



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS
ISEC

Facultad de psicología

“Estudio cualitativo sobre los factores Psico-Socio-Culturales de riesgo que influyen en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes Universitarias”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: DANIEL RIVERA PACHECO

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. LETICIA CRUZ OTERO**

MÉXICO D.F. 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRACEDIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a las personas que me dieron vida, mi madre y mi padre, los que me demuestran diariamente su amor a su manera y que siempre serán para mí, una heroína y un héroe de carne y hueso.

A mi hermano que siempre he admirado y le he aprendido la trascendencia de los ideales y el gusto por la música que habla sobre lo que otros callan.

A mi hermana, que ha sido en silencio un ejemplo para mí de superación personal.

A mis dos sobrinas y sobrino que brillan cada día más.

A las personas que más me han hecho crecer profesional y personalmente, Jimena, Milton, Leticia y Nidia. A mis amigas y amigos que estuvieron y me acompañaron en este proceso Adrián, Ana y Dulce. A Montse que varias madrugadas me acompañó por el ciberespacio hasta que ya no podía más y que siempre me dibujaba sonrisas.

Por su puesto a mis primos que son mis hermanos Erick, Luis, Arturo, Rodrigo y Amiel, con los que he vivido mil historias y que siempre han estado en mi vida en las buenas y en las muy malas.

Finalmente a Mariana que desde hace cinco años ha sido un sol para mi vida.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, con un diseño metodológico basado en el estudio instrumental de casos de Stake (1999) por medio de entrevistas centradas en el problema, con el apoyo de cuestionarios guía de preguntas abiertas y cerradas, con el fin de identificar y analizar la forma en que algunos factores sociales, culturales y psicológicos influyen en que las jóvenes de la Universidad de Negocios ISEC se pongan en riesgo de adquirir el VIH y vivir un embarazo no planeado. Se llevó a cabo con una muestra voluntaria de 11 estudiantes (10 mujeres de orientación sexual heterosexual y 1 hombre de orientación sexual homosexual) de edades entre los 18 a 24 años.

Pudieron establecerse seis categorías sobre los factores psico-socio-culturales de riesgo que influyen en que las participantes no usen el condón de forma regular, los cuales se refieren a: 1) la construcción social que se hace sobre las relaciones de pareja y la “confianza” que se deposita en el otro; 2) la relación de poder que se genera en una relación de pareja; 3) la falta de autorregulación de impulsos; 4) el propósito con el que es utilizado el condón; 5) la percepción que se tiene sobre su uso y 6) algunas barreras externas.

ÍNDICE

Resumen

Introducción..... 1

CAPÍTULO 1

UNNA MIRADA A LA ETAPA DE LA JUVENTUD

1. Juventud temprana.....	5
1.1.Salud.....	6
1.2.Desarrollo cognoscitivo.....	7
1.3.La inteligencia.....	8
1.4.Desarrollo moral.....	8
1.5.Desarrollo psico-socio-emocional.....	9
1.6.Búsqueda de intimidad.....	11
1.7.El ciclo de alejamiento-acercamiento.....	12
1.8.Orientación sexual, sexo y género.....	15

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD Y VIH

2. Sexualidad y VIH.....	17
2.1.Problemáticas de la sexualidad humana: VIH y embarazos no planeados.....	19
2.2.Ejercicio de la sexualidad de los y las jóvenes mexicanas.....	20
2.3.El VIH y el SIDA: el virus y la enfermedad.....	33
2.3.1. La transición del VIH al SIDA.....	34
2.3.2. Vías de transmisión.....	35
2.3.2.1.Transmisión por la vía sexual.....	36
2.3.3. Factores de riesgo.....	38
2.3.4. Medidas preventivas para la transmisión por vía sexual.....	43
2.3.5. Pruebas que detectan el VIH.....	46
2.3.6. Otros conceptos importantes sobre el fenómeno del VIH.....	46
2.4.La prevención.....	47
2.5.Estudios sobre el fenómeno del VIH.....	51
2.6.Factores que influyen en el uso del condón.....	54

CAPÍTULO 3

EL VIH DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS EN LAS JÓVENES

3. Factores que favorecen la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH.....	68
3.1. Los factores psico-socio-culturales como facilitadores de la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH: una mirada a profundidad.....	74
3.1.1. Factores socio-culturales del ser femenino y masculino que facilitan la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH.....	75
3.1.1.1 Feminidad y masculinidad en el marianismo, machismo, historicidad.....	78
3.1.1.1.1 Género y sexualidad.....	82
3.1.1.1.2 Género, sexualidad y VIH.....	87
3.1.2. Las mujeres y la pobreza.....	88
3.1.3. El lado oscuro del Amor: en el matrimonio, noviazgo y la idealización del amor como factores de riesgo.....	88
3.1.4. Sexo recompensado.....	93
3.1.5. Violencia contra la mujer.....	93

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1. Planteamiento del problema.....	95
4.2. Pregunta de investigación.....	98
4.3. Objetivo de la investigación.....	98
4.3.1. Objetivos específicos.....	99
4.4. Diseño metodológico.....	100
4.4.1. Descripción de informantes.....	100
4.4.2. Proceso de inclusión.....	101
4.4.3. Escenario.....	102
4.4.4. Muestreo.....	102
4.4.5. Instrumentos.....	102
4.4.6. Procedimiento.....	110
4.4.6.1. Desarrollo de entrevistas y aplicación de cuestionarios.....	111

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Categoría: Prevención del VIH y SIDA.....	112
5.1.1. Sub categoría: Conocimientos básicos sobre la prevención del VIH y SIDA.....	112
5.1.2. Sub categoría: Conocimientos y uso adecuado del condón masculino y femenino.....	114
5.1.3. Sub categoría: Actitudes sobre el uso del condón masculino y femenino.....	118
5.1.4. Sub categoría: Fuentes de información sobre prevención del VIH y SIDA, el uso del condón femenino y masculino.....	120
5.1.5. Sub categoría: Percepción de riesgo.....	123
5.1.6. Sub categoría: Factores que influyen en el uso del condón.....	131
5.2. Sexualidad.....	153
5.2.1. Sub categoría: Historia sexual.....	158
5.2.2. Sub categoría: Tipología de las relaciones.....	162
5.2.3. Sub categoría: Razones por las que no han iniciado su actividad sexual.....	163
5.2.4. Sub categoría: La escuela como fuente de información.....	165
5.2.5. Sub categoría: Problemas con parejas sexuales en la vivencia de la sexualidad.....	170
5.2.6. Sub categoría: Comunicación con la pareja sobre sexualidad.....	173
5.3. Embarazos no planeados.....	173
5.3.1. Sub categoría: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.....	175
5.3.2. Sub categoría: Actitudes y creencias sobre los embarazos no planeados la interrupción del embarazo.....	179
5.3.3. Sub categoría: Relación de percepción de riesgo de embarazos no planeados y adquisición del VIH.....	179
5.4. Erotismo.....	183
5.4.1. Sub categoría: Satisfacción sexual.....	183
5.4.2. Sub categoría: Frecuencia de relaciones sexuales.....	184

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión y conclusiones.....	186
6.2. Recomendaciones.....	201
ANEXOS.....	206
BIBLIOGRAFÍA.....	219

Introducción

Los adolescentes y jóvenes representan una de las principales fuerzas sociales en todo el continente Americano, con incidencia significativa en los ámbitos social, cultural, político y económico, al constituir aproximadamente el 30 % del total de la población (Maddaleno, Morello, Infante & Espínola, 2003), por ejemplo, en México de los 112.5 millones de habitantes que hay, la población joven de entre los 15 y 29 años de edad conforma el 26.4 % (29.7 millones), en donde el 51.2 % son mujeres (15.2 millones) y el 48.8 % hombres (14.5 millones) (INEGI, 2010) por lo que es preciso comprender y atender las necesidades que repercuten en su desarrollo integral, como las que atañen al ámbito de su salud sexual.

En este sentido, existen dos problemáticas a las que se enfrentan los jóvenes y que son mencionadas por Rubio (1994), que se refieren a la presencia de alguna ITS y la de embarazos que no son deseados, ya que por un lado, el hecho de que existan las ITS en especial el VIH que se transmiten por contacto erótico, genera que exista una alta incidencia entre la población juvenil, por otro lado, la presencia de un embarazo no deseado se problematiza cuando se presenta tempranamente (o por el simple hecho de que no se desea) en la vida de la mujer o la pareja, por la carga de trabajo que puede significar y porque como lo plantea Welti (2005) esta situación causa que muchos jóvenes (en especial las mujeres), tengan que dejar la escuela o prolongar su permanencia, también enfrentan a la dificultad de encontrar empleo, por lo que esta etapa se prolonga aún más. Es por ello que la presente investigación se realizó dentro de un contexto escolar y específicamente con mujeres.

En primera instancia, es importante abordar lo que algunos autores mencionan acerca de las características generales en la etapa del desarrollo que corresponde a la juventud temprana, basados en investigaciones realizadas en ciertos contextos sociales. Es por ello que la presente tesis dado su propósito se enfoca en cualidades que son aplicables a contextos urbanos como es el caso de la Ciudad de México, sabiendo por ello que las características que sobre el desarrollo se mencionan no pueden ser o están lejos de ser aplicables en otros contextos como en zonas rurales, indígenas, de gran marginación, pobreza y desigualdad

social, así como en personas excluidas socialmente como las que viven en la calle, los menores infractores, etc.

Además es importante tomar en cuenta que la edad biológica es relativa, ya que el reloj biológico no determina en sí la construcción de la realidad subjetiva de los individuos, pues es en ésta subjetividad en donde ocurre un desarrollo influenciado en gran medida por la época, el país, las pautas sociales y culturales en donde se desenvuelve, así como el nivel económico, la familia a la que pertenece, la educación a la que está expuesto, etc., en donde dichos factores matizan, le dan fondo, forma y estructura a esa construcción de la realidad que determina la personalidad, actitudes, creencias, ideología, conductas, etc., (Craig, 2001). En este sentido la postura de la presente tesis, es que en lo individual cada sujeto vive, construye y matiza de manera distinta su realidad, influenciado por las exigencias que en su contexto histórico-socio-cultural se establecen para cada etapa del desarrollo. Por lo tanto es necesario tomar en cuenta la interacción entre la edad biológica, la edad social (relación entre el estatus actual de un individuo con las normas culturales) y la edad psicológica (nivel de adaptación a exigencias sociales y ambientales).

Por otro lado, las problemáticas que se refieren a las ITS y los embarazos no planeados, son generalmente vivenciadas de forma diferente entre hombres y mujeres, por las pautas culturales que se establecen para cada género, la construcción social que se hace sobre la feminidad y masculinidad, así como por la relación desigual de poder que existe entre los hombres y las mujeres y también por la idealización romántica del amor, factores que impactan en el ámbito de la sexualidad. Es por ello que para contextualizar la vivencia y las prácticas sexuales que la población de jóvenes mujeres en comparación con los hombres tienen con respecto al ejercicio de su sexualidad, se presentarán los resultados de la Encuesta Nacional de juventud (2005) y de los resultados preliminares de la misma encuesta del 2010, del apartado sobre sexualidad, especialmente del grupo de 20 a 24 años de edad, en donde se abarcan temas como la edad de inicio sexual, el uso del condón, el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), el número de compañeros sexuales, etc.

En este sentido, se ha visto que las mujeres, por su misma condición de género son vulnerables a adquirir VIH o alguna otra ITS, esto a causa de las normas tradicionales que

originan que las mujeres queden a expensas de las decisiones que los hombres tienen con respecto a la sexualidad, como el de tener relaciones sexuales con o sin condón. Dichos preceptos, se encuentran presentes en todos los estratos sociales, grupos y personas de una cultura, pero que toman diversas formas, se transforman o en el más radical de los casos desaparecen y que en forma particular son construidos y resinificados por cada individuo en su propio universo simbólico, por ello se hace un análisis para identificar los factores culturales, sociales y psicológicos de riesgo que influyen en que las estudiantes se encuentren en situaciones de vulnerabilidad para adquirir VIH (u otras ITS) y vivir un embarazo no planeado.

También se revisan algunos factores culturales, sociales y psicológicos como la idealización romántica del amor, los simbolismos que alrededor del uso del condón se generan, las construcciones tradicionales sobre masculinidad y feminidad, la inequidad de género, la violencia sexual, el consumo del alcohol, los estereotipos que se han generado alrededor del VIH, que influyen en que las mujeres utilicen o no de manera consistente el condón y que no se perciban en riesgo de adquirir el VIH o alguna ITS. Además se analiza con detalle el fenómeno que se refiere a que cuando una persona se encuentra en una relación “estable” o “formal” con alguien con quien tiene un vínculo afectivo, no utilice el preservativo, lo haga de forma irregular o lo sustituya por algún método anticonceptivo.

En la presente tesis, también se investiga el conocimiento que manejan las jóvenes universitarias con respecto al tema del VIH y SIDA, ya que aunque se ha observado que un conocimiento adecuados sobre el tema no necesariamente conlleva a que las personas realicen conductas preventivas como lo es el uso del condón, si es una primera condición para que éstas se lleven a cabo. También se investigan los conocimientos que tienen sobre el uso adecuado del condón femenino y masculino, ya que se ha visto que en otros estudios por lo regular se da por hecho que las personas saben colocarlo adecuadamente y además solamente hacen referencia al uso del condón masculino.

También se revisará el modelo de acercamiento-alejamiento propuesto por Díaz y Sánchez (2002), el cual propone que las relaciones pasan por diez etapas. Es importante mencionar que esta teoría no intenta ser determinista en el patrón de evolución de las relaciones, además provee de una categorización de las relaciones, de una serie de hipótesis de la

forma en la que se desarrollan las relaciones íntimas. Finalmente éste modelo que se basa en aspectos bio-psico-socio-culturales busca generalizaciones en niveles sucesivos de análisis, cada uno aplicable a un rango particular de la relación, dimensión o componente.

Finalmente, se hacen algunas sugerencias de acuerdo a los resultados y conclusiones obtenidas en la presente tesis, con el fin de colaborar con el departamento de Psicología de la Universidad para convertir los resultados en un recurso útil en el diseño y aplicación de intervenciones encaminadas a promover la prevención del VIH/SIDA y otras ITS entre la comunidad estudiantil.

CAPÍTULO 1

UNA MIRADA A LA ETAPA DE LA JUVENTUD

1. Juventud temprana

El ser humano experimenta una diversidad de vivencias a lo largo de su vida, que paulatina y constantemente lo construyen y reconstruyen, generando así su desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual, en donde el contexto juega un papel fundamental, pues son los factores sociales y culturales los que delimitan y crean las fases y expectativas fundamentales sobre el comportamiento que es adecuado para cada edad, sin embargo es la fase de la vida, más que la edad biológica, lo que influye en gran medida sobre las actitudes, conductas (Berryman, 1991), pensamientos, la personalidad y el comportamiento de las personas. Aunque no todos los individuos se estructuran o se desarrollan de la misma manera, existen algunos rasgos que son comunes en el desarrollo de cada etapa de la vida (Craig, 2001) en los que algunos teóricos han coincidido.

Aunque es difícil determinar cuando termina una etapa del desarrollo y comienza otra, algunos autores como Santrock (2006) Papalia, Wendkos y Feldman (2005) Feldman (2007) y Craig (2001) han coincidido en que la etapa de la juventud temprana transita de los 18 a los 25 años de edad y que tiene como ejes característicos la experimentación y la exploración.

Para Santrock (2006), la juventud, se caracteriza por que muchos de los individuos que transitan en esta etapa, viven el proceso de construcción de la *identidad*¹ que quieren, en la búsqueda de su trayectoria profesional y reflexionan sobre el estilo de vida al que aspiran, además, por lo regular en esta etapa, muchos jóvenes buscan un trabajo relativamente estable, la independencia económica, formar una relación de igualdad con los padres, se responsabilizan sobre las consecuencias de sus acciones, y sus decisiones se sustentan en sus creencias y valores personales. Es importante considerar que las formas en la que los

¹ Identidad: es "... el sentido del propio ser continuo, a lo largo del tiempo y diferente, como entidad, de todos los demás" (Galimberti, 2007, p. 580).

individuos vivencian estos acontecimientos, así como el tipo de *role sociales*² que deben desempeñar, varían conforme a las exigencias y restricciones de cada cultura (Craig, 2001) y que por lo tanto no es suficiente cumplir una determinada edad para convertirse en adulto.

1.1.Salud

En esta etapa de la vida, la salud física de los jóvenes por lo regular se encuentra en óptimas condiciones, haciéndolos menos propensos de sufrir enfermedades y cuando estas llegan a presentarse, por lo regular la recuperación es rápida (Feldman, 2007). De igual forma, en esta etapa, los jóvenes definen su *identidad sexual y de género*³ y por lo regular, son más activos y abiertos en el ámbito de la sexualidad, además de que como en ninguna otra etapa su fertilidad alcanza su máximo nivel (Craig, 2001).

Sin embargo pocas personas reflexionan con profundidad sobre la forma en la que sus estilos de vida impactarán en su salud en el futuro, por lo tanto, en esta fase del desarrollo, no es poco frecuente que muchos expongan su salud, al descuidar su alimentación, siendo irregulares en los horarios de las comidas o haciéndolo de forma poco saludable, otras conductas que repercuten en su salud y que con frecuencia realizan son, el fumar, consumir alcohol o alguna otra droga, la inactividad física y descuidar su ciclo de reposo (Stantrock, 2006) así mismo, exponen su salud cuando participan en conductas que los ponen en riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS⁴.

² El rol social puede entenderse como el conjunto de reglas sociales y de expectativas que se establecen para las personas que pertenecen a un determinado sistema social, basadas en la posición que tienen en dicho sistema, es decir en su *estatus* social, siendo entonces, el rol social, el comportamiento esperado que se deriva a partir del status al cual se pertenece, el cual varía de individuo a individuo de acuerdo con el grado de *conformidad* que se tiene hacia el rol preestablecido. El grado de conformidad de un individuo, depende de qué tanto se asemeje con su comportamiento y acciones, al modelo prescripto por el sistema normativo. Por lo tanto, en ésta dinámica, se encuentra una divergencia entre lo que una persona es de verdad y las expectativas que recaen en él, basadas en las características del grupo, sistema social e institución, que establecen sus funciones basándose en la estructura normativa vigente del mismo sistema (Galimberti, 2007, p. 976-977).

³ La identidad sexual, se refiere al sentido que un individuo tiene de pertenecer a uno de los dos sexos biológicos (masculino, femenino), los cuales se determinan a partir de “los rasgos asociados que se hacen a los órganos sexuales, así como a la función que cada sexo tiene en la reproducción” y las características físicas. Por otro lado la identidad de género, se refiere a la interiorización que hacen los individuos de los elementos que se refieren a las normas, pautas culturales y construcciones que estipulan la forma en que debieran de sentir, pensar, actuar y los gustos que debieran de tener las personas a partir de la concepción sobre lo que es masculino y lo que es femenino, lo cual crea roles diferenciados tanto para hombres como para mujeres (González & Gutiérrez, 2008. Pp. 106-108).

⁴ El término ETS que hace referencia a las enfermedades de transmisión sexual, fue cambiado por el de ITS, que hace referencia por sus siglas, a las infecciones de transmisión sexual, ya que una persona que ha

1.2.Desarrollo cognoscitivo

Se ha observado que al contrario de lo que pensaba Piaget, en la juventud se siguen presentando cambios en el ámbito cognitivo de acuerdo con las observaciones realizadas por Schaie y Willis, (2000) y Perry (1970-1999) mencionadas por Stantrock (2006) y Feldman (2007) que tienen que ver con el desarrollo de un pensamiento que tiene la cualidad de enfocarse menos en la lógica de las situaciones y más en los intereses de la vida real y en la singularidad de cada caso.

Este pensamiento ha sido denominado como post-formal, el cual es cualitativamente distinto al pensamiento operacional formal propuesto por Piaget, ya que incluye la comprensión de que la solución de un problema depende y varía de acuerdo con las cualidades que hacen única alguna situación, por lo que su solución requiere de una reflexión profunda, es decir, comprender que lo que puede ser una solución factible para un problema laboral (con un colega o un jefe) no tiene que ser igual de eficaz en el hogar (con una pareja sentimental), también se caracteriza por ser un pensamiento que incluye lo abstracto, lo realista y pragmático, además de que se deja de lado la concepción absolutista de las cosas, finalmente éste tipo de pensamiento comprende la relación entre las emociones y el pensamiento, entendiendo que existe mayor claridad en un estado de paz y tranquilidad en comparación con uno de euforia o excitación (Stantrock, 2006).

Finalmente, existen eventos que son percibidos como significativos en la vida, como el matrimonio, la muerte de un padre, empezar el primer trabajo, el nacimiento de un hijo, etc., y que influyen de manera importante en el desarrollo cognoscitivo de los jóvenes, desencadenando una manera distinta de percibir la realidad, más compleja, sofisticada y menos rígida, sobre su lugar en el mundo, el papel que juegan como seres humanos, sobre las relaciones con los otros (Feldman, 2007), es decir, les permite encontrar nuevos significados, resinificar otros.

adquirido un agente infeccioso, no necesariamente desarrolla alguna enfermedad. La ITS, como su nombre lo indica, se adquieren y transmiten por el contacto sexual, es decir por el contacto pene-vagina, pene boca, pene-ano, boca vagina y boca-ano. Se han encontrado alrededor de 30 organismos que pueden ser transmitidos por la vía sexual, entre los que están bacterias, virus, protozoos, hongos y parásitos (Women's Commission for Refugee Women and Children, 2004b, p. 6).

1.3. La inteligencia

En su teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg, mencionada por Papalia, et al (2005), propone que la inteligencia se conforma por tres factores: el componencial, experiencial y contextual. El factor componencial se refiere a la capacidad de analizar datos que pueden ser utilizados para resolver problemas; el componente experiencial, a la capacidad de utilizar el aprendizaje obtenido por experiencias previas para resolver los problemas, también se refiere a lo creativo de la inteligencia. Finalmente se encuentra el aspecto contextual de la inteligencia, el cual se refiere, a la forma de utilizar la inteligencia para enfrentar las demandas del mundo real.

En este sentido Feldman (2007) menciona que la inteligencia práctica se aprende esencialmente observando a los demás e imitando su conducta y que implica la capacidad de entender y manejar adecuadamente situaciones nuevas, de interpretar correctamente a la gente y las circunstancias, con base en su experiencia previa. El autor también hace referencia a otro tipo de inteligencia, denominada emocional, la cual también es valiosa para el éxito personal y profesional de los jóvenes adultos, pues se refiere al conjunto de habilidades que preceden a la valoración, evaluación, expresión y regulación de las emociones, lo que facilita establecer relaciones con los demás, entender lo que los otros quieren y están sintiendo, también permite experimentar y responder apropiadamente a las necesidades de los demás.

1.4. Desarrollo moral

En este rubro, en la edad adulta el juicio moral se vuelve más complejo, ya que de acuerdo con Kohlberg, mencionado por Papalia et al (2005) se desarrolla un nivel de razonamiento moral, denominado post-convencional, el cual se guía por los principios y es en esencia una función propia de la experiencia, ya que ésta, invita a transitar de criterios ya establecidos, a nuevas formas de ver las cosas, desde lo que es correcto y justo, algunos de los eventos que permiten la reconstrucción de los significados de una manera y que no se generan a través de discusiones teóricas e impersonales, son, el estudio de una carrera universitaria, viajar al extranjero, convertirse en padres, etc., no obstante, es importante tomar en cuenta que la cultura establecida en cada sociedad, tiene una participación fundamental en el desarrollo

moral, pues promueve los conceptos que cada quien tiene sobre el derecho, bienestar y justicia, sin embargo, no es posible generalizar el desarrollo moral de todos los individuos, ya que cada sociedad, existen contextos diferentes y también se presentan experiencias únicas que viven los individuos.

No obstante es importante comprender la *ideología*⁵ y los conceptos que promueve cada sociedad, ya que algunos de ellos limitan el desarrollo de los individuos, son fuente de conflicto o violentan los derechos de las personas como seres humanos, como por ejemplo los conceptos y las ideologías que promueven y facilitan la vulnerabilidad de las mujeres y que las ponen en situación de desventaja, dentro de ellas como menciona Montecino (1995), se encuentra idea generalizada sobre la inferioridad de la mujer ante el hombre, y que han dado pie a la violación de sus derechos, como el que se valore menos su trabajo que el de los hombres, no poder colocarse en algunos puestos por su condición de género, entre otras cosas.

1.5. Desarrollo psico-socio-emocional

En el desarrollo de la juventud, se comienza a reflexionar sobre las futuras trayectorias profesionales de una forma menos *idealizada*⁶, volviéndose alrededor de los 20 años, el foco de atención de la toma de sus decisiones, pues comienzan a analizar las distintas opciones que tienen para llegar a la opción deseada, como la de elegir una especialidad que esté orientada hacia el trabajo en un área determinada y poder desenvolverse ya en una profesión de tiempo completo (Santrock, 2006).

Para los jóvenes, la vivencia de un nuevo ambiente educativo, promueve cambios significativos en el desarrollo y mejoramiento de sus propias habilidades, en el

⁵ El uso del concepto de ideología, surge en primera instancia, como concepto en la concepción marxista, lo que posteriormente se generalizó a disciplinas como la psicología, la filosofía y la antropología (Collin, 1998. P. 95). Para el propósito de la presente tesis, éste término se utiliza para hacer referencia al sistema de ideas y creencias dominantes existentes en una cultura, basados en los valores, el sistema económico, político, social y religioso de esa cultura.

⁶ El concepto de Idealización, ha sido teorizado en psicología, especialmente desde la corriente psicoanalítica por el modelo Freudiano y el Kleiniano, considerado como un mecanismo de defensa que tiende a distorsionar la realidad (Clavel, 2007), Freud lo define como “un proceso que envuelve al objeto; sin variar de naturaleza, este es engrandecido y realzado psíquicamente (Freud, 1914, p. 91). En este sentido, en la presente tesis, el concepto se refiere a la distorsión en la percepción que se hace de un objeto (cualquiera que éste sea) al atribuirle cualidades que no tiene y que no son posibles, basándose en la fantasía y la ilusión, más que en la realidad, engrandeciéndolo, realzándolo y sobre valorándolo.

cuestionamiento sobre los paradigmas sociales establecidos, lo que les permite percibir la realidad de manera distinta, es decir el contexto universitario representa la oportunidad de un descubrimiento intelectual y de un desarrollo personal, ya que se relacionan con nuevas perspectivas del mundo, también les permite cuestionar opiniones y valores establecidos a través del tiempo, finalmente los maestros, también representan nuevos modelos a seguir (Papalia, et al, 2005)

Por otro lado, el trabajo, es el factor esencial del desarrollo del adulto, ya que impacta en el estilo de vida de las personas, la elección de amistades, el prestigio y el nivel socioeconómico, pero también influye en las actitudes y valores, impulsa a resolver problemas y también puede convertirse en el medio de encontrar placer, satisfacción y realización (Craig, 2001).

Finalmente los jóvenes, en esta etapa de la vida, suelen encontrarse en la búsqueda de la autonomía, que de acuerdo con Hoffman (1984) mencionado por Craig (2001) este proceso de transición se caracteriza por cuatro fases. La primera, se refiere a la independencia emocional, en la que los jóvenes gradualmente requieren menos del apoyo psicológico de los padres. La segunda, a la independencia de *actitudes*⁷, en donde se descubren, actitudes, *valores*⁸ y creencias que difieren a las de su familia, o también re-significan o modifican las que han aprendido. La tercera fase, considera la autonomía económica y la capacidad de resolver los problemas que en la vida cotidiana se suscitan. Finalmente se encuentra la independencia de la familia, con una separación sin sentimientos de culpa ni de traición.

⁷ Existen muchas definiciones sobre el concepto de actitud, sin embargo en su escrito Álvarez, López y Ortego (s.f. p) al analizar ocho de ellas, concluyen que dichas definiciones contienen cuatro elementos generales, que son: 1) las definiciones consideran por lo general que las actitudes son una predisposición (responder, comportarse, valorar o actuar); 2) dicha predisposición es aprendida; 3) las definiciones contienen los términos negativo vs positivo, favorable vs desfavorable; y 4) la predisposición se encuentra dirigida hacia algo o alguien, persona, objeto o situación. Por lo anterior, los autores proponen que una definición integradora sería considerar que las actitudes “son una predisposición, aprendida, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable (hacia) una persona, objeto o situación. Además subrayan que las actitudes son aprendidas dentro de la familia, escuela, amigos, etc. y que al ser aprendidas tienen la cualidad de reforzarse, modificarse o generarse otro tipo de actitudes.

⁸ Los valores, de acuerdo con Vargas (2006) se han presentado una y otra vez durante la historia de la humanidad y las culturas, como si fueran inherentes a la naturaleza humana, ya que al parecer le dan un sentido a la realidad que intentamos describir cuando conceptualizamos las cosas. El autor después de un análisis, menciona que el valor es una propiedad que es agregada a las cosas (objetos o personas), es una estimación subjetiva con algún sentido específico, en donde el valor al ser estimable, no generaliza, si no que especifica y resalta (como la valentía, la belleza, lo bueno, lo malo), es por ello que los valores solo tienen sentido en un mundo de particularidad y de individualidad, lo que conlleva a que los valores cambien a través del tiempo, de cada cultura y hasta de individuo a individuo.

1.6. Búsqueda de intimidad

Los jóvenes en esta etapa de la vida buscan intimidad emocional y física con los otros, por lo que las relaciones interpersonales con los amigos, la familia y la pareja, son decisivas para su desarrollo (Craig, 2001), en donde la compañía, aprobación social y apoyo de los otros, se genera a partir de los lazos que se establecen (Feldman, 2007), sin embargo para que las relaciones se puedan consolidar, es necesario desarrollar algunos elementos personales, como la consciencia de sí mismo, la empatía, la habilidad para comunicar las emociones, la toma de decisiones sexuales, la resolución de conflictos y la capacidad de mantener compromisos. Finalmente otro factor esencial para generar la intimidad con los otros, es la auto revelación, es decir, comunicar información esencial de nosotros mismos, para permitir al otro conocernos (Papalia et al, 2005).

Otras variables que influyen en gran medida en la posibilidad de establecer lazos de amistad con los otros, son el grado de cercanía que se tiene con las personas, ya que por lo regular se forman amistades con quienes de manera frecuente se tiene un contacto, así como la semejanza que se tiene en cuanto a valores y actitudes con el otro, y finalmente la confidencialidad, lealtad y la calidez que demuestran las personas en su relación (Feldman, 2007).

Por otro lado, un contexto de gran influencia en el desarrollo de la intimidad, es la familia, pues dentro de ella, se tienen roles como hermanos, hijos, nietos, etc, así como diferentes responsabilidades familiares, lo que promueve el desarrollo de la comunicación, la compañía y la realización personal, y que ayuda a las personas a definirse (Craig, 2001). Además la familia, es el núcleo en donde se establecen por lo regular los primeros lazos de intimidad y en donde se inicia el aprendizaje y el desarrollo de habilidades necesarias para intimar con los otros.

Finalmente el espacio laboral, al ser un contexto al que se le dedica gran tiempo de la vida, se convierte en un factor esencial para la búsqueda de intimidad, que promueve y facilita las relaciones de amistad y actividades sociales, en donde algunas de las relaciones que surgen en este contexto, suelen permanecer y desarrollarse a lo largo del tiempo (Feldman, 2007).

1.7. El ciclo de acercamiento-alejamiento

Finalmente la elección de pareja, el enamoramiento y el amor son elementos que intervienen significativamente en el desarrollo de la etapa de la juventud, por lo que algunos investigadores, han dedicado parte de sus estudios a este fenómeno y han propuesto modelos teóricos sobre el fenómeno de las relaciones de pareja, como Díaz y Sánchez (2002) quienes proponen un modelo al que denomina el ciclo de acercamiento-alejamiento, el cual concibe a las relaciones de pareja como dinámicas y cambiantes, y que las aborda desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural; biológica al tomar en cuenta la necesidad del ser humano de vivir en compañía, en sociedad, pero también de manera independiente; psico-social, por considerar la influencia de las normas, roles y los estatus que tienen las relaciones humanas, así mismo la influencia social, que se encuentra presente en la vida cotidiana y que influye sobre las expectativas, actitudes, perspectivas, valores y percepción de los individuos y finalmente; culturales pues toma en cuenta, las distinciones sobre la forma en la que debemos comportarnos que se dan dentro de un contexto cultural.

Esta teoría concibe las relaciones como un proceso en el que se presentan una serie de etapas, las cuales determinan y definen el nivel de acercamiento e intimidad que perciben las personas que se encuentran inmersas en una relación, también considera que el paso del tiempo impacta directamente los procesos de acercamiento y alejamiento. Es así que este modelo de Díaz y Sánchez (2002) propone 10 etapas en las que se presenta este proceso de acercamiento-alejamiento.

Etapa extraño/desconocido

Se presenta cuando las personas perciben al otro como un extraño, en donde se percibe y reconoce al otro, pero que sin embargo no se realizan acciones con el fin de fomentar o iniciar algún tipo de relación y la información sobre el otro se obtiene esencialmente por medio de las características externas, descriptivas y físicas.

Etapa de conocido

Una vez que el otro ha sido percibido, es posible que el siguiente paso sea evaluar al otro, con el fin de determinar si esa persona pueda pasar de ser un extraño a un conocido. Esta

etapa se caracteriza porque se presentan acciones de reconocimiento (sonrisas, saludos, etc.) a nivel superficial, con un bajo grado de cercanía o intimidad, también se evalúan los encuentros casuales, los rasgos externos y se valoran las ventajas y desventajas de establecer algún lazo más cercano, a continuación se toma la decisión sobre si se establece una relación más cercana, se aleja de ella o se mantiene en un nivel de conocidos.

Etapa de amistad

Si se toma la decisión de establecer una relación más cercana con la otra persona, se pasa a otra etapa, en donde por una motivación afectiva se busca la amistad, o en algunas ocasiones por una motivación instrumental, en la cual uno de los individuos concibe que la interacción con el otro, será de utilidad para la satisfacción de algunas necesidades. Posteriormente existe una revaluación constante que lleva al mantenimiento o al incremento de la amistad, así como una definición sobre las normas y la proyección de la misma. En esta etapa se producen sentimientos de intimidad y cercanía, sin embargo no incluye aspectos románticos, sexuales o pasionales.

Etapa de atracción

Esta etapa se presenta cuando se establecen intereses románticos y la unión como el motivo principal, dando lugar al acercamiento físico y afectivo hacia el otro, en donde el interés por conocer e interactuar con el otro, se convierte en uno de los principales motivos y se buscan formas y momentos para que esto se desarrolle de formas más interdependiente.

Etapas de pasión y romance

Al unirse la etapa de atracción con alguna manera de satisfacción o excitación, que incluye una mayor cercanía, se pasa al rubro del amor romántico. En esta etapa, la pasión se representa a través de una respuesta biológica y también se presenta una interpretación sobre la relación que permite que ésta sea definida como una relación de mayor cercanía. La etapa de romance se encuentra vinculada con el romanticismo y la devoción; mientras que la pasión se refiere al involucramiento motivado por el deseo físico y la entrega.

Etapa de compromiso

Esta se presenta cuando los integrantes están de acuerdo en continuar en la relación a largo plazo y se establecen compromisos basados en el amor. Sin embargo, se presenta con mayor frecuencia la cancelación del compromiso al desaparecer el amor.

Etapa de mantenimiento

Una relación que ha sido establecida a largo plazo, se caracteriza por una convivencia diaria con la pareja, por el sustento de la estabilidad y evaluación de la familia, implica también resolver los problemas que se presentan por la llegada de un hijo, el sustento económico, etc.

Etapa de conflicto

La vida en pareja se encuentra llena de cambios, presiones y obligaciones, por lo que las personas pueden llegar a sentir frustración, enojo, irritación o el temor. Cuando no se ha resuelto un problema a corto plazo, puede establecerse una relación que transita en una dinámica de conflicto, y cuando éste es recurrente y la relación ya no resulta placentera o funcional, se desarrolla por completo la etapa de conflicto.

Etapas de alejamiento y desamor

Paulatinamente conforme la relación lastima a los dos miembros de la pareja, desaparece el gusto por interactuar y conocer a la pareja, se presentan sentimientos de frustración y de miedo a la interacción, por lo que paulatinamente se opta por la evitación activa hacia el contacto con la pareja, tampoco se perciben ya aspectos positivos y atractivos, más bien se fortalecen los aspectos negativos, incluyendo en ocasiones, el hostigamiento físico y/o psicológico.

Etapas de separación y olvido

Cuando la relación se ha vuelto disfuncional, la opción que se convierte en la más viable es la separación, por lo que ahora los esfuerzos se dirigen a concluirla. Posterior a la separación, con frecuencia se presentan intentos por regresar, pero conforme transcurre el

tiempo, se transita a la última etapa, en donde se cierra el círculo de la relación y del ciclo de acercamiento-alejamiento, dando paso al olvido.

1.8.Orientación sexual, sexo y género

El género de acuerdo a Barreda, Doblas, Fernández, Infante y Padrón (2006) “es una construcción histórico-sociocultural que determina distintas cualidades emocionales, intelectuales y de comportamiento en las personas por el hecho de ser hombres o mujeres, características que tienen que ver con el significado de lo masculino y femenino y que finalmente suele asignárseles a cada uno de los sexos biológicos”. Sin embargo las concepciones sobre lo masculino y femenino, presentan variaciones a lo largo del tiempo y entre las diferentes culturas (Esplen, 2007). Dichas concepciones son promovidas por procesos de *socialización*⁹, cultural, política e ideológica, que cada sociedad tiene y que vuelve a una mujer “femenina” y a un hombre “masculino” (OPS, 2002).

Las concepciones sociales sobre masculinidades y feminidades además de que implican comportamientos psicológicos y roles sociales, también contienen discursos, supuestos, normatividades y valores, que se encuentran apoyados en la ideología dominante de cada cultura, con el fin de justificar su orden social y de consolidar un tipo de identidad de género, que concuerde con las pautas sexuales naturalizadas y normalizadas y en donde las ideas, creencias, costumbres y prácticas sexuales influyan en la construcción de la feminidad, masculinidad y en los significados de género, es decir se establecen concepciones de la masculinidad y feminidad “hegemónicas” que son impuestas como

⁹ El concepto de socialización, surge del intento de explicar y comprender la compleja relación que existe entre el individuo y la sociedad, es por ello que ocupa un tema central en la teoría sociológica, en el de la educación y en la psicológica. Su misma etimología sugiere la primacía de la sociedad sobre el individuo, ocasionando que tradicionalmente, haya sido concebida como un proceso de interiorización que experimentan los individuos de su “exterioridad”, es decir del lenguaje, las reglas, las normas, los recursos, y las instituciones que existen en un sistema social y que los moldean; y que dichos elementos al ser interiorizados, se traducen en valores, gustos, preferencias e inclinaciones. Sin embargo, ésta concepción, supone la pasividad casi total en este proceso de los individuos, siendo que las transformaciones actuales de las sociedades complican este modelo explicativo de la socialización. Ya que si bien, aunque cuando un individuo nace, llega a un mundo ‘creado’ y que, en cierto grado, es producto del sistema social, la socialización no implica solo interiorización del exterior, sino que es un proceso bidireccional, en el que el individuo social, es al mismo tiempo una “construcción” y el “constructor” de la sociedad. Finalmente, en este proceso, existen instancias de socialización (escuela, familia, medios de comunicación) que se encargan de configurar la subjetividad de los individuos, pero que en este proceso los individuos no son totalmente pasivos y son capaces de reconstruir y reconfigurar dicha subjetividad (Tenti, 2002).

modelos; pero que sin embargo, el género al ejercerse y construirse en la realidad se experimenta de diversas formas (Rosales, 2006).

En este sentido, el ejercicio y las construcciones que una persona hace sobre la feminidad o masculinidad, están influenciadas por los modelos hegemónicos que impone cada sociedad de ellas, en el que están involucrados estados subjetivos y de acuerdo a la pertenencia de uno de los dos sexos, se establecen ciertos roles, que sin embargo, algunos deciden realizar papeles distintos a los que la cultura les ha asignado; pero dándole un significado a esa diferencia, a partir de una reinterpretación de esas diferencias y tomando en cuenta también las semejanzas con otros (Rosales, 2006).

Por lo anterior puede decirse que el sexo es una condición biológica y el género es una construcción cultural que se realiza a partir del sexo (Craig, 2001). Por otro lado el rol sexual se refiere a la “expresión del género” y la orientación sexual a la “preferencia del objeto de excitación sexual” (Nava, 1991), ésta inclinación o preferencia puede darse en tres sentidos, ya sea hacia miembros del sexo opuesto (heterosexualismo), del mismo sexo (homosexualismo) o de ambos sexos (bisexualismo) (Soler, 2005) y es en esta etapa de la juventud, cuando los jóvenes tienen ya definida su identidad sexual (Craig, 2001).

Finalmente, es importante subrayar la importancia que implica el conocer las principales características que se presentan en la etapa de la juventud temprana con el propósito de contextualizar las problemáticas y situaciones que limitan el desarrollo psicosocial de los y las jóvenes en ésta etapa y que además repercuten en su proyecto de vida. Dentro de esas problemáticas se encuentra el fenómeno del VIH y SIDA, el cual está inherentemente ligado al ámbito de la sexualidad y por lo tanto a la relación que se desarrolla entre “uno mismo” y a la que se construye con “los otros”, en donde en ésta interacción, por distintos factores psico-socio-culturales las y los jóvenes pueden encontrarse en situaciones de vulnerabilidad ante el VIH.

