya que por ejemplo; la autoeficacia, es el recurso que fue más enunciado en los análisis anteriores, y que apela directamente al uso del condón, la autoeficacia para: alcohol, tabaco y drogas, también apareció en los análisis realizados y si se añade, que la importancia de ellos radica en que el no consumirlos decrementa la toma de decisiones perjudicadas, ello debido a la falla en los mecanismos inhibidores.

Así como que el uso del condón es una práctica preventiva que ayuda a evitar daños a la salud y que su sola utilización, es un rechazo de conductas desfavorables.



7- CONCLUSIÓN.

Dentro de los aspectos notables en esta investigación, se hizo una distinción en la frecuencia de la conducta sexual de los adolescentes, esto es; adolescentes con / sin debut sexual y adolescentes con vida sexual activa, lo cual permitió abordar a la conducta sexual desde un aspecto más particular. Por ejemplo mostró que la autoeficacia para las relaciones sexuales es el único recurso que se asocia de manera significativa con el uso del condón en adolescentes con debut sexual, (aunque de manera baja).

Por lo que incluye a los adolescentes con vida sexual activa, los que refieren siempre usar el condón, presentan más autoeficacia hacia el alcohol, las relaciones sexuales y tienden más a rechazar conductas desfavorables.

En el caso de la conducta sexual de riesgo en la muestra total se pudo observar que recursos como: autoeficacia en las relaciones sexuales, autoeficacia alcohol, autoeficacia tabaco, evitar daños a la salud, rechazo de conductas desfavorables, autoeficacia drogas y recursos materiales, juegan un papel influyente, aunque no crucial para evitar un comportamiento sexual de riesgo, esto debido a la escasa fuerza de las correlaciones.

Es por ello que se debe de continuar con investigaciones encaminadas a descubrir que factores ejercen una influencia decisiva en el uso consistente y correcto del condón, así como de aquellos factores que disminuyen la posibilidad de su uso, esto con la finalidad de realizar propuestas eficaces contra el comportamiento sexual de riesgo.

8-REFERENCIAS.

- Alfaro, L.; (2006). Factores emocionales y sociales que predicen el uso del condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 11(1), 331-337.
- Alfaro, L.; Díaz-Loving, R. (1994). Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México*, 5. 636-642.
- Alfaro, L.; Díaz-Loving, R. (1996). Análisis de conductas sexuales de riesgo ante el VIH, a través del modelo de acción razonada en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 6, 525-529.
- Alfonso, J. (2005). *Epidemiología general de las infecciones transmitidas sexualmente*. En Vilata, J. *Venereología*. Cap.2 pp. 7-26. Aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual. Cap. 2, pp. 7-26. España. Libros PRINCEPS Aula Médica.1.
- Almanza, S.; Pillon, S. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 12, pp. 324-332.
- Álvarez, J.(2006). La Familia, sus valores y sus principales áreas de oportunidad para el progreso de la cultura cívica. *La Psicología Social en México*, 11(1),39-44.
- Andrade, P. (1994). El significado de la familia. *La Psicología Social en México*, (5),83-87.
- Andrade, P.; Betancourt, D.; Palacios, J.(2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Ávila, E.; Cid, M.; García, I.; Lorenzo, A.; Rodríguez, P. (2002). *Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000*. Revista Cubana de Pediatría. [online] , 74 (4).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bayés, R.; Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, pp.122-125.
- Bayés, R.(1992 ^a). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Bayés R.(1992 ^b). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56.
- Cabezas, E.; Langer, A.; Alvarez, L. y Bustamante, P. (1998). Sexualidad y reproducción en Adolescentes. *Ginecología y Salud Reproductiva*. *Salud Pública de México*, 40, (3).
- Cabrera, A; Olvera, M. y Robles, S.(2006). Entrenamiento en el uso correcto del condón y su relación con la autoeficacia percibida para usarlo. *La Psicología Social en México*, 11(1), 205-211.
- Campos, R. y Pérez, M. (2000). Conocimiento y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Revista del Hospital General M. Gea González*, 3 (2), 56-59.

- Calderón, E. (2002). Diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, [online], 45 (3).
- Castilla, J.; Sobrino, P.; Belza J. y Tello O. (2005). Epidemiología de la infección por el VIH. En Vilata, J. *Venereología aspectos epidemiológicos y clínicos de infecciones transmitidas por vía sexual*. Cap. 3, pp. 27-36. España. Libros PRINCEPS Aula Médica.
- Catania, J.; Coates, T.; Kegeles, S.; Thompson, M.; Peterson, J.; Marin, B.; Siegel, D. & Hulley, S. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: The population-based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*. [online], 82,(2).
- CENSIDA. (1997) Campaña Nacional de Prevención del VIH/SIDA. *LetraS: Salud-Sexualidad-SIDA*, 13. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/letras.html>. Consultado el 20 de Enero del 2009.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2008). EL VIH/SIDA EN MÉXICO. Datos al 14 de noviembre del 2008. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2008/docucasosnov.pdf>. Consultado el 4 de Enero del 2009.
- Colón, R.; Wiatrek, D. & Evans, R. (2000). The relationship between psychosocial factors and condom use among african-american adolescents. *Adolescence*, 35 (139). Pp. 559-569.
- Correa, F.; Bedolla, B. y Reyes, I. (2006). Estructura del control personal: locus de control y autoeficacia. *La Psicología Social en México*, 11(1), 66-72.
- Cortés, A.; García, R.; Monterrey, P.; Fuentes, J. y Pérez, P. (2000). SIDA, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, [online], 16.
- Craig, G. & Baucum D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- CONAPO. (2000). Cuadernos de salud reproductiva Distrito Federal. México. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx>. Consultado el 19 de Noviembre del 2008.
- D'Angelo, L. & DiClemente, R. (1996). *Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection*. En DiClemente, R.; Hansen, W.; Ponton, Lynn. (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. Cap. 13, pp. 333-363. New York: Plenum Press.
- De Bedout Hoyos, A. (2008). El VIH SIDA Factores psicosociales y comportamentales. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Magdalena*, 5 (2) pp.129-140.
- Díaz Loving, R. (1999). *Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con conductas de Riesgo y prevención de contagio de VIH*. pp.107-122. En Díaz Loving, R.; Torres, K. (Coor.) *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz Loving, R. y Rivera, S. (1994). Prevención de contagio de VIH: aplicación de la teoría de acción razonada a la predicción de uso del condón. *La Psicología Social en México. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 71-87.

- Díaz Sánchez, V. (2003). El embarazo de los adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (supl. 1), 23-28.
- DiCaprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad*. México:McGraw-Hill.
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México:Mc-Graw-Hill.
- Dutra, R.; Miller, K. & Forehand, R. (1999). The process and content of sexual communication with adolescents in two-parent families: associations with sexual risk-taking behavior. *AIDS and Behavior*, [online] 3(1).
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002). capítulo 2. Uso y abuso de tabaco, alcohol y drogas en México. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2002.html>. Consultado el 4 de Enero del 2009.
- Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud (2005) Resultados preliminares. Disponible en: <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>. Consultado el 12 de Noviembre del 2006.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>-. Consultado el 26 de Junio del 2008.
- Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003). Disponible en: [http://www.generoy saludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/ENSAR2003 Tabulados basicos nacional_2.pdf](http://www.generoy saludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/ENSAR2003_Tabulados_basicos_nacional_2.pdf). Consultado el 15 de Diciembre del 2008.
- Escobar, G.; Sánchez, R. (2002). ¿Cómo somos y qué hacemos para llamarnos amigos? *La Psicología Social en México*, (9), 779-785.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Argentina: Editorial Paidós.
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Espinoza, H.(2007). Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [online] 11 (3).
- Fleiz, C.; Villatoro, J.; Medina Mora, M.; Navarro C. y Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, [online] 22 (4).
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fredrickson, B.(2001).The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.
- Fuentes, M.; Cruzat, H.; y Barrera, M. (1999). El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. *Revista Cubana de Enfermería*, [online],15 (1).
- Fuertes, A.; Martínez, J.;Ramos, M.; de la Orden, V. y Carpintero , E. (2002). Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 25 (3), 347-361.