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD Y VIH

2. Sexualidad y VIH

La sexualidad es parte esencial de la vida de todo ser humano, ya que en ella no solamente participan las funciones biológicas, sino que también interactúan factores psicológicos y socioculturales (Ortega, 2003), ya que en la sexualidad se perciben elementos del *universo simbólico*¹ de una cultura, que contribuyen a normar y dar contenido a los significados que elaboran los individuos, y que se presentan por medio de hábitos y prácticas, en donde los significados que se le atribuyen presentan variaciones dependiendo de la posición sociocultural, la escolaridad, el grado de religiosidad, el aspecto generacional y la idiosincrasia de cada uno; inclusive en un país como México, en donde permanecen y conviven personas y grupos heterogéneos característicos por sus ideas y prácticas cotidianas (políticas, religiosas, etc.) es difícil intentar hallar o interpretar significados sobre ella, pues éstos varían considerablemente a través del tiempo y el espacio (Rosales, 2006).

En primer lugar, son distintas las teorías y diferentes los autores que han hablado sobre ello, ya que es un tema complejo y variado por su naturaleza multi-factorial ya que como menciona Rubio (1994) la sexualidad al ser una construcción de la mente, que está fundamentada con significados de la existencia humana sobre lo sexual, es un concepto cambiante por la continuidad de la misma existencia.

El término “sexualidad” aparece a principios del siglo XIX (Nava, 1991) y desde entonces, algunos autores han propuesto diferentes definiciones, como Flores (1992) que después de un interesante análisis sobre algunas definiciones realizadas por representantes de la teoría psicoanalítica como Freud, Sterba, Laplanche y Pontalis, entre otros, de algunos sexólogos como Lázaro Sirlin, Master y Johnson, Alvarez-Gayou, Alzate entre otros, propone su propia definición: “Sexualidad es un sistema de conductas o comportamientos, de fuente instintiva e intelectual, con una finalidad reproductiva (función reproductiva) y placentera (función erótica), al servicio de la comunicación y trascendencia, que se descarga en un

¹ Éste concepto hace referencia a lo que Berger y Luckman (2006) dicen sobre que el universo simbólico puede ser concebido como la matriz de todos de todos los significados socialmente construidos y que por lo tanto crea, una realidad subjetiva.

objeto sexual a través del coito o sus sustitutos y condicionando en su expresión por las pautas culturales y morales de cada época y lugar”.

Por otro lado Galimbertin (2007) la define como un conjunto complejo de caracteres físicos, funcionales, psíquicos y culturales que sirven para la continuidad de la especie humana y por otro lado, en el hombre, la sexualidad es un fenómeno muy complejo en el cual participan factores biológicos, psicológicos y culturales que intervienen de distintas formas en las experiencias y conductas de los individuos.

Marina (2002), argumenta que “la sexualidad es el universo simbólico construido, creado, estructurado sobre la realidad biológica del sexo, por lo tanto, es un conjunto de organizaciones fisiológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales, juegos de poder y en donde se encuentran integradas las estructuras biológicas del sexo, las estructuras culturales de la sexualidad y la experiencia sexual personal” y es por lo tanto “una construcción de la inteligencia humana, que cambia, modula, transforma, transfigura y tal vez deforma el sexo biológico”. Es decir, la sexualidad se construye en el ámbito colectivo, pero también en el individual y subjetivo, lo que permite ejercer una decisión con un cierto nivel de libertad, pues se realiza dentro de las condiciones delimitadas históricas, social y culturalmente (Rosales, 2006).

La sexualidad humana es entonces en primer lugar una construcción social que trasciende el propósito biológico, resultando así un complejo dinamismo e interaccionismo entre los diferentes componentes característicos del ser humano, desde sus estructuras sociales, individuales, biológicas y emocionales, que por medio de esta interacción surgen significados sobre ello y a la vez surgen conductas con un propósito determinado que dependen del resultado de esa misma interacción, posteriormente esa construcción mental por su naturaleza dinámica promueve el cambio de significados o la modificación de ellos, es así como evoluciona, se transforma a través del tiempo tanto en niveles macro como micro sociales, desde toda la especie humana hasta las diferentes razas, culturas, sociedades e individuos.

Así mismo, las formas de vivir la sexualidad se generan en un proceso en el que, al ejercerla, constantemente se va descubriendo, perfeccionando y disfrutando, por lo que es

distinta en cada persona, cambia con el tiempo (CJE, 2001) y al lograr la satisfacción sexual con la pareja, se mantiene un equilibrio emocional individual y social, (Nava ,1991)

Por otro lado en la esfera de la sexualidad pueden derivarse algunos problemas que impactan en el bienestar de las personas y las sociedades y que por lo tanto como propone Rubio (1994) se vuelve necesario identificar los obstáculos que a diversos niveles se pueden presentar para el logro de dicho bienestar. En lo que a sexualidad se refiere, el bienestar es visto por el mismo autor, como resultado de la integración armónica de la sexualidad en la vida de las personas y para que ello suceda, es necesaria la libertad, la plenitud en el desarrollo de las potencialidades, congruencia entre los niveles y formas de expresión y finalmente la responsabilidad ante su ejercicio.

2.1. Problemáticas de la sexualidad humana: VIH y embarazos no planeados

Rubio (1994) plantea seis situacionales en las que se presentan problemáticas en la sexualidad que van 1) desde la reproductividad, 2) el género, 3) el erotismo 4) la vinculación afectiva 5) la presencia de ITS y 6) la variedad de condiciones en la vida como la presencia de múltiples enfermedades que deterioran el desarrollo físico y mental (como por ejemplo las personas con discapacidad).

En lo que se refiere a las problemáticas sobre reproductividad, el mismo autor menciona que pueden presentarse dos situaciones que representan un conflicto en ésta esfera: el primero se refiere a que cuando se desea un embarazo, este no puede hacerse posible y el segundo, se refiere a que cuando se presenta, éste no se desea, en este segundo aspecto, la aparición de embarazos no deseados ni planeados, se problematiza cuando se presenta tempranamente en la vida de la mujer o la pareja y por la carga de trabajo que puede representar.

La presencia de ITS, en especial del VIH y embarazos no planeados, representan unas de las principales preocupaciones de los jóvenes en el ámbito de la sexualidad (Mateus & Mosquera, 2003), pues impactan en su desarrollo psicosocial. En lo que concierne a los embarazos no planeados, Welti (2005) comenta que una de sus implicaciones entre los jóvenes es que es una de las causas de la deserción escolar y más entre las mujeres, lo que genera que los jóvenes y en especial ellas tengan menos acceso al conocimiento (como por

ejemplo al de la sexualidad) (Encuesta Nacional de juventud, 2010), influyendo de ésta manera en su proyecto de vida y ocasionando una crisis emocional, ya que ésta situación hace que los jóvenes asuman nuevos roles: en muchos casos como pareja conyugal, jefe o jefa de familia, madre o padre, por lo que tienen que dejar otros roles, además de que se enfrentan con la dificultad de encontrar un empleo que cumpla sus necesidades económicas (Welti, 2005), por otro lado, ésta situación, suele impactar no solo a los jóvenes, si no a la familia, ya que en muchos casos, son los abuelos los que se hacen responsables de los nietos.

Finalmente el hecho de que existan ITS en especial el VIH que se transmiten por contacto erótico, representa un problema en el área de la sexualidad humana, ya que su alta incidencia hace que deban de ser consideradas dentro de los problemas a resolver. En la población joven las dos problemáticas tienen un impacto significativo en sus vidas y se presentan no con poca frecuencia, por ello es necesario conocer los factores que influyen en que vivan éstas problemáticas.

2.2. Ejercicio de la sexualidad de los jóvenes mexicanos

En la adolescencia y la juventud temprana se presentan cambios fisiológicos, pero esencialmente psicosociales, que resultan esenciales para la configuración de la sexualidad, ya que influyen en la formación de ideas, sentimientos y comportamientos sexuales, así mismo, es importante resaltar a la sexualidad dentro del contexto social, ya que es en la interacción con los demás, en donde se percibe y se aprende, además, el ambiente social tiene la característica de ser un factor que promueve la represión, la exaltación o la naturalidad de ejercer la sexualidad y que influye, en la manera en la que los jóvenes vivencian su sexualidad (Barreda, et al, 2006). Así mismo la cultura interviene en que hombres y mujeres ejerzan su sexualidad de forma distinta.

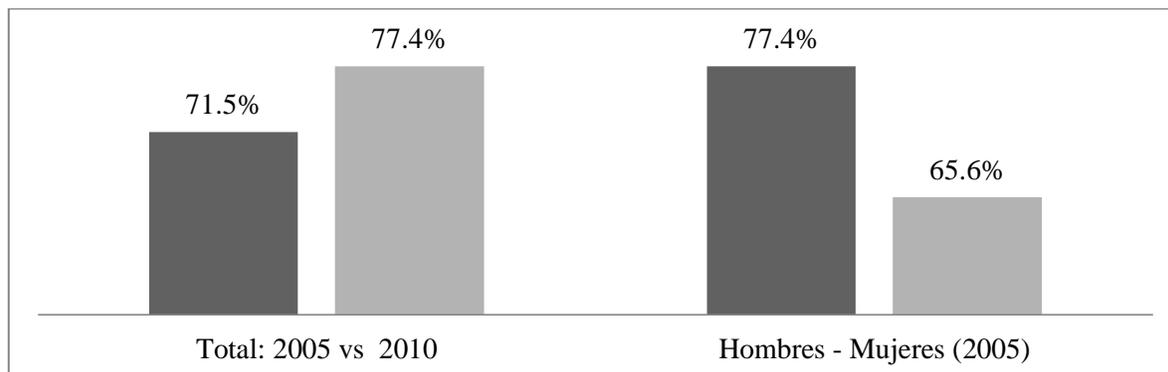
La Encuesta Nacional de Juventud (2005, 2010), representa un instrumento que permite plantear un panorama general sobre la forma en que ejercen los jóvenes mexicanos su sexualidad y mostrar algunos elementos sobre los cuales es construida y ejercida en la sociedad mexicana de manera distinta entre hombres y mujeres. Por lo que en esta sección se muestran algunos de los resultados obtenidos en dicha encuesta.

A nivel nacional en 2005 la población de jóvenes de 20 a 24 años de ese rango de edad el 71.5 % ya ha iniciado su actividad sexual (Ver gráfica 1) en 2010 mostró que el 75.7 % ya lo ha hecho, es decir, hubo un incremento del 4.2 % lo que indica que la mayoría de la población juvenil, en esta etapa comienza y algunos más la comenzó con anterioridad. En donde por sexo en el 2005 del total de los hombres de este rango de edad el 77.4% ha iniciado su actividad sexual y del total de las mujeres el 65.6 % lo ha hecho (Ver gráfica 1).

En lo que se refiere a la edad en que iniciaron su actividad sexual, los jóvenes de 20 a 24 años, el 22.2 % informó haberla iniciado a los 17 años, le siguen los que lo hicieron a los 18 años con el 21 % y en tercer lugar los que informaron haberlo hecho a los 16 años con un 14.5 % (Ver cuadro 1). Con respecto al sexo los hombres en este rango de edad la mayoría tuvo su primera experiencia sexual a la edad de 17 años con el 23.9 %, en cambio la mayoría de mujeres lo hizo a la edad de 18 años con el 27.7 %, le sigue por parte de los hombres a la edad de 16 años con el 20.1 % en comparación con las mujeres que fue a los 17 años con el 20.3 %, en tercer sitio por parte de los hombres es a la edad de 19 años con el 19 %, al igual que las mujeres con el 14.7 % y finalmente en cuarto sitio en los hombres es a la edad de 18 años con el 15.3 % y las mujeres a los 15 años con el 9.4 %.

Los resultados anteriores, muestran que el inicio de la actividad sexual se presenta a más temprana edad en los hombres en comparación con las mujeres y de que sea más probable en ellos ya haber tenido contacto sexual a esta edad, lo cual puede ser motivado por aspectos culturales que promueven que los hombres sean más activos sexualmente y que les conceden mayor libertad para ejercer su sexualidad.

Gráfica 1. Población juvenil sexualmente activa en edades de entre 20 a 24 años comparación por año y género



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006, Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales. México 2010).

Cuadro 1. Edad de inicio de actividad sexual

Región	Grupos de Edad y Sexo		A los 14 años	A los 15 años	A los 16 años	A los 17 años	A los 18 años	A los 19 años	A los 20 años	Después de los 20 años	Total
Nacional	Hombre	20 a 24 años	1.9%	6.3%	20.1%	23.9%	15.3%	19.0%	5.8%	1.3%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	3.0%	9.4%	8.1%	20.3%	27.7%	14.7%	7.2%	4.9%	100.0%
	Total	20 a 24 años	2.4%	7.8%	14.5%	22.2%	21.0%	17.0%	6.4%	3.0%	100.0%

*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Así mismo de las personas que ya iniciaron su actividad sexual en este rango de edad, el 50.9% tuvo su primera relación con el Novio(a), el 22.1 % con un amigo(a) el 22.1% con su esposo(a) y con un sexo servidor(a) el 1.4%, es decir el 95.1 % lo hizo con alguien cercano (Ver cuadro 2). Por sexo la mayoría de los hombres informan haber tenido su primera relación sexual con su novio(a) con el 52 %, al igual que la mayoría de las mujeres con el 49.3 %, le sigue en los hombres con un amigo(a) con el 34.9 % en comparación con las mujeres que informan haberla tenido con su esposo(a) con el 39.7 % y finalmente en tercer lugar los hombres lo hicieron con la esposa(o) con el 6.4 % y las mujeres con un amigo(a) 7.5%.

Lo anterior refleja que las normas culturales, facilitan y promueven que la mujer se case a más temprana edad y que sea esa pareja con la que inicien su actividad sexual, en comparación con los hombres, que en ellos, las normas promueven y facilitan que ellos tengan por lo tanto un mayor número de parejas sexuales y se casen en edades más tardías.

Cuadro 2. Persona con la cual tuvieron su primera relación sexual

Región	Grupos de Edad y Sexo		Amigo	Novio	Esposo(a)	Familiar	Sexo servidor (a)	Desconocido (a)	Otro	Total
Nacional	Hombre	20 a 24 años	34.8%	52.3%	6.8%	0.5%	2.5%	0.8%	0.1%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	7.5%	49.3%	39.7%	2.1%	0.1%	0.1%	0.0%	100.0%
	Total	20 a 24 años	22.1%	50.9%	22.1%	1.2%	1.4%	0.5%	0.1%	100.0%

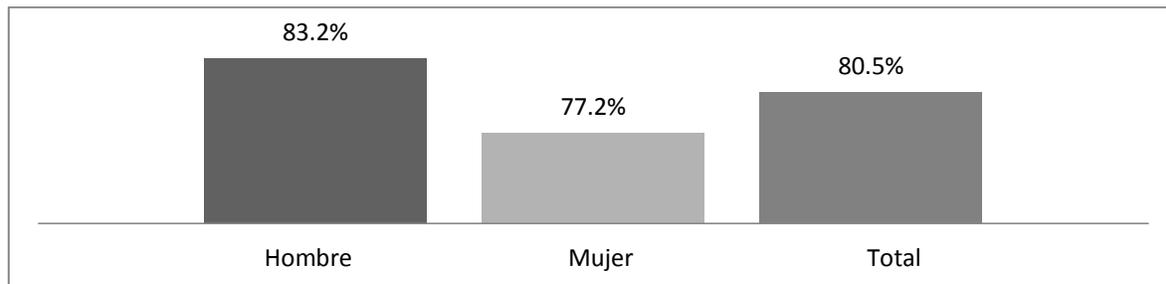
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Con respecto a si tuvieron relaciones sexuales en el último año en el que se aplicó la encuesta, el 80.5 % de la población juvenil de este rango de edad menciona que si ha tenido (Gráfica 2) por sexo el 83.2 % de los hombres menciona que si ha tenido, mientras que el 77.2 % de las mujeres lo hizo, siendo este grupo de la población en la encuesta, el que mayor actividad sexual tiene.

En cuanto a con quién sostuvieron su última relación sexual, la mayoría de este rango de edad comentó que con el esposo (a) con el 47.7 % le sigue con el novio(a) con el 36.1% y en tercer lugar mencionan que con un amigo (a) con el 13.6 %, (Ver cuadro 3) en cuanto al sexo se refiere el 45.7 % de los hombres menciona haberlo hecho con su novia(o) mientras que el 70.7% de las mujeres lo hicieron con el esposo(a), en segundo sitio los hombres mencionaron haberlo hecho con esposa(o) con el 29.2%, mientras que las mujeres con el novio(a) con el 22.8 %, finalmente en tercer sitio el 21.5% de los hombres menciona haberlo hecho con una amiga(o), así como el 3.8 % de las mujeres lo hicieron.

Lo anterior muestra que la cultura promueve que las mujeres en este rango de edad se casan con frecuencia, por lo que el ejercicio de su sexualidad se centra con su esposo.

Gráfica 2. Relaciones sexuales en el último año



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Cuadro 3. Persona con quien tuvieron su última relación sexual

¿Con quién tuviste tu última relación sexual?									
Región	Grupos de Edad y Sexo		¿Con quién tuviste tu última relación sexual?						Total
			Amigo(a)	Novio(a)	Espos(a)	Familiar	Sexo servidor (a)	Desconocido	
Nacional	Hombre	20 a 24 años	21.5%	46.7%	29.2%	0.0%	1.1%	0.0%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	3.8%	22.8%	70.7%	1.4%	0.2%	0.0%	100.0%
	Total	20 a 24 años	13.6%	36.1%	47.7%	0.6%	0.7%	0.0%	100.0%

*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

La frecuencia con la que la población joven reporta haber tenido relaciones sexuales en el último año del cual la encuesta se aplicó, fue todos los días de la semana el 60.5%, de dos a tres veces al año el 15.6 %, el 13.6 % no tuvo relaciones, una vez al año el 1.3 % de la población, finalmente de dos o tres veces por mes 0.1 % (Ver cuadro 4). Por sexo el 64.4% de los hombres menciona que la frecuencia con la que tuvo relaciones sexuales fue que todos los días de la semana, el 55.7 % de las mujeres dijo lo mismo, el 16.2 % de los hombres dijo que de dos o tres veces al año y el 14.8 % de las mujeres dijo lo mismo, finalmente el 13.7 % de los hombres menciona que no tuvo relaciones mientras que el 13.5% de las mujeres menciona lo mismo.

Los compañeros sexuales que tuvieron durante el último año de la encuesta fue, el 69.2 % reporta haber tenido una, el 12.2 % dos compañeros sexuales, el 6.4 % tres y el 8.2 % más de tres (Ver gráfica 3). Por sexo el 52.5 % de los hombres mencionan que tuvieron una pareja sexual, de las mujeres el 89.9% dijo lo mismo, el 19.7 % de los hombres mencionan

haber tenido 2, mientras que solo el 2.8 % de las mujeres informan la misma cantidad, el 13.1 % de los hombres tuvo más de tres, mientras que solo el 2.1 % de las mujeres tuvo el mismo número, finalmente el 9.8 % de los hombres menciona haber tenido 3 parejas sexuales y solo el 2.1 % de las mujeres menciona el mismo número.

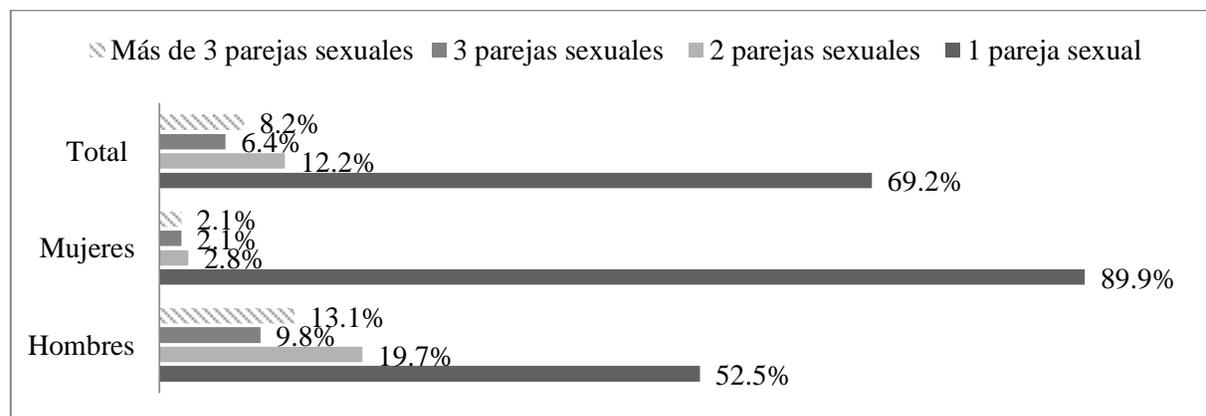
Aunque como se muestra en los datos anteriores, que más de la mitad de hombres y mujeres tienen relaciones sexuales frecuentemente, se evidencia una diferencia, la cual es influenciada por las normas culturales que se crean alrededor de los roles que los hombres y las mujeres deben tener y sobre las construcciones sociales que sobre la masculinidad y feminidad se generan, con respecto al ejercicio de su sexualidad, las cuales promueven y facilitan a que ellos, sean los que con mayor frecuencia tengan relaciones sexuales y los que por lo regular, lo hagan con un mayor número de parejas sexuales.

Cuadro 4. Frecuencia en las relaciones sexuales de los jóvenes en el último año

¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales en el último año?									
Región	Grupos de Edad y Sexo		¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales en el último año?					Total	
			Una vez al año	Dos o tres veces al año	Dos o tres veces por mes	Todos los días de la semana	No he tenido relaciones		Otro
Nacional	Hombre	20 a 24 años	1.7%	16.2%	0.2%	64.4%	13.7%	1.8%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	0.8%	14.8%	0.0%	55.7%	13.5%	7.4%	100.0%
	Total	20 a 24 años	1.3%	15.6%	0.1%	60.5%	13.6%	4.3%	100.0%

*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 3. Número de compañeros sexuales durante el último año



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

El 49.6 % de las personas entre los 20 y 24 años, mencionan haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual y 46.2 % no lo hicieron (Ver gráfica 4) de los que lo usaron, el 91.6 % utilizó el condón, el 4.1 % píldoras y el 2.4 % usaron otro método (Ver cuadro 5). Por sexo el 56.9 % de los hombres menciona haber utilizado algún método de prevención y de las mujeres el 40.7 % lo utilizó, en donde el 96.2 % de los hombres utilizaron el condón y de las mujeres el 83.8 %, de los hombres el 0.9 % utilizó otros y el 0.5 % las píldoras, de las mujeres, el 10.2 % píldoras y 5.1 % otro.

Por otro lado, el 66.2 % de los hombres menciona utilizar actualmente algún método, mientras que el 59.6 % de las mujeres lo hace (ver gráfica 5), sobre las razones por las que no utiliza algún método, el 32.9% dice que es a causa de por qué no tiene relaciones sexuales, al 28.8 % no le gusta usar, el 13.0 % menciona que tanto su pareja como ellos no están de acuerdo en su uso, el 7.1 % no está de acuerdo en su uso y finalmente, el 5.8 % lo atribuye a que su pareja no está de acuerdo en su uso (Ver cuadro 6). En cuanto al sexo, al 42.1 % de los hombres no les gusta usar algún método y al 15.1 % de las mujeres tampoco les gusta, el 37 % de los hombres no tiene relaciones sexuales, el 10.1 % de ellos no está de acuerdo con su uso, el 2.9 % de sus parejas no está de acuerdo en su uso, el 3.6 % de los hombres sugieren que tanto ellos como sus parejas no están de acuerdo en su uso, mientras que el 4.0 % de las mujeres no está de acuerdo con su uso, el 28.7 % no tiene relaciones sexuales, el 10.3 % de las sus parejas no está de acuerdo en su uso y el 22.6 % mencionan que la razón principal es a causa de que ellas, ni sus parejas están de acuerdo en su uso.

Así mismo, sobre la decisión de usar algún método anticonceptivo, el 36.7 % de ellos tomó esa decisión, del 4.0% fue su pareja quien lo hizo y el 57.7 % comentó que ambos miembros de la pareja lo hicieron (Ver gráfica 6). Por sexo el 57.3 % de los hombres menciona que ambos lo decidieron, así como el 58.3 % de las mujeres, el 37.3 % de los hombres tomaron la decisión ellos, en comparación con las mujeres con el 32.1 %, del 3.7 % de los hombres fue su pareja quien lo hizo, mientras que el 8.3 % de las parejas de las mujeres la tomó.

En cuanto a si utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación, la población de jóvenes entre 20 y 24 años de edad el 83.4 % si utilizó y el 15.3 % no lo hizo (Ver gráfica 7) el método que más utilizaron fue el condón con el 81.4 % le siguen las píldoras con el 8.2 %, el DIU con el 5.4 % y otro con el 4.4 % (Ver gráfica 8). Por sexo el 88.3 % de los hombres utilizó algún método y el 75.0 % de las mujeres lo hizo, en donde el 83.5 % de los hombres utilizó el condón y de las mujeres el 77.4 %, el 6.6 % de los hombres utilizó píldoras y de las mujeres el 11.3 %, el DIU el 5.9 % de los hombres lo hizo y el 4.2 % de las mujeres.

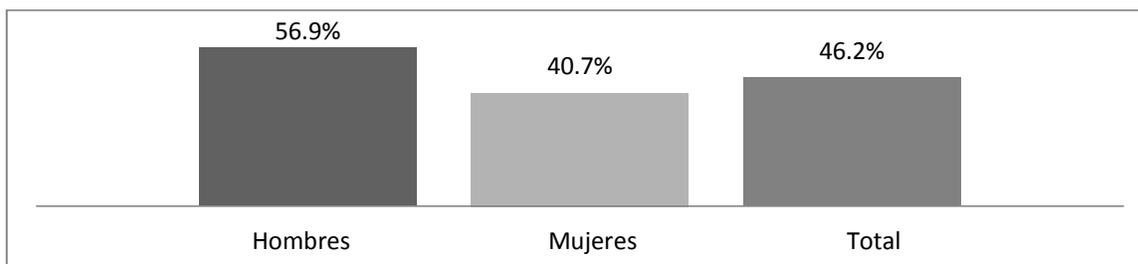
Considerando las consecuencias que tiene el no utilizar algún método de prevención y el impacto que ello pueda tener en sus vidas, como el vivir un embarazo no planeado y adquirir el VIH o alguna otra ITS, existe un alto porcentaje de jóvenes que no usan algún método preventivo en su primera relación sexual, sin embargo los datos también muestran un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, tanto en hombres un 31.4% como en mujeres 34.3 % en comparación con la primera relación sexual, pero se presenta una disminución en el uso del condón como método anticonceptivo, más en los hombres con un 7.9 % que en las mujeres con un 6.4 %, y el uso de píldoras aumenta en los hombres un 6.1 % y en las mujeres un 1.1 %, así como el uso del DIU y otros en ambos. La disminución en el uso del condón como método, implica que la población de jóvenes se enfoca más en prevenir embarazos no planeados que en la prevención de alguna ITS.

Además, por implicaciones culturales, se evidencia una diferencia entre los sexos, pues son las mujeres las que con menor frecuencia utilizan algún método en su primera relación sexual y también son las que en menor medida usan el condón como método preventivo, lo que implica también que se enfocan más en prevenir un embarazo que en adquirir alguna ITS, lo que puede derivarse de que más mujeres que hombres, tuvieron su primera relación sexual con sus esposos y por ello no perciben el riesgo de adquirir alguna ITS y sólo el de vivir un embarazo no planeado.

Así mismo aunque el uso de algún método, depende principalmente de una decisión personal y acordada con la pareja, son más las mujeres las que argumentan que su pareja fue la que decidió utilizar un método anticonceptivo, lo que muestra una asimetría en cuanto al poder de decisión en este aspecto, en este sentido, también más mujeres que

hombres argumentan que la razón por la que no utilizan ningún método es porque a sus parejas les disgusta y porque no están de acuerdo en su uso, lo anterior refleja un menor poder de decisión tanto en el momento de decidir el uso o no de algún método. Finalmente, aunque el condón es el método anticonceptivo más popular entre hombres y mujeres y son los hombres los que con mayor frecuencia lo usan, son a ellos a los que más les disgusta utilizarlo.

Gráfica 4. Uso de algún método anticonceptivo en la primer relación sexual



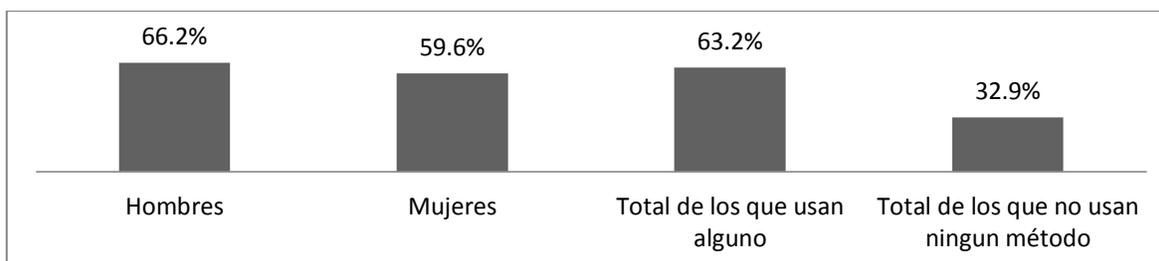
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Cuadro 5. Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

Región	Grupos de Edad y Sexo		¿Utilizaste algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual? ¿Cuál?			Total
			Condón	Píldoras	Otro	
Nacional	Hombre	20 a 24 años	96.2%	0.5%	0.9%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	83.8%	10.2%	5.1%	100.0%
	Total	20 a 24 años	91.6%	4.1%	2.4%	100.0%

*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 5. Uso de algún método anticonceptivo



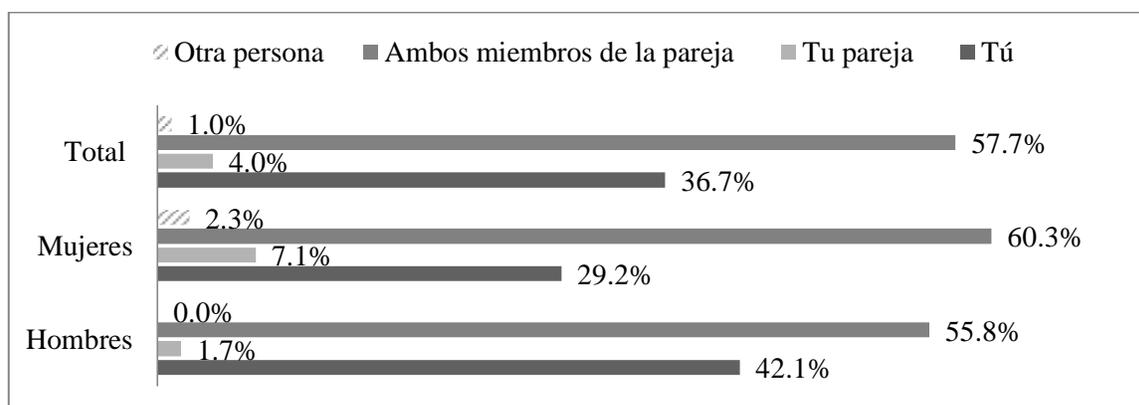
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Cuadro 6. Razones por las que los jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo

Región	Grupos de Edad y Sexo		¿Me puedes decir por qué no utilizas ningún método anticonceptivo?					Total	
			No estás de acuerdo con su uso	Tu pareja no está de acuerdo con el uso	Ambos no están de acuerdo	No tengo relaciones sexuales	No me gusta usar		Otra
Nacional	Hombre	20 a 24 años	10.1%	2.9%	3.6%	37.0%	42.1%	2.3%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	4.0%	8.8%	22.6%	28.7%	15.1%	12.1%	100.0%
	Total	20 a 24 años	7.1%	5.8%	13.0%	32.9%	28.8%	7.1%	100.0%

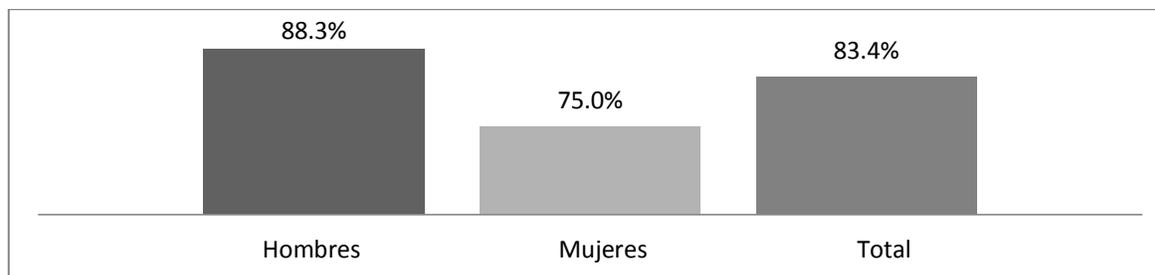
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 6. Persona que tomo la decisión de usar algún método



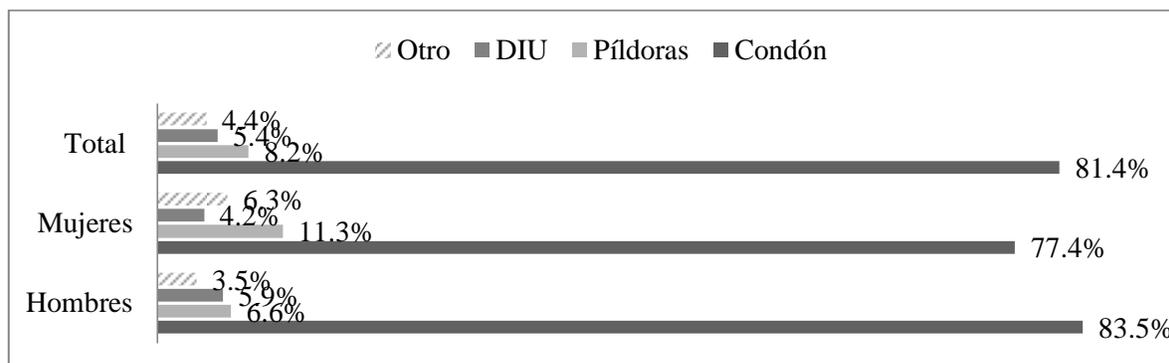
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 7. Uso de algún método anticonceptivo en la última relación sexual



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

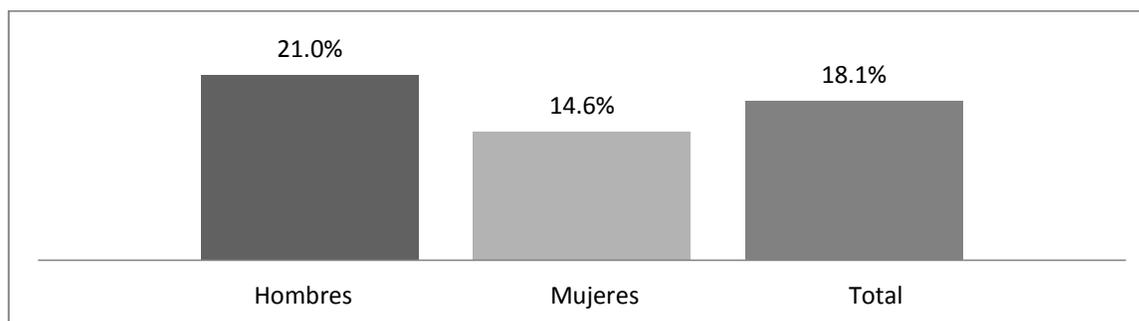
Gráfica 8. Método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

En cuanto al uso de algún método anticonceptivo de emergencia, es este grupo de edad el que mayormente reporta haber utilizado este tipo de métodos, con el 18.1 % (Ver gráfica 9) por género, de los hombres el 21.0 % reporta haberlo utilizado y de mujeres, el 14.6 %. Lo anterior refuerza la idea de que la población joven se enfoca más en prevenir embarazos no planeados que alguna ITS, y que son los hombres los que en mayor medida lo hacen, al ser los que con más frecuencia utilizan algún método anticonceptivo, incluyendo el de emergencia, lo que puede implicar que las mujeres lo utilicen en menor medida por que desean con mayor frecuencia que los hombres en este rango de edad quedar embarazadas.

Gráfica 9. Uso de algún método anticonceptivo de emergencia



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

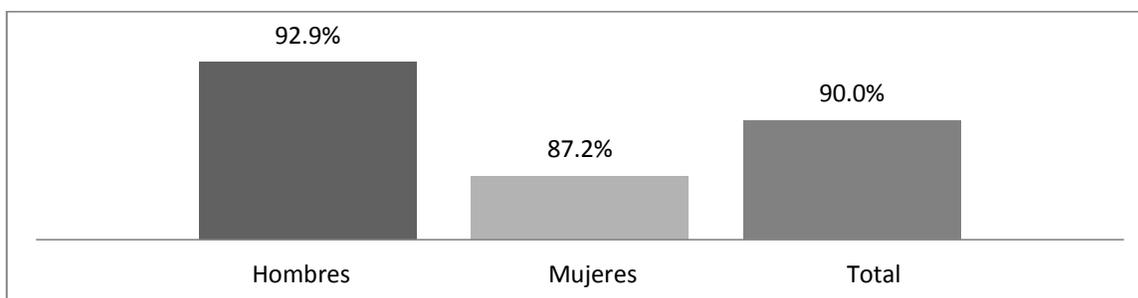
En cuanto al conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual o ITS los jóvenes de este rango de edad en el 2005 el 90 % mencionaron sí conocerlas (Ver gráfica 10), en el 2010, el 93.7 % de ellos lo comenta, es decir hubo un aumento del 3.7% en este aspecto, en cuanto a la forma de prevenirlas en el año 2005, el 82.5 % menciona que se pueden prevenir con el uso del condón y en segundo lugar el 15.1 % dice que no teniendo relaciones sexuales (Ver gráfica 11) en el 2010 el 97.5 % mencionó que con el condón, el 82.5 % dijo que no teniendo relaciones sexuales, el 60.1 % dice que tener relaciones solo con tu pareja y el 14.2 % con lavado vaginal, es decir el condón como método preventivo aumentó un 15 %, sin embargo aparecieron dos nuevos métodos entre la población joven, uno que es un mito, el del lavado vaginal y el otro que es el tener relaciones sexuales solo con la pareja, el cual es seguro, solo en determinadas circunstancias.

Por género en la encuesta del 2005, puede verse que el 92.9 % de los hombres dice conocerlas y de las mujeres el 87.2 %, en lo que se refiere a la forma de prevenirlas, el 84.3 % de los hombres dice que con el condón y de las mujeres el 80.6 %, el 14.1 % de los hombres dice que se pueden prevenir no teniendo relaciones sexuales y de las mujeres el 16.1 %.

En lo referente a que si en alguna ocasión les han diagnosticado alguna ITS, el 1.7 % de jóvenes de este rango de edad menciona que si (Ver gráfica 12) en donde las infecciones más comunes fueron el Virus del Papiloma Humano con el 18.6 %, le siguen los hongos con el 9.1 %, alguna infección vaginal con el 3.0 %, gonorrea con el 1.8 % y finalmente con el más alto rango Otro con el 43.4 % del total (Ver cuadro 7). Por género el 2.3 % de los hombres menciona que alguna vez lo han diagnosticado con alguna ITS, mientras que de las mujeres al 1.1 %, el diagnóstico más alto para los hombres fue el de “otro” con el 62.5 %, mientras que en las mujeres fue el Virus del Papiloma humano con el 47.8 %, en los hombres le sigue el VPH con el 5.7 %, y en las mujeres son los hongos con el 17 %, en tercer sitio en los hombre son los hongos con el 5.6 %, y en las mujeres son las infecciones vaginales con el 9.8 %, finalmente está la gonorrea solo en los hombres con el 2.7 %.

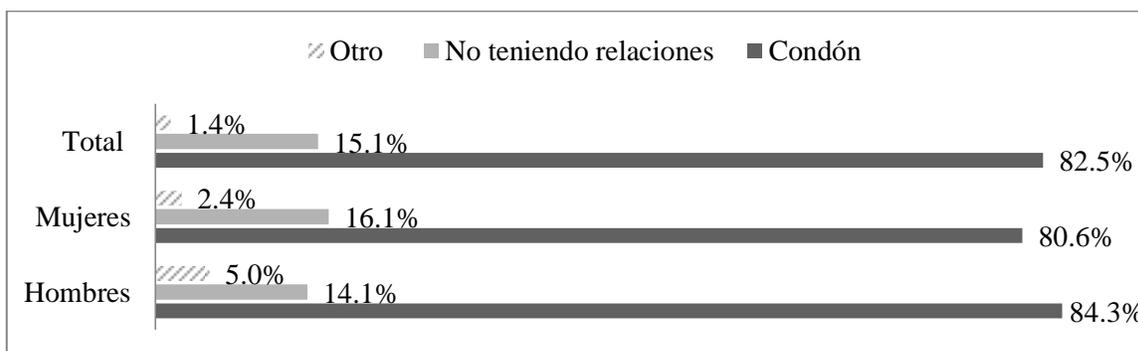
Aunque los datos muestran que en general, un alto porcentaje de la población joven tienen conocimiento sobre las ITS y sobre la forma correcta de prevenirlas, se presenta una diferencia en cuanto al sexo, siendo las mujeres las que en menor medida tienen conocimiento sobre las ITS y son menos las mujeres las que consideran al condón como un método para prevenirlas. Lo anterior puede derivarse a causa de que en mayor grado las mujeres son las que refieren estar casadas, lo que puede implicar que al dedicarse a ser esposas y amas de casa de tiempo completo tienen menos acceso a fuentes de información, como es el caso de la escuela. Así mismo, los hombres son más propensos a tener alguna ITS que las mujeres, debido a que culturalmente se promueve y se les permite que sean más activos sexualmente y tengan más parejas sexuales sin el uso del condón, en comparación con las mujeres.