- Gálvez-Buccollini J.; DeLea, S.; Herrera, P.; Gilman, R. & Paz-Soldan, V. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *BioMed Central Public Health*, [online], 9 (23).
- Gamboa, R.; Lizama, L. y Flores, M. (2006). Valores entre padres e hijos: un estudio en familias yucatecas. *La Psicología Social en México*, 11(1), 32-38.
- Gamez, A.; García, M.; Martínez, J. (2007). Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, [online], 50 (2).
- Gayet, C.; Juárez, F.; Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, [online], 45.
- Gayet, C.; Rosas, C.; Magis, C. y Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública México*, 44(2), 122-128.
- Givaudan, M.; Pick, S. y Álvarez, M. (1994). Comunicación Intergeneracional sobre sexualidad. *La Psicología Social en México*, 5, 539-545.
- González- Forteza, C.; Jiménez, A.; Gómez, C.; Berenzon, S. y Mora, J. (1994). El Significado psicológico de amigo en mujeres adolescentes. *La Psicología Social en México*, 5, 114-119.
- González, C.; Rojas, R.; Hernández, M. y Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Salud pública de México*, [online] 47 (3).
- Guía para el promotor de Nueva Vida. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. (2007). *Cap. II. Factores asociados al consumo de drogas*. Disponible en: http://www.dif.sip.gob.mx/archivos/NV_prev_adic.pdf. Consultado el 18 de Octubre del 2009.
- Halpern-Felsher, B.; Kropp, R.; Boyer, C.; Tschann, J. & Ellen, J. (2004). Adolescents' self-efficacy to communicate about Sex: ITS role in condom attitudes commitment, and use. *Adolescence*, 39 (155), pp. 443-456.
- Harada, E.; Alfaro L. y Villagrán G. (2002). Percepción de riesgo y estrategias de enfrentamiento ante el embarazo no planeado: diferencias entre hombres y mujeres preparatorianos. *La Psicología Social en México*, 9, 68-73.
- Hawa, R.; Munro B. & Doherty-Poirier, M. (1998). Information, motivation and behaviour as predictors of AIDS risk reduction Among canadian first year university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7 (1), 9-18.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6 (4), 307-324.

- Hobfoll, S.; Johnson, R.; Ennis, N.; Jackson, A.(2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (3), 632-643.
- Hobfoll, S. y Lilly, R. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, pp. 128-148.
- Ibáñez-Brambila, B.(1996). Conducta sexual premarital en jóvenes universitarios: una perspectiva de género. *La Psicología Social en México*, (6), 513-519.
- Informe UNGASS. (2008). CENSIIDA. México. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/mexico_2008_country_progress_report_sp_es.pdf. Consultado el 26 de Enero del 2009.
- Inhelder, B. y Piaget, J.(1955). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Argentina:Editorial Paidós, S.A.I.C.F.
- Instituto de la Mujeres de la Ciudad de México^a. Interrupción legal del embarazo en la ciudad de México. Disponible en: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.mht. Recuperado el 26 de febrero del 2010.
- Instituto de la Mujeres de la Ciudad de México^b. Estadísticas Generales Interrupción Legal del Embarazo. Maternidad Libre y Voluntaria. Disponible en: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal estadísticas aborto.mht. Recuperado el 26 de febrero del 2010.
- Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona:Editorial Ariel S.A.
- Kotchick, B.; Shaffer, A. & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21 (4), 493-519.
- Laluzza, J. y Crespo, I. (2003). *Adolescencia y relaciones familiares*. En Perinat, A. (coord.). Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial. Cap. 4, pp115-140. Barcelona: editorial UOC.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [online] 11(3).
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Martínez Roca.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Internacional Thomson.
- Leyva, V.; Berroa, A., Negret, D. y García, A. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista de Cubana Enfermería*, [online], 18 (2).
- Macchi, M.; Benítez, S.; Corvalán, A.; Nuñez, C. y Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (2), 206-217.
- Madiedo, I.; Otero, M.; González, Y.; Pulido, M. (2001). Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Revista Cubana Enfermería*, 17, 9-13.

- Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables. (2006). México. Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA CENSIDA. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>. Consultado el 18 de Octubre del 2009.
- Manchikanti, A. & Speizer, I.; Reynolds, H.; Murray N.; Beauvais, H. (2008). Age differences at sexual debut and subsequent reproductive health: Is there a link? *Reproductive Health*, [online] 5 (8).
- Manjarrez, J.; Pérez, M.; Lara, A. y Valenzuela, M. (2002). Representación social de la familia en adolescentes de una secundaria de iztapalapa. *La Psicología Social en México*, 9, 836-842.
- Martínez-Donate A.; Hovell, M.; Blumberg, E.; Zellner, J.; Sipan, C.; Shillington A. & Carrisoza C. (2004). Gender Differences in condom-related behaviors and attitudes among mexican adolescents living on the U.S.-Mexico border. *AIDS Education and Prevention*, 16 (2), 172-186.
- Martínez, J. (2000). *El Adolescente y sus pares*. En Dulanto, E. *El Adolescentes*. Cap.28, pp. 219-221. México:Mc-Graw-Hill.
- Medina Mora, M.; Natera, G.; Borges, G. Cravioto, P.; Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, [online] 24,(4).
- Meekers, D. & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14 (1), pp.62-72.
- Mirabal, G.; Martínez, M. y Pérez D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, [online], 18 (3).
- Mora, J.; González-Forteza, C.; Vaugier, V. y Jiménez, A. (1994). Representación semántica del concepto familia en adolescentes. *La Psicología Social en México*, (5),88-93.
- Mosquera, J. y Mateos, C. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH/SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, [online], 34 (4).
- Navarro-Pertusa, E.; Barberá, E. y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*. 15, (3), 395-400.
- Oattes, M. & Offman, A.(2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in Intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16(3-4).
- Onuoha, F. & Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40 (159), 525-532.
- ONUSIDA (2008 ^a). Programa conjunto de las naciones unidas sobre el SIDA. Información básica sobre el VIH. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/FactSheet/fastfacts_hiv_es.pdf. Consultado el 4 de Enero del 2009.
- ONUSIDA (2008 ^b). Informe sobre la epidemia mundial SIDA. Capítulo 2. Situación de la epidemia mundial de VIH. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/pp29_62_es.pdf. Consultado el 4 de Enero del 2009.