Gráfica 10. Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual



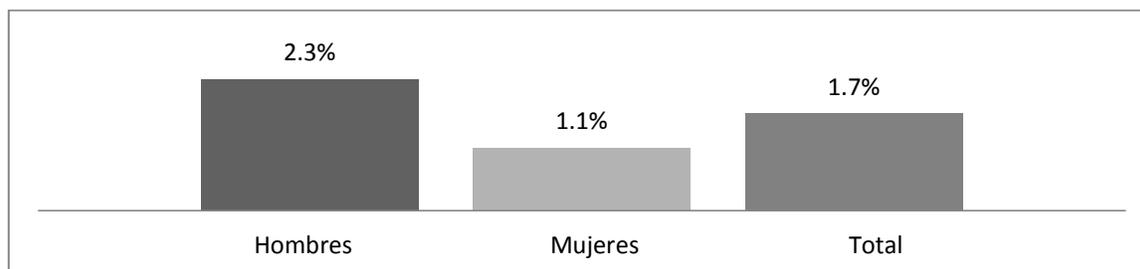
*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 11. Formas de prevenir las enfermedades de transmisión sexual



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Gráfica 12. Diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual



*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

Cuadro 7. Diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual

¿Cuál fue el diagnóstico?								
Región	Grupos de Edad y Sexo		¿Cuál fue el diagnóstico?					Total
			Otro	Virus del Papiloma Humano	Gonorrea	Hongos	Infección vaginal	
Nacional	Hombre	20 a 24 años	62.5%	5.7%	2.7%	5.6%	0.0%	100.0%
	Mujer	20 a 24 años	0.0%	47.8%	0.0%	17.0%	9.8%	100.0%
	Total	20 a 24 años	43.4%	18.6%	1.8%	9.1%	3.0%	100.0%

*Solamente se tomaron en cuenta los datos referentes de la región a nivel nacional y sobre los rangos de edad de 20 a 24 años, asimismo se quitó la columna de NC (no contestó) y NS (no sabe) para los fines del estudio. (Fuente: IMJ-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2005, México 2006).

2.3. El VIH y el SIDA: el virus y la enfermedad

México es el tercer lugar de América y el Caribe en lo que se refiere al número total de casos registrados de VIH, debajo de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de *prevalencia*² se ubica en el sitio 23 (Córdoba, et al, 2009) siendo las relaciones sexuales desprotegidas las responsables del mayor número de infecciones que suceden (Herrera &

² La prevalencia es una proporción que hace referencia a la frecuencia de un evento dado, es definida como la proporción de la población que padece una enfermedad en un estudio, en un momento dado (en este caso de VIH), como todas las proporciones, no tiene dimensiones y no puede tomar valores de 0 o mayores de 1, además, con frecuencia se expresa como casos por 1 000 o 100 habitantes, finalmente, en la construcción de ésta medida no siempre se tiene el conocimiento preciso de la población expuesta al riesgo, y se utiliza por lo general sólo una aproximación de la población total del área estudiada (Corcho, López & Moreno, 2000)

Campero, 2002) por lo que el VIH se mantiene como un problema complejo de salud pública en este país, causante de diversas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas (SSA, 2002).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Herrera, et al, 2002), ya que se caracteriza por atacar progresivamente al sistema inmunológico, destruyendo las células que protegen al organismo de las enfermedades, hasta dejarlo expuesto a infecciones graves y ciertos cánceres y con el tiempo debilitarlo significativamente, dando pie al surgimiento de una serie de enfermedades que en su conjunto son conocidas como SIDA (CJE. (2001).

2.3.1. La transición del VIH al SIDA

La transición que se presenta desde que el VIH entra al organismo, hasta que se desarrolla el SIDA, es un proceso el cual consta de 6 fases de acuerdo con Women's Commission for Refugee Women and Children (2004), las cuales son:

1. **Infección por el VIH:** es cuando el virus entra al cuerpo, también es llamada Inoculación;
2. **Periodo de ventana:** no hay síntomas ni signos, sin embargo, el virus se multiplica con rapidez, pero en esta fase, aún no se desarrollan los anticuerpos contra el virus, por lo que en este periodo no se puede realizar las pruebas que detectan el VIH;
3. **Seroconversión:** el cuerpo comienza a desarrollar anticuerpos contra el VIH, por lo que ya es posible detectarlos por medio de una prueba. En esta etapa, es probable que se presente algo parecido a una gripe con fiebre, también dolores de cabeza, de garganta, cansancio, inflamación de glándulas, dolor en las articulaciones y salpullido. Sin embargo, suele no tomarse en cuenta, ya que se presenta en un periodo de tiempo breve;
4. **Periodo asintomático o sin síntomas (periodo de latencia):** durante este periodo, aunque las personas se sienten bien y no hay signos externos de alguna enfermedad, el virus continúa multiplicándose activamente;

5. **Enfermedad relacionada con el SIDA:** los signos y síntomas de la enfermedad comienzan a aparecer, volviéndose paulatinamente más fuertes, apareciendo con mayor frecuencia y siendo más duraderos;
6. **SIDA:** Esta etapa, es la fase final, el sistema inmunológico ya está muy debilitado, por lo que el organismo es muy vulnerable a infecciones y cánceres. El paciente muere cuando se desarrolla un cáncer o una infección incurable.

Por otro lado, el virus del VIH, está presente en todos los fluidos del organismo de una persona portadora: sangre, saliva, semen, secreciones vaginales, lágrimas, orina, etc., sin embargo los únicos que son capaces de transmitirlo son: la sangre, el semen (líquido pre-eyaculatorio), las secreciones vaginales y la leche materna, pues son solo esos, los que contienen una cantidad suficiente para hacerlo, por lo tanto la transmisión se genera cuando alguno de estos líquidos de una persona con VIH o que ya ha desarrollado el SIDA, entra en el torrente sanguíneo de otra, sin dejar de tener en cuenta, que una persona puede transmitir el VIH a otra, desde el momento en el que el virus ha entrado en su organismo (CJE, 2001) y frecuentemente sin saber que está infectada (Herrera, et al, 2002).

2.3.2. Vías de transmisión

La transmisión puede producirse por tres vías: 1) por la vía sexual 2) por el contacto con sangre contaminada y 3) anteriormente, por transmisión vertical o de madre a hijo y actualmente denominada “transmisión de padres al hijo” por los grupos de derechos de las mujeres, esto, con el fin de evitar que se culpabilice a la mujer por la transmisión, y hacer visible que en la gran mayoría de los casos la pareja estable de la mujer es quien la infecta (Herrera, et al, 2002).

La transmisión por vía sanguínea se presenta cuando la sangre de una persona *seropositiva*³ entra en el torrente sanguíneo de otra, por medio del uso compartido de agujas (tatuajes, piercing, etc.) jeringas, objetos cortantes, etc. contaminados por el VIH (CJE, 2005). La transmisión de padres al hijo, se presenta antes, durante o después del parto, cuando el bebé

³ Persona que es portadora del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

entra en contacto con la sangre, los fluidos vaginales o por medio de la lactancia materna (Herrera, et al, 2002). Finalmente, la vía sexual es la principal forma de transmisión en el mundo con el 75% del total de los casos (CENSIDA, 2007) y por ello es importante profundizar en ella.

2.3.2.1. Transmisión por la vía sexual

De acuerdo con CENSIDA (2007), la vía sexual, se refiere a tener relaciones sexuales desprotegidas, en donde se genera el intercambio de los líquidos corporales, que pueden transmitir el VIH, ya que durante las prácticas sexuales, por lo regular, se producen lesiones o heridas microscópicas en las mucosas de la vagina, el pene o el ano, y a través de ellas el virus puede ingresar en el organismo. Por lo tanto, todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones, representan un aumento en el riesgo de transmisión del virus (CJE, 2005). Por lo tanto, de esta vía, se derivan conductas específicas que conllevan riesgo de infección del VIH, las cuales son definidas como conductas sexuales de riesgo (Mas Colombo, Motta & Risueño, 2008), las cuales son:

- a) **Sexo vaginal sin protección (penetración vaginal sin condón):** es considerada una práctica de alto riesgo, ya que en la vagina, el líquido pre-eyaculatorio y semen, permanecen por mayor cantidad de tiempo en contacto con las mucosas y si hay menstruación, la mucosa tiene mayor sensibilidad, ante las lesiones (CJE, 2005);
- b) **Sexo oral sin protección (de boca a pene o de boca a vagina, sin algún método de barrera):** es controversial el grado de riesgo que ésta práctica tiene para la adquisición del VIH (para otras ITS es de alto riesgo), pues se necesitan ciertas circunstancias para que el virus ingrese en el organismo por medio de esta práctica, por ejemplo, tiene que existir una herida resiente en las encías y mucosas de la boca y lengua (CENSIDA, 2007), además, las probabilidades de infección aumentan cuando se ingieren los fluidos (semen, líquido pre-eyaculatorio, fluidos vaginales), también si existen lesiones en los genitales de la persona a quien se lo practican y si existe eyaculación en la boca (CJE, 2005);

- c) **Sexo anal sin protección:** es considerada una práctica de muy alto riesgo, ya que la mucosa del recto es menos resistente en comparación con la de la vagina, lo cual facilita que se genere una lesión (CJE, 2005);

Es importante señalar que el miembro receptor de la pareja, es quien corre el mayor riesgo, en el sexo vaginal, es la mujer la que mayor riesgo presenta, debido a que su aparato genital está más expuesto y porque existe mayor concentración de VIH en los fluidos seminales que en los vaginales, además de que existe mayor intercambio de semen que de fluido vaginal durante el sexo; sin embargo durante la menstruación, hombre y mujer son igualmente vulnerables, la mujer a causa del cambio en el revestimiento del útero y el hombre por la exposición a la sangre, finalmente, en el sexo anal, la pareja receptiva (hombre o mujer) está particularmente en riesgo debido a la fragilidad de la membrana mucosa del recto (Women's Commission for Refugee Women and Children, 2004).

Así mismo, las investigaciones han descubierto, que los hombres que no están circundados, presentan mayor probabilidad de adquirir el virus que los que lo están, ya que la parte interna del prepucio, es el tejido genital con mayor cantidad de células que atraen al VIH y además, tiene una superficie de membrana mucosa que es muy vulnerable a desgarros y lesiones (Women's Commission for Refugee Women and Children, 2004).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que más del 60% de las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico (ONUSIDA, 2011) y por lo tanto pueden transmitirlo a sus parejas sexuales sin siquiera saberlo cuando no se protegen o sus parejas no les solicitan hacerlo. Así mismo es importante mencionar que el grupo de edad más afectado por el VIH en México y en el Mundo es el grupo que se encuentra entre los 15 y 44 años de edad, es decir, el de personas en plena edad reproductiva y económicamente activa, tanto en hombres como en mujeres (Magis & Barrientos, 2009).

Finalmente, el VIH/SIDA puede afectar a cualquier persona, sin importar su cultura, género, edad, situación económica, religión, tendencia política o grupo social, pues es un fenómeno que por su naturaleza, no discrimina, aunque como ocurre con frecuencia en las epidemias, afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables de la sociedad, como

son, las personas que realizan trabajo sexual, los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen sexo con hombres, las poblaciones migrantes y las personas privadas de su libertad, entre otras (Magis & Barrientos, 2009), por lo tanto el contexto social, la cultura y la política, tienen una función trascendental en el desarrollo de la pandemia.

2.3.3. Factores de riesgo

Por otro lado, existen factores que anteceden a las conductas de riesgo y que podrían aumentar las posibilidades de que estas ocurran o a la vulnerabilidad ante el VIH, los cuales son denominados *factores de riesgo*, éstos son observables antes de que se produzcan dichas conductas, es por ello que su identificación es primordial ya que sobre ellos se puede actuar después de ser identificados para impactar sobre dichas conductas, estos factores de riesgo son de origen biológico psicológico y socio-cognitivo que se relacionan mutuamente (Mas Colombo, et al, 2008).

Con respecto a los factores biológicos la Women's Commission for Refugee Women and Children (2004) menciona algunos como:

- La presencia de otras infecciones de transmisión sexual, ya que aumentan el riesgo de adquirir VIH, al provocar la aparición de úlceras o llagas en los genitales, lo que facilita la presencia de heridas genitales por el contacto sexual;
- Algunos estímulos que afectan el sistema endócrino y como consecuencia el sistema inmunológico, como lo es el embarazo, la desnutrición, el estrés, etc;

Algunos factores psico-socio-culturales que son considerados como de riesgo y que facilitan las conductas de riesgo en las personas y por lo tanto que se encuentren en vulnerabilidad ante el VIH, son mencionadas por Drezln, et al (2007) y 2009):

- **Las creencias religiosas y morales:** Los mensajes en contra del uso del condón de líderes religiosos, refuerzan las normas sociales que regulan la moralidad, así como la creencia errónea que la promoción del condón fomenta el sexo, lo que conlleva a que las personas rechacen su uso;

- **El contexto social:** a causa de la pobreza y marginación social, hay zonas en donde no hay distribución de condones (como algunas zonas indígenas) y por lo tanto no hay acceso a los condones y su costo es alto;
- **Patrones culturales como los roles de género tradicionales:** por diferentes razones físicas y socio-económicas, se les concede mayor poder a los hombres en cuanto a las decisiones sobre el establecimiento de las dinámicas sexuales, lo que genera, que las mujeres queden a expensas ante la decisión de los hombres sobre el uso o no del condón, lo que las sitúa en una posición de vulnerabilidad para adquirir el VIH o alguna ITS;
- **Las normas de género:** que se construyen alrededor de la masculinidad, impactan e influyen en las dinámicas de poder que se establecen en las relaciones (heterosexuales u homosexuales) pues promueven que los hombres tomen riesgos en conductas sexuales y sean agresivos dentro de la actividad sexual, estableciendo de esta manera, prácticas sexuales masculinizadas, las cuales facilitan que el uso del poder de las parejas dominantes, se refleje en abuso sexual, violencia, violación y acoso, en donde por lo regular, el sexo forzado es desprotegido y frecuentemente genera heridas internas, que aumentan la vulnerabilidad a la infección del VIH;

Mas Colombo, et al (2008) también menciona otros factores como:

- **Focalizar el riesgo solo en algunos grupos:** como los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, los usuarios y usuarios de drogas inyectables, provocando que las personas que no pertenecen a estos grupos, como las amas de casa, estudiantes, etc. no se perciban en riesgo de adquirir VIH;
- **Crear que la monogamia es segura:** la monogamia es una *construcción social*⁴ que en realidad facilita el establecimiento de una monogamia serial, es decir, al

⁴ En la presente tesis, la concepción de “construcción social”, se utiliza con base a una de las ideas centrales de Berger y Luckman (1968) sobre que la realidad social, es fundamentalmente una construcción de la misma sociedad. En este sentido, para crear esa realidad y darle significado, la sociedad formula conceptos sobre fenómenos, objetos, cosas, etc., que se reflejan en el mundo de lo social, en su dinámica, en sus relaciones objetales y personales, surgiendo por lo regular desde una(s) ideología(s), valores, creencias, concepciones establecidas en una cultura, en un tiempo y un contexto histórico determinado, pero que al ser creaciones de la subjetividad humana, también sufren cambios y modificaciones a través del tiempo. Como ejemplo: el género, el amor, la belleza. Para mayor profundidad en el tema léase el artículo “*Reflexions sur la notion de*

establecerse en una relación monógama con cada una de las parejas que se tiene, lo que genera que las personas inmersas en una relación de este tipo, no se perciban en riesgo y por lo tanto tengan relaciones sexuales desprotegidas, a pesar de que se desconozca el estado serológico personal y de cada pareja, por lo que el riesgo se presenta con cada una de ellas, además de que existe la posibilidad de una infidelidad desprotegida;

También Espada, Anton y Soledad (2008), mencionan al respecto que también influye:

- **El consumo de drogas:** la práctica de relaciones sexuales bajo la influencia de algunas drogas como el alcohol, la cocaína, anfetaminas o el éxtasis, aumentan significativamente la probabilidad de participar en relaciones sexuales desprotegidas, ya que disminuye la valoración del riesgo de contraer ITS o embarazos no deseados;

Por otro lado, un factor que es necesario analizar ya que comúnmente se asocia como de riesgo, es el de la multiplicidad de parejas sexuales, pues algunas investigaciones parten de este supuesto como la de Piña y Urquidi (2004) y la de Martínez (2009), además se ha propuesto enfocar medidas preventivas que promuevan un cambio de conducta para reducir el número de las parejas sexuales (Wilson, 2004; ONUSIDA, 2004; UNESCO & UNIFEM, 2007).

Se parte de la lógica de que a mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de contraer VIH o alguna ITS (UNESCO & UNIFEM, 2007; Piña & Rivera, 2009). Se sustenta la medida preventiva por los resultados de algunos estudios como el de Bello, Hallett, Ndhlovu, Salaniponi & Simwaka (2011) que han encontrado la relación entre el cambio de comportamiento sexual y la reducción en la incidencia del VIH por medio de un análisis con un modelo matemático, en dicho estudio se analizaron los datos de la encuesta de comportamiento sexual de Malawi entre los años 2000 y 2004 y los datos del sistema

construction sociale" de Friedemann (2005) y el libro titulado "*la construcción social de la realidad*" de Berger y Luckman (1968).

nacional de vigilancia prenatal clínica de VIH entre 1994 y 2007. El análisis del modelo matemático sugiere que existe una relación entre los cambios de comportamiento sexual y la reducción en la prevalencia del VIH en las zonas urbanas estudiadas.

La reducción del VIH se presenta en las mujeres embarazadas con un descenso del 26 % al 15 % y una reducción del 40 % en mujeres de entre 15 y 24 años, dicho descenso se relaciona con los cambios de comportamiento que se encontraron en el periodo de 2000 y 2004, los cuales son a) el aplazamiento de la vida sexual entre los jóvenes de entre 15 y 19 (empiezan sus relaciones después de los 15 años) b) un descenso en la proporción de hombres con más de una pareja sexual y c) finalmente un incremento en el uso del condón de los hombres con múltiples parejas sexuales.

Siendo los dos últimos factores los de mayor consistencia en la relación entre cambio de conducta y la reducción de infecciones de VIH, y dentro de éstos dos, el de la reducción del número de parejas sexuales parece ser el que mayor impacto tuvo, ya que de los dos, este cambio fue el que se presentó en mayor medida (no porque como método de prevención sea más efectivo). Sin embargo como los autores mencionan, es importante tomar en cuenta que en el estudio solo se tenía disponible un indicador básico del comportamiento sexual y no tomaba en cuenta otros aspectos del comportamiento de manera directa, es decir solo se pudo analizar el porcentaje de personas que tuvieron dos o más parejas sexuales en el último año y no el número de parejas sexuales total, a lo largo de su vida, así como el porcentaje de personas que tuvieron dos o más parejas sexuales y que utilizaron condón en su última relación sexual, sin saber sobre la consistencia de su uso con todas y cada una de sus parejas ellas y en todas las interacciones, dichos datos pueden tener una relación importante de las diferencias en el riesgo global.

Es por ello que entre las medidas preventivas se ha incorporado el promover la reducción del número de parejas sexuales como lo señala Wilson (2004) en su artículo, apoyando la idea de que por lógica, sin las parejas sexuales múltiples la epidemia del VIH no ocurriría y por lo tanto la reducción de parejas sexuales es lo más obvio y la pieza central y que sin embargo ello ha sido descuidado en los programas de prevención, teniendo más partidarios

las propuestas sobre el aplazamiento sexual y el uso del condón. Se sustenta en la evidencia sobre el descenso de VIH entre las mujeres embarazadas en países como Uganda, Tailandia, Zambia, Etiopía, Camboya, y la República Dominicana, en donde el principal cambio de conducta registrado ha sido la reducción de parejas sexuales y la monogamia por parte de los hombres.

Al respecto la UNESCO y UNIFEM (2007) menciona que de poco sirve reducir el número de parejas sexuales, si la persona tiene prácticas de riesgo con esas ‘pocas’ parejas, por lo que lo más importante es la protección, es decir la consistencia en el uso del condón con cada una de las parejas sexuales, independientemente de su número y considera que la multiplicidad de parejas sexuales se convierte en riesgo cuando las personas no utilizan el preservativo de manera consistente con todas sus parejas sexuales, es decir como lo menciona Magis & Hernández (2009) que de no practicarse el sexo con protección se incrementa el riesgo a medida que aumenta el número de acompañantes sexuales.

Por otro lado no se aclara a qué se refiere exactamente el reducir el número de parejas sexuales, es decir si hace referencia solo a que cuando se tenga una pareja “formal” o “esposa” no se tengan otras paralelamente, pues de ser así, se promovería la monogamia serial o si es que cualquier persona independientemente de su estado de relación o civil reduzca el número de parejas sexuales y en este caso no se especifica a cuántas parejas sería ‘ideal’ reducir.

Además son los hombres los que con mayor frecuencia tienen un mayor número de parejas sexuales en comparación con las mujeres, por lo que en las investigaciones antes citadas, el cambio en la reducción en el número de parejas se presentó con mayor frecuencia en ellos, causando que el descenso de la prevalencia del VIH impactara en el descenso de mujeres que tienen VIH, lo que indica que esta medida no contribuye al *empoderamiento*⁵ de la

⁵ El concepto de empoderamiento enfocado en el desarrollo de las mujeres, ha tomado fuerza desde mediados de los años ochenta. Sin embargo debido a la excesiva utilización del término, se ha ido debilitando la visión de género del cual se originó. El término de empoderamiento, surge a partir del resultado de muchas críticas y debates realizados por los movimientos de mujeres en todo el mundo y, particularmente, por las feministas del tercer mundo, en donde la subordinación de género y la construcción social que alrededor del género se han establecido, fueron temas prioritarios en el análisis feminista y la educación popular. Por otro lado, para

mujer, si no que refuerza su pasividad y su falta de poder en las decisiones concernientes a su salud sexual, quedando a expensas a las decisiones de su pareja, lo que deja a la mujer en una posición de vulnerabilidad y como mencionan Pérez, Taracena, Magis, Gayet y Kendall (2004) dicha medida se promueve en un contexto, en el que la mayoría de las mujeres que viven con VIH solo tuvieron una pareja sexual.

Aunado a ello, es difícil calcular el nivel de riesgo real y si existe una diferencia significativa entre una persona con múltiples parejas sexuales pero con un uso consistente del condón entre una que no tiene múltiples parejas pero con un uso inconsistente, por lo tanto, el tener múltiples parejas sexuales no implica un riesgo en sí, lo que implica el riesgo es no usar de manera consistente el condón con cada una de ellas. Es por todo lo anterior, que la defensa de la medida de promover la reducción del número de parejas sexuales más que la consistencia del uso del preservativo, refleja en el fondo más una ideología y postura moral que trata de demostrar su efectividad.

2.3.4. Medidas preventivas para la transmisión por vía sexual

La UNESCO y UNIFEM (2007), en su manual para jóvenes VIH y SIDA, Derechos Humanos y género, proponen como métodos de prevención, el **Sexo seguro**, el cual consiste en cualquier práctica en donde no se compartan los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH, como caricias, besos, abrazos, masajes, así como bailes eróticos con la

poder comprender el término de empoderamiento, es necesario en primera instancia, resaltar que su rasgo más sobresaliente es que contiene la palabra “poder”, la cual desde ésta perspectiva, puede ser definida como el “control” sobre los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología. En este sentido, el poder, por consecuencia, se concentra en quienes controlan o influyen en la distribución de los recursos materiales, en el conocimiento y la ideología que gobierna las relaciones sociales, tanto en la vida privada como en la pública, en donde éste control, a su vez, otorga el poder de “decisión”. Siguiendo ésta línea, el empoderamiento puede concebirse como un proceso de desafío de las relaciones de poder existentes, así como el de obtención de un mayor control sobre las fuentes de poder, en donde las principales metas, son el desafiar la ideología patriarcal (dominación masculina y subordinación de la mujer), transformar las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género y la desigualdad social (la familia, la raza, la clase, la religión, los procesos educativos y las instituciones, los sistemas y prácticas de salud, las leyes y los códigos civiles, los procesos políticos, los modelos de desarrollo y las instituciones gubernamentales) y capacitar a las mujeres para que logren acceso y control de la información y de los recursos materiales (Batliwala, 1997), confiriéndoles así, el poder de decisión de acuerdo a sus necesidades y deseos, sin quedar a expensas de los otros.

pareja, masturbarse junto a la pareja, hablar de cosas excitantes, etc. es decir cualquier cosa sin que se intercambien fluidos corporales que puedan transmitir el VIH.

También proponen el **Sexo protegido**, que se refiere a cualquier práctica en donde puede existir un contacto con los líquidos corporales que transmiten el virus y se utiliza un método de barrera para evitar la posible infección; en las relaciones sexuales vaginales se utiliza el condón femenino o masculino correcta y sistemáticamente; cuando se practica el sexo oral de boca a pene, se usa correcta y sistemáticamente el condón masculino (existen condones de sabores, los cuales se usan exclusivamente para el sexo oral) cuando se practica de boca a vagina con el uso de una barrera de plástico (como el que se usa para preservar comida) o una barrera de látex (láminas de látex, de sabores) y finalmente cuando se practica el sexo anal, usar el condón masculino correcta y sistemáticamente (se recomienda utilizar también lubricante a base de agua).

La Secretaría de Educación del Distrito Federal (SEDF) (2008), en su folleto “Aunque no lo creas SÍ DA” también propone la abstinencia como método preventivo, la cual se refiere a evitar tener relaciones sexuales y también propone la fidelidad mutua, que hace referencia a que una persona solo tenga relaciones sexuales con una sola pareja que no esté infectada y que ello sea recíproco.

Sin embargo el concepto de fidelidad es un constructo subjetivo y lleno de simbolismos con carga moral, lo cual lo hace excluyente de distintas formas de concebir la sexualidad, y sujeto a distintas formas de interpretación (por ejemplo un beso para unas personas significa infidelidad, para otras no, entre otras cuestiones), es por ello que el término que se promueve es el de exclusividad sexual, el cual se refiere a establecer acuerdos previos dentro de una relación ya sea entre HSH, mujeres que tienen sexo con mujeres, en relaciones heterosexuales, etc. que tienen que ver en primera instancia y en sintonía con lo que propone Stantrock, (2006) con realizarse exámenes médicos para descartar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, no solo el VIH.

Posteriormente, establecer acuerdos honestos que pueda cumplir cada miembro de la pareja y responsables, tomando en cuenta las necesidades personales, sobre el ser exclusivos en el

ámbito sexual y no participar en conductas que son consideradas como de riesgo (sexo oral, anal, vaginal) con otras personas. Lo anterior requiere que entre las parejas exista apertura, una comunicación asertiva entre los dos miembros de la pareja y finalmente que las dos partes estén sensibilizadas ante el fenómeno del VIH y no se sientan obligadas o juzgadas y también que comprendan el propósito de dicha medida preventiva. Por lo tanto esta forma de promover la prevención tiene la cualidad de ser incluyente, promover la comunicación en un contexto de igualdad y la responsabilidad, tomando en cuenta las necesidades de los dos miembros de una pareja y finalmente promueve la libertad de elección y acción.

En síntesis los métodos de protección pueden observarse en el siguiente esquema.

Cuadro 8. Métodos de protección

Método de prevención	Conductas sin riesgo
Sexo seguro	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas que evitan el contacto con fluidos que pueden transmitir el VIH, como caricias, besos, abrazos, masturbación en pareja, etc.
Sexo protegido	<ul style="list-style-type: none"> Uso de algún método de barrera en las prácticas sexuales. Relaciones sexuales vaginales con condón femenino o masculino con un uso correcto y sistemático; Relaciones sexuales anales con preservativo masculino con un uso correcto y sistemático; Sexo oral de boca a pene con un uso correcto y sistemático del condón masculino y sexo oral de boca a vagina con barrera de látex o de plástico.
Abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> Evitar tener relaciones sexuales
Exclusividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones sexuales con una sola persona después de realizarse un examen médico para saber si es portador o no de alguna ITS y posteriormente acordar que la exclusividad sea mutua.

Dentro de las medidas que también se proponen, es evitar tener relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol o alguna droga que aumente el riesgo de hacerlo sin protección. Finalmente, las medidas antes mencionadas no son excluyentes y pueden ser dinámicas de acuerdo a las necesidades y los momentos que vive cada persona.

2.3.5. Pruebas que detectan el VIH

La prueba de VIH es la única forma en la que una persona puede saber si tiene el VIH o no, la cual consiste en un análisis sanguíneo, siendo las más comunes y de mayor acceso aquellas que detectan la presencia de anticuerpos del VIH en la sangre, en este sentido, existen dos tipos de pruebas que son utilizadas para detectar los anticuerpos, las pruebas de ELISA y las pruebas rápidas (Women's Commission for Refugee Women and Children, 2004). Cuando el resultado de alguna de estas dos pruebas es positivo, se requiere confirmar el resultado, con una segunda prueba, llamada Western Blot y si ésta segunda prueba también sale positiva, indica que la persona tiene VIH en su organismo (UNESCO & UNIFEM, 2007). Finalmente, realizarse la prueba, es una decisión íntima y voluntaria, en la que cada persona puede decidir si se la quiere hacer o no (CJE, 2005).

2.3.6. Otros conceptos importantes sobre el fenómeno del VIH

Existen algunos conceptos que son utilizados en el estudio del fenómeno del VIH, en los programas de intervención y en algunas investigaciones. Uno de ellos, es el de la percepción de riesgo, la cual se refiere a la consideración relativa sobre la posibilidad de que existan repercusiones negativas ante una situación; concepto que se ha relacionado frecuentemente con conductas preventivas, como es el uso del preservativo para evitar la transmisión del VIH y que sin embargo al ser subjetiva, no se encuentra directamente vinculada con la ejecución de conductas preventivas; pues independientemente de las conductas que se realicen, la percepción de riesgo personal, es valorada como baja (Dafonte, Lameiras & Rodríguez, 2002).

Además, los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida como el VIH, influye en gran medida en el nivel de percepción de riesgo o la falta de este, que tienen los individuos ante determinadas situaciones (Álvarez, V, Rodríguez, C, 2006).

Otro concepto que se desarrolló desde la aparición del VIH/SIDA como una forma de definir la epidemia, es la idea de ‘grupos de riesgo’, que dio paso a la de ‘prácticas de riesgo’, luego a la de ‘situaciones y contextos de riesgo’, posteriormente a la de ‘condiciones sociales de riesgo’, lo que finalmente se convirtió en ‘vulnerabilidad’. Este concepto, surge dentro del área de los derechos humanos, enfocado a grupos o individuos en desventaja jurídica o política en la promoción, protección o garantía de sus derechos ciudadanos, lo que trasladado al fenómeno del SIDA, conlleva a una nueva comprensión de la vulnerabilidad social, que facilita que los estudios, acciones y políticas dirigidos al control y detención de la epidemia, trasciendan la noción de riesgo individual y que incorporen la de “vidas que transcurren en riesgo”, en vez de “prácticas de riesgo”, lo cual facilita que se determinen las necesidades particulares y que por lo tanto las estrategias se encaminen a resolverlas (Herrera, et al, 2002).

Este desarrollo conceptual se presenta por el cambio de paradigma que se da a partir de los resultados de los estudios epidemiológicos que se realizaron, por lo que paulatinamente el foco de atención, se centró en los factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos) trascendiendo las posturas moralistas y concepciones individualistas sobre el complicado proceso de toma de decisiones, al incorporar el concepto de situaciones y contextos de riesgo, con el fin de construir los enfoques de la vulnerabilidad social y el riesgo asociado, es decir, para resaltar que el riesgo individual se enmarca en una estructura y contexto social, lo cual facilita que algunos sectores de la sociedad sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, que tengan mayor probabilidad de infectarse de VIH (Magis & Hernández, 2009).

2.4. La prevención

En México, las acciones enfocadas a la prevención de nuevas infecciones de VIH, se han dirigido hacia diferentes direcciones, pues una vez que la transmisión por transfusión disminuyó considerablemente, se enfocaron en contrarrestar los factores individuales a través de campañas de abstinencia, fidelidad y uso de condón, que no abordaban la complejidad y las necesidades específicas de los distintos sectores de la población, principalmente de las mujeres, así mismo, conforme se fue desarrollando la epidemia, los

factores estructurales, tales como las normas, creencias y prácticas sociales, las dinámicas de género, así como los marcos epidemiológicos, económicos y políticos se convirtieron gradualmente en factores esenciales para las estrategias de prevención, ya que propician el desarrollo de un ambiente de vulnerabilidad y favorecen la transmisión del VIH (Torres, 2010).

Este cambio, en el marco de las intervenciones, se produjo gracias a que en un inicio, además de ser ineficaces, fueron excluyentes con los llamados “grupos de riesgo” (homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales) promoviendo como el mejor método de prevención la abstinencia, fidelidad y el aislamiento, reforzando el estigma hacia estos grupos, posteriormente para quitar este estigma y promover la participación de todos, se cambió la idea de “grupos de riesgo” a la de “comportamiento de riesgo”, sin embargo ello causó que se culpabiliza a los individuos por los fracasos de las campañas de prevención, sin tomar en cuenta los contextos, ni los factores socio-culturales, es por ello que el modelo que busca el cambio de comportamientos, fue criticado ya que no se tomó en cuenta que los comportamientos están fuertemente influenciadas por las desigualdades sociales como las de género, etnia, edad, preferencia sexual o clase social (Herrera, C, et al, 2002).

De acuerdo con Torres (2010), en México como en otras partes del mundo, existen tres tipos de enfoques preventivos, para atender los fenómenos sociales, como el del VIH y SIDA, los cuales son:

1. **Prevención mediante el cambio de comportamientos:** este enfoque centraliza sus campos de acción en el cambio de conductas individuales y parte del supuesto de que las personas pueden transformar sus acciones a través del conocimiento, actitudes y aptitudes que desarrollan.
2. **Prevención a través de la modificación de factores estructurales y de la reducción de la vulnerabilidad:** este modelo se enfoca en cambiar los ambientes estructurales en donde se desarrollan las personas, tales como la pobreza o exclusión social, las normas establecidas en las escuelas, en las familias, en la

sociedad y los grupos de pares u otros espacios sociales de interacción que modelan el comportamiento.

3. **Atención y tratamiento como prevención y “prevención positiva”:** en este enfoque las acciones se encaminan a la atención de pacientes con VIH/SIDA, ya que contribuye a la prevención de la transmisión del virus, por el hecho de que la detección temprana, posibilita oportunidades para un tratamiento oportuno y para promover cambios saludables en el comportamiento sexual y de otros tipos. Así mismo, el tratamiento adecuado, la adherencia a este, y el desarrollo de estrategias para evitar la transmisión en parejas *serodiscordantes*⁶ son elementos de este enfoque.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta la complejidad del fenómeno del VIH, ya que como mencionan Magis y Hernández (2009) parece haberse incrementado la vulnerabilidad en un creciente número de sectores de la población, al conjugarse conductas con múltiples condiciones de riesgo, esto a causa de que muchas personas pertenecen a más de un grupo considerado como en situación de vulnerabilidad y por lo tanto realizan más de una conducta de riesgo, como por ejemplo las trabajadoras sexuales que también son usuarias de drogas inyectables o que tienen parejas que lo son y que no usan constantemente el condón, etc. En ese sentido, se van estableciendo las relaciones que existen entre la pobreza, los jóvenes, la migración, el consumo de drogas en general e inyectables en particular, los hombres que tienen sexo con hombres, el trabajo sexual y las diferencias de género, factores que facilitan que las personas tengan múltiples condiciones de riesgo y que vivan en un nivel de mayor vulnerabilidad que otras.

A pesar de ello, la mayoría de los esfuerzos enfocados en la prevención que se realizan con algunos sectores de la población como los adolescentes (y jóvenes) en México se encaminan en cambiar los comportamientos individuales, pero no modificar los ambientes estructurales que rigen sus contextos, pues estos comportamientos se desarrollan dentro de

⁶ Se entiende como parejas sero-discordantes, aquellas relaciones en las que uno de los miembros de la relación vive con VIH, sin embargo, también existen parejas sero-concordantes, que hacen referencia a cuando los dos miembros de la relación viven con VIH. En cualquiera de los dos casos es importante la prevención secundaria, es decir, que tengan las medidas necesarias como el del uso del condón en cada una de las relaciones sexuales que tengan, para evitar en el primer caso que la pareja pueda adquirir el VIH y en el segundo para evitar reinfecciones.

estructuras socioculturales en donde su influencia es determinante (Torres, 2010) entre estos factores, se encuentran las pautas sociales y culturales sobre el género.

En la línea respecto al género, el impacto creciente de la epidemia en las mujeres es una realidad, la cual requiere de enfoques de prevención que tomen en cuenta sus necesidades y realidades particulares, vinculándose con otros factores que refuercen de forma continua, la prevención, el tratamiento y el cuidado; por lo tanto, una prevención adecuada, necesita que la educación, el acceso a los servicios de salud, los medios de comunicación, el comportamiento, el desarrollo de habilidades y la capacitación laboral, consideren el papel que juega el género en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, y la manera en que esto afecta a la prevención del VIH, así mismo, son fundamentales los esfuerzos para asegurar el empoderamiento femenino, la igualdad de género y la responsabilidad de los hombres (ONUSIDA, UNFPA & UNIFEM, 2004).

La prevención no debe dirigirse sólo a disminuir los comportamientos de riesgo, sino a prevenir y atender las condiciones sociales y estructurales de vulnerabilidad de las mujeres, jóvenes y niños, y esto solo se logrará cuando en el diseño e implementación de los programas enfocados a las mujeres, se tomen en cuenta sus necesidades basadas en su diversidad, se promueva su empoderamiento y el de sus comunidades y, cuando se les involucre a ellas y a sus parejas activamente (Torres, 2010).

En México, los programas de prevención, por lo regular, resaltan como métodos de prevención, el uso de preservativos y evitar prácticas de riesgo, a pesar de que en ocasiones son difíciles de implementar o imposibles para algunas mujeres, ya que negarse a tener relaciones sexuales con su pareja, podría implicar que su pareja ejerza violencia en contra de ella u ocasionar el rompimiento de la relación, también se les recomienda tener menos parejas sexuales, siendo que la mayoría de las mujeres que viven con VIH solo tuvieron una pareja sexual y finalmente promueven el uso del condón, cuando en ocasiones su uso en realidad no depende de ellas si no de que su pareja quiera ponérselo (Pérez, et al, 2004).

Por lo anterior, es fundamental que las mujeres desarrollen habilidades para negociar el uso del condón, para tener relaciones sexuales más seguras, negociar cuando no deseen tener relaciones sexuales, así mismo, es esencial, que tengan opciones más seguras de

mantenerse económicamente (sin tener que llegar al sexo por dinero) ya que ellas tienen menos acceso a los recursos, son más vulnerables a sufrir violencia y son más propensas a ser económicamente dependiente de los hombres (ONUSIDA, UNFPA & UNIFEM, 2004).

2.5. Estudios sobre el fenómeno del VIH

Se han generado algunos estudios en torno al fenómeno del VIH, enfocados en adolescentes y jóvenes, en donde han investigado diferentes variables asociadas al fenómeno, como lo son otras ITS, embarazos no planeados, conductas sexuales de riesgo, percepción de riesgo, tipos de parejas etc. desde distintas perspectivas y con distintos métodos.

Como el que realizan Piña, et al (2009) sobre predictores del comportamiento sexual, en donde proponen un modelo psicológico de salud, orientado a la prevención de las enfermedades, desde el supuesto que componentes psicológicos, interactúan con variables biológicas y sociales, que facilitan o impiden comportamientos de prevención o riesgo según sea el caso, en donde una persona presenta la tendencia de realizar comportamientos sexuales arriesgados, si en lo inmediato, los comportamientos tienen consecuencias positivas, (como placer o gratificaciones sexuales), que de acuerdo a quien realiza el comportamiento, son valoradas como mayores en comparación con las consecuencias potenciales negativas en el mediano o largo plazos (diagnóstico de seropositividad al VIH).

También los autores explican la importancia de tener en cuenta la circunstancia social particular en la que se está interactuando y las personas con las que se entra en contacto, conocidas o no, finalmente el modelo propone la importancia de considerar una diversidad de condiciones biológicas (alto grado de excitación, estar bajo la influencia del alcohol) pueden influir y facilitar la práctica de diferentes comportamientos sexuales de riesgo.

Dentro de los estudios realizados sobre la relación de variables entre la percepción de riesgo y el tipo de relaciones, se encuentra la investigación de Dafonte, et al (2002) que con una muestra compuesta por 1.057 estudiantes universitarios elegidos aleatoriamente de los primeros cursos de todas las carreras de la Universidad de Vigo (en España) encontraron que la percepción de riesgo es significativamente más baja en las relaciones sexuales

enmarcadas como relaciones afectivas (con la pareja) frente a las relaciones casuales, siendo las mujeres a diferencia de los hombres las que perciben mayor riesgo en las relaciones casuales. Finalmente encontraron que cuanto más presente tienen los/as jóvenes la infección VIH en el momento de plantearse una actividad sexual, es mayor la percepción de riesgo que se asocia con la falta de protección en dicha actividad.

En este mismo sentido, sobre la percepción de riesgo, pero tomando en cuenta otras variables, se encuentra el estudio de corte cualitativo-cuantitativo realizado por Góngora, et al (2006) en una universidad pública de Yucatán en donde se realizan intervenciones en cuanto a la prevención del VIH a toda la comunidad estudiantil y en donde participó una muestra de 210 estudiantes, en donde se encontró a nivel cuantitativo, que cerca del total (98%) de los encuestados, indistintamente de su grado escolar y sexo, presentaron conocimientos adecuados y suficientes sobre el SIDA, el 9% presentó conocimientos equivocados de las formas de transmisión y aún persiste la idea de otras formas de transmisión (por saludar a alguien con VIH, compartir el baño, etc.). Así mismo se identificaron mitos sobre el SIDA, como el temor de infectarse por mosquitos, pero una actitud favorable ante las personas que viven con VIH.

En este mismo estudio, también se observó la presencia de estereotipos de género y con frecuencia el argumento de que con el condón “no se siente igual”, además de una baja percepción de riesgo para la infección, ya que la mayoría de ellos no lleva una vida sexual activa. Finalmente, con respecto al estudio de lo cualitativo, los jóvenes coincidieron, en que la información es esencial en cuanto a este problema y que las campañas deben darse con mayor frecuencia y proporcionar información concreta, que llame la atención, atendiendo las necesidades o gustos del grupo al que va dirigida, también solicitaron campañas en donde participen personas que los jóvenes admiren u otros jóvenes y en donde incluyan testimonios e imágenes que les impacten sobre las consecuencias que puede producir la enfermedad.

Desde otra línea, hay investigaciones enfocadas en la variable conducta o comportamiento sexual como de Álvarez, Benavides, Peña y Valle (2011) en donde participaron 112

jóvenes mexicanos, estudiantes de nivel superior entre 18 y 24 años de edad, elegidos por muestreo no probabilístico para identificar su conducta sexual, en donde el 80.4 % reportó haber tenido relaciones sexuales y el 20.6 % no lo había hecho, el porcentaje de jóvenes que inicio sus relaciones sexuales antes de los 16 años fue el 16.7 % y el 83.3 % lo hizo después de los 16 años, el 38.8 % manifestó tener relaciones sexuales con parejas conocidas y el 61.2 % reportó haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja y el 65.2 % reveló que ha tenido relaciones sexuales sin protección, incurriendo así en prácticas de riesgo de contraer alguna ITS.

En el mismo estudio, el 41 % de los participantes señaló que tuvo relaciones sexuales a causa de estar bajo el efecto de alguna droga o alcohol, el 17 % reportó haberse realizado alguna prueba de embarazo y 40.2 % mencionó haberse realizado una prueba por ITS, lo anterior demuestra que en su mayoría los jóvenes han practicado alguna conducta sexual de riesgo, también se encontró que los jóvenes que inician relaciones sexuales a edad temprana tienen mayor número de parejas sexuales y que por lo tanto, una mayor probabilidad de haber tenido relaciones sexuales sin condón con varias de ellas (o con todas). Finalmente, los autores observaron, que los jóvenes que han consumido alcohol, muestran mayor frecuencia de relaciones sexuales, usan menos el condón y tienen más de una pareja sexual que los jóvenes que no consumen alcohol.

Finalmente, en un estudio realizado con 4200 jóvenes universitarios de la FES Iztacala en la ciudad de México mostraron que el porcentaje en que los participantes usan condón en sus relaciones sexuales en general, es alto tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, muchos de los que dijeron usar condón lo hicieron de manera inconsistente. En este sentido, por sexo se observó un porcentaje mayor en los hombres (62.79%) que en las mujeres (45.33%) que utilizan condón consistentemente, esto indica que las mujeres son las que se encuentran más vulnerables de adquirir el VIH/SIDA debido a que es mayor el porcentaje de mujeres que no usa el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales. (Enríquez, Sánchez & Robles, 2005).

En este sentido, se han realizado estudios que se han enfocado específicamente sobre los factores que influyen en que las personas utilicen o no el preservativo.

2.6. Factores que influyen en el uso del condón

El preservativo masculino es la principal tecnología preventiva disponible para protegerse contra la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales (ONUSIDA, 2000), por lo tanto, un tema que se ha convertido de vital importancia en la prevención del VIH y otras ITS, es el de investigar los factores subyacentes por los que las personas no usan el preservativo o lo hacen de manera inconsistente. Se ha encontrado que este fenómeno se encuentra relacionado con diversos factores y se ha visto que el conocimiento del uso adecuado del condón y sus ventajas no son suficientes para que las personas lo usen, ya que como mencionan Gutiérrez, Luna, Théodore y Torres (2004) que existen factores que “no se limitan a la falta de recursos económicos o de información, si no que tienen que ver con la construcción social de la sexualidad y del riesgo entre los jóvenes”.

Dentro de los análisis que se enmarcan en la temática sobre las barreras que impiden el uso del condón entre la población, está la del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO) que publicó un informe titulado “Barreras que impiden el acceso a los condones: Estableciendo una agenda para la incidencia política”, en 2009, dicho informe se basó en una investigación a nivel comunitario en 14 países e identificó algunas barreras clave que impiden el acceso a los condones. En el informe y su investigación que fueron parte de un análisis con mayor amplitud en tres países por medio de organizaciones con base comunitaria en Jamaica, Camboya y la India, encontraron a pesar de las diferencias en geografía, cultura, raza y relaciones sociales existen puntos que convergen en cuanto a las barreras que esos grupos tienen en el acceso y uso de condones, dichas barreras fueron clasificadas como:

1. Barreras sociales y culturales

- a) Inequidad y roles de género: Los roles de género tradicionales que se han establecido, justificados por las diferencias físicas y socio-económicas, han

originado que los hombres posean mayor poder en el establecimiento de las dinámicas sexuales, lo cual impide el acceso y uso de condones, que se ve reflejado en:

- La resistencia de utilizar el condón por parte de los hombres que lo consideran innecesario, en especial con parejas con las que tienen tiempo juntas;
- La pauta cultural que promueve que los hombres como demostración y reafirmación de virilidad y masculinidad, tengan un número mayor de parejas sexuales a pesar de que se encuentren involucrados en alguna relación, con las que por lo regular no utilizan el preservativo;
- La amenaza constante de sufrir violencia física y/o la pérdida de ingresos en el caso de las trabajadoras sexuales si solicitan el uso del condón a los clientes;
- Las prácticas sexuales entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) al ser percibidas como inaceptables por considerarse anti masculinas, ocasiona que se realicen de manera clandestina, lo que crea dificultades para implementar acciones preventivas;
- El riesgo que representa para las mujeres la ruptura de una relación con sus parejas, ya que al ser económicamente dependientes de ellos, existe la posibilidad de perder su estabilidad, al insistir en el uso del condón y generar así la ruptura de la relación;
- El sexo forzado como los abusos sexuales, violencia, violación y acoso, en donde por lo regular los abusadores no utilizan condón;
- Las construcciones culturales sobre lo que implica ser un ‘hombre’ de ‘verdad’, que se basan en la idea, de que el valor de un hombre, reside en número de conquistas sexuales que obtiene. Por otro lado, las pautas culturales, que establecen que el sexo es un derecho que tienen, cuya función esencial es la de comprobar su masculinidad y que promueven la sobre valoración del placer producto de las relaciones sexuales, lo que genera una preocupación, en especial por parte de los hombres, de que los condones disminuyen el placer del sexo y por lo tanto afecten su actividad sexual;

- b) Las creencias religiosas y morales: Los mensajes que en contra del uso del condón tienen los líderes religiosos, que influyen en que las personas no los utilicen, así como la creencia errónea originada por la doble moral de que la promoción del condón fomenta el sexo, son factores que representan una barrera esencial en el uso del preservativo.
- c) Negación de condones por parte de los trabajadores del sector salud a trabajadoras sexuales y personas seropositivas sexualmente activas, causa de sus prejuicios morales;
- d) Homofobia generalizada que afecta la distribución de condones en prisiones y perjudica las intervenciones de prevención enfocada en HSH;
- e) La falta de conocimiento sobre el VIH y la falta de percepción de riesgo de contraerlo dificulta el uso de condones.

2. Barreras Legales y Políticas

- a) Leyes y políticas que regulan la conducta sexual: los entornos legales en los países en donde se realizó el análisis, tienen políticas y programas relacionados con el VIH que en ocasiones, se encuentran en conflicto con leyes penales, como las leyes que penalizan el trabajo sexual, el sexo entre hombres y las que impiden la distribución de preservativos e información de salud sexual a menores de edad, lo que dificulta el acceso a los condones de algunos sectores de la población.
 - El problema se agudiza cuando la moralidad y las normas sociales están sustentadas en la idea de que algunos comportamientos u oficios deben ser criminalizados, como el consumo de drogas, trabajo sexual y relaciones entre el mismo sexo, ocasionando la dificultad por parte de estos sectores de acceder a los servicios de salud y a los condones.

3. Barreras Económicas y Financieras

- b) El costo y acceso a los condones en algunos países en desarrollo, puede representar una barrera, especialmente en los contextos con bajos recursos, como en zonas indígenas, rurales o en zonas de riesgo de las ciudades.

4. Barreras estructurales

- a) Disponibilidad de condones: falta de disponibilidad y mala distribución de condones, principalmente en países donde algunos sectores de la población se encuentran alejadas de los lugares que pueden proveerlos.
- b) La falta de educación sexual principalmente en el sistema educativo.
- c) La falta de integración de los programas de VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- d) El desconocimiento sobre la forma en que se transmite el VIH, la manera de prevenirlo y la poca importancia que se le da a las consecuencias de contraerlo, podrían influir en que no se utilice el preservativo.

De acuerdo con lo anterior y por la naturaleza de la presente tesis, se presentarán algunas investigaciones que desde perspectivas psicológicas, sociales y culturales abordan los factores que intervienen en el uso del condón, y que pueden ser clasificados en cuatro tipos de investigaciones, los que se enfocan en: a) los motivos masculinos en el uso o no del preservativo; b) los motivos de las mujeres; c) otros que realizan una comparación entre los motivos de hombres y mujeres para establecer diferencias y similitudes d) finalmente motivos que independientemente de la variable sexo y género se presentan.

- a) Motivos de los “hombres” en el uso o no del condón

Dentro de este rubro, están los factores señalados por Mateus y Mosquera (2003) en su investigación, en donde participaron 232 adolescentes y jóvenes entre los 12 a 18 años de edad, de distintas instituciones educativas de Palmira, Colombia, encontraron que dentro de

las principales razones por la cuales no utilizan el condón, es porque, específicamente los hombres consideran que las condiciones inesperadas (no planeadas) en las que se presentan las relaciones sexuales no favorecen su uso, además 23 de los participantes de entre 15 y 18 años que ya han tenido relaciones sexuales, mencionaron que prefieren no utilizar condón, por dos razones principales, una de ellas es que les causa una sensación de incomodidad su uso, es decir por tener que suspender la relación sexual para colocarse el preservativo y la otra razón es que sin él, la relación sexual es más placentera o visto de otra manera que al usarlo perciben una pérdida del placer, además de que tienen la creencia, de que a las mujeres tampoco les gusta usarlo.

En el mismo estudio, encontraron que los adolescentes de entre 12 y 14 años, a pesar de que no eran sexualmente activos, perciben que el condón no es agradable, a causa de los comentarios que han escuchado por parte de sus pares al respecto. Finalmente los jóvenes de entre los 17 y 18 años, mencionaron que otro factor que ha impedido su uso, es el haber tenido relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol.

b) Los motivos de las “mujeres” en el uso o no del condón

Dentro de los obstáculos que limitan el empleo de los condones en las mujeres, ONUSIDA (2000) menciona que en las culturas en donde los preservativos se asocian con las relaciones sexuales ilícitas y las ITS, la mujer que intenta usarlos con su pareja sentimental, se encuentra con el problema de que su pareja cree que no le es fiel o la considera “demasiado preparada”. Así también el uso del condón puede entrar en conflicto con el propio deseo de la mujer o de su pareja de tener un hijo.

En esta línea de investigaciones sobre razones se encuentra la realizada por Welti (2005) que aunque indaga sobre el uso de métodos anticonceptivos, incluye entre ellos el condón, esto lo realiza por medio del análisis de los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003) la cual sugiere la probabilidad de que el uso de anticonceptivos depende de la persona con la cual se tiene la primera relación sexual y de la edad de la mujer en ese momento, ya que quienes tuvieron su primer relación sexual con el esposo, usan anticonceptivos en menor porcentaje en comparación con las mujeres que

tienen la primera relación sexual con el novio, así mismo también los datos sugieren que a medida que la edad de la mujer incrementa, también aumenta el porcentaje del uso de algún método anticonceptivo.

Así mismo, aunque el deseo de embarazarse es una de las razones más importantes para no haber usado métodos anticonceptivos (entre ellos el uso del condón) en la primera relación sexual, la suma del conjunto de razones expresadas por las mujeres para no haberlos usado muestra que el conocimiento sobre ellos, su disponibilidad, el no haberlo planeado y la generación de una actitud de prevención para evitar un embarazo no planeado ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, podrían incidir positivamente sobre su uso.

Otros factores que dificulta el uso de condones entre las mujeres, es que muchas de ellas, perciben su utilidad sólo en función de evitar embarazos no planeados y no para la protección contra alguna ITS, así mismo, dentro de distintas culturas, el embarazo al ser símbolo de intimidad y compromiso, genera que las mujeres tengan temor de posibles repercusiones negativas por parte de sus parejas si solicitan su uso, finalmente desde esta perspectiva cultural, el matrimonio, en sí mismo, se ha convertido en uno de los factores principales que representan mayor riesgo para ellas, ya que en algunas culturas al ser el adulterio o la poligamia una práctica común, que en la mayoría de los casos es practicada por parte de los hombres y en donde por lo regular no usan el preservativo, el sexo sin protección dentro del matrimonio se ha convertido en una situación de riesgo inherente para ellas (Drezln, et al. 2007).

c) Comparación entre los motivos de hombres y mujeres para establecer diferencias y similitudes

En cuanto a los motivos comparados entre hombres y mujeres Barroso, et al (2008) mencionan que diferentes estudios han encontrado que uno de los factores que impiden el uso del condón, es que las personas se ajustan a lo que decide su pareja sobre ello, también por la influencia de los amigos sobre el uso o no del condón y finalmente la atracción física en el sentido de que mientras mayor atracción física, mayor probabilidad se presenta de tener relaciones sexuales sin protección.

En este sentido, en su trabajo de investigación en donde participan 105 estudiantes del nivel educativo medio, del estado de México con un promedio de edad de 16 años y que reportan ser sexualmente activos, identifican que existe una relación significativa entre el uso del condón y la negociación sobre su uso, encontrando una tendencia favorable hacia su uso, cuando una de las dos personas involucradas en una relación sexual lo solicita, sin embargo también observaron que son las mujeres las que menos lo proponen en comparación con los hombres. Finalmente encontraron que un factor que influye en el uso del condón tanto en los hombres como en las mujeres, es que su uso se encuentra influenciado por el tipo de relación que establecen con la persona con la que tienen relaciones sexuales, siendo que cuando perciben su relación como estable lo utilizan menos que cuando participan en relaciones sexuales con alguna pareja eventual.

En la ENJ (2005) el sector de los jóvenes entre 20 y 25 años mencionan algunas razones por las cuales no utilizan ningún método anticonceptivo, entre ellos el condón, siendo las razones principales, el que no hayan iniciado su actividad sexual, que no les gusta usar, porque ni su pareja ni ella o él están de acuerdo en su uso, por que ellos o ellas no están de acuerdo en su uso y finalmente porque su pareja no está de acuerdo en su uso. En cuanto a las razones por género los datos señalan que, las mujeres son las que utilizan con menos frecuencia algún método anticonceptivo, los hombres con mayor frecuencia no están de acuerdo en su uso y les disgusta más que a las mujeres y finalmente, son ellas, sobre todo, las que mencionan que no lo usan porque su pareja no está de acuerdo en su uso. Así mismo, de las personas que por el contrario, sí utilizan algún método anticonceptivo, en cuanto a las razones de su uso, son con mayor frecuencia las mujeres, las que mencionan que sus parejas fueron quienes decidieron utilizarlo (ver cuadro 6 y gráfica 6).

Lo anterior muestra que desde una perspectiva de género, las mujeres suelen ajustarse en mayor medida que los hombres a lo que sus parejas decidan tanto en si usan algún método anticonceptivo o no (entre ellos el condón) ante esta situación Barroso, Frías, Moreno, Rivera, Robles y Rodríguez (2008) mencionan que el motivo por el cual la mujer delega la responsabilidad del uso o no de algún método de protección, se debe en gran parte, a los roles tradicionales de género, que establecen las normas sobre que los hombres son los que

deben de tomar las decisiones en la relación. Este fenómeno, puede verse reflejado en México, en donde la brecha de género sigue siendo significativa y la mujer frecuentemente adquiere un papel principalmente pasivo en cuanto a la relación sexual, en donde por las pautas culturales, el uso del condón es facultad exclusiva de los hombres y por lo tanto son ellos los que deciden usarlo o no (Gayet, Juárez, Magis & Pedrosa, 2003).

d) Estudios que no toman en cuenta la diferencia de género

Dentro de éste tipo de estudios se encuentra el de Moral (2007) en donde participaron 395 estudiantes de psicología, de una universidad del Noreste de la República Mexicana, que recibían capacitación para ser instructores en educación sexual, en donde se encontró que en el uso del preservativo, también influye la frecuencia con la que se tiene relaciones (especialmente en relaciones heterosexuales y de coito vaginal), siendo las personas con menor actividad sexual (las que reportan haber tenido relaciones al menos una vez o pocas veces en su vida) las que utilizan más el preservativo en comparación, con los individuos con una vida sexual más activa (el que reporta hacerlo al menos una vez a la semana) e intermedia (los que reportaron haberlo hecho al menos una vez al mes). Finalmente, en el estudio, se identificó un fenómeno interesante, el de la sustitución del condón por otros métodos pero que son solo anticonceptivos, a causa menciona el autor, posiblemente por la pérdida del placer por su uso con la pareja estable y una valoración negativa de las consecuencias sexuales por su uso (como por ejemplo pérdida de espontaneidad durante al acto sexual).

En este mismo sentido, un estudio con estudiantes de bachillerato en el estado de Yucatán, encontró que de los 210 participantes, el 15.7 % eran sexualmente activos, más de la mitad de ellos, informó utilizar el condón y de estos el 65 % lo utilizó exclusivamente como método anticonceptivo, esto sugiere, que la preocupación de los jóvenes se encuentra enfocada en evitar algún embarazo no planeado más que en el riesgo de infectarse de VIH o alguna ITS, esto tal vez a que se enfatiza más su uso como método de planificación familiar que como medida de prevención para el VIH, o a causa de que generalmente existe mayor preocupación de un evento a corto plazo, como el embarazo, en comparación con algo que

sus consecuencias pueden percibirse a largo plazo, como lo es la infección por el VIH (Góngora, Sánchez & Vera, 2006)

Esta tendencia de sustituir el uso del condón por el de otro método, al parecer es una tendencia generalizada, pues se presenta en otros países como en España, ya que en un estudio realizado por Gras, Planes y Soto (2002) con una muestra de 225 estudiantes de la Universidad de Girona de las carreras de psicología, derecho y magisterio, encontraron que el uso del preservativo disminuye a medida que aumenta la edad, pero el uso de métodos anticonceptivos como la píldora o el *coitus interruptus*⁷ tiende a incrementarse. Así mismo encontraron que cuando se incrementa el número de parejas sexuales disminuye el porcentaje de sujetos que han utilizado de forma consistente el preservativo con su última pareja y aumenta el porcentaje de aquellos que no lo han utilizado nunca o solamente lo han hecho en ocasiones.

Dicho fenómeno, los autores lo explican argumentando que el proceso puede ser que en un inicio los jóvenes tengan experiencias sexuales eventuales con una o más parejas sexuales, después si, en caso de estabilizarse con una pareja, su actividad sexual aumentará, así como la confianza en la salud y fidelidad, lo que origina que busquen únicamente un método de prevención del embarazo cómodo y seguro, pasando del preservativo a otros métodos. Otra explicación que dan los autores y que no implica que no sea compatible con la primera, es que al realizar de manera frecuente comportamientos de riesgo (no usar preservativo) que tienen consecuencias gratificantes a corto plazo y sin consecuencias negativas inmediatas evidentes, termina por convertirse en una conducta común.

En esta línea sobre dejar de utilizar el condón con una persona cuando se percibe la relación como estable ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM (2004), menciona que existe una tendencia a que en especial las mujeres jóvenes dejen de pedir el uso del condón cuando su relación la perciben como “estable” a causa de los lazos afectivos que se han establecido y además por lo que menciona Szasz (2000), que existe una creencia cultural generalizada sobre que el

⁷ Coitus interruptus o coito interrumpido, es un método utilizado con fines contraceptivos, que consiste en que el hombre retire su pene de la vagina antes de eyacular y lo haga fuera, sin embargo éste método no es recomendado por su poca efectividad.

condón debe usarse exclusivamente con personas que “no son confiables”, con quienes el erotismo tiene mayor valor que la intimidad y con quienes solamente se pueden establecer relaciones eventuales. En este sentido, una persona es percibida como confiable cuando se han establecido lazos afectivos con ella y una relación enmarcada como estable.

Es decir como menciona Díaz y Robles (2009) el grado de intimidad o involucramiento afectivo con la pareja, es una variable que se encuentra vinculada con la conducta de usar condón, en donde la relación que se presenta es que mientras mayor involucramiento emocional y afectivo con la pareja, menor probabilidad de usar el condón, esto también tiene implicaciones en la percepción de riesgo como lo muestra el estudio anteriormente citado de Dafonte, et al (2002) en donde se encontró que la percepción de riesgo es significativamente más baja en las relaciones sexuales enmarcadas como relaciones afectivas (o estables) frente a las relaciones casuales, siendo las mujeres a diferencia de los hombres las que perciben mayor riesgo en las relaciones casuales. Es decir la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS, depende del tipo de relación que se establezca con una persona.

De lo anterior, puede decirse que existen elementos y *simbolismos*⁸ culturales como el *amor romántico*⁹ que contienen las construcciones que se generan alrededor de los vínculos afectivos y las relaciones de pareja enmarcadas como estables, y que influyen sobre la percepción de riesgo que tienen las personas de adquirir alguna ITS y sobre el uso del condón con dichas parejas.

⁸ El término de símbolo, ha sido abordado desde distintas áreas de estudio, como la semiótica, sociología, antropología y psicología, lo cual ha generado que sea concebida de distintas formas, sin embargo, por lo general, el símbolo se concibe como la dimensión que adquiere cualquier objeto (artificial o natural) cuando éste tiene la cualidad de representar una realidad que no necesariamente es inherente (Carretero, 1996, citado por Costilla, M, 2010). Para el autor, por lo tanto, los símbolos son una referencia entre signo y la realidad, de tal forma que, de un concepto, es posible indicar si éste es verdadero o falso; además, son relaciones de representación, ya que el signo (combinación de un concepto y de una imagen acústica) tiene la cualidad de producir imágenes mentales en los individuos. También, los signos se vinculan entre ellos por relaciones como la semejanza y la cercanía, es por ello que el símbolo encuentra su lógica en una estructuración en el mundo de las personas, sea su mundo empírico o sea su mundo imaginario. Finalmente, el símbolo, al ser cualquier objeto, que tenga la cualidad de evocar una realidad imaginaria o empírica, está basada en los valores y creencias de una sociedad sobre cualquier fenómeno, es por ello que también se ha mencionado que otra de las cosas que diferencia a los seres humanos de los animales, es nuestra capacidad de crear, reproducir y aprender símbolos.

⁹ Para Díaz y Robles (2009) el amor romántico se refiere al conjunto de sensaciones vinculadas con el cariño, la confianza y el afecto.

En este sentido, la construcción social del amor romántico está compuesta de simbolismos que influyen y confluyen en la manera en que las personas viven, le dan significado y sentido a sus relaciones y a los vínculos afectivos que establecen en su vida (Herrera, et al. 2002). Sin embargo, en ésta dinámica, éste ‘amor’, suele idealizarse, plasmando así, valores como la cualidad incondicional que este debe de tener, lleno también de sacrificios por la otra persona y por el bien de la relación, también el deseo simbólico de convertirse en uno mismo con la otra persona, es decir entregarse al otro sin condiciones en cuerpo y alma, por lo que la pareja debe de ser un símbolo de total confianza en todos los aspectos, pues es el ‘alma gemela’, ‘la media naranja’, que no puede ni debe dañar, ni perjudicar, pues la sola idea de esa posibilidad genera un conflicto, una incongruencia con esa idealización.

En esta construcción, el género también juega un papel importante, pues dictamina que ellas deben de ser pasivas y estar en constante espera de su ‘príncipe’ (aún después de cada decepción amorosa) y el hombre al tener que jugar un papel activo debe de ir en busca de ella y conquistarla, esta búsqueda de encontrar y fundirse simbólicamente con su complemento, su alma gemela, se vuelve una constante búsqueda y espera en la vida de las personas.

Entre los factores que limitan el uso del preservativo está la percepción generalizada tanto de hombres como de mujeres de que el proponer su uso podría herir a la pareja, también de que además de disminuir el placer por la tendencia de centralizar el placer sexual en la penetración, también de que su uso disminuye la intimidad (ONUSIDA, 2000) y finalmente otro factor, es el uso inadecuado del condón, ya que el preservativo es altamente efectivo, solo si es utilizado de forma adecuada (Colombo, et al, 2002) es decir si se abre de manera adecuada, si no se utiliza fuera de la fecha de vencimiento, si no se daña al momento de abrirlo, etc.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta los contextos en donde se desenvuelven las personas, pues son estos, los que en gran medida determinan el comportamiento, ya que por sus cualidades pueden ser significativamente contrastantes entre sí, como lo son los contextos rural y urbano, que difieren en valores, en nivel socioeconómico y de escolaridad

de las personas, ya que por lo regular los jóvenes con un nivel socioeconómico y escolaridad más bajos, pertenecen a los contextos rurales y por lo tanto se encuentran en una situación más vulnerables ante el fenómeno del VIH, pues las opciones de servicios, distribución y acceso a los condones en los contextos rurales en comparación con los urbanos son limitados y por lo tanto los conocimientos y la percepción de riesgo de contraer alguna ITS entre los jóvenes es menor, lo que dificulta promover conductas preventivas (Gayet, et al, 2003).

Finalmente, es importante mencionar que los factores tanto personales como estructurales pueden influir en mayor o menor medida y de manera diferente tanto a distintos sectores sociales como a las personas en los diferentes contextos y a veces en función de su género, dependiendo de otras variables como la dinámica familiar en la que se encuentran, el tipo de educación a la que están o han estado expuestos, las experiencias personales que han vivido con respecto al ámbito de la sexualidad, los programas que los gobiernos emprenden para promover el uso del condón y su postura frente a ello, etc., ya que algunas o todas estas variables se relacionan y algunas de ellas son la causa subyacente de este fenómeno. A manera de síntesis sobre los factores antes vistos que influyen en el uso del condón se presentan unos esquemas en el Anexo 1.

CAPÍTULO 3

EL VIH EN MÉXICO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS EN LAS JÓVENES

En México al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA, de los cuales 123,706 (82%) eran hombres y 26,900 (18%) mujeres; y se habían registrado 36,714 casos acumulados de VIH, de los cuales 26,697 (72.8%) eran hombres y 10,017 (27.2%) mujeres. Del total de los casos registrados de SIDA en el país, el 44% se encuentra en 4 lugares, en el Distrito Federal (24,198), Estado de México (16,686), Veracruz (13,958) y Jalisco (11,323), siendo estas las entidades Federativas con más casos registrados. Mientras que los estados de Zacatecas, Baja California Sur, Colima y Aguascalientes, representan 2.3% de todos los casos de SIDA reportados hasta la fecha. Por otra parte, del 1 de enero de 2011 al 30 de septiembre del mismo año, se habían registrado 2,846 casos nuevos de SIDA y 3,083 casos nuevos de VIH. Siendo en nuestro país la principal vía de transmisión del VIH la sexual; además México tiene una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas que realizan trabajo sexual y usuarios de drogas inyectables (CENSIDA, 2011)

Así mismo CENSIDA (2011) también reporta que el 32% de los casos registrados de SIDA en hombres, se enmarcan en la categoría de transmisión por relaciones sexuales homosexuales, el 22% por relaciones bisexuales, el 41% por la vía heterosexual (considerar que podría estar sobre reportado dado que muchos hombres no se asumen homosexuales aunque tengan sexo con otros hombres), el 1% por uso de drogas inyectables y otro 1% por transmisión vertical. Por otra parte, el 86.6% de los casos registrados de SIDA en mujeres, pertenecen a una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales, el 5.8% por la vía de transmisión vertical (de padres a hijo) y el 0.67% por el uso de drogas inyectables.

Así mismo, es importante destacar que la mayoría de las personas que viven con VIH ignoran que lo tienen, por lo tanto, resulta imposible establecer el número exacto de personas seropositivas que hay en México (Torres P, 2010). Por otro lado, con respecto al

género, en nuestro país aunque la epidemia sigue teniendo la cualidad de ser predominantemente masculina, los análisis epidemiológicos muestran una tendencia en el crecimiento de mujeres infectadas, un incremento de la transmisión heterosexual y un impacto cada vez mayor en las personas más vulnerables, como sucede con las mujeres que tienen bajos niveles de educación e ingreso y las que habitan en medios rurales (Pérez, H, et al, 2004).

Este incremento constante de la epidemia del VIH/SIDA entre las mujeres mexicanas, se debe a lo que diversas investigaciones realizadas en México han identificado, que los hombres casados tienen con frecuencia múltiples parejas sexuales con las cuales no se protegen, lo que genera que el vivir con una pareja estable, represente el principal factor de riesgo de adquirir VIH para muchas de ellas. Otros factores que se han identificado y que aumenta el riesgo de las mujeres ante este fenómeno, es el de la migración y del tipo de contexto en donde se desenvuelven, como por ejemplo, el de la prostitución y las drogas, pues esto se ve reflejado en la prevalencia del VIH entre trabajadoras sexuales en la frontera Norte es casi de 5% y alcanza 14% si usan drogas intravenosas (Torres, 2010).

Es por ello que muchos investigadores han encaminado sus estudios hacia las poblaciones más vulnerables, así lo muestran Allen, Arana, Castro, Cruz, Hernández y Rivera (2003) así como Brouwer, et al (2006) etc. en sus investigaciones sobre las trabajadoras sexuales en México. Si bien las mujeres que pertenecen a ciertos subgrupos son más vulnerables en adquirir el VIH que otras, también es necesario investigar y prestar atención a las mujeres que no son consideradas pertenecientes a los grupos de alto riesgo, como las amas de casa, profesionistas y jóvenes universitarias, ya que éste fenómeno de focalización hacia ciertos subgrupos, dificulta que ellas no se perciban en riesgo, ni que la sociedad las considere en riesgo, este descuido las hace vulnerables ante la pandemia, pues también participan en prácticas de riesgo.

En México, la razón hombre/mujer de casos de SIDA en 2011 es de 4.5 a uno (promedio global del país), es decir, que de cada 4.5 hombres en fase de SIDA hay una mujer. Mientras que para los casos de VIH la razón es de 3.4 hombres por cada mujer. El Distrito Federal es uno de los estados con la mayor razón hombre/mujer de casos registrados de

SIDA, 8 hombres por cada mujer, seguido por Nuevo León con una razón de 7.4 hombres por una mujer; y finalmente Guanajuato con una razón de 5.1 hombres por una mujer (CENSIDA, 2011). Así mismo la razón en México en los casos de SIDA, entre los casos hombre/mujer en cuanto a la transmisión sexual en la población de 15 a 29 años de edad es de 4 a 1 (ver cuadro 10 del anexo 2), lo que sugiere que las jóvenes se encuentran más expuestas a la infección que las mujeres de 30 y más años de edad (ver anexo 2, cuadro 10), pues en ellas la razón es que de cada 5.2 infecciones del sexo masculino, hay 1 del sexo femenino, de acuerdo con los casos acumulados a junio del 2011 (SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 2011).

3. Factores que favorecen la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH

Los factores que incrementan la vulnerabilidad de mujeres y hombres ante el VIH, incluyen componentes culturales; además de estructurales como un limitado acceso a la riqueza y los recursos, especialmente en lo que a la atención de la salud, la educación y la seguridad social se refiere; también influyen prácticas y creencias religiosas, migración, conflicto, violencia, urbanización, así como estigma y discriminación de grupos marginados (por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios/as de drogas inyectables, reclusos, etc.) en donde en todos estos contextos se encuentran presentes, las dimensiones de género (Tallis, 2002) es decir todos estos factores impactan tanto a hombres y mujeres pero lo hacen de manera diferente y en donde por lo regular la mujer se encuentra en desventaja a causa de cómo menciona Herrera, et al (2002) las condiciones estructurales de desigualdad social en la que viven en comparación con los hombres.

En esta línea UNIFEM, ONUSIDA, y UNFPA (2004) han señalado tres factores principales que favorecen la vulnerabilidad especialmente de las mujeres ante el VIH en comparación con los hombres, que son: a) la pobreza, la cual genera dependencia económica de las mujeres con los hombres y que esto da lugar a que ellas sean susceptibles a situaciones de abuso de poder en donde aumentan los riesgos de infectarse de VIH; b) la inequidad de género, que provoca que ellas tengan menores oportunidades para acceder a la educación formal y que tengan menor poder de ejercer el control sobre su vida, su cuerpo

y por lo tanto su salud; y finalmente c) la violencia contra ellas, la cual las limita a protegerse contra el VIH.

También Pérez, et al (2004) menciona algunos factores que favorecen a la vulnerabilidad de las mujeres en comparación con los hombres, clasificándolos en tres categorías, el de a) la vulnerabilidad biológica b) económica y c) social y cultural:

a) Las mujeres son **biológicamente** más vulnerables porque:

- Tienen una superficie mucosa más amplia que la de los hombres y pueden presentarse con mayor facilidad micro-lesiones durante el coito, que se convierten en puntos de entrada para el virus. Además, las mujeres muy jóvenes son aún más vulnerables en este sentido, debido a que su inmadurez genital limita a que su mucosa sea una buena barrera para el VIH;
- El semen contiene una cantidad mayor de virus que los fluidos vaginales;
- El sexo forzado incrementa el riesgo de tener micro-lesiones y ser puntos de entrada del virus;
- Como en otras ITS, las mujeres son al menos cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección, además la presencia de ITS no tratadas es un factor de riesgo para adquirir VIH.

Sobre éste factor biológico, la OPS (2002) también indica que la mayor vulnerabilidad biológica de la mujer se incrementa por la condición social de subordinación que tiene ante el hombre, que se refleja en el hecho de que se presenta con mayor frecuencia, el que una mujer tenga contacto sexual aunque no quiera, si sufre una violación o participa en una relación sexual tan solo por las exigencias de su pareja (sexo forzado), lo que tiene como consecuencia que no se lubrique adecuadamente la vagina y por ende, el tejido se desgarre con mayor facilidad, lo cual aumenta el riesgo de exposición ante el VIH.

b) Las mujeres son **económicamente** más vulnerables porque:

- Tienen menor acceso a la educación, a la información y al ingreso económico, lo que las hace establecer relaciones basadas en la dependencia hacia los hombres;

- La dependencia económica o material hacia los hombres provoca que con frecuencia no puedan controlar, cuándo, con quién y bajo qué circunstancias tienen relaciones sexuales;
- Para subsistir en contextos poco favorables, muchas mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales, en este sentido, también existe el trabajo sexual formal, en donde las características y los riesgos son diferentes, pero que en este otro tipo de intercambio, se presenta también en muchas zonas pobres y es la única forma que tienen muchas mujeres para mantener a sus hijos y/o a ellas mismas.

c) Las mujeres son **social y culturalmente** más vulnerables porque:

- De acuerdo a las normas culturales tradicionales, se espera que no discutan, que no tomen decisiones sobre su cuerpo, su salud ni sobre su sexualidad, restándoles poder para solicitar e insistir a sus parejas el uso del condón o cualquier otra forma de protección;
- Ante la desventaja que tienen en las relaciones de poder con los hombres, si se niegan a tener sexo o solicitan el uso del condón, pueden estar en riesgo de vivir un abuso sexual por parte de sus parejas, ante la desconfianza de infidelidad que su petición genera en ellos;
- Para los hombres en general, sean solteros o casados, el que tengan múltiples parejas sexuales es aceptado y promovido culturalmente, además de que por lo regular no usan el condón o lo hacen de forma inconsistente en las relaciones sexuales que tienen;
- Se espera que las mujeres tengan relaciones sexuales o se casen con hombres mayores, que han tenido más parejas sexuales con las que por lo regular no han utilizado el condón y que por lo tanto tienen más probabilidades de haber sido infectados por el VIH o alguna otra ITS;
- Un aspecto relevante en la explicación sobre este factor social y cultural de las mujeres, tiene que ver con los aspectos simbólicos de construcción de la identidad femenina, ya que, sobre todo, en el mundo occidental ésta construcción favorece a que por lo general, las mujeres suelen colocarse, y sean a su vez colocadas, en

segundo plano, provocando que sus necesidades y sus problemas no sean tomados en cuenta o sean ignorados.

Basado en estos factores que favorecen la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH, puede considerarse como menciona Torres (2010) que existen grupos o poblaciones de mujeres clave o que por su situación social sus probabilidades de riesgo de contraer el VIH aumentan en comparación con otras, en gran medida por su condición social y el contexto en donde viven, como lo son:

- Las mujeres que se encuentran en relaciones cero-discordantes, es decir las esposas o parejas de hombres que viven con VIH, en donde es importante tomar en cuenta que por lo general tanto la mujer como la pareja suelen desconocer el diagnóstico y por lo tanto no saber que se encuentran en este tipo de relaciones;
- Las parejas o esposas de hombres que tiene sexo con otros hombres, ya que algunos hombres tienen como parejas formales a mujeres con las que tienen relaciones sexuales sin protección pero que, paralelamente sostienen relaciones sexuales con otros hombres, que por lo regular son de manera clandestina y desprotegida;
- Esposas o parejas de trabajadores migrantes, ya que las probabilidades de presentar conductas de riesgo aumentan, tales como experimentar con el uso de drogas, tener múltiples parejas sexuales o tener sexo con trabajadoras sexuales sin protección;
- Esposas o parejas de hombres reclusos, enlistados en los servicios militares, ya que por lo regular, suelen tener conductas sexuales de riesgo, como sexo con otros hombres sin protección, tener otras parejas sexuales sin el uso de preservativo, tatuarse sin los cuidados requeridos o ser usuarios de drogas inyectables;
- Las reclusas, ya que suelen compartir agujas para la inyección de drogas o realizarse tatuajes sin los cuidados necesarios;
- Trabajadoras sexuales, ya que tienden a tener parejas estables usuarias de drogas inyectables, con las cuales comparten jeringas y con las que tienen relaciones sexuales sin protección como una muestra de confianza hacia ellos, también pueden estar expuestas a situaciones en donde algunos clientes no quieran usar condón o sufran abuso sexual;

- *Mujeres transgénero*¹, la violencia, la discriminación, la práctica del trabajo sexual, la incapacidad de negociar el uso de condón, las relaciones sexuales con HSH, son situaciones que las ponen en riesgo;
- Ser mujeres migrantes, ya que aumenta la probabilidad de tener mayor número de parejas sexuales, con las cuales por lo regular no usan protección o lo hacen de manera inconsistente;
- Ser usuarias o parejas de usuarios de drogas inyectables, ya que suelen intercambian relaciones sexuales por drogas o dinero para adquirirlas, cuyas prácticas las realizan sin protección o lo hacen de manera inconsistente, además existe mayor probabilidad de que compartan jeringas con sus parejas, cónyuges y amigos como una demostración de confianza hacia ellos;
- Mujeres que participan en prácticas de sexo recompensado, el cual es un fenómeno complejo, en donde las mujeres son vulnerables y no negocian el uso del condón porque pueden ser víctimas de violencia y abusos;

Lo anterior indica, que si bien las mujeres por su condición de género son vulnerables, una gran proporción de ellas vive situaciones de vulnerabilidad acumulada y, por lo tanto, extrema, esto por pertenecer a uno o más grupos considerados como más vulnerables (trabajadoras sexuales, usuaria de drogas inyectables, esposas de migrantes, mujeres indígenas, etc.), teniendo así vulnerabilidades de género, origen étnico, situación socioeconómica, status de ciudadanía, entre otras formas de discriminación (Herrera, et al, 2002) esto hace aún más complejo el fenómeno del VIH desde la perspectiva de género y

¹ El término trasgénero o trans, se utiliza para nombrar a las personas que trascienden o transgreden las normas sociales que indican que solamente existen dos géneros y sexos, y que por lo tanto, una persona debe de pertenecer y asumir su rol de acuerdo al género y al sexo al que pertenecen (hombre o mujer), en este sentido las personas transgenero viven y asumen el rol del otro género del que no ‘deberían’. La población trasgénero no es homogénea, ya que a partir de las motivaciones para vivir el rol del otro género, se conocen como travestis, transgeneristas o transexuales. Las personas travestis son, aquellas que gustan de usar prendas y comportamientos propios del otro género, su motivación principal es la excitación sexual momentánea que le produce cambiar de ropa y rol sexual, sin embargo no se siente del otro género, ni desea estar siempre en el otro género, por lo tanto lo hace por periodos cortos de tiempo. El transgenerista es aquella persona que vive la mayor parte del tiempo en el rol del otro género, está conforme con su cuerpo biológico, sin embargo pueden recurrir a su modificación parcial, con el fin de realzar algunas características que consideran atractivas, como pechos o glúteos, o pueden recurrir a ocultar otras como el pene, pero no desean eliminarlo. La persona transexual se asume ‘estar en un cuerpo que no le corresponde’, por lo que busca modificarlo frecuentemente para lograr tener el cuerpo que desean (Velasco, 2009).

por lo tanto un reto importante para los programas de prevención dirigidas a las mujeres que deben de considerar todos estos factores.