- ONUSIDA (2008^o). Informe s/ la epidemia mundial de SIDA. Resumen de orientación. Disponible en:http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/ExecutiveSummary_es.pdf. Consultado el 20 de Enero del 2009.
- Pacheco-Sánchez, C.; Rincón, L.; Guevara, E.; Latorre, C.; Enríquez, C. y Nieto, J. (2007). Significado de la sexualidad y la salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, [online], 49 (1).
- Palacios, J. (2007). Escala de recursos psicológicos y conductas de riesgo en adolescentes. No publicada. Proyecto PAPIIT IN304607-2.
- Palacios, J. y Andrade, P. (2006). Diferencias en los estilos parentales y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 11 (2), 776-781.
- Palacios, J.; Bravo M. y Andrade P. (2007), Palacios, D. J. R., Bravo, F. M. I. & Andrade, P. P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18, (4), pp. 1-13.
- Papalia, D.; Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Peñaloza, R. (2008). Recursos psicológicos y consumo de alcohol en adolescentes. Tesis de licenciatura. No publicada. Facultad de psicología. UNAM
- Pereira, A.; Canavarro, M.; Cardoso, M. & Mendonca, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40 (159) pp.655-671.
- Pérez, M.; Ibarra, G.; Castro, M. y Manjarrez, J. (2002). ¿Qué es para los adolescentes la comunicación? *La Psicología Social en México*, (9), 793-801.
- Pérez, R.; Cid, M.; Lepe, Y. y Carrasco, C (2004). Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18 (4), 225-230.
- Piaget, J. (1964). *Seis estudios de psicología*. México: Editorial Planeta Mexicana.
- Prohaska, T.; Albrecht, G.; Levy, J.; Sugrue N. & Kim, J. (1990). Determinants of self-perceived risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 384-394.
- Raguz, M. (2003). *Adolescencia y salud sexual y reproductiva*. En Perinat, A. (coor.). *Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial*. Cap. 7, pp. 185-202. Barcelona: editorial UOC.
- Rivera, M. (2010). *Psicología y educación visual: estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México. Trillas.
- Rivera, M.; Andrade, P. (2009). Recursos Psicológicos. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Recursos_psicol%C3%B3gicos. Consultado el 30 de Septiembre del 2010.