Sin embargo a pesar de todo esto, existe cierta invisibilidad de la gran mayoría de las mujeres ante el VIH tanto en México como en la mayor parte de los países, esto a causa de diferentes factores, como el que no se sientan incluidas en los mensajes de las campañas preventivas (Pérez, et al, 2004), otro factor, es el de la estigmatización que se a hecho hacia ciertos grupos y sectores de la población, como a las personas homosexuales ya que su práctica es considerada como ‘anormal’ o ‘antinatural’, o las trabajadoras sexuales, que son moralmente juzgadas por no seguir las normas tradicionales que se establecen para el género femenino, lo cual ha excluido a la gran mayoría de las mujeres (Torres, 2010) como a las mujeres casadas o con pareja estable con las que practican la monogamia.

Si bien es cierto que como ya se mencionó, existen mujeres que sus probabilidades de contraer el VIH aumentan por pertenecer a ciertos grupos o poblaciones o por su situación social, también se ha presentado el incremento en el número de los nuevos casos de VIH y SIDA entre mujeres monógamas que no se consideraban socialmente como un grupo de riesgo, ya que se mantienen vigentes los estereotipos de que el SIDA es una enfermedad que le da ‘tan solo a cierto tipo de mujeres y personas’ (Pérez, et al, 2004). Es decir, existe una percepción centralizada sobre los grupos de mujeres que tienen mayor probabilidad de estar expuestas en adquirir el virus, maximizada por el estigma, los estereotipos y las críticas morales que la sociedad ha creado alrededor de esto, que ha excluido de estos grupos a las amas de casa, profesionistas, estudiantes, etc. y genera que ellas mismas no perciban su propio riesgo y que socialmente sean descartadas como un grupo vulnerable.

Finalmente, para generar una prevención exitosa ante el fenómeno del VIH, se hace indispensable entender y modificar los factores estructurales en los que se inserta y crece la epidemia, para ello, habría que analizar los valores y las construcciones sociales que constituyen las normas sociales, con respecto al amor, la sexualidad, el género, la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres adultas, la condición de etnia como elemento de vulnerabilidad, la condición de migración y finalmente la pertenencia a los grupos de

transgéneros, travestis y transexuales, los cuales representan elementos cruciales para la vulnerabilidad y el riesgo ante el VIH (Torres, 2010) así mismo se hace imprescindible la promoción de la igualdad y equidad entre hombres y mujeres (Drezln, Torres, & Dalay, 2007).

3.1. Los factores psico-culturales como facilitadores de la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH: una mirada a profundidad.

Para analizar y encontrar los factores psico-socio-culturales que facilitan la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH, es necesario partir de lo que mencionan Herrera, et al (2002) que la sociedad al establecer distintas pautas de comportamiento a cada uno de los géneros ocasiona que se produzcan “vulnerabilidades diferenciadas” para hombres y mujeres, ya que las definiciones sociales y culturales del género, moldean el comportamiento femenino y masculino, en particular en la esfera de la sexualidad. Ello genera que la mujer se encuentre en desventaja ante el VIH en lo que se refiere al acceso a la información acerca de la prevención del VIH/SIDA, la capacidad de negociar los encuentros sexuales y el acceso seguro al tratamiento para la infección una vez contraída (OPS, 2002).

En nuestras sociedades, el género y la sexualidad están culturalmente determinados, ya que son formas de distinguir y jerarquizar a las personas, que contienen representaciones, valores, simbolismos, ideologías y discursos, que han sido construidos alrededor de ellos y que además generan relaciones de poder, el cual en nuestra sociedad es concebido como la capacidad de ejercer dominio o control sobre personas y cosas, en una relación establecida de manera jerárquica de autoridad-subordinación, desde esta concepción, en cuestión de género, entonces el poder sería la subordinación del hombre sobre la mujer (Herrera, C, Et al. 2002), en donde a partir de esta relación de poder que se ha establecido, los dos géneros son vistos y tratados con desigualdad desde lo político, cultural y socioeconómico, lo que se refleja tanto en el contexto de las parejas y familias, como de la sociedad o de las culturas (Bastos F, et al. 2000) y que por lo tanto genera la vulnerabilidad de las mujeres ante distintas situaciones, entre ellas la de adquirir el VIH.

La razón de que en México la población más afectada por el VIH sean los hombres independientemente de su orientación sexual en comparación con las mujeres y el que exista un aumento en el número de mujeres monógamas con pareja estable infectadas por el VIH, indica una diferente forma en la que son vulnerables los hombres y las mujeres ante el fenómeno del VIH, dicha diferencia encuentra su origen en gran medida por las construcciones y pautas socio culturales que determinan lo femenino y masculino.

3.1.1. Factores socio culturales del ser femenino y masculino que facilitan la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH

El género es concebido como una construcción histórico-cultural, en donde convergen en un determinado espacio y tiempo los elementos socio-históricos que se combinan en la cotidianidad consciente y también en la inconsciente, y que por lo tanto contiene determinadas formas diferenciadas de pensar, sentir y ser para hombres y mujeres, por ello, lo masculino y lo femenino como construcciones sociales manifiestas, son entonces un filtro cultural, una “organización subjetiva e interpretación genérica del mundo”, en donde la identificación de lo masculino o femenino determinará en primer momento el lugar desde donde se posicionarán, actuarán y hablarán los individuos, finalmente, el género tiene como función, la orientación básica para estructurar y constituir la personalidad y determinar en última instancia, la definición sexual (Martínez, 2007).

Al ser el género un constructo histórico y cultural, las creencias que sobre el comportamiento típico y adecuado de hombres y de mujeres, varían de acuerdo a cada cultura, además, se ha observado que el grado en que los hombres y mujeres se comportan de acuerdo a estas expectativas, puede variar dependiendo del nivel de desarrollo social, económico y tecnológico de cada país y de los individuos inmersos en un mismo contexto (Acuña, L & Bruner, A, 2001) ya que en el plano individual la definición genérica de cada quien se vive como realidades, vivencias, intelecciones y emociones particulares, pues la masculinidad y feminidad son en última instancia experiencias íntimas y profundamente subjetivas. Pero que a pesar de ello se ha comprobado que las creencias tradicionales

tienden a permanecer a lo largo tiempo y son muy difíciles de modificar (Acuña, et al, 2001).

Por lo anterior, puede decirse que como cita Martínez (2007) “lo masculino y lo femenino son siempre coordenadas espaciotemporales que se ubican en un momento histórico, en una clase social, en una etnia y cultura determinadas”, y que por lo tanto no están exentas de tensiones y se encuentran siempre en movimiento, es decir también son dinámicas y pueden transformarse. Sin embargo, más allá de ciertas variaciones culturales, la tendencia que ha persistido en las sociedades a lo largo de la historia y sin cambios sustanciales a pesar de las transformaciones estructurales que han sucedido en las áreas de la producción, la ideología y las leyes, es que se continúan imponiendo normas, patrones y pautas diferenciales, que sitúan a las mujeres, en una posición de desventaja y vulnerabilidad histórica en comparación con los hombres.

Esta diferencia se encuentra demarcada a nivel mundial, ya que en casi todas las culturas conocidas, las posiciones que ocupan las mujeres son jerárquicamente inferiores a aquellos en los que se sitúan los hombres y el valor que se ha conferido a las mujeres y lo femenino siempre ha sido inferior, ya que su valoración se establece en sistemas opuestos y absolutos, en donde la construcción de lo femenino por lo regular, contiene los siguientes elementos: la mujer en el ámbito privado, poco confiable, sumisa, abnegada, maternal, poco inteligente, impulsiva, educada para gustar, agradar, atender y cuidar a los otros, casi siempre a los hombres en lo que respecta por lo regular al ámbito sexual, así mismo la mujer es juzgada en términos absolutos, es decir, a causa de la doble moral vigente, la cual es más estricta para ellas, una mujer es buena esposa y madre y por lo tanto en lo sexual pasiva y obediente o es libertina, indecente y por lo tanto mala esposa y madre (Rosales, 2006).

Por otro lado, la construcción de lo masculino, se vincula con: el hombre en el espacio público, digno de confianza, independiente, racional, proveedor económico y moral de la familia y con impulsos sexuales ‘naturales’ e ‘incontrolables’, que desemboca en un comportamiento caracterizado por la constante búsqueda del placer sexual y una *sobre*

*valoración del sexo*², lo cual es normalizado y justificado, y que por lo tanto se juzga en menor grado, en comparación con el comportamiento sexual de las mujeres, al mismo tiempo, a causa de esta doble moral, los hombres resultan ser víctimas de la provocación femenina y las mujeres responsables de ello (por ejemplo cuando una mujer usa falda y recibe comentarios que la incomodan, la justificación es que ella lo provoca por vestirse así), finalmente ésta concepción de la dualidad complementaria y excluyente de lo femenino y lo masculino, refuerza el mantenimiento de las jerarquías en función del sexo, la inequidad de género, la subordinación y la opresión hacia las mujeres (Rosales, 2006).

Lo femenino, es en este sentido, una oposición a lo masculino, es su negativo, lo femenino es lo que no es o lo que no se debe ser, lo cual genera el rechazo, la burla y la vergüenza, reflejo de ello, es la forma en que se insulta o se le hace burla a un hombre ante alguna circunstancia asemejándolo con una mujer, así la feminidad se establece entonces como un antivalor, en donde el ser mujer solo adquiere sentido vital y reconocimiento cuando se es para los demás, por su contribución y sacrificio para la realización de los otros (hijos, hermanos, jefe, etc.) (Martínez, 2007).

Ésta forma de concebir la feminidad condiciona a la mujer a una permanente incompletud y la dirige hacia la búsqueda de contextos en donde esté a cargo de cuidados hacia los otros, sea la encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida, en esta dinámica, los demás siempre tendrán prioridad sobre ella, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, permanente sacrificio, sometimiento y dominio históricamente acontecidos, es por ello que históricamente la feminidad se fundamenta en esencia, en la maternidad, que se convierte en el núcleo de la identidad femenina y en el ideal social de mujer (Martínez, 2007).

Una forma en la que estos conceptos son expresados en diversos discursos que reproducen y afirman las normatividades de género tradicionales, se encuentran por ejemplo en los

² La presente tesis se refiere a sobre valoración del sexo, cuando el sexo es visto como el principal símbolo de la masculinidad, como el área en donde el hombre debe de vivir para reafirmarse y demostrar su hombría, en donde el disfrute del pacer sexual se convierte más bien en símbolo de dominio, poder, reafirmación y control.

discursos de la religión católica centrados en la veneración enfatizada y sobre valorada del papel de la madre y en oposición al placer de su sexualidad fuera del matrimonio y sin la finalidad de procrear, ésta imagen permanece también mediante los discursos científicos, que explican lo que es un hombre, pero sobre todo lo que es una mujer, justificados en el funcionamiento hormonal y la capacidad reproductiva, finalmente, las normas culturales establecidas a lo femenino, tienen como fin institucionalizarse a través del matrimonio, contexto en donde se promueve una imagen femenina subordinada en su relación con el marido y basada en el sacrificio por los hijos, es decir una imagen desprovista de la autonomía personal (Rosales, 2006).

Al determinar las normas relativas al género sobre lo que deben de saber los hombres y las mujeres sobre el sexo y la sexualidad, limita la capacidad de las personas de percibirse en riesgo y de obtener información real y los medios para protegerse contra el VIH, por ejemplo, en muchas sociedades, el que las mujeres tengan o se interesen por adquirir conocimientos con respecto a la sexualidad o la salud reproductiva, es mal visto (pues si lo hacen son juzgadas moralmente como libertinas), en contra parte, se espera que los hombres estén informados y preparados en cuanto al sexo se refiere, aunque en la realidad muchos no lo estén; éstas expectativas influyen en que a los hombres se les dificulte admitir esa falta de conocimientos y experiencia, y que por lo tanto para compensarlo, lo hagan con mitos o información poco confiable (ONUSIDA, 2000).

3.1.1.1. Femenidad y masculinidad en el marianismo, machismo, historicidad

Para la construcción de su identidad, Montecino (1995) argumenta que los sujetos toman los elementos necesarios desde la cultura a la que pertenece, su familia, clase, de los modelos femeninos y masculinos en que han sido socializados; en este sentido, la construcción, es una experiencia subjetiva y dinámica, vinculada con elementos plurales es decir por una clase, una cultura, en este sentido, la cultura es un espacio de símbolos, de relaciones, de interacciones, que se matiza por su historia y por su transmisión generacional y que en el caso especial de Latinoamérica, es producto de los procesos de conquista y

colonización, en donde la identidad sustrae sus componentes de una cultura apegada al rito y a elementos sintetizados de varias otras.

En este sentido, en Latinoamérica, el marianismo y el machismo son las construcciones sociales que expresan los símbolos substanciales de la femineidad y la masculinidad en esta región, en donde el modelo tradicional femenino se encuentra inevitablemente representado por la Virgen María como símbolo fundamental, la cual es y será siempre madre y por lo tanto conserva, en algún sentido, mayores ataduras con su identidad sexual, en donde el valor que se le da a la mujer en la sociedad está determinado por la función que tiene en ámbito del hogar y la maternidad, en donde sus cualidades principales son su valor moral superior y su rol de mediadora frente a lo sagrado, en este sentido su pureza sexual es esencial, pues esta trae como añadidura el honor familiar y su aspecto negativo es la posibilidad de perder el control de su propia sexualidad y con ello deshonar a su familia (Fuller, 1995).

Otro elemento que define a la perfección de lo femenino en la cultura latinoamericana, es el sufrimiento, el cual está simbólicamente asociado con una "maternidad dolorosa", una victimización hacia las mujeres y su aceptación ante ello, esto, siempre que su identidad esté fundamentada en una visión del mundo en donde prevalece lo femenino y lo sagrado (Montecino, 1995).

Lo anterior, se ve reflejado en el culto a la Virgen María, que en el imaginario social es un simbolismo que se proyecta a toda mujer y que provee de un sistema de creencias que se traducen en, la fortaleza espiritual de la mujer, reflejadas en la paciencia con el hombre pecador, el respeto extremo a la sagrada figura de la madre, abnegación, es decir, una infinita capacidad para la humildad y el sacrificio sin límites por los demás a pesar de perder su autonomía, es por ello que esta sumisión femenina se fundamenta en la ideología de que las mujeres son superiores moralmente en comparación con los hombres, ya que ellos se caracterizan por la violencia, la terquedad y la incapacidad de contener sus impulsos sexuales, es por ello que para el imaginario latinoamericano, desde lo moral, los hombres son como niños y por lo tanto, menos responsables de sus actos (Fuller, 1995).

En México, la historia de los géneros femenino y masculino está arraigada a este fenómeno, pues ha sido el modelo que tradicionalmente se ha impuesto, sobre todo a las mujeres, y siguen prevaleciendo premisas fundamentales de este fenómeno simbólico, aunque en la actualidad se hayan modificado algunos de sus elementos; una de estas premisas, es la *simbiosis*³ del hijo y la madre, pues la vida de uno no tiene sentido sin la otra, para la madre su hijo es el consuelo y su razón de vivir, en este sentido, la dinámica de codependencia establecida entre la madre y el hijo, limitan el espacio de comunicación con otras personas y promueven poca o nula participación de las figuras masculinas, en especial de los padres y los esposos, como consecuencia de esta intensa y emotiva relación, se amplía la función de la madre como primer objeto de deseo y como la figura central durante toda su vida (Pastor, 2010).

Este romance simbólico, genera que la madre idealice a su hijo como un ser excepcional, que representa el objeto de su devoción y atención, pero con la condición de que permanezca a su lado como un protector leal, por su parte, el hijo que también idealiza a la madre, como un ser santo y divino, como el modelo de perfección femenina; este tipo de relación y sobre todo en casos extremos, origina el desarrollo de una personalidad egocéntrica y autoritaria en el hijo que determinará la dinámica de sus relaciones futuras, así mismo, la sobreprotección del uno hacia el otro, establece una relación de competencia entre el padre y el infante por la atención de la madre; finalmente la sobrevivencia inconsciente de esta simbiosis, ocasiona en el hijo problemas futuros para establecer relaciones sociales y sexuales libres (Pastor, 2010).

³ En un principio éste término surgió de la biología, que indica una relación de íntima dependencia ecológica entre dos organismos de diferentes especies y que de su relación de dependencia ambos obtienen una ganancia o ventaja. Posteriormente el concepto se introdujo al ámbito de la psicología por M.S. Mahler, al mencionar 'fase simbiótica' a los primeros treinta meses de vida del niño, que está caracterizada por una dependencia total y exclusiva hacia su madre, sin embargo, cuando la simbiosis se posterga, se impide la individuación y, en niveles más o menos evidentes, tiene repercusiones en la edad adulta para la elección de pareja, en donde cada miembro de la relación tiene la necesidad del otro de acuerdo a las características propias de las creadas en la dependencia infantil, es por ello que la simbiosis está considerada precisamente como el contrario de una relación, en donde el uno y el otro se reconocen y son reconocidos recíprocamente en su autonomía (Galimberti, 2007). En este sentido, en una relación simbiótica no existe individualidad, si no dependencia, en donde uno no existe sin el otro, éste tipo de relaciones pueden impulsarse a partir de las creencias y normas culturales establecidas.

Por otro lado el machismo, como manifestación de la masculinidad, define al hombre como una persona irresponsable, conquistador, que descuida y evita cualquier tipo de obligación doméstica (pues su madre cumple esta función), especialmente aquellas que tienen que ver con las actividades del hogar, por lo tanto, su espacio, es la calle; el machismo, además, resalta la independencia, la impulsividad y la fuerza física como la principal forma de resolver las cosas, la rudeza como la mejor manera de relacionarse con las mujeres, la demostración de la fuerza como el principal modo de imponerse al débil o al subordinado, al padre, como centro de dominio, pero ausente en la vida del hijo; en este sentido, su ausencia, potencializa la figura materna y minimiza a la paterna en el imaginario infantil (Fuller, 1995).

Es necesario decir que los modelos tradicionales de feminidad y masculinidad, son confirmados, reafirmados y promovidos por los discursos religiosos, los medios de comunicación, los sistemas escolares y la familia, en donde permanecen las ideologías de la dominación masculina, del trabajo pedagógico familiar y escolar y de los fundamentos religiosos (Rosales, 2006).

Aunque los modelos sobre la masculinidad y la feminidad, el machismo y el marianismo son elementos centrales en la construcción de la identidad de género de las personas, no deben de ser concebidos como realidades absolutas y estáticas, si no como dinámicas y cambiantes las cuales son válidas en distintos contextos y situaciones, además de que las sociedades latinoamericanas se encuentran en un proceso de modernización que ha ocasionado el cuestionamiento del orden jerárquico tradicional (Fuller, 1995) sin embargo como menciona Rosales (2006) algunos elementos de dichas concepciones tradicionales se han mantenido y han adquirido nuevos significados, ya que por ejemplo, aunque la construcción de la identidad sea una experiencia subjetiva y particular (Martínez, 2007) se encuentra fuertemente influenciada por los modelos tradicionales, aunque al final, algunos de sus elementos sean modificados, matizados o representados de diferentes formas.

En lo que se refiere al proceso de cambio de paradigma en el que América latina se encuentra, el surgimiento del modelo democrático, es un actor principal, pues promueve la

igualdad y la libertad de los miembros de una sociedad como único fundamento ideológico para ordenar y clasificar a la sociedad, es decir, lo que requiere cambios en la identidad de las personas, de las relaciones entre los géneros tradicionales, fundamentadas en la autoridad del padre en la familia y en la concepción de que hombre y mujer son complementos mutuos, lo cual desde los principios del modelo democrático es percibido como una concepción injusta, ya que provoca la asignación de distintos derechos a los géneros (Fuller, 1995).

En este contexto, la sociedad latinoamericana vive un desfase entre el ideal moderno y tradicional, ya que por un lado, el modelo democrático es la ideología oficial, la cual se manifiesta en sus instituciones formales y que se transmite por los medios de comunicación e instancias socializadoras como la escuela, pero que también convive con otras que no han perdido su cualidad tradicional, como la familia, los grupos sociales, las jerarquías étnicas y genéricas, las diferentes tradiciones culturales y algunas mentalidades que impiden la concepción de que todos los seres humanos son ciudadanos libres e iguales (Fuller, 1995).

3.1.1.1.1. Género y sexualidad

En lo referente a la asociación entre género y sexualidad, dentro del sistema de creencias del marianismo y machismo, la sexualidad en especial en las mujeres, es enjuiciada como pecaminosa cuando es ejercida únicamente con fines placenteros y no procreativos, lo que ha provocado que sus deseos sexuales se desvíen hacia la idealización de la maternidad. Así mismo, en este contexto, como María, las mujeres deben de preservar el honor, la pureza, el linaje y la dignidad familiar, pues son ellas, al igual que su matriz, recipientes sacros, que deben de estar apartados de la corrupción y en donde la maternidad representa ‘el destino’ con más valor para la mujer (Pastor, 2010).

En este sentido, el modelo tradicional de madre, expresa un ser femenino para los otros, para su padre, el esposo u hombre con quien vive (o mantiene una relación de pareja) y los hijos, además, este modelo tradicional promueve que la mujer al ejercer su sexualidad, espere, en primer lugar, que se establezca un vínculo afectivo a largo plazo, por lo menos

en su imaginario, y en segundo término, desean, a veces inconscientemente, tener un hijo, pues ello justifica el haber tenido relaciones sexuales, pero si es “lujuriosa” sin ser madre, el juicio moral de la que es sujeto por parte de la familia y de la sociedad es grande (Rosales, 2006).

Otro elemento sustancial en la construcción tradicional de género en la sociedad mexicana, que se encuentra fundamentada en la doctrina católica, es el del valor que se le da a la virginidad, la cual determina que las mujeres deben de esperar a ejercer su sexualidad solo hasta que se encuentren en un contexto “seguro”, en una unión formal, ya sea en el matrimonio o unión libre, ya que ‘perder’ la virginidad, significaría el peligro de no contraer matrimonio, o ser madre soltera, en este sentido, el deseo sexual, es concebido como algo peligroso, como un pecado que induce a deseos sexuales prohibidos y a la lujuria, por lo que las ideas cristianas de culpa y de pecado cobran un papel especial, pues la culpa interiorizada, refuerza la concepción de una sexualidad normal y natural, en donde lo natural es la pasividad de la mujer, por eso tiene que esperar a que un hombre la elija, también se refuerza la idea de que solo fue creada para dar vida y se espera que ejerza una sexualidad normal, es decir, heterosexual y dentro de un contexto seguro, de no ser así, existe un sentimiento de culpa y el enjuiciamiento social (Rosales, 2006).

El sexo en el modelo tradicional, es concebido como una fuerza desordenada y salvaje en sí misma, en donde la mujer tiene la función por su mayor jerarquía moral y relación con lo sagrado, de reprimir esta fuerza, ya que los hombres no pueden hacerlo, es por ello que la pureza sexual pertenece a lo femenino, a la mujer y en donde el hombre es que el que busca constantemente aprovecharse de su debilidad y su inocencia para despertar sus deseos sexuales y "perderla", en este sentido, la virgen simbólicamente representada por la mujer, está frecuentemente en peligro, a causa del acoso habitual de los hombres y en donde a pesar de ello, debe mantenerse cerca de ellos para encontrar un esposo (Fuller, 1995). Esta forma de concebir la sexualidad, ha generado que para las mujeres, el sexo, sea más un espacio de riesgo que de placer, sobre todo, cuando son juzgadas en el ámbito de lo inmoral, además de que el cuerpo femenino sea considerado pecaminoso, pues es causa de

deseo y perdición del hombre, lo que provoca que el único camino disponible para redimirse sea la búsqueda de la abstinencia y convertirse en madres (Rosales, 2006).

Por otro lado, en México, la identidad femenina además de estar fundamentada, en gran medida, en la imagen virtuosa de la virgen María, como en la figura de Eva, terrenal y pecadora (Rosales, 2006) también encuentra sus raíces en la figura de la Malinche, la traidora, aquella mujer que ocasionó la caída del imperio mexica y que por lo tanto merece castigo, esta concepción es trasladada a la imagen de la mujer como un persona capaz de traicionar y que por lo tanto su castigo es justificable (Montecino, 1995). Consecuencia de la concepción de lo femenino fundamentada en el modelo tradicional con cualidades que van de la pureza a la traición, de la virtud al pecado, han surgido en el *imaginario social*⁴, distintos estereotipos matizados sobre los diferentes ‘tipos de mujeres que hay’.

En este imaginario, se encuentra la mujer seductora, que usa su sexualidad para obtener favores y ventajas de los hombres, que vive fuera del orden social, es la que "no tiene vergüenza", pero que puede acceder a posiciones que las demás mujeres no pueden, también se encuentra la rebelde, la que no acepta un rol de subordinación después de haber sido seducida por un hombre o que no acepta contener su sexualidad y es entonces rechazada, además usa su potencial de crear desorden para contrarrestar el orden social y a la autoridad masculina, su imagen simbólica es la bruja, una de las representaciones de lo femenino más presentes y de las que mayor temor genera en el imaginario masculino, finalmente está la prostituta, la que ‘vive’ en la sexualidad y de ella, cuyo papel principal es satisfacer el deseo sexual ‘indomable’ de los hombres y así desviarlo hacia ellas para que no se dirija al ámbito del hogar, permitiendo así que la madre y las vírgenes sigan siendo puras (Fuller, 1995).

⁴ De acuerdo con Erreguerena (2001) menciona que el imaginario social es un elemento teórico que surge del intento de explicar la relación existente entre el sujeto y la cultura. De acuerdo con el autor, es Castoriadis quien introduce el término de imaginario social, el cual define como la creación incesante de figuras, formas e imágenes sobre lo que los sujetos denominan realidad, sentido común, o racionalidad en una sociedad; en éste sentido, el imaginario social adquiere una capacidad imaginativa, proporciona un orden y es una fuente generadora de significaciones colectivas, por lo que los sujetos inmersos en una sociedad son transformados y al mismo tiempo son capaces de modificar el mundo que los rodea. Es por lo anterior que el imaginario social ayuda a los individuos a saber quiénes son, y el papel que deben de tener en la sociedad; pero que en ésta dinámica, cada sujeto va modificando la idea que tiene de sí mismo como su papel, y su lugar en la sociedad.

Esta forma de concebir a diferentes tipos de mujeres, provoca una escisión femenina en donde unas son consideradas ‘buenas mujeres’ y otras ‘malas mujeres’, lo que ‘sirve’ a los hombres como medida para clasificarlas en mujeres con las que se puede y debe casar y con las que solo se pueden y deben de tener aventuras, como menciona Szasz, (2000) con las “buenas mujeres” no se puede tener una relación eróticamente gratificante, solo es posible sentir amor por ellas y establecer relaciones sexuales poco placenteras, ya que se trata de la novia o la esposa, por lo regular el sexo se limita al coito vaginal en posición ‘misionera’, en donde por lo regular el deseo, la iniciativa y el disfrute por parte de la mujer son excluidos, por otro lado, las mujeres malas, no son compatibles con el matrimonio y la maternidad y no se establecen relaciones afectivas con ellas, por lo tanto no tienen valor como personas, son despreciadas, consideradas y tratadas como objetos únicamente de satisfacción sexual.

En esta dinámica de relaciones entre los hombres con mujeres buenas y malas, se reafirman algunos aspectos de la imagen masculina, es decir, con las mujeres sumisas y buenas, reafirman aspectos como la protección, la responsabilidad, el compromiso y el respeto, en cambio con la mujer promiscua o la puta, confirma, la fuerza incontrolable de sus impulsos, la potencia, sin embargo, también les provoca un temor a la falta de experiencia, a la impotencia sexual, a no lograr la penetración ni erección y por lo tanto al rechazo y a la humillación (Szasz, 2000). En esta lógica, la mayoría de las mujeres evitan ser vistas como putas, rebeldes, malas o brujas y adoptan los elementos necesarios del modelo tradicional que les permitan estar dentro de la clasificación de las “buenas mujeres”, pues ser consideradas como ‘malas mujeres’, conlleva a que no sean valoradas, que solo sean utilizadas y no sean vistas como buenas candidatas para casarse y formar una familia.

Por otro lado, la sexualidad en los hombres, además de ser una expresión de erotismo, también simboliza una de las principales formas de manifestación y reafirmación de la masculinidad, ya que la sexualidad, es un medio para expresar y medir el poder masculino y así determinar sus límites, esto como consecuencia del doble mensaje al que están expuestos desde el nacimiento, pues por un lado, se aprende a que la imagen del hombre, está asociada con características que son socialmente valoradas como fuerza, protección,

valor, asertividad y poder, por otro lado, se recibe el mensaje que para ser considerados como hombres, es indispensable demostrarlo constantemente y en donde la cultura para hacerlo, le ha otorgado un lugar dominante, a las conquistas sexuales, lo cual ocasiona que los hombres se encuentren presionados por probar su masculinidad que (Szasz, 2000) y se ve reflejado en el comportamiento de “cazador” sexual que adopta el hombre y en donde es poco valorado o se duda de su hombría si no logra alguna conquista (Rosales, 2006).

En este contexto, la sexualidad masculina contiene aspectos paradójicos, como lo son, algunas prácticas homosexuales que se hacen de forma clandestina y un profundo miedo a lo femenino, como presentar algún rasgo afeminado (Fuller, 1995) y en donde la penetración vaginal o anal, se convierte en un símbolo de dominación y subordinación, ya que un papel activo o pasivo en la penetración sexual y la actividad penetrativa tiene la función de confirmar la masculinidad, es decir, la penetración significa en esencia una forma de dominar al otro(a), imponerse y reafirmarse, por otro lado en esta dinámica de poder, la pasividad en la penetración, simboliza al ser dominado(a), con poca autonomía, carente de poder y sumiso; ésta carga simbólica que representa una forma de dominio sobre el otro y que presiona a los hombres constantemente a reafirmarse de ésta manera, genera un conflicto interno, provocado por la preocupación constante sobre su desempeño sexual y sobre la posibilidad de exponerse por no poder cumplir en el ámbito sexual (Szasz, 2000).

La percepción que a través de la historia se tiene de la mujer, no muestra en realidad lo que las mujeres son, sino más bien su figura está representada a partir de la forma en que los hombres las perciben y es desde estos símbolos en donde se definen la posición y las obligaciones de las mujeres, ya que fueron los teóricos, los reyes, los filósofos, los sabios, los clérigos, los médicos y también los hombres comunes quienes han establecido lo qué han sido y lo que deben de ser las mujeres (Rosales, 2006), lo que ha generado que las relaciones entre los hombres y mujeres se den en un marco por lo regular de desventaja y desigualdad para ellas.

En este sentido, la desigualdad de género, es un factor que impide la independencia de las mujeres de todos los sectores sociales y grupos generacionales, sin embargo es posible

observar diferencias en la forma en la que las desigualdades se manifiestan, ya que son los sectores con mayor acceso a recursos económicos y educativos, así como en los grupos de generaciones más jóvenes, en los que se presentan mayores posibilidades de negociación y de autonomía por parte de las mujeres, por el contrario, las desigualdades de género resaltan en los grupos socioeconómicos menos favorecidos y en las generaciones de mayor edad (Castrejón, Rojas & Szasa, 2008). Finalmente, desde la Independencia, la concepción de que de las mujeres son inferiores por naturaleza, su posición de subordinada y la exigencia social de su sacrificio, existentes en el sistema moral católico, han mantenido muchos de sus factores estructurales, aunque con distintos matices (Pastor, 2010).

3.1.1.1.2. Género, sexualidad y VIH

Las normas sociales tradicionales que modelan el comportamiento sexual masculino y femenino, facilitan la vulnerabilidad de mujeres y hombres con respecto a su salud sexual, sin embargo lo hacen de manera distinta, pues las normas tradicionales determinan que ellos deben de ser autónomos para decidir dónde, cuándo, con quién e incluso cómo tener relaciones sexuales, por otro lado las mujeres no siempre tienen esa posibilidad (por ejemplo si éstas relaciones serán con o sin protección, de forma brusca, violenta o no, etc.) (Pérez, et al, 2004) lo que las deja en una posición menos favorable, atentas a la decisión de sus parejas, ya que el ideal tradicional femenino se fundamenta en la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como el estar disponibles y dispuestas para cumplir y complacer las necesidades sexuales del hombre (ONUSIDA, 2000).

Dichas características del ideal femenino y masculino son un obstáculo social y cultural para una prevención eficaz del VIH, ya que aunque éstas normas no son aplicadas por todas las mujeres ni por todos los hombres, sí tienen muchos matices del modelo tradicional y determinan directa o sutilmente muchas de las prácticas sexuales de riesgo en hombres y mujeres de todos sectores, al mismo tiempo que obstaculizan la satisfacción consciente y responsable de la sexualidad (Herrera, et al, 2002).

Estas constricciones permiten que con frecuencia las mujeres no puedan elegir deliberadamente la pareja con la cual mantienen sus relaciones sexuales, ni las

circunstancias en las que se dan y también a que los hombres se sientan forzados a tener relaciones sexuales con múltiples mujeres (la mayoría de las veces sin protección) para probar su masculinidad, esto sugiere que ambos son influenciados (consciente o inconscientemente) por las normas sociales, sin embargo en lo que se refiere al riesgo de infección por el VIH, en los hombres su nivel de riesgo se determina principalmente por su propio comportamiento preventivo (pues tienen mayor libertad de elección), por otro lado, las mujeres, en gran parte, no poseen libertad sobre su propia vulnerabilidad ante la infección, por lo tanto aunque el riesgo de infección por VIH es mayor en los hombres, las mujeres son las más vulnerables en cuestión de género (OPS, 2002).

3.1.2. Las mujeres y la pobreza

La pobreza limita tanto a mujeres como a hombres en gran medida al acceso de diversos recursos como la información sobre salud sexual, a las tecnologías preventivas y al tratamiento, no obstante la desigualdad de género determina las distintas formas en que la pobreza es vivida por los hombres y las mujeres e influye en gran medida en su diferente posibilidad para enfrentar y salir de la pobreza. Un ejemplo de ello se presenta en contextos de extrema pobreza en donde la constante incertidumbre de poder sobrevivir a corto plazo obliga a las mujeres a tener relaciones sexuales con hombres, a manera de conseguir los recursos para poder sobrevivir, pero que las ponen en riesgo de adquirir el VIH (Tallis, 2002) esto a causa de no utilizar condón ya sea por el temor a los abusos de las que son víctimas si lo piden, porque a los hombres con quienes tienen relaciones no les agrada, por su incapacidad para negociar o por falta de información ante ello.

3.1.3. El lado oscuro del Amor: en el matrimonio, noviazgo y la idealización del amor como factores de riesgo

Al basarse los ideales tradicionales de la femineidad sexual en la mayor parte de las sociedades, en garantizar el control de la reproducción, contribuye a limitar y vulnerar a las mujeres ante el VIH, ya que los ideales se fundamentan en a) la virginidad antes del matrimonio, relacionada en ocasiones con la idea de inocencia sinónimo de ignorancia en la

esfera de la sexualidad b) la pasividad que se manifiesta como la represión del deseo sexual, así como la obligación de complacer a la pareja aún a costa del sacrificio del propio deseo o voluntad c) la fidelidad sexual a la pareja y la disposición para la maternidad como el objetivo fundamental de la sexualidad (Szasz, 2000). Por ejemplo, el valor superior que se le da a la virginidad, facilita que algunas jóvenes incurran en comportamientos de riesgo, como el coito anal (o sexo oral sin protección) para seguir conservando su virginidad (OPS, 2001a) conductas que las ponen en riesgo de contraer el VIH y otras ITS.

Contrario a este ideal, se encuentra el de la masculinidad el cual implica que el hombre ante todo debe ser a) heterosexual, b) activo, c) tener múltiples parejas sexuales, d) no necesita aprender sobre el sexo porque ya lo sabe todo, e) tiene un impulso incontrolable y que debe de satisfacer de manera inmediata f) debe ser fuerte, tomar riesgos y es invulnerable (Herrera, et al. 2002). Es así como la sexualidad se torna en un factor con características represivas, limitantes y abusivas, aunado a la negación consciente del erotismo fuera del matrimonio, el valor simbólico de la erección y la penetración para la afirmación (constante) de la masculinidad, y que conlleva necesariamente al reto sobre la participación responsable de los hombres en la prevención de la salud (Szasz, 2000).

Como una de varias consecuencias de estos factores culturales, es que en el caso de las mujeres que están casadas o se encuentran en una relación estable, la interacción sexual con su esposo o la pareja, sea en realidad su principal práctica de riesgo, ya que debido a su falta de libertad en sus decisiones, varias de ellas no pueden (y no deben) exigir a su pareja fidelidad, tampoco negarse a tener sexo (pues es su obligación estar siempre disponible) ni tampoco a exigir el uso de condón, es así que para algunas mujeres (tanto casadas como las que no lo están) la pareja estable puede significar un riesgo, ya sea por falta de información o por desconocimiento de las prácticas sexuales en paralelo (o anteriores) de la pareja; sin embargo, para otras mujeres, aunque tengan la percepción de riesgo de contraer alguna infección con sus parejas o tengan la intención de implementar conductas de menor riesgo (usar el condón) no cuentan con el poder para hacerlo (Pérez, et al, 2004), pues dependen de lo que decida su pareja.

En este sentido, la creencia generalizada ya mencionada anteriormente sobre que la “monogamia” representa un espacio seguro, es otro factor de riesgo ya que si bien el tener varias parejas sexuales aumenta la probabilidad de encontrar un compañero seropositivo si con ellas no se utiliza de forma consistente el preservativo), ya que como menciona Mas Colombo, et al (2002) el ser monógamo no garantiza en absoluto estar exento de ello, pues la monogamia se convierte en una monogamia serial, con lo cual de todos modos puede desconocerse el estado serológico de la pareja. Es decir que aunque una persona siempre haya participado en relaciones monógamas con las cuales no ha utilizado preservativo está en riesgo de contraer el VIH y alguna otra ITS, ya que al terminar e iniciar otra relación monógama con la cual tampoco utiliza preservativo sin conocer el estado serológico de la pareja ni de sí misma, se encuentra en riesgo de haberlo contraído con su pareja anterior o está en riesgo de contraerlo (o transmitirlo) con su pareja actual.

Así mismo, la dinámica que se establece en las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto de noviazgo, pueden limitar la capacidad de negociación del condón de las mujeres, pues el proponer o exigir su uso dentro de la relación, significaría una amenaza a los simbolismos culturales en los que se sustenta el noviazgo, específicamente en los de la confianza y la fidelidad, es por ello que el noviazgo y el matrimonio son instituciones estructuradas (por simbolismos, ideología, valores, etc.) de tal manera, que originan contextos de vulnerabilidad y riesgo para contraer el VIH, sobre todo para las mujeres (Allen & Torres, 2009).

Es decir que los peligros potenciales asociados al noviazgo son los mismos que están presentes en el matrimonio (y viceversa) y por lo tanto representan un contexto de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS en las mujeres más que en los hombres (ello por la desigualdad de género que persiste), es por ello que el noviazgo debe de ser entendido como una estructuración de las relaciones de poder y de dominación por parte del hombre hacia la mujer, ya que como en el matrimonio, han posibilitado la transmisión y la aún permanencia de la dominación masculina, lo cual se manifiesta en el control del hombre sobre la mujer en el ámbito laboral, familiar, social personal y sexual, o cuando se ejerce la violencia, fundamentada por un sentimiento de propiedad (Gutiérrez, et al, 2004) y por lo

tanto de objetivación de la mujer. Es importante señalar que la dominación del hombre sobre la mujer no necesariamente es coercitiva ni se presenta de las formas más evidentes o conocidas, si no que también de las maneras más sutiles como lo es, el chantaje emocional.

Finalmente, la sexualidad femenina está en gran medida construida por los ideales del amor romántico no solo en la juventud sino también en la madurez, en donde es por ésta idealización, que muchas mujeres justifican sus deseos sexuales, y le asignan un significado afectivo a la sexualidad y en ocasiones “irreal” (y paradójico), lo cual es una barrera que impide un ejercicio más libre y responsable de su sexualidad, además, el ideal de amor está basado en la concepción de un amor “incondicional” y sin “infidelidades” por lo que el uso del condón simboliza la pérdida de confianza en el otro, estando o no fundamentada esa desconfianza (Herrera, et al. 2002). Además las mujeres son socializadas para que interioricen las relaciones sexuales como algo que les ocurre (del que no tienen control) y a los hombres que sea algo en lo que ellos tienen el control total (Tallis, 2002) y aunque actualmente se supone que existe una mayor libertad sexual, las mujeres siguen reforzando el papel femenino que se centra en la espera del hombre con el cual se casarán y tendrán hijos (Rosales, 2006) que en el imaginario es la espera de la princesa por su príncipe azul.

Los factores antes mencionados, influyen en la falta de percepción de riesgo de las mujeres de adquirir el VIH o alguna otra ITS con sus parejas, en especial cuando basan su ideal de vida, en el ideal de la pareja estable, la confianza y la supuesta mutua fidelidad, el resultado de ello, es la imposibilidad de reflexionar sobre la necesidad de practicar el sexo protegido con ellas (Herrera, et al, 2002). En este sentido el noviazgo y el matrimonio entre heterosexuales conforman instituciones con el propósito de preservar las normas de género y dominación masculina, por lo que representan contextos de vulnerabilidad para las mujeres ante la infección por VIH/SIDA (Allen & Torres, 2009) pues como menciona Rosales (2006) la identidad masculina (y femenina) y el ejercicio sexual de los hombres (y mujeres) se van reforzando en el noviazgo y durante el matrimonio o unión libre.

La idealización del amor y los simbolismos que alrededor de ello se construyen, vulneran a las mujeres independientemente del grupo social al que pertenecen, una muestra de ello se

encuentra en el estudio realizado por Allen, et al (2003) sobre las trabajadoras sexuales en el D.F y sus prácticas sexuales, las cuales son distintas al momento de realizarlas con los clientes y cuando lo hacen con sus parejas personales, ya que observaron que con los clientes, aceptan la penetración vaginal y el sexo oral, mientras que rechazan la penetración anal y los besos, en cambio con sus parejas, todas las prácticas sexuales son aceptadas menos el sexo anal, así mismo el 94% de las mujeres usan el condón con los clientes, pero tan solo el 27.4% de ellas usan el condón con sus parejas. Así mismo, ellas refieren poner énfasis en las caricias, los abrazos y los besos con sus parejas y experimentar placer durante las relaciones sexuales y tener con frecuencia orgasmos, lo que no hacen, ni experimentan en la gran mayoría de los casos con sus clientes.

La forma en que las trabajadoras sexuales, viven y separan su vida privada de la laboral, los autores la interpretan basándose en lo que ellas mencionaron en las discusiones grupales que sostuvieron, es que rechazan el uso del condón en las relaciones sexuales con sus parejas porque ello simboliza una barrera entre ellas y sus parejas, también por que usarlo implicaría una falta de confianza y finalmente el no usarlo es una manera de diferenciar su sexualidad privada de la profesional. Es decir lo hacen por componentes psicológicos, emocionales y socio-culturales como la búsqueda de la intimidad sin barreras y una forma de diferenciar de manera simbólica la vivencia de su sexualidad entre los clientes y sus parejas y finalmente por seguir con el simbolismo social del significado de la confianza en las relaciones de pareja, en donde usar condón significaría desconfiar del otro.

Lo anterior refuerza la idea de que los simbolismos en los que se sustenta el ideal del amor, se pueden encontrar presentes en todos los grupos sociales, solo que son vividos e incorporados de manera diferente a su vida, dependiendo del contexto en el que se desenvuelven y que representan factores que influyen de manera importante en que las mujeres en general no utilicen el condón con sus parejas.

3.1.4. Sexo recompensado

En muchos países en donde las condiciones económicas provocan que el acceso a la educación sea menos favorable para las mujeres, facilita a que opten por recurrir a los favores de un “protector” (un hombre mayor que les ofrece una compensación económica o en especie a cambio de sus favores sexuales), intercambiar ocasionalmente relaciones sexuales por dinero o bienes, o también iniciarse en el comercio sexual para pagarse la escuela o mantener a su familia (ONUSIDA, 2000).

El sexo recompensado se refiere a todas aquellas prácticas de intercambio de favores sexuales por beneficios sociales o materiales, se diferencia del trabajo sexual, en el sentido de que éste, se presenta enmarcado dentro de una relación ‘formal’, en donde existe el compromiso social y que por lo tanto adquiere las mismas características que las relaciones ‘normales’ con el fin de evitar la estigmatización de la mujer y que no sea vista como una interesada, sin embargo, por lo mismo también implica un riesgo para la adquisición del VIH y otras ITS, ya que las relaciones al estar basadas en las pautas tradicionales del noviazgo y del género, al asignarle un valor y papel sumiso a la mujer dentro de las relaciones, acentúan las relaciones de poder y por ende, la dificultad para negociar el sexo protegido, ya que limitan el poder de decisión para ejercer una sexualidad protegida, así mismo se encuentra el riesgo de que si lo piden significaría la desconfianza de la pareja por una posible infidelidad y como consecuencia el enojo de su parte (Gutiérrez, et al, 2004).

3.1.5. Violencia contra la mujer

En muchas culturas, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia (Szasz, 2000) el cual, es un factor que hace vulnerables a las mujeres ante el VIH, ya que se manifiesta en una variedad de formas que abarcan el abuso físico, sexual, emocional y psicológico, por lo tanto, las mujeres que han sido forzadas al sexo sin protección o han sido violadas podrían estar expuestas a ser infectadas por el VIH como resultado de ésta (OPS, s.f.) ya que difícilmente los agresores utilizan protección. Así mismo, las formas de ejercer violencia contra ellas, se presentan con frecuencia de manera simultánea y no independiente, lo cual provoca en las mujeres el miedo, suprime su poder

en todas las áreas de su vida y aumenta el riesgo de contraer el VIH (OPS, 2002), sin dejar de mencionar que la violencia se presenta en muchos contextos como el hogar, el trabajo, los espacios públicos, el matrimonio (Tallis, 2002) y las relaciones de noviazgo.

La violencia de género es un fenómeno universal, en donde la violencia física y coercitiva representa una de las variables más evidentes y conocidas del ejercicio del poder, sin embargo existen formas de ejercerla de formas más sutiles, en donde sus expresiones particulares provienen de las concepciones culturales e ideológicas de cada sociedad, pero que en general, los significados que han sido otorgados a lo femenino y lo masculino refuerzan acciones y prácticas que sitúan a las mujeres en una posición de subordinación y favorecen el ejercicio de la fuerza física y simbólica por parte de los hombres (Rosales, 2006), además estipulan que la sexualidad de las mujeres debe ser controlada y no ser tomada en cuenta, lo cual limita su capacidad de protegerse contra la infección por VIH e impide su insistencia en el uso de condones u otros métodos, por el temor de vivir violencia por parte de sus parejas (Tallis, 2002).

La dominación no es un hecho de absolutos, en donde las mujeres sean víctimas pasivas y los hombres víctimas activos, ya que en ocasiones, las mujeres contribuyen a su propia subordinación aunque la mayoría de las veces de forma inconsciente, pues la subordinación se encuentra fundamentada en el sistema de creencias característico de cada cultura, en donde tienen un rol principal los mitos, los rituales y los símbolos que refuerzan ciertos estereotipos femeninos o masculinos (Rosales, 2006). Finalmente es importante resaltar que las feminidades (y masculinidades) son múltiples, diversas y dinámicas, en los diferentes contextos, sociedades, culturas y en interior mismo de una persona, y que al existir diferentes formas de construir las identidades de género, surgen algunas que se resisten a lo preestablecido para re-construir relaciones de género y formas de ejercer la sexualidad más equitativas y saludables (Rosales, 2006).

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1. Planteamiento del problema

México es el tercer lugar de América y el Caribe en lo que se refiere al número absoluto de casos registrados de VIH, debajo de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de prevalencia se ubica en el sitio 23 (Córdoba, et al. 2009) siendo las relaciones sexuales desprotegidas las responsables del mayor número de infecciones que suceden (Herrera & Campero, 2002) por lo que el VIH se mantiene como un problema de salud pública en este país, en el que interactúan factores psicológicos, sociales, éticos, económicos y políticos, lo cual dificulta la capacidad de respuesta para atender las necesidades y consecuencias que surgen en los ámbitos de la salud (SSA, 2002).

Al ser la vía sexual, la principal práctica por la que las personas adquieren el virus, se ha considerado como de primordial importancia, fortalecer las estrategias de prevención, que incluyen la educación sexual, los métodos para evitar la infección, el uso del condón, etc., (Córdoba, et al. 2009), sin embargo, para que los programas tengan mayor impacto se hace imprescindible considerar las cualidades y necesidades específicas de cada población a la cual van dirigidos (Magis & Hernández, 2007), como es el caso de las mujeres, en donde el número infecciones presentadas en esta población va en aumento y en donde la capacidad de respuesta de los diferentes sectores involucrados no está siendo suficiente y se encuentra superada por las demandas que la problemática representa (Pérez, et al. 2004).

En este sentido, en México, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es en 2011 de 4.5 a uno (promedio global del país), es decir, 4.5 hombres con SIDA por cada mujer. Mientras que para los casos de VIH la razón es de 3.4 hombres por cada mujer, entre los casos hombre-mujer en cuanto a la transmisión sexual en la población de 15 a 29 años de edad, por cada 4 infecciones de hombres, se da 1 infección por mujer, lo que sugiere que las jóvenes se encuentran más expuestas a la infección que las mujeres de 30 y más años de edad, pues en ellas la razón es que de cada 5.3 infecciones del sexo masculino, se da 1 del sexo femenino, de acuerdo con los casos acumulados a junio del 2011 (SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 2011).

El creciente número de mujeres infectadas de VIH en México, es causado por diferentes factores, como la estigmatización que se ha generado y que sigue vigente hacia ciertos sectores de la población, asociados como los únicos en riesgo, ocasionando el estereotipo de que el SIDA es una enfermedad únicamente de hombres *gays*, de *drogadictas* y de *prostitutas*, los cuales son moralmente juzgadas, esta concepción origina que se excluya a otros grupos de mujeres, como a las profesionistas, jóvenes universitarias, amas de casa o mujeres con pareja estable con las que practican la monogamia, lo cual ha influido en que ellas, no perciban su vulnerabilidad, aunado a las creencias culturales de que la familia y el matrimonio son espacios seguros y por lo tanto el riesgo solo se perciba fuera de estos contextos (Torres, 2010). Otra de las causas de la baja percepción de riesgo que tienen las mujeres que no pertenecen a los grupos estigmatizados, son los mensajes elaborados en las campañas preventivas, los cuales no consideran el contexto ni las necesidades de la mayoría de las mujeres (Pérez, et al., 2004).

Esto ha ocasionado que en México el fenómeno del VIH con respecto al género, tenga la cualidad de ser un contexto en donde la principal práctica de riesgo de las mujeres sea tener sexo sin protección con su pareja estable y en el que ésta práctica no sea percibida como de riesgo ni por las mujeres, ni por gran parte de la sociedad (Pérez, et al, 2004), esto las ha situado en una posición vulnerable ante la pandemia.

Lo anterior hace oportuno realizar investigaciones enfocadas a mujeres en edades de entre 15 y 29 años, al ser ellas las que se encuentran más expuestas a la infección en comparación con las mujeres de otros grupos de edad, en donde se aborden aspectos como las principales prácticas sexuales en las que participan y que las ponen en riesgo de adquirir el virus, también que aborden los conocimientos, creencias y actitudes que tienen sobre la prevención del VIH e identifiquen los factores psicológicos, sociales y culturales que facilitan su vulnerabilidad ante el VIH.

Por otro lado, al ser el preservativo masculino la principal tecnología preventiva disponible para protegerse contra la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales (ONUSIDA, 2000) se ha convertido de vital importancia investigar los factores subyacentes por los que

las personas no usan el preservativo o lo hacen de manera inconsistente, y se ha encontrado como menciona Gutiérrez, Luna, Théodore y Torres (2004) que no solo la falta de recursos económicos o de información influyen, sino que también otros factores como la construcción social de la sexualidad y del riesgo entre las personas.

Dentro de las investigaciones enfocadas al estudio de este fenómeno se encuentra el realizado por Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO, 2009) en donde tras un análisis, identifica las “barreras que impiden el acceso a los condones”, clasificándolas en sociales y culturales, barreras legales y políticas, barreras económicas y financieras, y barreras estructurales. Otras investigaciones identifican otros elementos que influyen en la inconsistencia en el uso del preservativo como la percepción que se tiene de la pérdida del placer y una sensación de incomodidad al usarlo (Mateus & Mosquera, 2003) a que su uso es menos frecuente con parejas ‘estables’ que con parejas ‘eventuales’ (Barroso, et al, 2008) a sí mismo a causa de que su utilidad se percibe sólo en función de prevenir embarazos no planeados y no como una protección contra las ITS (ICASO, 2007), entre otros estudios.

Lo anterior resalta la importancia de identificar y analizar a profundidad los elementos que con mayor frecuencia intervienen en particular en que las mujeres jóvenes no usen el condón o lo hagan de manera inconsistente. Así como el que se tome en cuenta el uso del condón femenino y no solo del masculino, y que se evalúe si las mujeres saben colocarlos de manera adecuada.

Otra de las problemáticas que se presenta no con poca frecuencia entre la población joven y que tiene un impacto significativo en sus vidas, en especial en la de las mujeres, es el de la vivencia de embarazos no planeados, que por su naturaleza al igual que la problemática del VIH, tiene que ver con la esfera de la sexualidad, por ello es importante abordar la relación que tienen estos dos fenómenos en la vida de las mujeres jóvenes y también hacerlo desde una perspectiva de género como lo plantea Barreda, P, et al (2006) ya que significa estudiar los fenómenos desde el hecho de que existen desigualdades entre hombres y mujeres, a causa en gran parte por las construcciones culturales sobre la feminidad y la masculinidad.

En México, las instituciones de salud encargadas de brindar servicios de prevención de VIH y SIDA para la población abierta (los que no son derechohabientes de algún servicio de salud), son la Secretaría de Salud (SSA), el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), por medio de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS) entre otras, en donde todas las acciones de las instituciones gubernamentales están encaminadas a contribuir en el rubro de la prevención del fenómeno del VIH (Torres, 2010), sin embargo, también hay organizaciones civiles que contribuyen a la lucha contra el VIH.

Por otro lado, debe tomarse en cuenta que las instituciones educativas son contextos que pueden representar lugares propicios para la elaboración y aplicación de estrategias encaminadas a la prevención del VIH, promoviendo entre otras cosas el empoderamiento de mujeres y niñas (Mas Colombo, et al, 2008) ya que en las escuelas las intervenciones de prevención podrían ser realizadas de forma sistemática y con mayor alcance que en otros contextos (Torres, 2010). En este sentido el ámbito universitario también representa un contexto idóneo y fundamental para impulsar acciones preventivas para el VIH y SIDA (Mas Colombo, et al, 2008) y de igual manera para abordar la problemática de los embarazos no planeados, por lo que la presente tesis estudia estos dos fenómenos en un contexto escolar con mujeres estudiantes de la Universidad de Negocios ISEC.

4.2.Pregunta de investigación

¿Qué factores psico-socio-culturales de riesgo intervienen y de qué forma, para que mujeres estudiantes de la Universidad de Negocios ISEC, se coloquen en situaciones de vulnerabilidad para adquirir el VIH (u otras ITS) cuando ejercen su sexualidad?

4.3.Objetivo de la investigación

- ❖ Identificar y analizar los factores psico-socio-culturales de riesgo que influyen en que las jóvenes de la Universidad de Negocios ISEC entre los 18 y 25 años se coloquen en situaciones de vulnerabilidad ante el VIH al ejercer su sexualidad.

4.3.1. Objetivos específicos

- Determinar el tipo de conocimientos que manejan las jóvenes universitarias sobre la prevención del VIH y SIDA, el uso adecuado del condón femenino y masculino y finalmente detectar las fuentes de información de donde han adquirido dicho conocimiento.
- Conocer las principales situaciones en las que las jóvenes de la licenciatura de psicología han estado en vulnerabilidad para adquirir el VIH e identificar la forma en la que los factores psicológicos, sociales y culturales influyen en que las realicen.
- Identificar los métodos de prevención de VIH y embarazos que utilizan con mayor frecuencia las universitarias, e indagar las razones de su preferencia.
- Conocer si las jóvenes se han realizado alguna de las pruebas que detectan el VIH e indagar en las causas de ello.
- Identificar y analizar los factores psicológicos, sociales y culturales, que influyen en que las estudiantes de la Universidad de Negocios ISEC, se perciban en riesgo de adquirir VIH u otra ITS con sus parejas sexuales y que usen de manera consistente o inconsistente el condón.
- Analizar la forma en que se relacionan la percepción de riesgo que tienen las estudiantes universitarias sobre vivir un embarazo no planeado con la de adquirir el VIH o alguna ITS.
- Averiguar las actitudes y creencias que tienen las jóvenes sobre algunos tópicos de la sexualidad como los embarazos no planeados, la interrupción legal del embarazo y el erotismo, así como indagar sobre lo que hablan con sus parejas al respecto.

- Indagar si las estudiantes universitarias al ejercer su sexualidad se han enfrentado a algún tipo de problemática.

4.4. Diseño metodológico

El enfoque de la presente tesis es de tipo cualitativo, utilizando diseño metodológico del estudio instrumental de casos clasificado por Stake (1999) y por medio de entrevistas centradas en el problema, ya que aunque existe un gran marco teórico sobre los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en que la población de jóvenes se exponga a situaciones de riesgo para la adquisición del VIH al ejercer su sexualidad, se ha estudiado poco desde un enfoque cualitativo y desde una perspectiva de género.

En su desarrollo se pretende que la presente investigación se convierta en interpretativa analizando e identificando la forma en que los factores sociales y culturales que influyen en que las jóvenes utilicen o no de manera consistente el preservativo con sus parejas sexuales, en su percepción de riesgo de adquirir alguna ITS o tener un embarazo no planeado, así como el nivel de conocimientos con el que cuentan sobre la prevención del VIH y SIDA, estableciendo también una categorización sobre las actitudes que tienen sobre algunos tópicos de la sexualidad como el erotismo y la interrupción legal del embarazo, con el fin de refinar los conocimientos que ya se tienen sobre el tema y comprender con mayor claridad la complejidad del fenómeno, finalmente en algunos momentos específicos existirá una verificación teórica sobre los factores que algunos investigadores han mencionado que influyen en que las mujeres se pongan en situación de riesgo para adquirir el VIH.

4.4.1. Descripción de informantes

Los informantes fueron estudiantes de la Universidad de Negocios ISEC, una universidad privada ubicada en el distrito federal, en donde diez de los once informantes eran del sexo femenino con orientación sexual heterosexual y uno del masculino con orientación sexual homosexual, cuatro con una edad de 19 años, cuatro de 22 años, una de 20 años, una de 21 años y una de 24 años. En lo que se refiere a su estado civil, nueve informaron ser solteras y uno vive en unión libre, en cuanto a su creencia religiosa, nueve se asumieron como creyentes de Dios (de religión católica o con fundamentos católicos) y dos mencionaron no

tener ninguna creencia religiosa. Cabe mencionar que en una segunda entrevista con una de las informantes, mencionó que se cambió de carrera.

Ninguna de las informantes se encuentra en algún grupo o población de los que menciona Torres (2010) como clave o que por su situación social, sus probabilidades de riesgo de contraer el VIH aumentan en comparación con otras, es decir las informantes no son a) esposas o parejas de algún trabajador migrante; b) esposas o parejas de hombres reclusos, enlistados en los servicios militares; c) Trabajadoras sexuales o mujeres que participan en prácticas de sexo recompensado ni d) Usuarias o parejas de usuarios de drogas inyectables.

Finalmente cabe mencionar que de las 5 personas del sexo masculino que se inscribieron para participar en la investigación en el proceso de reclutamiento, solo uno participó y los 4 restantes no acudieron a la cita de la entrevista, tal vez porque se presentó una ambivalencia ya que pude observar el gran interés que despertó en los estudiantes el tema cuando se fue a los salones a promover la participación para el estudio, pero por otro parte, dado que el tema de la sexualidad al ser un tópico que culturalmente ha sido percibido como íntimo, penoso, pecaminoso, aunado a la forma en la que se iba a tratar el tema, es decir una entrevista presencial cara a cara, que implica estar en mayor grado ‘expuesto’, con respecto al intercambio de miradas, palabras, emociones, etc. y finalmente tomando en cuenta una cultura que educa a los hombres a no expresar sus emociones abiertamente y evitar situaciones en las que tengan que hacerlo, fueron factores con mayor carga emocional y cognitiva en comparación con el interés que despertó en ellos el tema que al final lo primero influyo significativamente en su decisión de no participar.

4.4.2. Proceso de inclusión

La selección de los informantes puede dividirse en dos momentos. El primero consistió en la elaboración y planeación de la convocatoria dirigida a los alumnos de la Universidad de Negocios ISEC, para invitarlos a participar en la investigación, la cual consistió en el diseño de propaganda la cual contenía el objetivo de la investigación y a grandes rasgos los temas que se abordarían en las entrevistas, subrayando la confidencialidad y la ética con la que se realizarían. Los criterios de inclusión para esta primera etapa fueron que los

participantes tuvieran entre 18 y 25 años de edad y estuvieran estudiando la licenciatura de psicología, donde en total fueron 11 informantes los entrevistados.

El segundo momento de inclusión consistió en que a partir de una primera entrevista filtro y a causa de que la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino, se consideró como criterios de inclusión a informantes del sexo femenino, que tuvieran una vida sexual activa y que tuvieran apertura para hablar sobre temas privados concernientes al ejercicio de su sexualidad, por lo que se seleccionaron a ocho de los 11 estudiantes, sin embargo dos de ellas por motivos personales no pudieron continuar con la segunda fase, quedando en total seis informantes.

4.4.3. Escenario

Las entrevistas se realizaron en las instalaciones de la Universidad, en dos lugares, la mayor parte de ellas en la cámara de Gesell y la menor parte en algún salón a puerta cerrada cuando por algún motivo, coincidían los horarios de las entrevistas con algún evento de la universidad que requería el uso de la cámara de Gesell.

4.4.4. Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico, ya que los informantes participaron voluntariamente y por interés, posterior a la convocatoria realizada en las instalaciones de la Universidad de Negocios ISEC.

4.4.5. Instrumentos

Se utilizó la entrevista centrada en el problema y dos cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas (no observacional), con el fin de obtener información de las participantes con respecto a la vivencia de su sexualidad en relación a la prevención del VIH, el erotismo, embarazos no planeados, la interrupción legal del embarazo y sobre algunas problemáticas que hayan tenido al ejercer su sexualidad, así como para obtener información sobre los

conocimientos y algunas actitudes que tienen con respecto a esas temáticas, para armar el estudio instrumental de casos (observacional no estructurada).

El primer cuestionario se utilizó como apoyo en las entrevistas filtro para seleccionar a los participantes que cumplieran las características de haber iniciado su actividad sexual y que tuvieran apertura para hablar sobre temas concernientes al ejercicio de su sexualidad. El cuestionario contiene 19 preguntas en total y está dividido en cuatro secciones; la primera se enfoca en adquirir información sobre los motivos que tuvieron los informantes en participar en la investigación, así como datos personales; la segunda sección se enfoca en obtener algunos datos sobre el ejercicio de su sexualidad, como si son sexualmente activos, edad de inicio en sus relaciones sexuales, uso de método de protección, etc. ; para la tercera sección se realizó una tipología sobre las relaciones, la cual se muestra y se explica en el cuadro 11.

Cuadro 11. Tipología de las relaciones

Tipología de relación de acuerdo a la investigación	Descripción
1. Exclusiva	Los dos miembros de la pareja establecen acuerdos sobre la exclusividad sexual en su relación, el significado de fidelidad, la forma de vivir la exclusividad, etc., acuerdos que se revaloran de acuerdo al desarrollo y necesidades de la relación.
2. Relación abierta sin acuerdo establecido para un miembro de la pareja	En la relación no se establecen acuerdos sobre la exclusividad sexual y uno de los dos miembros de la pareja interactúa sexualmente con otras personas sin que su “pareja” esté enterada de ello.
3. Relación abierta sin acuerdo establecido para los dos miembros de la pareja	En la relación no se establecen acuerdos sobre la exclusividad sexual y los dos miembros de la pareja interactúan sexualmente con otras personas sin que ni uno ni otro miembro de la “pareja” se enteren de ello.
4. Relación abierta con acuerdo establecido para un miembro de la pareja	En la relación se establecen acuerdos sobre que uno de los dos miembros de la pareja tiene la posibilidad de interactuar sexualmente con otras personas, conforme los

	acuerdos que se hayan establecido alrededor de esta postura.
5. Relación abierta con acuerdo establecido para los dos miembros de la pareja	En la relación se establecen acuerdos sobre que los dos miembros de la pareja tiene la posibilidad de interactuar sexualmente con otras personas, conforme los acuerdos que se hayan establecido alrededor de esta postura
6. Relación de amistad con interacciones sexuales	Común mente llamados “frees” “amigobios” “amigos con derechos” etc. En donde se presentan interacciones sexuales entre dos personas que definen su relación como de “amistad” y que establecen este tipo de interacciones sin un “compromiso moral” sobre la relación.
7. Relaciones ocasionales	Se presentan interacciones sexuales con alguna persona desconocida, poco conocida o con la cual no tienen un “compromiso moral” de algún tipo.

Finalmente, en la sección cuatro, se realizaron algunas preguntas de opinión, sobre la comunicación con su pareja (actual o pasada) y sobre algún acontecimiento importante en su vida.

El cuestionario fue diseñado por el investigador incluyendo algunos reactivos de la ENJ, de su sección de sexualidad, como lo es la edad de inicio sexual, si son sexualmente activos y si utilizan algún método de protección; en lo que respecta a la tipología de las relaciones y alguna de las preguntas de la cuarta sección, surgen a partir del análisis y reflexión que el autor hace del trabajo de campo con jóvenes como voluntario de La Casa de la Sal, en donde identificó diferentes formas en las que interactúan las personas cuando ejercen su sexualidad y la poca comunicación que tienen con sus parejas con respecto a la sexualidad.

El segundo cuestionario contiene 84 preguntas y fue utilizado como apoyo para la segunda fase de la investigación. Se clasificó en cuatro secciones generales con sus respectivas sub secciones, la primera sección se enfocó en el rubro de la prevención del VIH, con cuatro sub categorías que hacen referencia a la percepción de riesgo, actitudes, conductas y conocimiento; la segunda sección trató sobre el área de la sexualidad, con tres sub categorías respectivamente, las cuales fueron, actitudes, creencias y conductas; la tercera

sección se refirió al tema de los embarazos no planeados con tres sub categorías que hacen referencia a las actitudes, conductas y percepción de riesgo; la cuarta sección se enfocó en el tema del erotismo, con dos sub categorías respectivamente, que fueron sobre las actitudes y la vivencia del erotismo.

El segundo cuestionario fue integrado y diseñado por el autor de acuerdo a los objetivos de la presente investigación. La mayoría de los reactivos formulados surgen a partir del análisis del marco teórico (conceptos básicos del VIH y SIDA, percepción de riesgo, factores de riesgo, etc.) y de observaciones realizadas por el autor en el trabajo de campo con jóvenes al participar como voluntario en la Casa de la Sal (como falta de información de las personas en algunos rubros, comunicación poco asertiva con los padres y parejas sobre la sexualidad, negación hacia uso del condón, etc.), por otro lado, algunas preguntas también se incluyen a partir de la evaluación de la primera entrevista con los participantes, especialmente para ahondar en temas personales de importancia (número de parejas sexuales a lo largo de su vida, uso de la pastilla del día siguiente, frecuencia del uso del condón con cada pareja, etc.)

Para evaluar el tipo de conocimiento que manejan las participantes sobre la prevención del VIH, el uso adecuado del condón femenino, en primera instancia, se elaboraron unas preguntas sobre dichos temas y se calificó cada pregunta, clasificando su conocimiento al respecto, en: a) suficiente; b) ambiguo; y c) insuficiente. En cuadro 12 se presentan los criterios que se tomaron en cuenta para determinar el tipo de conocimiento que tienen las participantes sobre el fenómeno del VIH y SIDA y el valor que se le dio para los fines de esta investigación.

Cuadro 12. Criterios para determinar el tipo de conocimiento sobre el VIH y SIDA

Tipo de conocimiento	Factores que se tomaron en cuenta	Valor
Suficiente (S)	La participante menciona conceptos básicos e importantes sobre el tema de acuerdo con el marco teórico de la presente investigación y maneja la información con claridad, sin ambigüedad, ni confusión.	1 punto

Incompleto o confuso (I/C)	La participante confunde y/o no menciona algunos conceptos básicos e importantes de cada tema y los relaciona de manera poco clara y confusa.	0.5 medio punto
Erróneo (E)	La participante no sabe o menciona erróneamente los conceptos básicos del tema.	0 puntos

En seguida se presentan algunos argumentos que sirven como ejemplo de la forma en que se aplicaron los criterios para determinar el tipo de conocimiento que tienen las participantes sobre los rubros del VIH.

Tipo de conocimiento suficiente

¿Qué es el VIH?

Participante U:.. te ataca toda la parte **inmunológica**... y por lo mismo te **baja las defensas** entonces eres **más propenso** a... cualquier **enfermedad** pero que te da como más fuerte y pues es... un **virus**

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

Participante T:...**sexual**...**sanguínea**, puede ser... es que no sé cómo se llama de nacimiento, o sea **cuando vas a tener un hijo y tú lo portas... se lo pasas**...

En el primer argumento vemos que menciona los conceptos básicos, hace referencia al sistema inmunológico, la baja de defensas, ser más propenso a cualquier enfermedad y finalmente que es un virus, es decir menciona lo esencial de la pregunta, por lo tanto se considera que tiene un conocimiento suficiente sobre este rubro. Lo mismo sucede en el segundo caso, menciona la vía sexual, la sanguínea y aunque no menciona el nombre de la tercer vía, si la explica, por lo que se considera que tiene un conocimiento suficiente sobre ese rubro.

Tipo de conocimiento incompleto o confuso

¿Sabes cuáles son las pruebas que detectan el VIH y en qué consisten?

Participante Q: la de **ELISA** y hay otra ¿es una antes de la ELISA, no? pero no me

acuerdo como se llama... no sé en qué consistan

¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?

Participante W:...si hay una diferencia es que una dice que es **síndrome** y la otra dice que es **virus**... yo digo que es como una te empieza a comerte como por dentro que empieza a degenerarte más y la otra te degenera más físicamente o sea más de que se te cae el cabello independientemente de las quimioterapias si es que más física yo he visto que es más física el SIDA que el VIH.

En el primer caso menciona solo una de las pruebas que sirven para detectar el VIH y no recuerda la otra, ni tampoco sabe en qué consisten, por lo que se considera que tiene un conocimiento incompleto sobre este rubro. En el segundo caso aunque diferencia el virus del síndrome utiliza conceptos de manera confusa y poco clara, como el mencionar lo de las quimioterapias y el decir que una es más física que la otra, por lo que se considera que su conocimiento sobre este rubro es incompleto y confuso.

Tipo de conocimiento erróneo

¿Sabes qué es el sexo seguro?

Participante W: Pues cuando te cuidas ¿no?, cuando tienes relaciones y usas condón

¿Cuál es la diferencia entre una persona que tiene VIH y otra que tiene SIDA?

Participante X:...es que no se si uno sea... es que es algo como lo de cero positivo...
jaja no se

Se observa en el primer y segundo argumento que usan erróneamente los conceptos que tienen sobre ese rubro y es por ello que se determina que el conocimiento que tienen ante ello es erróneo.

Para la sección que se refiere al uso adecuado del condón femenino y masculino, se pidió a las participantes que de manera práctica colocaran los condones, con la ayuda de materiales didácticos que fueron un dildo masculino, uno femenino, un condón masculino y uno femenino, mientras se les realizaban algunas preguntas al respecto, con el fin de observar y calificar la forma en que ponían y retiraban los condones. Para evaluar las preguntas

correspondientes a éste apartado, se utilizaron los mismos criterios de clasificación y calificación antes mencionados, sin embargo específicamente para la demostración de la forma correcta de colocar y retirar los condones, se tomaron en cuenta otros que en los cuadros 13, 14,15 y 16 se presentan.

Cuadro 13. Criterios para determinar el tipo de conocimiento sobre la forma de colocar el condón masculino.

Tipo de conocimiento	Factores que se tomaron en cuenta	Valor
Suficiente (S)	Que la participante realice adecuadamente los siguientes pasos al colocar el condón masculino: <ol style="list-style-type: none"> 1. Que coloque el condón en el glande del dildo masculino de tal forma que pueda desenrollarse (con el anillo del reborde, enrollado por fuera). 2. Que al colocarlo oprima con los dedos la punta del condón (receptáculo) y lo desenrolle (sin utilizar las uñas) sin dejar de presionar el receptáculo. 	1 punto
Incompleto (I)	La participante deje de presionar el receptáculo al momento de desenrollar el condón.	0.5 medio punto
Erróneo (E)	La participante comete alguno de los siguientes errores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloca “al revés” el condón en el glande, de tal forma que no puede desenrollarse adecuadamente. 2. Al colocarlo, no oprime con los dedos el receptáculo, dejando que entre aire. 3. Al desenrollar el condón sus uñas hacen contacto con el condón. 	0 puntos

Cuadro 14. Criterios para determinar el tipo de conocimiento sobre la forma de retirar el condón masculino.

Tipo de conocimiento	Factores que se tomaron en cuenta	Valor
Suficiente (S)	Que la participante tome con los dedos el receptáculo y paralelamente con la otra mano lo retire, sin que el condón se enrolle al lado contrario,	1 punto
Incompleto (I)	La participante lo retira pero el condón se enrolla un poco al lado contrario.	0.5 medio punto
Erróneo (E)	La participante no puede retirarlo o el condón se enrolla al lado contrario de tal forma que en una situación “real” el semen depositado en el receptáculo tenga el riesgo de salirse.	0 puntos

Cuadro 15. Criterios para determinar el tipo de conocimiento sobre la forma de colocar el condón femenino.

Tipo de conocimiento	Factores que se tomaron en cuenta	Valor
Suficiente (S)	Que la participante realice adecuadamente los siguientes pasos al colocar el condón femenino: <ol style="list-style-type: none"> 1. Que sostenga el aro interno y lo apriete de tal forma que quede alargado o en forma de 8. 2. Que empuje el aro interno dentro del dildo femenino lo máximo que se pueda con ayuda de los dedos. 	1 punto
Incompleto (I)	La participante no introduce lo suficiente el condón.	0.5 medio punto
Erróneo (E)	La participante comete alguno de los siguientes errores: <ol style="list-style-type: none"> 1. No pueda poner el aro interno en forma de 8 o alargado para introducirlo. 	0 puntos

	2. No puede introducir el condón en el dildo femenino.	
--	--	--

Cuadro 16. Criterios para determinar el tipo de conocimiento sobre la forma de retirar el condón femenino.

Tipo de conocimiento	Factores que se tomaron en cuenta	Valor
Suficiente (S)	Que la participante gire el anillo externo (máximo tres veces) y lo retire con cuidado.	1 punto
Incompleto (I)	La participante lo retira pero sin girar el anillo externo.	0.5 medio punto
Erróneo (E)	La participante no le retira (a causa de que no pudo ponerlo)	0 puntos

Finalmente, para determinar la calificación final y poder establecer el tipo de conocimiento que tuvo cada participante de acuerdo a la clasificación antes mencionada con respecto a la prevención del VIH y SIDA y el uso adecuado del condón femenino y masculino, se sumaron los valores de cada pregunta y se realizó una regla de 3 para, utilizando una escala del 0 al 10, siendo del 0 al 5 un conocimiento insuficiente, del 5.1 al 7.9 un conocimiento incompleto y/o confuso y del 8 al 10 un conocimiento suficiente. Para la regla de tres en el tema de la prevención, la fórmula es representada por $x = \frac{\text{suma total} \times 10}{22}$, ya que 22 es el número total de preguntas y la puntuación total que equivale a una calificación de 10, para el apartado del uso adecuado del condón masculino, la formula cambió a $x = \frac{\text{suma total} \times 10}{8}$ y la que se refiere al uso del condón femenino fue $x = \frac{\text{suma total} \times 10}{6}$.

4.4.6. Procedimiento

Las entrevistas se realizaron en dos momentos, el primero consistió en una entrevista filtro en donde participaron 11 estudiantes y el segundo en una entrevista a profundidad en donde participaron seis participantes mujeres que fueron seleccionadas a partir de la primera entrevista.

4.4.6.1. Desarrollo de entrevistas y aplicación de cuestionarios

Las once entrevistas filtro se realizaron entre las fechas del 3 al 10 de marzo del 2011 y las segundas entre el 23 de noviembre al 5 de diciembre del 2011, con apoyo de cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas. Cabe mencionar que todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para el análisis de los datos.

La primera etapa del estudio tuvo como fin el crear el *rapport* necesario con los informantes para que la siguiente etapa del proceso transcurriera en un clima de mayor confianza y apertura, también tuvo el propósito de seleccionar a los que cumplieran las características de haber iniciado su actividad sexual y que tuvieran apertura para hablar sobre el ejercicio de su sexualidad. Para ello se utilizó el primer cuestionario de preguntas abiertas y cerradas como apoyo para guiar la entrevista. La dinámica de la entrevista consistió en que el investigador se guiaba con el cuestionario y realizaba solo algunos apuntes importantes, pues todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Así mismo durante la entrevista, se generaron más preguntas para la conformación del estudio instrumental de casos, en función de los objetivos de la investigación.

Para la segunda entrevista a profundidad se realizó la misma dinámica que en la primera etapa, ya que el investigador se guio con el cuestionario y realizó solo algunos apuntes importantes, pues todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la presentación y análisis de los resultados, se hizo una división de cuatro categorías temáticas que son: 1) la prevención del VIH y el SIDA; 2) la sexualidad; 3) los embarazos no planeados y 4) el erotismo. La primera categoría cuenta con 6 sub categorías que se refieren: a) conocimientos básicos sobre la prevención del VIH; b) conocimientos y uso adecuado del condón femenino y masculino; c) actitudes sobre el uso del condón femenino y masculino; d) fuentes de información sobre la prevención del VIH y SIDA, y el uso del condón femenino y masculino; e) percepción de riesgo y f) factores que influyen en el uso del condón.

La categoría de sexualidad, se divide en 6 sub categorías, las cuales son: a) Historia sexual; b) tipología de relaciones; c) razones por las que no han iniciado su vida sexual; d) la escuela como fuente de información; e) problemas con parejas sexuales en la vivencia de la sexualidad y f) comunicación con la pareja sobre sexualidad.

La categoría de embarazos no planeados, cuenta con tres subcategorías: a) conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; b) Actitudes y creencias sobre embarazos no planeados y la interrupción del embarazo, y c) relación entre percepción de riesgo de vivir algún embarazo no planeado y la de adquirir VIH o alguna ITS.

Finalmente la categoría de erotismo, contiene dos sub categorías, que son: a) satisfacción sexual, y b) Frecuencia en las relaciones sexuales.

5.1. Categoría: Prevención del VIH y SIDA

5.1.1. Sub categoría: Conocimientos básicos sobre la prevención del VIH y SIDA

En cuadro 17 se presentan resultados obtenidos en la segunda entrevista, que refleja el tipo de conocimientos que tiene cada participante sobre los diferentes rubros de la prevención del VIH y SIDA y la puntuación total que obtuvieron.

Cuadro 17. Conocimientos básicos sobre el VIH y SIDA por participante

Participante	U	S	X	W	T	Q
Siglas del VIH	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C
Qué es	S	I/C	S	E	I/C	I/C
Siglas del SIDA	E	E	E	E	I/C	S
Qué es el SIDA	S	S	E	I/C	I/C	I/C
Diferencia entre VIH y SIDA	I/C	S	E	S	E	I/C
Vías de transmisión	I/C	I/C	S	I/C	S	I/C
Qué es una conducta de riesgo	I/C	S	S	I/C	I/C	S
Etapas del VIH	E	I/C	I/C	E	E	E
Fluidos corporales que transmiten el VIH	E	I/C	I/C	I/C	E	I/C
Sexo oral	S	S	E	I/C	S	S
Protección en sexo oral	I/C	S	I/C	E	I/C	S
Diferencia entre persona que tiene VIH y otra que tiene SIDA	I/C	E	E	I/C	I/C	S
Después de cuánto puede transmitir una persona el VIH	S	E	S	S	S	S
Después de cuánto tiempo se presentan los síntomas	I/C	S	I/C	S	I/C	E
Pruebas que detectan el VIH y en qué consisten	I/C	I/C	I/C	I/C	E	I/C
Lugares en donde se pueden hacer las pruebas	S	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C
Métodos de prevención de VIH y SIDA conoce	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C
Sexo protegido	S	S	S	S	E	E
Sexo seguro	E	E	E	E	E	E
Exclusividad sexual	E	E	E	I/C	E	I/C
Abstinencia	S	S	S	S	S	S
Puntuación total	11.5	12	10	10.5	9	11.5

En el cuadro 18 se presenta la calificación y el tipo de conocimiento general que obtuvo cada participante de acuerdo a los valores obtenidos en los diferentes rubros, del tema de la prevención del VIH y SIDA.

Cuadro 18. Calificación y tipo de conocimiento de cada participante

Participante	U	S	X	W	T	Q
Calificación	5.2	5.5	4.5	4.8	4.1	5.2
Tipo de conocimiento	Incompleto y/o confuso	Incompleto y/o confuso	Insuficiente	insuficiente	insuficiente	Incompleto y/o confuso

En donde el promedio general es de 4.9 es decir la población estudiada tiene un conocimiento en general insuficiente sobre el tema del VIH y el SIDA, lo cual difiere de las investigaciones de Góngora (2006) y Piña, et al (2004) con estudiantes de bachillerato y de universidad, pues encontraron, un nivel adecuado en cuanto a conocimientos sobre el VIH/SIDA en éstas poblaciones (ver apartado 2.6).