- Robles, S.; Barroso, R.; Frías, B.; Rodríguez, M.; Moreno, D.; Díaz, E. y Rodríguez, M.; (2004). Factores Conductuales relacionados con la autoeficacia para usar correctamente el condón. *La Psicología Social en México*, 10, 439-446.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso del condón. *La Psicología Social en México*, 11(2), 882-889.
- Robles, S.; Frías, B.; Rodríguez M, y Barroso R. (2006). Programa de intervención para prevenir problemas de salud sexual en universitarios. *La Psicología Social en México*, 11 (1), 241-248.
- Robles, S.; Moreno, D.; Frías, B.; Rodríguez, M.; Barroso, R.; Díaz, E.; Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación asertiva en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Rubinstein, E. (2003). Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la adolescencia. *Archivo Argentino de Pediatría*, 101 (6), 477-484.
- Rodríguez, M.; Mora, M. y Mora, I. (2001). Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido de bajo peso. *Revista Cubana de Enfermería*, [online], 17(2).
- Romaní S. y Vílchez, C. (2008). Embarazo, hábitos de lectura y consumo de radio y televisión en adolescentes peruanas: explorando relaciones de asociación. *Acimed*. [online], 17(4).
- Saldívar, A. y Cedillo, D. (2006). Creencias sobre el uso del condón con la pareja regular. *La Psicología Social en México*, 11(2), 221-233.
- Santín, C.; Torrico, E.; López M. y Revilla C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19 (1), 81-90.
- Scholl, T. (2007). Adolescent Pregnancy: an Overview in Developer and developing nations. *Perinatología Reproducción Humana*, (21), 193-200.
- Serrano, G.; Godás, A.; Rodríguez, D. y Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8 (1), 29-51.
- Shafii, T.; Stovel, K. & Holmes, K. (2007). Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. *American Journal of Public Health*, [online], 97 (6).
- Shelton, J.; Cassell, M.; Adetunji J. (2005). Is poverty or wealth at the root of HIV? *The Lancet*, 366 (9491), Septiembre 24-30, pp. 1057-1058.
- Shibley, J. y DeLamater, J. (2006). Sexualidad humana. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Silber^a, J. (2000). Aborto. En Dulanto E. El Adolescente. Cap. 78, pp. 557-584. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Silber, J. (2000). *Enfermedades de transmisión sexual y por el virus de inmunodeficiencia humana*. En Dulanto E. El Adolescente. Cap. 117, pp. 857-866. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in Females University Students. *AIDS CARE*, 15 (1), 71-76.
- Sierra, J.; Santos, P.; Gutiérrez-Quintanilla, J.; Gómez, P. y Maeso, M. (2008). Un estudio psicométrico del hurlbert index of sexual assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26(1), 117-123.
- Sieverding, J.; Adler, N.; Witt, S. & Ellen, J. (2005). The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159 (8), 724-729.
- Stephenson, R. (2009). Community influences on young people's sexual behavior in 3 African countries. *American Journal of Public Health*, 99 (1), 102-109.
- Stern, C. (1997). El embarazo en adolescentes como un problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39 (2), 137-143.
- Stern, C.; Fuentes, C.; Lozano, L.; Reysoo F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México. *Salud pública de México*, [online] 45.
- Swiech, P. (2008). Sex and the real world: Movies, TV don't deal with the negatives. *McClatchy - Tribune Business News*. En <http://www.proquest.com/>. Consultado el 9 de Marzo del 2009.
- Taylor, S. & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Toledo, H.; Navas, J.; Navas, L. y Pérez, N. (2002). Los adolescentes y el SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, [online], 54 (2).
- Torres, K. y Díaz-Loving, R. (1999). *Modelo integral predictivo del uso del condón*. Pp 161-180. En Díaz Loving, R.; Torres, K. (Coor.) *Juventud y SIDA: Una Visión Psicosocial*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Torres, P.; Walker, D.; Gutiérrez, J. y Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas en ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, [online] 48, (4).
- Torruco, M.; Domínguez, G. y Aguilar, C. (2000). Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos durante la primera experiencia sexual. *Salud en Tabasco*, [online], 6 (1).
- Trujillo, P. y Gorbea, M. (2008). Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75 (4), 181-184.
- UNICEF (2008^a). La infancia y el VIH y SIDA. Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes. mht [serie en Internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/aids/index_orphans.html. Consultado el 20 de Enero del 2009.
- UNICEF (2008^b). La infancia y el VIH y SIDA. ¿Cómo afecta el VIH/SIDA a las niñas y las mujeres? [serie en Internet]. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/aids/index_hiv_aids_girls_women.html. Consultado el 25 de Enero del 2009.

- Valdéz, J.; González, N.; Arce, J. (2006). El enamoramiento en los adolescentes: un análisis por sexo. *La Psicología Social en México*, 11(2), 826-832.
- Velázquez Orrostieta, G. (2003). Uso del condón en adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Villagrán, G. (2002). El individuo y la familia frente al VIH, SIDA. Tesis de doctorado. No publicada. Facultad de psicología. UNAM.
- Villagrán, G.; Díaz.Loving, R. (1992). Patrones de conducta sexual, autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 8 (1y2) 1-32.
- Villagrán, G.; Morales, D.; Perelló, M. (2006). Percepción de adquirir VIH/SIDA y su relación con el patrón sexual. *La Psicología Social en México*, 11(1), 197-204.
- Villagrán, G.; Perelló, M. (2006). El papel del autoconcepto, los valores y la comunicación con los padres en el patrón sexual. *La Psicología Social en México*, 11 (2), 782-789.
- Wang, B.; Li, X.; Stanton, B.; Kamali, V.; Noar-King, S.; Shah, I.; Thomas, R. (2007). Sexual attitudes, pattern of communication, and sexual behavior among unmarried out-of-school youth in China, [online], *BMC Public Health*, 7 (189).
- Youngblade, L.; Curry, L.; Novak, M.; Vogel, B.; Shenkman, E. (2006). The impact of community risks and resources on adolescent risky behavior and health care expenditures. *Journal of Adolescent Health*, 38, 486-494.