Éste contraste en el tipo de conocimiento encontrado en las otras investigaciones, puede ser generada por distintas razones, entre ellas: 1) por la diferencia en el número de participantes; 2) el que los estudiantes de las otras investigaciones hayan estado más expuestos a información sobre el VIH por medio de talleres, campañas, clases, conferencias, etc.; 3) la diferencia en los instrumentos utilizados, ya que en las otras investigaciones se utilizaron cuestionarios escritos, lo cual no permite analizar con profundidad algunos tópicos o en caso de haber sido de opción múltiple pueden ayudar a los encuestados a reconocer con mayor facilidad las respuestas correctas y no permiten conocer el manejo que tienen las personas sobre los conceptos básicos del VIH y 4) finalmente las preguntas que les hayan hecho sobre el VIH y la forma de calificar (que no mencionan) pueden haber sido distintas.

5.1.2. Sub categoría: Conocimientos y uso adecuado del condón masculino y femenino

En el cuadro 19 se muestran los datos obtenidos en la segunda entrevista sobre el tipo de conocimiento que tiene cada participante sobre los nueve rubros que fueron considerados

para el uso adecuado del condón masculino, así como la puntuación total que obtuvieron de acuerdo a los valores asignados.

Cuadro 19. Conocimientos y uso adecuado del condón masculino

Participante	U	S	X	W	T	Q
Lugares en donde se puede adquirir un condón	S	S	S	S	S	S
Cosas en las que se tiene que fijar antes de poner un condón	I	S	S	S	I	S
Lugares en donde se puede guardar un condón	S	S	S	S	S	S
Forma de abrirlo, con qué sí y con qué no se debe de abrir	S	S	S	S	S	I
Forma correcta de poner el condón	S	I	E	S	E	I
Forma correcta de retirar el condón	S	I	E	S	S	S
Se pueden usar dos condones masculinos a la vez	S	S	I	S	S	I
Costo de condones	I	S	I	E	S	I
Puntuación total	7	7	5	7	6.5	6

A continuación se presenta el cuadro 20 con la calificación que obtuvo cada participante de acuerdo a su puntuación total.

Cuadro 20. Calificación por participante sobre conocimientos del uso adecuado del condón masculino

Participante	U	S	X	W	T	Q
Calificación	8.8	8.8	6.3	8.8	8.1	7.5
Tipo de conocimiento	Suficiente	suficiente	Incompleto	suficiente	Suficiente	Incompleto

En donde el promedio general es de 8.1, es decir la población estudiada tiene un conocimiento suficiente sobre el uso adecuado del condón masculino, sin embargo mencionan que lo han puesto pocas veces a su pareja o lo han practicado poco con otros materiales didácticos.

Participante T: ... pues es que según sé que **debemos de agarrar esta puntita** ¿no?... agarramos la puntita y... **hacer presión, sostenerla y bajarla...** pero **tiene años que no hago esto**, o sea... te lo juro, mi pareja actual era el que me lo ponía siempre, yo era malísima para todo eso... así que si podrás darte cuenta **soy pésima** ¿lo podría dejar ahí?

Participante U: pues fueron **muy pocas la verdad**, casi siempre él se lo ponía (el condón) pero... así de las veces que yo le decía "**haber déjame yo ponértelo**"

Lo cual indica que aunque la mayoría de las participantes saben ponerlo, no lo colocan con frecuencia al ejercer su sexualidad, lo cual revela una actitud que concuerda con el supuesto cultural que indica que el uso del condón es responsabilidad exclusiva del hombre.

En lo que se refiere al condón femenino, en el cuadro 21 se presenta el tipo de conocimiento que tiene cada participante sobre su uso adecuado, así como la puntuación total que obtuvieron de acuerdo a los valores asignados.

Cuadro 21. Conocimientos y uso adecuado del condón femenino

Participante	U	S	X	W	T	Q
Lugares en donde se puede adquirir un	E	E	S	E	E	S

condón						
Cosas en las que se tiene que fijar antes de poner un condón	I	I	E	S	E	S
Forma correcta de poner el condón	I	I	E	I	E	I/C
Forma correcta de retirar un condón	E	E	E	I	E	E
Se puede utilizar el condón femenino y masculino a la vez	S	S	E	E	S	S
Costo de condones	I	I	E	S	E	I
Puntuación total	3.5	2.5	1	3	1	4

En seguida se presenta un cuadro con la calificación final y el tupo de conocimiento que tuvieron las participantes.

Cuadro 22. Calificación final y tipo de conocimiento sobre el uso del condón femenino.

Participante	U	S	X	W	T	Q
Calificación	5.8	4.2	1.7	5	5	6.7
Tipo de conocimiento	Incompleto	Insuficiente	insuficiente	insuficiente	insuficiente	Incompleto

Puede observarse que en promedio la población obtuvo una calificación de 4.7, es decir en general tienen un conocimiento insuficiente sobre el uso adecuado del condón femenino. Así mismo todas las participantes informaron que ninguna de ellas lo ha utilizado, lo cual refleja la poca promoción en general que se le ha hecho en las campañas preventivas, el poco interés de las mismas mujeres por conocerlo y usarlo, por otro lado es de importancia resaltar el poco interés que existe en el ámbito académico de tomarlo en cuenta, pues las investigaciones y encuestas relacionadas con la sexualidad solo toman en cuenta el preservativo masculino (ver apartado 2.6).

5.1.3. Sub categoría: Actitudes sobre el uso del condón masculino y femenino

Se identificaron algunos argumentos que hablan sobre la actitud que las participantes tienen sobre el uso del condón masculino y que se muestran a continuación.

Participante U: pues... e... es que si es algo diferente la sensación obviamente o sea **cuando está el condón ahí de por medio** pues si obviamente o sea **si se siente pero no se siente igual** que cuando no lo traen... pero pues eso si es que... **te tienes que aguantar**... porque si no ¿imagínate?

Participante S: **No me disgusta, pero tampoco me encanta**, porque si así, no sé ósea a veces si **se siente más rico sin condón** que con condón, pero también a veces ósea también no me disgusta

Participante T: pues para hacerte franca **no me encanta, no es lo mismo** la textura natural, que sentirlo dentro que... cuando ya tiene condón, es diferente, **si sientes el cambio** pero... aunque no lo creas hay condones que te hacen sentir como... rico, entonces no te puedo decir... lo odio... o sea **depende mucho del condón**.

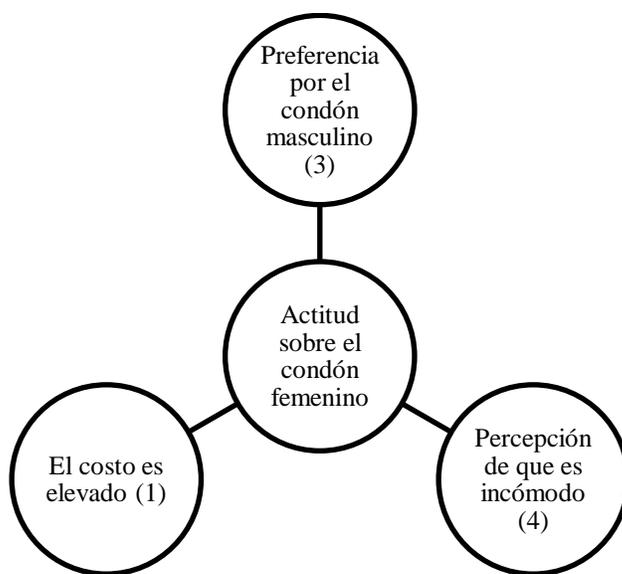
Lo anterior muestra que la mayoría de las participantes perciben que la sensación de placer al tener relaciones sexuales al usar condón disminuye, lo cual concuerda con lo encontrado por Mateus y Mosquera (2003) ya que “no se siente lo mismo”, sin embargo, las participantes a pesar de ello, no tienen una actitud de rechazo u oposición a su uso, al mencionar que “si se siente pero no se siente igual... pero pues eso si es que te tienes que aguantar” o “no me disgusta, pero tampoco me encanta”. Por lo que se puede interpretar que tienen más bien una actitud de ‘preferencia’ por no usarlo a causa de la disminución del placer que perciben, sin embargo no es posible decir que éste sea un factor determinante para que su uso sea inconsistente.

También es importante señalar los datos que arroja la ENJ sobre las razones por las que los hombres y las mujeres no usan algún método anticonceptivo (entre ellos condón), para contrastar los resultados desde una perspectiva de género, ya que la encuesta muestra que a los hombres más que a las mujeres les disgusta usar algún método, los hombres mencionan con mayor frecuencia en comparación con las mujeres, que no están de acuerdo en su uso y

finalmente más mujeres que hombres reportan que sus parejas no están de acuerdo con su uso (ver cuadro 6 y gráfica 6). Lo anterior muestra que la actitud de rechazo para el uso de algún método se presenta más en la población masculina que en la femenina, lo cual podría representar un factor que influye más en ellos que en ellas para que no utilicen el condón, es decir, mientras las mujeres tienen más bien una actitud de preferencia que de rechazo por no usar del condón, la actitud de los hombres se caracteriza por ser más bien de rechazo ante su uso.

A continuación se muestra en el esquema 6 los datos obtenidos en la segunda entrevista sobre sobre la actitud que tienen las participantes sobre el uso del condón femenino que podrían influir en que no lo usen.

Esquema 6. Actitud sobre el condón femenino



*Los números dentro del paréntesis corresponden al número de veces que se esa actitud se presentó entre las participantes. Cabe mencionar que cada participante pudo presentar más de una actitud sobre el condón femenino.

El esquema anterior indica que la percepción de incomodidad es el factor que más prevalece entre las participantes, así como la preferencia por el condón masculino. Este segundo factor podría ser causado por el primero, así como por el uso y promoción ‘monopolizada’ del condón masculino, que ha causado que la percepción sobre la necesidad del uso del condón femenino sea baja o no se presente y finalmente por el costo

elevado que tiene en comparación con el masculino. Sin embargo al ser la percepción de incomodidad el factor que más prevalece entre las participantes, podría ser el que influya en mayor grado para que no lo utilicen. Así mismo, la preferencia por el uso del condón masculino también podría estar vinculada por la falta de empoderamiento y la pasividad de la mujer ante su salud sexual promovida indirectamente al determinar culturalmente al condón como uso exclusivo del hombre, disminuyendo así la percepción de necesidad de la mujer de responsabilizarse por el cuidado de su salud sexual, ya que su pareja es el que debe de ocuparse de ello.

Finalmente, ante lo que se mencionó sobre el costo elevado del condón femenino, es importante señalar lo que dice al respecto ICASO (2007) que el alto precio del condón femenino se debe parcialmente a su demanda limitada, así como al escaso mercado global, ya que si los condones femeninos se mercadearan más y fueran percibidos como un método de prevención y una ayuda sexual, su demanda y, por consiguiente su accesibilidad podría aumentar a nivel mundial.

5.1.4. Sub categoría: Fuentes de información sobre prevención del VIH y SIDA, el uso del condón femenino y masculino

A continuación se presenta el cuadro 23 datos obtenidos en la segunda entrevista sobre las fuentes de las que las participantes han recibido información sobre la prevención del VIH y SIDA, el uso del condón masculino y femenino.

Cuadro 23. Fuentes de información

Sobre la prevención del VIH y SIDA	<ul style="list-style-type: none"> •La familia (1) •La escuela secundaria y preparatoria (2) •En la preparatoria (2) •En una clase de la universidad (salió el tema no era preparado) (2) •En pláticas (1)
Sobre el uso del condón masculino	<ul style="list-style-type: none"> •Escuela secundaria (fueron a dar pláticas) (2) •Preparatoria (campañas) (2) •Ex novio (3) •Espacios culturales (Universum y obra de teatro) (2) •Programa de T.V. (2) •Práctica personal (1) •En una reunión con amigos (1)
Sobre el condón Femenino	<ul style="list-style-type: none"> •Escuela secundaria (fueron a dar una plática) (1) •Programa de T.V. (1) •Una amiga (1)

* Los números dentro del paréntesis corresponden al número de veces que la fuente de información fue mencionada por las participantes. Cabe mencionar que cada participante pudo haber mencionado más de una fuente de información.

Puede observarse que las instituciones educativas son la principal fuente de información sobre la prevención para el VIH, en especial la preparatoria en donde las participantes mencionaron que hubo campañas y pláticas sobre el tema, y aunque en general su nivel de conocimiento no es suficiente; ello refuerza la idea de que los centros educativos representan contextos en donde las intervenciones de prevención podrían ser realizadas de forma sistemática y con mayor alcance que en otros espacios (Torres, 2010). También es importante resaltar que la educación que han recibido en la universidad, ha sido a través de clases en donde surge casualmente el tema, sin que éste sea parte de un programa, o parte de una clase del profesor dedicada a ello.

Por otro lado, solo una participante menciona haber recibido información por parte de su familia, como lo refleja el siguiente argumento:

Participante U: pues de que o sea por ejemplo mis papás pues siempre nos dicen de que nos **tenemos que cuidar** que, o sea que no importa si ya tenemos relaciones y demás e... el punto es que siempre sea con... pues **con cuidado** pues o sea con esa **seguridad** de que... de

que te **tienes que proteger**... obviamente no nada más para **evitar un embarazo** si no para **evitar** infinidad de **enfermedades** ¿no? y cosas que te pueden pasar y pues igual con mis hermanos... pues de que **hay que cuidarnos** pues de que ya no hay que hacer las cosas así, a lo bestia ¿no? o sea siempre con ese, ese, esa consciencia pues...

Puede observarse que la información emitida por la familia de la participante, en especial la de los padres es superficial, limitándose a aconsejar sobre que el ejercicio de la sexualidad tiene que ser “siempre... con cuidado” con “esa consciencia” para “no nada más... evitar un embarazo si no para evitar infinidad de enfermedades” y que queda limitada al no abarcar temas como la negociación sobre el uso del condón con sus parejas sexuales, el uso adecuado del condón, los mitos y problemas que alrededor de la sexualidad hay, etc.

En lo que se refiere a las fuentes de información para el uso adecuado del condón masculino prevalecen las instituciones educativas pero sólo a nivel secundaria y preparatoria, los centros culturales como los museos y obras de teatro, así como los ex novios de las participantes, lo que refuerza la postura sobre la importancia que tienen las instituciones educativas en ser actores activos para la educación formativa de la sexualidad. Así mismo, puede verse que las participantes han recibido información sobre la enseñanza del uso adecuado del condón masculino de distintas fuentes, lo cual refleja la importancia social que se le ha dado a la promoción de su uso y que ha tenido como resultado el que las participantes en general tengan un conocimiento adecuado al respecto.

Por otro lado, es interesante que las parejas sentimentales fungieran como fuentes de información, pues en este sentido vuelve aparecer en un principio el rol pasivo de la mujer, en contraste con el rol activo del hombre en el ámbito de la sexualidad, además de que se refuerza la idea de que son los hombres los únicos que deben de saber poner el condón, siendo ellos los que tienen mayor conocimiento sobre estas cuestiones y por lo tanto los que les pueden enseñar a ellas, sin embargo, ésta acción puede interpretarse también como un intento de las participantes y sus parejas por construir una relación con mayor equidad y en donde ellas adquieran un rol más activo en el ámbito de la sexualidad.

Puede observarse también que existe una disminución en el número de fuentes de las que han recibido información sobre el uso adecuado del condón femenino en comparación con el del condón masculino y la prevención del VIH, lo que refleja el poco interés social que existe para promover su uso. Finalmente es de importancia resaltar que las temáticas sobre la prevención del VIH y el uso adecuado del condón femenino y masculino, solo son consideradas en los niveles de secundaria y preparatoria, por lo que el ámbito universitario no ha sido para las participantes un contexto en el que reciban educación formativa al respecto.

5.1.5. Sub categoría: Percepción de riesgo

El cuadro 24, contiene información obtenida en la segunda entrevista sobre las personas que consideran las participantes que están en riesgo de contraer VIH, así como si creen que sus parejas sexuales han estado en algún momento en riesgo de contraer VIH, también si ellas mismas consideran que han estado en riesgo y finalmente si se han realizado la prueba del VIH.

Cuadro 24. Percepción de riesgo y prueba de VIH

Participantes	Personas en riesgo de contraer VIH	Percepción de parejas sexuales en riesgo de contraer VIH	Percepción de riesgo propio	Prueba de VIH realizada
U	Cualquier persona	Tal vez	Si	No
S	Las personas que no se cuidan	Si	Si	No
X	Todos	Si	Si, una vez por abuso sexual	No
W	Todos	No	No (continuidad en el uso del condón)	No
T	Las personas	Solo una pareja sexual	Si	No

	con poco conocimiento			
Q	Amas de casa y adolescentes	Si	No	No

Puede observarse que cuatro participantes hacen referencia a que cualquier persona puede estar en riesgo de contraer el VIH, sin embargo solo dos de ellas personalizan la información, incluyéndose en sus ejemplos para explicar la razón del por qué consideran que todos pueden estar en riesgo, como lo muestran los siguientes argumentos:

Participante U: porque... pues no sé, o sea igual te acuestas con una persona que **tú crees que está sana** y... y por lo mismo de que **supuestamente tú piensas** eso pues **no te cuidas o por esa inconsciencia** que tú tienes de no cuidarte e... te puedes contagiar o sea yo creo que cualquier persona **no necesariamente debe de haber etiquetas**

Participante X:... pues si, por que **todos somos vulnerables** a caer... en alguna enfermedad o sea **no hay una persona exclusiva** que no pueda este... enfermarse, o sea todos estamos en riesgo de enfermarnos y pues más **si no nos cuidamos** y no tratamos de protegernos y cuidar nuestra salud...

Por otro lado, puede observarse que tres de las participantes no personalizan la información, al mencionar por ejemplo que están en riesgo ‘las personas que no se cuidan’ y ‘las personas con poco conocimiento’. En lo que se refiere al argumento sobre que las amas de casa y los adolescentes son los que están en riesgo, la participante menciona lo siguiente:

Participante Q: los adolescentes porque... siento que hay **promiscuidad** y... por lo mismo de la etapa les da pena... que les hablen del tema o preguntar y... bueno las amas de casa porque... ¿pues quién no te asegura que... tu marido o tu pareja con la que estás viviendo, no se... ya se fue a acostar con una de la oficina o X persona? entonces como que... dices "si, es mi pareja exclusiva" pero **¿quién te asegura?**

Con lo que puede identificarse que la participante tiene una percepción generalizada y un juicio de valor sobre que la población de adolescentes es promiscua, argumento que se puede rastrear en distintas opiniones de algunas personas y profesionales, como por ejemplo que los adolescentes son rebeldes, son problemáticos, etc., lo cual refuerza su estigmatización. Por otro lado también se cuestiona la posibilidad de que las parejas “exclusivas” o los “maridos” de algunas mujeres puedan infectarlas y al final termina personalizando la información al mencionar “si, mi pareja es exclusiva pero ¿quién te asegura?” lo que indica que ella misma se ubica en un contexto en donde existe el riesgo de contraer el VIH.

Al momento de preguntarles sobre si consideran que sus parejas sexuales han estado en alguna situación de riesgo de contraer el VIH, cinco de ellas considera que por lo menos una de sus parejas sexuales si lo ha estado y tan solo una de ellas menciona que ninguna.

Así mismo puede observarse que cuando se les pregunta directamente sobre si ellas consideran que han estado en riesgo de contraer VIH con sus parejas sexuales, cuatro de las participantes mencionan que por lo menos con una si y dos de ellas consideran que con ninguna lo han estado, en donde de las cuatro, la participante T en la pregunta sobre quiénes considera que están en riesgo de contraer el VIH, menciona que “las personas con poco conocimiento”, por lo que se considera que no personaliza la información en un inicio y sin embargo considera que por lo menos una de sus parejas sexuales ha estado en riesgo y también considera que ella ha estado en riesgo por lo menos con una de sus parejas sexuales, sin embargo la participante Q, a pesar de que personaliza la información en un principio y que considera que por lo menos una de sus parejas sexuales ha estado en riesgo, ella no considera haber estado en peligro de contraer VIH con ninguna de sus parejas a pesar que no utilizó de forma constante el condón.

El que las participantes tengan un discurso despersonalizado, que consideren que no han estado en riesgo con alguna de sus parejas, ni que sus parejas sexuales hayan estado en riesgo, puede representar un mecanismo de defensa causado por lo que menciona Daftone, et al (2002) por la necesidad de reducir los sentimientos de miedo y ansiedad que produce

el saberse vulnerable ante una situación, en este caso ante el VIH. Lo que confirma la dificultad que representa medir el nivel de percepción de riesgo, sin embargo a partir de los resultados obtenidos en este rubro pueden deducirse algunas aportaciones, ya que pueden identificarse dos tipos de percepción a partir del discurso de las participantes que pueden servir como indicadores del nivel de percepción que tienen las personas para futuras investigaciones. Los dos tipos de percepción identificados se refieren a: una percepción con un discurso personalizado y una percepción con un discurso despersonalizado.

El primer tipo de percepción puede caracterizarse como una percepción en la cual la persona en su discurso se “incluye” y habla en primera persona, cuando menciona los contextos en los cuales considera que existe el riesgo de ser vulnerable ante el VIH. La segunda puede ser vista como una percepción en la cual la persona “no se incluye” en su discurso, ni habla en primera persona cuando menciona los contextos en los cuales considera que existe el riesgo de ser vulnerable ante el VIH, aunque entre sus argumentos hagan referencia a “todos” “cualquier persona” etc. En este sentido la percepción con un discurso personalizado puede representar un indicador sobre la forma de vivir la ‘susceptibilidad subjetiva’, desde una posición más personal, más cercana y por lo tanto de un nivel más alto en comparación con las personas con una percepción con argumentos despersonalizados.

Así mismo, los resultados muestran que la percepción del riesgo propio y la percepción de riesgo que las personas tienen sobre sus parejas sexuales, son elementos que pueden ser considerados para establecer el nivel de percepción de las personas. Por lo tanto podría suponerse que las participantes que en su discurso presentan una percepción de riesgo personalizada sobre la gente que consideran que están en riesgo de adquirir el VIH, que consideran que por lo menos alguna de sus parejas sexuales ha estado en riesgo de contraer el VIH y que creen haber estado por lo menos con alguna pareja sexual en riesgo de adquirirlo, tienen un nivel de percepción de riesgo alto y aunque como bien menciona Dafonte, et al (2002) que la percepción de riesgo no está vinculada a la ejecución de determinadas conductas pro salud, como el uso consistente del preservativo; si puede

facilitar la sensibilización ante el auto cuidado y la intención de realizar conductas pro salud en las personas.

Un dato que refuerza el supuesto de que la percepción de riesgo no está relacionada con realizar conductas pro salud, es que aunque la mayoría de las participantes asume que ha estado en riesgo de contraer VIH al menos con una pareja sexual, ninguna se ha realizado la prueba que detecta el VIH, esto debido a dos factores importantes, el miedo y la negación, como a continuación se puede observar en los testimonios de las participantes al ser cuestionadas sobre los motivos del por qué no se han realizado la prueba.

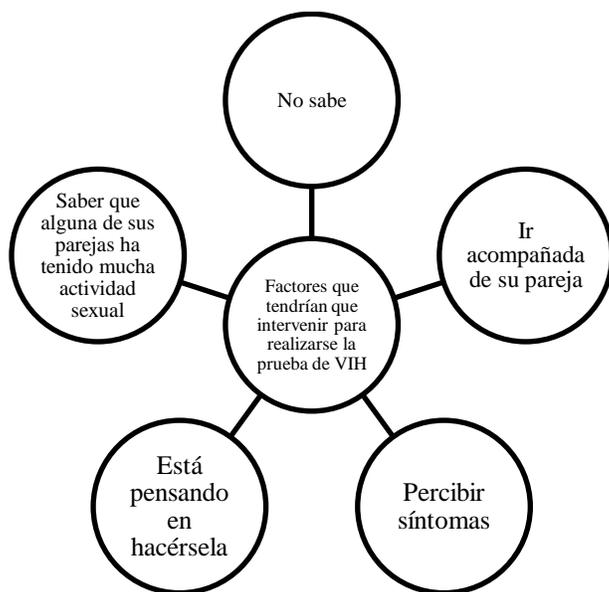
Participante U: porque... pues ya sabes la típica jajaja frasecita de que "**pues yo no tengo nada ¿no?**" pero... pues yo sé que sí, que **no está demás** ¿no? porque igual pues tú no sabes las... pues con las parejas que has estado pues que tanta vida sexual han tenido antes que tú, entonces, si o sea no se no... **No se me ha ocurrido hacerme la prueba...**

Participante S: **Por miedo...** porque digo, pues **si me la mandaron** pues también **fue por algo**, y al fin y al cabo pues también, no sé, no estás de más nunca hacerte la prueba; pero no porque, no sé, **me da cosa**, jajaja, si me da cosa

Lo anterior muestra que la probabilidad subjetiva ante un resultado positivo produce temor en las participantes, aunque hayan argumentado no percibirse en riesgo como la participante W, sin embargo en las participantes que informan que si se perciben en riesgo, lo que es posible que suceda es que esa posibilidad subjetiva sea mayor en comparación con la participante que no se percibe y por lo tanto que el temor se incremente. Es decir la percepción de riesgo aunque no determina conductas pro salud, si puede influir en que el miedo ante un probable resultado positivo aumente y que ello genere una negativa para realizarse la prueba.

Por otro lado, en el esquema 7 se mencionan los datos obtenidos en la segunda entrevista sobre lo que las participantes respondieron ante la pregunta sobre los factores que tendrían que intervenir para que las participantes se realicen la prueba del VIH.

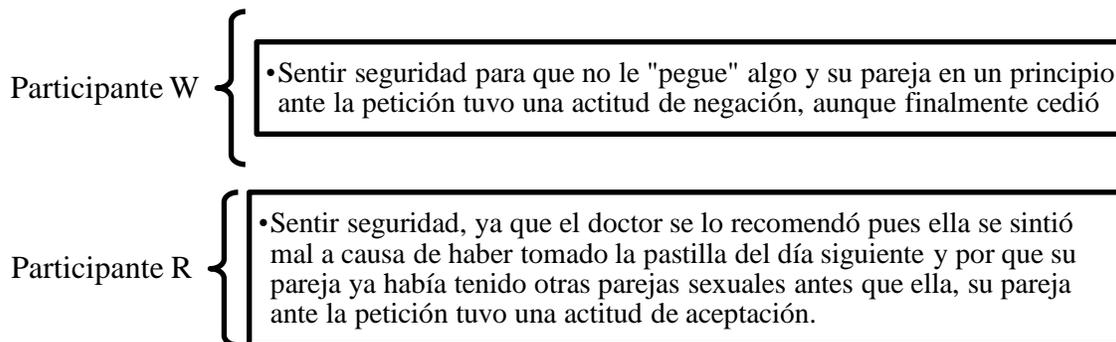
Esquema 7. Factores que tendrían que intervenir para realizarse la prueba del VIH



Lo anterior muestra que dos participantes, estarían dispuestas a realizársela, aunque una de ellas acompañada (lo que sería una buena estrategia para alentar a que las personas se la realicen) y la otra está pensando en realizársela, por otro lado, una de ellas tendría que saber que alguna de sus parejas haya tenido mucha actividad sexual, lo cual manifiesta el estereotipo comúnmente generalizado sobre estigmatizar a las personas que tienen varias parejas sexuales o son consideradas como ‘promiscuas’ y por lo tanto con mayor riesgo de tener alguna ITS, esto teniendo como consecuencia la exclusión de las “amas de casa” o de las que practican la monogamia serial como personas que pueden ser vulnerables en adquirir el VIH. Por otro lado una de las participantes menciona que para realizarse la prueba necesitaría percibir síntomas producidos por el virus, lo cual revela el miedo que le genera la posibilidad de que en el ‘presente’ pueda tenerlo.

Es importante mencionar lo que en la primera entrevista filtro surgió con relación a este tema, pues dos de las participantes aunque no se realizaron ellas la prueba del VIH, sí le pidieron a sus parejas sexuales que lo hicieran. En el esquema 8 se muestran los datos obtenidos en la primera entrevista sobre las razones por la cual las participantes le pidieron a sus parejas que se realizaran alguna prueba.

Esquema 8. Razones para pedir prueba de alguna ITS y VIH



Una diferencia importante es que la participante W pide a su pareja hacerse la prueba antes de tener relaciones y la participante R se la pide como consecuencia de un malestar físico por haber tomado la pastilla del día siguiente posterior a una relación sexual sin protección con su pareja “formal”, es decir, en el primer caso existe la iniciativa de la participante por pedirlo y en el segundo es una recomendación que le hace el doctor después de un malestar, lo que implica que la participante no se percibía en riesgo en su relación y no veía necesario el que su pareja o ella se realizara la prueba, a pesar de que su pareja ya había tenido otras parejas sexuales con las que no utilizó el preservativo de forma consistente.

A continuación se muestra la razón que la participante W menciona de haberle pedido que se hiciera la prueba.

Participante W: ...porque, para sentirme yo asegura, de que imagínate **me entrego y me pega algo...**

Es interesante que la participante mencione la frase de “me entrego” para referirse al aceptar tener relaciones sexuales, la cual es una frase popularmente generalizada, que denota su contenido cultural, y que simboliza la entrega romántica del ‘cuerpo’ y ‘alma’ que hace la mujer a su pareja, como una de las máximas ‘pruebas de amor’, por lo que se le ha concedido un gran valor social y cultural, en donde en ésta entrega simbólica, ella deja de ser poseedora de su cuerpo, de sus sentimientos, pues se los entrega al otro, ello conlleva en el fondo a dejarle a su pareja la responsabilidad de su cuerpo, de sus sentimientos y por lo tanto de su salud sexual, por ello la participante le pide hacerse los estudios, para poder ‘entregarse’ de forma segura.

Otro ejemplo de ésta concepción romántica que implica entregarse al otro, no solo en el ámbito sexual, si no en la dinámica de la relación, se muestra en el siguiente fragmento de entrevista.

Participante U: ...este pero... también porque **a mí me gusta pues entregarme a una persona** o sea de, **en todos los sentidos** o sea **quererla**, este **respetarla, estar siempre** con esa persona, digo mientras dure el amor ¿no? O sea mientras se pueda pues va yo estoy ahí...

Ésta noción de entregarse al otro, parece ser un elemento importante en la construcción de la idealización romántica del amor y el rol que la mujer tiene en una relación, sustentada en el sacrificio, condescendencia por el otro, sumisión y la pasividad. Éstos elementos que son importantes para la construcción de la idealización del amor, también influyen en la percepción de riesgo de contraer el VIH, como lo demuestra el caso de la participante W en el cual, resulta importante mencionar que a su primer pareja sexual le pide se realice la prueba, sin embargo a su segunda y tercera pareja sexual no se los pide, a una por la ‘confianza’ que le tuvo por años de conocerlo y por la sinceridad de decirle que ya había tenido otras parejas sexuales y a la otra pareja no se lo pide ya que él era ‘virgen’, como se muestra en el siguiente fragmento de la entrevista:

Participante W: ...con mi segunda pareja... sólo lo hice una vez... igual fue **con protección** y el si había estado con tres chicas antes que yo, pero el este bueno él me dijo, y... **tuve... más confianza** en él porque **lo conocía desde hace vario tiempo**... es que si estoy segura o sea si estoy segura por qué... bueno a mí en lo personal **nunca en la vida me ha dicho una mentira...** porque hay algo en él que me hace confiar así plenamente...

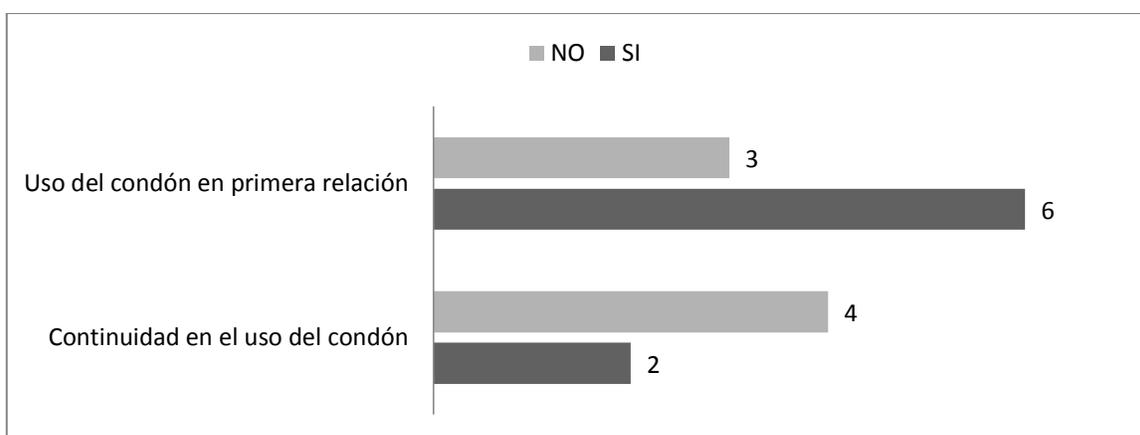
Así mismo, en su discurso, se muestra una confianza incondicional hacia la otra persona, basada en el tiempo que lleva de conocerlo, en la creencia de que nunca en su vida él ha dicho una mentira y porque existe algo en él que la hace confiar plenamente, éstas dos últimas razones subjetivas, se sustentan en los simbolismos que sobre la confianza incondicional hacia la persona con la que se tiene un vínculo afectivo se construyen, las cuales facilitan la idealización de las personas y de la relación que se establece con ellas, lo que distorsiona el principio de realidad e influye en que no se presente o se anule la

percepción de riesgo de contraer alguna ITS con esa persona y facilita la participación en situaciones de riesgo, justificadas por esa confianza incondicional.

5.1.6. Sub categoría: Factores que influyen en el uso del condón

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en la primera y segunda entrevista que hacen referencia a la sub categoría sobre los factores que influyen en el uso del condón especialmente en relaciones vaginales en el caso de las mujeres y anales en el caso del participante varón. En la gráfica 13 se muestran los resultados que surgieron a partir de la entrevista filtro, que se refieren al uso del condón en la primera relación sexual y en la continuidad del condón con la primera pareja sexual.

Gráfica 13. Uso del condón en la primera relación sexual y su continuidad

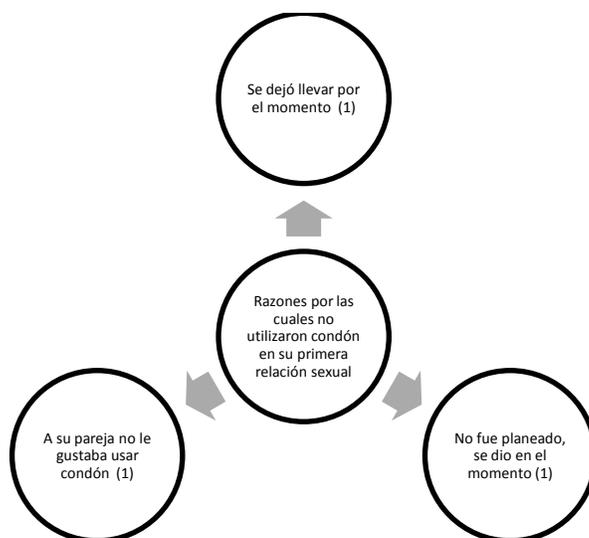


Puede observarse que de los once participantes, nueve ya han iniciado sus relaciones sexuales, en donde seis de ellos utilizaron el preservativo en su primera relación sexual y tres no lo hicieron, de los cuales tan solo dos tuvieron continuidad en el uso del condón con sus parejas sexuales, dato que es importante, pues el que las personas utilicen el condón en su primer relación sexual no es un indicativo real sobre si existe mayor prevención ante embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual, pues su uso en el primer encuentro sexual, sirve de muy poco o de nada si el uso del preservativo disminuye o es inconsistente.

Éste resultado concuerda con lo hallado en el estudio de Enríquez, et al (2005) sobre la inconsistencia de los jóvenes universitarios en el uso del condón y en donde son más las mujeres las que utilizan de manera inconsistente el condón, en comparación con los hombres (ver apartado 2.6).

Por otro lado con respecto a las razones que mencionan las personas que no usaron el preservativo en su primera relación sexual, se representan en el esquema 9.

Esquema 9. Razones por las cuales no utilizan el preservativo en su primera relación sexual



El esquema anterior, indica que una de ellas menciona que no lo utilizó porque “se dejó llevar por el momento”, lo cual se relaciona con lo que menciona Díaz, et al (2009) sobre que la intención de tener sexo y usar protección es una función racional y la pasión, la atracción física y el amor, son irracionales y por lo tanto no compatibles, por lo tanto la falta de manejo de impulsos o la autorregulación emocional ante diversas situaciones mencionado en la teoría de la inteligencia emocional de Goleman (2001) puede ser causante entre otras cosas de la falta de uso del condón cuando la “pasión” alcanza un alto nivel previo al acto sexual y durante este, que imposibilita el uso de la razón para pensar en la necesidad de utilizar el preservativo. Sin embargo nos encontramos en una sociedad que se caracteriza por poner poca atención en la educación emocional de las personas y que además promueve la satisfacción inmediata de las necesidades.

En el segundo caso en el cual la principal razón de no haber utilizado el preservativo, es que su primera relación sexual no fue planeada, lo cual ha sido expuesta por autores como Espada, et al (2008) sin embargo para encontrar la explicación en este caso, debe de tomarse en cuenta que su primera experiencia sexual fue a los 11 años de edad, es decir el participante se encontraba en una etapa de su vida que por la cultura en la que nos encontramos seguramente no había recibido educación ni información sobre sexualidad y por lo tanto no había contemplado el uso del condón, como se ve en la siguiente parte de la entrevista:

Participante O:... o sea **no estaba planeado**, vivíamos en la misma casa y entonces... **pues sucedió**

Lo que muestra la importancia de recibir educación sexual desde temprana edad como medida preventiva y dejar de ver el tema como un tabú, para romper los estigmas que alrededor de este giran, como la creencia errónea sobre que la educación sexual promueve que las personas tengan relaciones sexuales a más temprana edad.

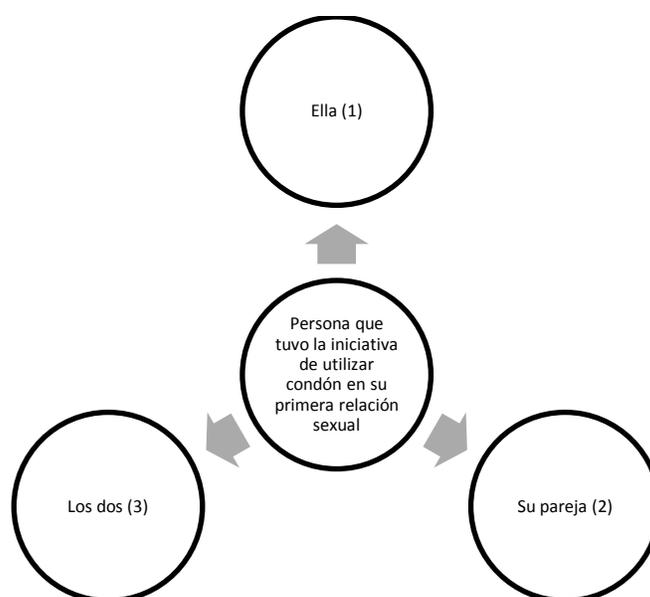
La participante que argumenta que no utilizó preservativo en su primera relación sexual a causa de que a su pareja no le gustaba, refleja la interiorización de preceptos culturales que influyeron en que ella aceptara pasivamente el hecho de no usar el preservativo, preceptos como el que los hombres son los que deben de tomar las decisiones en la relación (Barroso, V, 2008) lo cual puede verse reflejado en México, en donde de acuerdo con Gayet, et, al (2003) la brecha de género aún es grande y la mujer suele tener un papel principalmente pasivo en cuanto a la relación sexual, en donde por las pautas culturales el uso del condón es facultad de los hombres, influyendo esto en que acepten tener relaciones sexuales desprotegidas, porque a sus parejas no les guste usar el preservativo.

Finalmente el rechazo de la pareja de la participante ante el uso del condón puede explicarse por lo que Mateus, et al (2003) encuentra en su investigación sobre que la relación sexual es percibida como más placentera sin el uso del condón o que al usarlo perciben una pérdida del placer, lo cual se relaciona con la educación cultural que promueve el que algunos hombres vean al sexo como un derecho y al placer como un

producto evidente de las relaciones sexuales (ICASO, 2009) el cual no están dispuestos a “sacrificar” y al que valoran más por sobre la salud sexual.

En este sentido sobre las relaciones de poder que se establecen en las dinámicas de pareja con respecto a las decisiones sobre el uso o no del preservativo, se obtuvo información de las participantes que mencionaron haber utilizado el preservativo en su primera relación sexual, sobre quién había tenido la iniciativa de utilizar el condón, como a continuación se muestra el esquema 10.

Esquema 10. Persona que tuvo la iniciativa en utilizar el condón



*Los números dentro del paréntesis indican el número de veces que fue mencionado por las participantes. Cabe mencionar que las participantes pudieron haber mencionado más de una opción.

Es interesante observar que de las seis participantes que se protegieron en su primera relación sexual, dos de ellas informan que quien tuvo la iniciativa de hacerlo fue su pareja, dato que también se encontró en la ENJ (ver gráfica 6) en donde las mujeres son las que con mayor frecuencia lo mencionan. Para comprender con mayor profundidad este fenómeno se presenta en seguida un fragmento sobre lo que menciona la participante T al respecto.

Participante T:...la persona con la que tuve mi primera vez **era mayor**, entonces pues **por medio de su responsabilidad** o algo así... para mí obviamente **todo era nuevo** ¿no? Pero

para él no, entonces sí, si use, **no sabía absolutamente nada** y él fue el que ósea si dijo **yo me voy a cuidar porque no nada más soy yo eres tú** y pues finalmente **eres menor de edad** todavía, entonces sí por lo que dijo, no pues si tenemos que cuidarnos...

Lo que se puede observar es que la participante atribuyó en ese momento más “experiencia” y “responsabilidad” a su pareja a causa de haber tenido mayor edad que ella y le atribuye su inexperiencia e ignorancia y por lo tanto su pasividad a que ella tenía menor edad, como si la edad cronológica tuviera una relación directamente proporcional con el grado de responsabilidad de una persona, en donde la lógica por lo tanto sería que mayor edad implica mayor experiencia y por lo tanto mayor responsabilidad y viceversa. Así mismo él toma en cuenta la edad de la participante y por lo tanto decide usar el preservativo como un acto que simboliza protección, es decir ‘como es más chica, por eso debo cuidarla’.

Sin embargo, es necesario argumentar que la relación que existe entre la edad y responsabilidad y el empoderamiento en el uso del condón puede ser relativo ya que como hace referencia Berryman (1991) y Craig (2001) que la edad cronológica no determina necesariamente la forma en la que nos comportamos, ni las conductas que tenemos, ya que son los factores sociales, las experiencias personales y las exigencias culturales las que apoyan, aumentan, refuerzan o impactan significativamente en nuestros patrones conductuales. En este sentido, la responsabilidad sobre el uso del condón depende de otros factores como la constante educación sexual, el manejo y la reflexión de la información adquirida, un contexto que promueva constantemente su uso, etc. más que de la edad cronológica de las personas.

A continuación se presenta un fragmento sobre el caso de otra de las participantes que mencionó que el que tuvo la iniciativa de utilizar condón en su primera relación sexual fue su pareja.

Participante Z:... él (con la persona que tuvo su primera relación sexual)... **era como muy consciente**, aparte él era **muy responsable** y muy payaso **en ese aspecto**, o sea era como, **muy meticuloso**, y no sé, era **caballeroso** entonces igual, todo tenía que estar perfecto, entonces bueno **él se cuidó desde...que llegó...**

Puede observarse que la participante de acuerdo a su argumento, deposita en su pareja sexual la responsabilidad del uso del condón y se desentiende de ella, como si el mensaje fuera “él se cuidó desde que llegó” (‘yo no’) también aludiendo y reforzando la pauta cultural que dicta que el condón es uso exclusivo de los hombres y por lo tanto ellos son los que deben de ‘preocuparse’ de manera exclusiva en el cuidado de la salud sexual.

Por otro lado las participantes que mencionan que entre los dos tuvieron la decisión de usar el condón en su primera relación sexual, muestra una mayor equidad en la decisión y refleja un cambio de roles tradicionales ante este tipo de decisiones en la pareja, en donde la cultura dicta que la mujer debe ser más bien pasiva ante estas cuestiones y aceptar lo que su pareja decida.

Una de las participantes menciona que ella tuvo la iniciativa de pedir a su pareja sexual el uso del condón y que él en un principio no estaba de acuerdo con ello, sin embargo menciona la participante que aun así lo utilizaron, esto concuerda con lo que Barroso, et al (2008) menciona, sobre que cuando una de las dos personas propone el uso del condón generalmente es utilizado. En este caso en particular aunque su pareja no estuvo al principio de acuerdo de usarlo, aceptó hacerlo, porque la participante lo solicitó y lo exigió.

Así mismo, solo 1 de los 9 participantes que ya habían iniciado su actividad sexual menciona que su primera relación sexual fue planeada, lo que muestra que este factor no es determinante en el uso o no del condón, ya que de los 8 que no la planearon, 5 utilizaron el preservativo.

Finalmente, dos de las participantes al preguntarles sobre la razón por la cual utilizaron el preservativo, mencionan que fue más con la intención de evitar un embarazo no planeado que por el de prevenir alguna ITS, lo cual puede deberse a que como explica Góngora, et al (2006) que cuando se promueve su uso se enfatiza más como método de planificación familiar y menos como medida de prevención para el VIH o alguna ITS, o porque existe mayor preocupación de un evento más cercano, como el embarazo, en comparación con algo en donde sus consecuencias se ven como a largo plazo, como lo es la infección por

VIH. Sin embargo, también puede deberse a que las participantes al haber tenido un vínculo afectivo con sus parejas sexuales y por las construcciones sociales que alrededor de las relaciones de pareja se generan como la idealización romántica del amor, influyan para que las participantes no se perciban en riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS con sus parejas por la confianza que les tienen y solo consideren necesario usar el preservativo para prevenir embarazos no planeados.

Por otro lado, se identificaron algunos factores de acuerdo con los testimonios de los participantes que influyeron en la falta de continuidad en el uso del condón y que en el cuadro 25 se muestran, para ello, se preguntó solo a ocho de los 11 participantes de la primera entrevista, excluyendo a las dos participantes que no han iniciado su actividad sexual y a una participante que ha tenido continuidad en el uso del preservativo con todas sus parejas sexuales.

Cuadro 25. Factores en la continuidad del uso del condón

1. Su relación es percibida como “formal” (6)	2. Lo hizo con alguien conocido (3)	3. A su pareja le gusta más sin condón (3)	4. Lo hizo bajo el efecto del alcohol (2)
5. Se dejó llevar por el momento (2)	6. Su preocupación se enfocaba en prevenir embarazos no planeados (2)	7. Su pareja la convence para no utilizar condón (2)	8. Experiencia de abuso sexual (1)
9. Disminuye el placer sexual (1)	10. No tener condones a la mano (1)	11. Su pareja era “virgen” (1)	

*Los números dentro del paréntesis indican las veces que los participantes mencionaron ese factor. Cabe mencionar que los participantes mencionaron más de una barrera que influye en que no usen el preservativo de forma consistente.

El factor que en los participantes es el indicador que más influye en que no exista continuidad en el uso del condón con sus parejas sexuales es el que su relación sea percibida como formal, que de acuerdo con el modelo de alejamiento-acercamiento correspondería a la etapa del compromiso, lo cual concuerda con lo que Barroso, et al (2008) encuentra en su estudio en donde tanto mujeres como hombres utilizan inconsistentemente el condón cuando la pareja es percibida como estable, al respecto Díaz

Loving, et al (2009) y ONUSIDA UNFPA UNIFEM (2004) mencionan que esto es causado por los lazos afectivos que se han establecido, en donde se construye una relación inversamente proporcional en donde a mayor involucramiento emocional y afectivo con la pareja menor probabilidad de usar el condón, así mismo Dafonte, et al (2002) encontró que la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS es significativamente más baja en las relaciones sexuales enmarcadas como relaciones afectivas frente a las relaciones casuales.

A continuación se presentan algunos argumentos de los participantes que reflejan que el establecimiento de una relación de noviazgo y la confianza subjetiva generada a partir del tiempo de conocer a su pareja son factores que influyen en que dejen de utilizar el preservativo.

Participante U: ...Pero si hay como una... diferencia entonces este, y bueno también porque **había confianza**, porque yo sabía que **nada más estaba conmigo**...

Participante Z:...lo que pasa es que **con él... había muchísima confianza**...duramos nueve meses de novios, pero llevábamos de conocernos, cuatro o cinco meses ¿no? Entonces realmente ya la confianza era muchísima... él era como muy consciente... pero después ya no nos cuidábamos o sea **nada más fue la primera**, porque ahí se le quitó lo payaso...

Participante O:...bueno **los primeros seis meses si nos protegíamos** y ya **después pues ya no**...

Es interesante observar que esta confianza se encuentra sustentada por el tipo de relación que sostienen, es decir de noviazgo, por el tiempo de conocerse y en la imagen que tienen de su pareja de 'ser conscientes' y 'tener la certeza' de que solamente estaban con ellas, y no por cuestiones que tengan que ver con el conocimiento sobre la salud sexual de sus parejas, por medio de por ejemplo, pruebas que detectan el VIH o alguna otra ITS. Así mismo es interesante observar que no consideran la idea de que sus parejas hayan estado con otras parejas sexuales y puedan haber estado en situaciones de riesgo de adquirir VIH por no haber usado el preservativo de manera consistente. Es decir, parece que se crea una confianza romantizada en donde poco importa el conocimiento de la salud sexual propia ni

del otro y en la cual no cabe la posibilidad de estar en riesgo de adquirir alguna ITS con su pareja la cual es ‘confiable’, en donde por lo tanto la percepción de riesgo disminuye o no existe.

Lo anterior se ve reforzado en la segunda etapa de las entrevistas, en donde una de las participantes al ser cuestionada sobre si entre el tiempo que había pasado de la primera y la segunda entrevista había tenido relaciones sexuales, menciona lo siguiente.

Participante U:... la última vez que...(tuvo relaciones sexuales sin protección con su ex pareja) pues de que según ya estábamos... de cierta manera pues yo **tenía** como que **ese respaldo** ¿no? a pesar de que ya habían pasado pues ya meses, ya tiempo de que ya habíamos terminado, que no se me prendió el foco de que ¡ay wey! pues **es hombre** o sea **también se puede meter con cualquiera**, digo igual yo ¿no? pero pues si... fue así como que **pues es con él, no hay bronca...**

Lo anterior refleja nuevamente cómo la confianza idealizada es un factor determinante para anular o disminuir la percepción de riesgo, como cuando la participante menciona que lo hizo con su ex pareja sin protección ya que ella “tenía ese respaldo”, a pesar de que “ya habían pasado meses” que habían terminado, lo que no le permite considerar en que en ese tiempo su ex pareja se pudo haber metido con “cualquiera”, que basado en el constructo sobre la confianza que se ha podido identificar, así mismo vuelve a identificarse que esta confianza en el otro en el aspecto de la salud sexual, es idealizada ya que no se sustenta en pruebas que indiquen el estado real de salud sexual de las personas en las que se ‘confía’, dando como resultado el pensamiento de que “pues es con él, no hay bronca”.

En cuanto al factor que se refiere a que la influencia del uso inconsistente es porque tienen relaciones sexuales con un “amigo”, podría enmarcarse dentro de las explicaciones referidas anteriormente, sobre que el grado de involucramiento afectivo que se establece y la confianza que se construye tiene un papel importante en la conducta del uso o no del condón, e influye en que la percepción de riesgo se anule o disminuya, ya que la amistad se construye a partir también la confianza total en el otro, lo que causa que no se considere

necesario el uso del condón. Como lo muestran los siguientes fragmentos de dos de las participantes.

Participante U: ...entonces este pues si yo lo conocía o sea no era así como una persona desconocida totalmente sino si fue con alguien conocido, no sabía yo toda su vida o sea así tal cual, pero vamos, o sea de lo que **si estoy segura** es que no, que **no tiene ninguna enfermedad** ni nada de eso...

Participante O: ... pues por ejemplo si... **no lo conozco**, pues yo creo que sí... o sea **si le digo que utilice**

Vuelve a surgir esta concepción de la confianza idealizada en las participantes como razón suficiente para poder decir “de lo que si estoy segura es que no tiene ninguna enfermedad” a pesar de no tener conocimiento sobre el estado de salud sexual de su amigo. Por lo que menciona la participante O sobre que si le pediría que use el condón una persona desconocida, pero no a una conocida, lo que muestra la forma en que influye la confianza idealizada en donde en esta lógica por el simple hecho de tener relaciones sexuales con una persona con la cual no se ha establecido un vínculo cercano implicará estar en mayor riesgo de contraer alguna ITS con ella y por el contrario con el conocido por el hecho de ser conocido desapareciera ese riesgo, esto refleja un tipo de pensamiento “mágico”.

El factor que se refiere a la falta de continuidad en el uso del condón a causa de que a sus parejas les gustaba más tener relaciones sexuales sin el condón, puede verse en los siguientes argumentos de ellas y el participante.

Participante S:... y aparte pues que yo decía pues, **es que si no les gusta pues no... lo van a disfrutar...** entonces yo prefería, bueno ya al final como que **si preferí como buscar yo algún otro método...**

Participante O:... **él nunca ha utilizado preservativo** con las personas que tiene relaciones, muy rara vez, entonces eso fue...

Esto es otro indicativo de la interiorización sobre ciertos elementos de los modelos tradicionales de masculinidad y feminidad sexual, aunque matizados, estos elementos incorporados se refieren a la pasividad de la mujer en la toma de decisiones sobre la sexualidad, la condescendencia y el sacrificio por su pareja (Barroso, et al, 2008) así como la obligación de complacer a la pareja aún acosta del sacrificio del propio deseo o voluntad (Szasz, 2000) complacencia matizada en ocasiones como un símbolo de amor y que se ve reflejado cuando la participante menciona “es que si no le gusta pues no lo van a disfrutar... preferí buscar yo algún (otro) método”.

Por otro lado en el caso de los hombres refleja una masculinidad sustentada en un supuesto impulso sexual incontrolable que debe de ser satisfecho de manera inmediata (Herrera, et al, 2002) en donde el condón estorba para una satisfacción inmediata y placentera, y finalmente se vislumbra el valor simbólico de la erección y la penetración como una forma de afirmación (constante) de la masculinidad (Szasz, 2000) por lo que el condón en este sentido representa una barrera, ya que la penetración con condón es menos “reafirmante” y menos satisfactoria, por lo tanto gusta menos, en especial a los hombres.

El factor que se refiere a tener relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol también ha sido documentado ya que aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales no protegidas, al ser esta una sustancia desinhibitoria que altera la química del sistema nervioso y cerebro, provocando que la percepción de riesgo sobre las consecuencias de conductas peligrosas disminuya significativamente (Espada, et al, 2008) entre ellas la de tener relaciones sexuales desprotegidas. A continuación se muestran los testimonios de dos de las participantes que realizaron esta práctica de riesgo.

Participante U:... **estaba yo tomada**, entonces este pues **me deje llevar** y **pues pasó** pero... digo gracias a Dios no sucedió nada este... pero pues ya o sea con el no, **pues no me cuide ni nada**, no pasó nada que **quedará yo embarazada** o que **me contagiara** algo o no se...

Participante S:... la tercera (pareja sexual) nada más fue una vez, no fue más allá, nada más fue una vez, **pero igual no nos cuidamos** y fue así como que la **noche de copas** y ya...

Es interesante observar que la participante U al mencionar que “gracias a Dios no sucedió nada” su primer preocupación fue la de tener un embarazo no planeado y la segunda ‘que no le contagiara algo’. Cabe mencionar que la participante no se realizó ninguna prueba para descartar alguna ITS, solo se basó en su “sintomatología”.

Por otro lado en lo que se refiere al factor de dejarse llevar por el momento como un motivo por el cual no hay continuidad en el uso del condón, lo ilustra el siguiente fragmento de entrevista.

Participante T:... si porque **hay veces** en las que pues **ya éstas en el momento** ¿no? (en el momento del acto sexual) Y... **y no piensas...** pues hemos tenido relaciones incluso sin cuidarnos y el típico suspenso de **cuando te ya llega tu periodo y que no**, dices " no, esto olvídalo, o sea no, no...

Así mismo es importante mencionar que surge nuevamente la preocupación en primer lugar sobre un embarazo no planeado cuando no se utiliza el preservativo y ‘no llega el periodo’, pues el resultado es angustia y el estrés ante la posibilidad de que eso suceda.

La variable que argumentan las participantes sobre enfocarse más en evitar embarazos no planeados y por lo tanto sustituir o dejar de usar el condón, es un elemento que concuerda con lo que encontró Moral (2007) en su investigación, y lo explica argumentando que eso sucede a causa de la pérdida del placer por su uso con la pareja estable, así como por una valoración negativa de las consecuencias sexuales por su uso (como por ejemplo pérdida de espontaneidad durante al acto sexual).

El factor que argumentan los participantes sobre que la inconsistencia en el uso del condón se debe al convencimiento de sus parejas en no utilizarlo, en el fondo tiene una implicación de reafirmar el poder de masculinidad, al menos en el ámbito de las decisiones sobre la sexualidad y el acto de ceder tiene también una implicación que refleja la pasividad interiorizada, obediencia y una demostración de ‘sacrificio’ de amor, es decir en esta acción en donde uno convence al otro de no protegerse se reafirma el constructo de amor, de feminidad, masculinidad y de poder como tradicionalmente se establece, en donde al final

uno impone su decisión aunque de manera sutil, reafirmando su control y la otra persona que es convencida, reafirma su pasividad. Esto ocasiona la falta de habilidad en la negociación del uso del condón por parte de las participantes que lo mencionaron. A continuación se presentan algunos fragmentos de entrevistas en donde se refleja lo anterior.

Participante Q: ... cuando después por ejemplo **yo le decía que se lo pusiera, él me decía que no, que no pasaba nada, que no me iba a embarazar...** me dijo que **así le gustaba más...** y que **tuviera confianza** y que no iba a pasar nada o sea en que no iba haber un embarazo en que no iba haber que él me, **pues si me transmitiera alguna enfermedad sexual** porque pues **solamente estaba conmigo** pero... si me dio **temor al principio**, porque **él era** así como que **de andar con muchas chicas...**

Participante S: ... de hecho mi primer pareja fue mayor que yo y entonces fue de "**no pasa nada**" **¿ya sabes el típico?** Y ya **fue así de bueno...** (No utilizaron condón)

Los casos anteriores reflejan la forma en que la pareja de la participante, al final impone su deseo de no utilizar el preservativo porque "así le gustaba más", a pesar de que ella se lo solicita, esto lo hace por medio del convencimiento aludiendo a la 'confianza' que 'debiera de existir' en una relación, argumentando que "no pasaba nada" "que no se iba a embarazar", "que tuviera confianza" "que no iba haber que le pasara alguna enfermedad de transmisión sexual" pues "solamente estaba con ella", de nuevo aparece este pensamiento mágico en donde como si por el hecho de 'solo estar con una persona' y por ser 'confiable' desapareciera' el riesgo de contraer o transmitir alguna ITS, ya que se deja de tomar en cuenta las prácticas de riesgo que cada uno ha tenido en el pasado, sin realizarse las pruebas pertinentes para conocer el estado de salud sexual, en esta lógica la confianza romántica y mágica implica el 'creer sin cuestionar, sin comprobar' a pesar de que exista la posibilidad de estar en riesgo, como lo hace saber la participante al decir que "si me dio temor al principio, porque él era así como que de andar con muchas chicas", por lo que este parece ser un elemento esencial en las relaciones de pareja.

La variable que hace referencia a la vivencia de abuso sexual como una determinante para que la participante no hay utilizado el condón, tiene su explicación en lo que ICASO (2007) menciona sobre la inequidad y roles de género, en donde los hombres tienen mayor poder

en cuanto al establecimiento de las dinámicas sexuales, que se ve reflejado al ejercer diferentes formas de violencia contra las mujeres, entre las que están, la violencia sexual, el abuso sexual, violación y acoso, en donde este tipo de sexo forzado normalmente no es protegido. En este sentido, Rosales (2006) señala violencia de género es un fenómeno universal, en donde sus expresiones particulares provienen de las concepciones culturales e ideológicas de cada sociedad; pero, que en general, los significados que les han dado a lo femenino y lo masculino refuerzan acciones y prácticas que ponen en una posición de subordinación y vulnerabilidad a las mujeres, favoreciendo el ejercicio de la fuerza física y simbólica sobre ellas. En este caso en particular puede observarse en su argumento.

Participante X:... con la segunda (pareja sexual) yo le pedí que, que este, que si se pusiera un condón, pero él no accedió, entonces... él **prácticamente me obligó a tener relaciones sexuales** con él...

Es importante mencionar que la relación con el agresor era de acuerdo con la participante como la de un conocido con el cual estaba saliendo solamente, así mismo comenta que en un principio iba a ser consensuada la relación sexual, pero que sin embargo cambió en cuando ella le pide condón, convirtiéndose en un abuso sexual. Este hecho puede ser interpretado como una reacción ante lo que para él, representó una ofensa en contra de su masculinidad, que está basada en el poder, dominio y control que siente sobre la otra persona, la cual se ve confrontada por la solicitud que le hace la participante de usar el condón, pero que la 'reafirma' ejerciendo violencia sexual en contra de ella, mandando el mensaje sobre que 'él es el que manda sobre la forma en que van a hacer las cosas', que 'él tiene el poder sobre ella' y que 'él puede hacer lo que quiera con ella', en este sentido, la objetivización que hace el agresor sobre la participante, es el reflejo también de una cultura que promueve ver a la mujer como objeto sexual y el relacionarse con los demás a partir de esta concepción.

Por otro lado también se identificó que lo que en algunas participantes influye en el uso inconsistente del condón es lo que menciona ONUSIDA (2000) sobre que existe una percepción generalizada tanto en hombres como mujeres que reducen el placer y la intimidad en la pareja. Sin embargo al parecer por lo que se ha visto en la presente

investigación son más las parejas de las participantes las que le dan mayor valor a este factor que ellas, aunque ambos tienen esta percepción, que podría estar influenciada por la tendencia de centralizar el placer sexual en la penetración.

Es importante mencionar que el factor que se refiere a la falta de continuidad en el uso del condón por no tenerlos a la mano, no es por motivos económicos o de acceso a ellos, sino porque su intención de adquirirlos antes de tener relaciones sexuales era baja, como se muestra en su testimonio.

Participante U: ...y pues porque luego **por la flojera** a lo mejor **de pasar a comprar**, porque a lo mejor **al momento pues no lo teníamos** y... era así de " **pues ya así**"... pero más o menos o sea yo sabía así como que, **pues igual en estos días si se puede así sin condón** y todo esto...

Como puede observarse, se muestra que influyen en su intención de obtenerlos "la flojera de pasar a comprarlos" y por ser vistos solo como un método anticonceptivo lo que se refleja cuando la participante menciona que "yo sabía así como que, pues igual en estos días si se puede así sin condón".

Finalmente un factor que se encontró el cual influye en que no se use el condón de forma constante y que por lo tanto su uso no se perciba como necesario es que la pareja de una de las participantes era "virgen", como se muestra en el siguiente fragmento de una entrevista.

Participante T: ... no ha tenido ninguna pareja sexual más que yo... **lo conozco desde hace 12 años** y toda su historia... era uno de mis mejores amigos, entonces **conozco absolutamente todo...** y **nunca había hecho nada de eso** no (tenido relaciones sexuales), o sea la otra persona, **la primer pareja sexual que tuve si**, si había estado antes con otras personas, **por lo menos como con tres** y la actual que tengo no, **solamente soy yo su única pareja...**

El fragmento anterior muestra que el que su pareja sea "virgen" es un factor que puede influir en que no haya continuidad en el uso del condón, ya que por esta razón no se percibe en riesgo de adquirir alguna ITS ni percibe la necesidad de usar el condón como método preventivo no solo para prevenir embarazos no planeados, sin embargo de acuerdo con la

participante, una de sus anteriores parejas con la cual no uso el preservativo de manera frecuente, si había tenido relaciones sexuales con otras personas con las que tampoco utilizó de manera consistente el condón, lo que significa que la participante estuvo en riesgo de adquirir alguna ITS con él y por lo tanto poder transmitir alguna infección a su actual pareja.

De los resultados anteriores pueden establecerse cinco categorías que engloban los factores psico-socio-culturales de riesgo que se identificaron y que influyen en el uso irregular del condón de los participantes a) que implican la construcción social que se realiza sobre el tipo de relación que se establece con una pareja y sobre la “confianza” que es depositada en el otro b) factores que indican una relación de poder en la relación basada en las construcciones tradicionales de masculinidad, en donde la pareja sexual de los participantes es el que tiene mayor poder al menos en las decisiones sobre la esfera de la sexualidad; c) factores que tienen que ver con la falta de autorregulación del impulso por un estado emocional alterado barreras que involucran razones externas; d) factores que tienen que ver con el propósito con el que es utilizado en condón; y f) factores que involucran la percepción que se tiene del condón al utilizarlo. Lo cual puede verse en el cuadro 26.

Cuadro 26. Categorías sobre los factores que influyen en la continuidad del uso del condón

Categorías	*No. Total de veces mencionadas
a) Categoría 1: Tipo de vínculo afectivo y las construcciones sociales que se realizan alrededor de este. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se percibe la relación como formal o estable ➤ Lo hizo con alguien conocido (amigo) ➤ Su pareja era virgen 	10
b) Categoría 2: Relación de poder basada en las construcciones tradicionales de masculinidad y feminidad <ul style="list-style-type: none"> ➤ A su pareja le gusta más sin condón ➤ Su pareja la convence para no utilizar condón ➤ Experiencia de abuso sexual 	6
c) Categoría 3: Falta de autorregulación del impulsos por un estado emocional	4

alterado	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se dejó llevar por el momento ➤ Lo hizo bajo el efecto del alcohol 	
d) Categoría 4: El condón visto solo como método anticonceptivo	2
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su preocupación se enfoca más por prevenir embarazos no planeados 	
e) Categoría 5: Razones externas	1
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Complicaciones en adquirir condones 	
f) Categoría 6: Percepción que se crea sobre el condón	1
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuye el placer sexual 	

A continuación se profundizará en las dos principales categorías que con mayor frecuencia influyeron en el uso inconsistente del condón. Con respecto a sobre la construcción que se establece sobre una relación percibida como estable a partir del vínculo afectivo, puede argumentarse que se sustenta en la construcción social del amor romántico que está compuesta de simbolismos que influyen en la manera en que las personas viven, le dan significado y sentido a sus relaciones y a los vínculos afectivos que establecen. Al respecto Allen, et al (2009) mencionan que las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto de noviazgo pueden limitar la capacidad de negociación del condón de las mujeres, pues el proponer o exigir su uso dentro de la relación, significaría una amenaza a los simbolismos culturales en los que se sustenta una relación, especialmente a los que se les da un gran valor como a la confianza y la fidelidad. Esto se ve reflejado en el siguiente fragmento de una entrevista, que muestra la reacción de una de las participantes cuando su pareja sexual le pide el uso del preservativo.

Participante S: ...porque yo dije " **o sea ¿cómo, por qué se quiere poner un condón ni que estuviera que o... así no?** " o sea piensas miles de cosas, porque **estaba acostumbrada** pues a que las **parejas no querían usar condón**, entonces la primera vez que estoy con él y él que dice que tiene que usar condón, **yo los sentí como ofensa**, porque para **esto se supone que él es**, que él era **virgen...o sea fue así** " ¿pero porque un condón, no? " y éste te lo juro que si lo tome hasta como ofensa, ya después dije bueno pues ya ¿no? Pasó el acto y todo y ya después lo platicamos y **si me cayó el veinte** como de que realmente si tenía él, que **esa conciencia de cuidarse** y... de la responsabilidad que implica el tener relaciones...

El testimonio anterior muestra el aprendizaje social sobre el simbolismo de la confianza y fidelidad que reforzó la participante con sus anteriores parejas, lo cual implica el hábito de no protegerse y el significado que ello implica, en donde el no usar el condón es un acto que representa la ‘confianza plena’ que se le debe de tener a la pareja, en donde no ‘debe’ de existir la idea sobre la posibilidad de que alguno de los dos, tenga alguna ITS, pues ello implicaría que no son personas confiables, que son personas ‘promiscuas’ con una ‘moral baja’, etc. Es por ello que cuando la pareja de la participante le pide que se protejan, confronta estas creencias y simbolismos, causando suposiciones como “¿por qué se quiere poner un condón, ni que estuviera qué?” y siente eso como una “ofensa” ya que lo interpreta como si estuviera dudando de ella, de su ‘buena moral’.

Lo anterior tiene que ver con la construcción social que se hace sobre amor romántico, la cual está compuesta de simbolismos, que facilitan la idealización romántica, en la cual se plasman valores como la cualidad incondicional que éste debe de tener, lleno también de sacrificios por la otra persona y por el bien de la relación, hasta llegar simbólica y progresivamente a ser uno mismo, entregarse al otro (otra) sin condiciones en cuerpo y alma, la pareja en este sentido es y debe de ser la fuente de toda la confianza, pues es el alma gemela, la media naranja. En este sentido el amor romántico también se sustenta en las construcciones tradicionales de género, la cual promueve la pasividad de las mujeres. En este tipo de relación deben de existir muestras de esta incondicionalidad, como el sacrificio de la autonomía o la confianza plena hacia el otro.

Esta idealización sustentada en la concepción de un amor “incondicional” y sin “infidelidades”, también influye en la sexualidad de las personas, proporciona sentido y significado a las relaciones sexuales, en donde el coito en este contexto representa el acto simbólico para la ‘fusión simbólica’ y ‘hacerse uno mismo’, en donde la mujer al ser pasiva “se entrega” por completo a su pareja y el hombre al ser activo “la hace suya”, por lo tanto el hacerlo con esa persona especial no puede ni debería de representar ningún tipo de riesgo, como por ejemplo el de infectarse de alguna ITS, la idea de que esa persona pueda representar algún tipo de riesgo no es ‘congruente’ con esta concepción romántica del amor, además en esta lógica el tener relaciones sexuales implica entregarse a la pareja sin condiciones, sin duda, ni desconfianza. En este sentido el condón utilizado como método

preventivo de alguna ITS simboliza una barrera para la fusión simbólica, para la entrega sin barreras, ya que atenta contra la confianza idealizada de la relación, pues su uso, solo es viable con personas que son percibidas como no confiables, con las que si puede haber algún riesgo y por lo tanto con las que no se desea esa fusión, es por ello que como menciona Herrera, et al (2002) el condón simboliza la pérdida de confianza en el otro, estando o no fundamentada esa desconfianza.

Es así que la sexualidad femenina de acuerdo con Herrera, et al (2002) al estar en gran medida construida por los ideales del amor romántico, muchas de ellas justifican sus deseos sexuales, le asignan un significado afectivo a la sexualidad y en ocasiones “irreal” (y paradójico), lo cual es una barrera que impide un ejercicio más libre y responsable de su sexualidad, en donde estos factores influyen en su poca o nula percepción de riesgo para adquirir alguna ITS, en especial cuando basan su ideal de vida, en de la pareja estable, la confianza y la supuesta mutua fidelidad, que les impiden reflexionar sobre la necesidad de practicar sexo más seguro con sus parejas.

Esta dinámica de idealización constante que propicia el uso inconsistente del condón, se convierte en un factor de riesgo en adquirir alguna ITS aunque sus relaciones las hayan tenido con personas con las cuales se haya establecido algún vínculo afectivo estrecho y se les perciba como personas “confiables”, dando lugar a lo que denomina Colombo, et al (2008) como monogamia serial.

En lo que se refiere a la segunda categoría, puede identificarse que un elemento que las construcciones de masculinidad y feminidad tradicionales promueven en las relaciones, es que los hombres busquen imponer sus deseos y necesidades de diferentes maneras y que las mujeres lo acepten como un acto de amor, o en donde en los casos en los que no lo acepten, se utilice la coerción para que los hombres se impongan. El primer factor que refleja este fenómeno es que uno de los motivos por los cuales los participantes usan de manera inconsistente el preservativo es porque a sus parejas les gusta más hacerlo sin condón o lo rechazan, para de esta forma complacerlos y demostrar así su amor por ellos.

El segundo caso, muestra que una de las formas en la que las parejas de las participantes recurren para imponer sus deseos es la persuasión no coercitiva, esto con el fin de “convencerlas” para no usar el preservativo, aun cuando ellas lo hayan solicitado, sin respetar de esta manera la petición de las participantes, por lo que al ceder ante la persuasión, reafirman ese poder exclusivo por parte de los hombres sobre el uso o no del preservativo y las construcciones tradicionales sobre feminidad y masculinidad que promueven que los hombres tengan mayor poder con respecto a la toma de decisiones que las mujeres, ignorando o valorando poco sus deseos, necesidades y decisiones sobre su sexualidad.

Los dos casos anteriores reflejan también lo que menciona Martínez (2007) sobre que el ser mujer solo adquiere sentido vital y reconocimiento cuando se es para los demás, por su contribución y sacrificio para la realización de los otros (hijos, hermanos, jefe, pareja, etc.) en donde ésta forma de concebir la feminidad condiciona a la mujer a una permanente incompletud y la dirige hacia la búsqueda de contextos en donde esté a cargo de cuidados hacia los otros, sea la encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida, y en esta dinámica, los demás siempre tendrán prioridad sobre ella, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, permanente sacrificio, sometimiento y dominio históricamente acontecidos. Esto ocasiona que busquen complacer a sus parejas cuando a estas no les gusta utilizar el condón o rechazan su uso, o cedan ante la persuasión para no usarlo, influyendo de esta manera en que las mujeres se pongan en situaciones de riesgo para adquirir alguna ITS, con sus parejas, como se ve reflejado en el siguiente testimonio.

Participante S: ¡Ay...! y también, por ejemplo, ellos utilizaban mucho el que “¡Ay! pues es que **no se siente tan rico**” que pues obvio que tú, como pareja, pues **lo que más quieres es darle placer, y si sabes que lo obtienen sin condón, pues también tú te arriesgas...** de cierta manera **si influía mucho lo que yo sentía por ellos, y él como ellos manejaban la situación...**

Lo anterior muestra cómo el vínculo afectivo y la forma en que construyen y le dan significado a ello, implica que el ‘sacrificio’ para ‘complacer al otro’ a pesar del riesgo que eso representa para la propia salud, es un elemento presente en esta idealización romántica, cargada de la concepción sobre la forma de concebir la feminidad que condiciona a las

mujeres a buscar complacer a los otros por encima de su bienestar. Así mismo el siguiente testimonio, muestra algunos de los argumentos que utilizó su pareja para convencerla de tener relaciones sexuales sin el condón.

Entrevistador: ¿él si trataba como de... **convencerte** en esa parte?

Participante T: si de ya... **no pasa nada ¿cómo voy a tener algo, si no ya me hubiera pasado algo? ya hace más de un año que no tengo relaciones...** entonces pues dices **"bueno, pues puede ser ¿no?"**

Lo anterior ejemplifica que la pareja de la participante, impone su deseo y la convence argumentando sobre lo improbable que era que tuviera ‘algo’, es decir alguna infección de transmisión sexual, ya que si fuera así “ya le hubiera pasado algo”, es decir su argumento se basa en conocimientos erróneos sobre las ITS, dejando de lado por ejemplo las características del VIH o el VPH, así mismo, al hacer referencia en que ya hacía más de un año que no tenía relaciones sexuales y por lo consiguiente reforzaba la supuesta improbabilidad de que tuviera alguna ITS, indica nuevamente el pensamiento mágico que se presenta, como si por dejar de tener relaciones sexuales durante algún tiempo ‘limpiara’ las posibles consecuencias de haber tenido prácticas de riesgo anteriormente.

En el tercer caso, la vivencia de abuso sexual tras solicitar el uso del condón, es la muestra en una de sus “expresiones más radicales” de la forma en que los hombres ejercen su poder sobre las mujeres en el ámbito sexual, imponiéndose por medio de la violencia y la coerción, viendo a la mujer como objeto sobre el que se tiene derecho de hacer lo que se quiera, códigos que sustentan lo que ha sido denominado como machismo que de acuerdo con Fuller (1995) acentúa la independencia, la impulsividad y la fuerza física como la forma natural de resolver las diferencias, la rudeza como la mejor forma de relacionarse con las mujeres y la demostración de la fuerza con el modo de tratar con el débil o con el subordinado.

Por lo tanto, las tres situaciones referidas dan muestra de la influencia que tienen las construcciones de masculinidad y feminidad tradicional que promueven que en la esfera de la sexualidad, los hombres tengan mayor poder de decisión que a las mujeres y sobre ellas.

Es importante decir que dentro de la población estudiada estas construcciones culturales, también influyen en el participante varón con orientación sexual hacia su mismo sexo, lo que puede verse reflejado en su siguiente discurso.

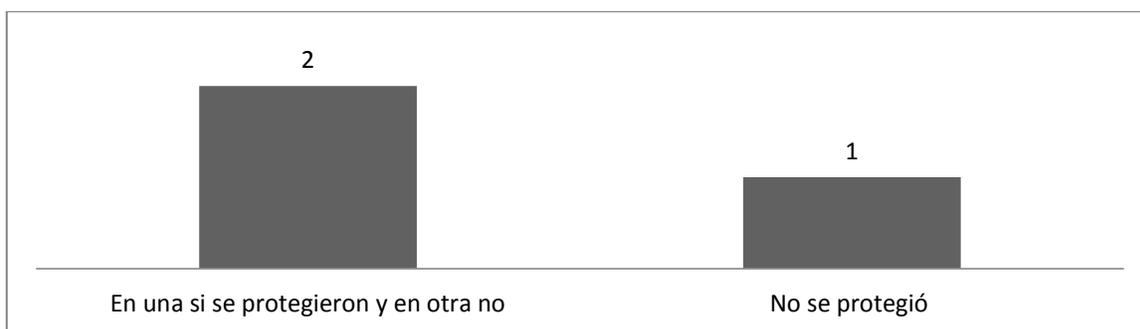
Entrevistador: m... ya ¿y tú con él, o sea **tú penetrarlo a él?**

Participante O: no, no o sea como **que tenemos los roles muy bien definidos**

Lo anterior implica lo que menciona Szasz (2000) con respecto a que la penetración es un símbolo de dominación y subordinación, en donde a la persona que es penetrada (ya sea hombre o mujer), se le atribuyen características de poca autonomía y carencia de poder, ya que la penetración significa en esencia una manera de dominar al otro y reafirmar la masculinidad. A partir de esto, el argumento al que se refiere el participante, refleja que él, ha asumido el rol pasivo y femenino en la relación, y su pareja el rol dominante y masculino, roles que tradicionalmente se establecen en parejas heterosexuales, y aunque el participante solo hace referencia a “tener muy bien definidos los roles” en el ámbito de la sexualidad, estos roles pueden trasladarse a los diferentes ámbitos de su relación.

Finalmente en lo que se refiere a la categoría tres, que incluye como un factor que influye en el uso inconsistente del condón el tener relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol, pudo encontrarse que de las seis, tres de ellas comentaron haber tenido relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol, sin embargo es interesante observar que de las tres, dos de ellas mencionan que lo hicieron en dos ocasiones, en donde en una si utilizaron el condón y en otra no lo usaron, la otra participante tuvo relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol en una ocasión en la cual no se protegió (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol



Lo anterior implica que en las participantes no fue un factor determinante el haber tenido relaciones sexuales bajo el consumo del alcohol para que no hayan utilizado el condón, sin embargo es un factor que influye en que esto suceda. Así mismo es importante aclarar que no se profundizó en conocer hasta qué grado fue el consumo del alcohol, pues puede existir una relación que implique que la causa por la que se protegieron en una ocasión y en otra no, haya sido porque en una tuvieron relaciones sexuales tras haber consumido mayor cantidad de alcohol que en la otra, o si esto se puede explicar por otros factores como el que no tuvieran contemplado el tener relaciones sexuales en esas ocasiones, que sus parejas sexuales las hayan convencido, que no tuvieran a la mano el preservativo, etc. lo cual pudiera haber sido un dato significativo para comprender con mayor claridad este fenómeno.

5.2. Sexualidad

5.2.1. Sub categoría: Historia sexual

En el cuadro 27, se presentan algunos datos obtenidos a partir de la primera entrevista con los participantes sexualmente activos, con respecto al número de pareja sexuales de cada una(o), así como la continuidad en el uso del condón con sus parejas y la historia sexual aproximada de cada una de sus parejas de acuerdo a los testimonios de las participantes, para posteriormente determinar las situaciones en las que han estado en riesgo potencial de contraer VIH o alguna otra ITS.

Cuadro 27. Continuidad en el uso del condón e historia sexual de las parejas.

Participante	Historia sexual de los participantes con sus parejas y continuidad en el uso del condón con ellas		Historia sexual aproximada de las parejas sexuales de los participantes
	No. Pareja sexual	Continuidad en el uso del condón	
Z	1	No	Primera si ha tenido otras parejas sexuales
	2	Si	Segunda si ha tenido otras parejas sexuales
	3	No	Tercera si ha tenido otras parejas sexuales

	4	No	Cuarta Si ha tenido otras parejas sexuales
	5	No	Quinta si ha tenido otras parejas sexuales
X	1	Si	Primera
	2	No	Segunda si tuvo otras parejas sexuales
	3	Si	Tercera
W	1	Si	Primera si tuvo otras parejas sexuales
	2	Si	Segunda (tuvo otras parejas sexuales y le menciona si haberse protegido con ellas)
	3	Si	Tercera no había tenido otras parejas sexuales
U	1	No	Primera no tuvo otra pareja sexual
	2	No	Segunda si tuvo otras pareja sexuales
T	1	No	Primera si tuvo otras parejas sexuales
	2	No	Segunda no tuvo otras parejas sexuales
S	1	No	Primera si tuvo otras parejas sexuales
	2	No	Segunda si tuvo otras parejas sexuales
	3	No	Tercera si tuvo otras parejas sexuales
	4	No	Cuarta si tuvo otras parejas sexuales
R	1	No	Primera si ha tenido otras parejas sexuales
Q	1	No	Primera (Si tuvo otras parejas sexuales y no se protegió)
	2	No	Segunda (Si tuvo otras parejas sexuales y le menciona si haberse protegido pero ella no le creía)
O	1	No	Primera
	2	No	Segunda si tuvo otras parejas sexuales
	3	No	Tercera si tuvo otras parejas sexuales
	4	No	Cuarta si tuvo otras parejas sexuales
	5	No	Quinta si tuvo otras parejas sexuales
	6	No	Actual si tuvo otras parejas sexuales

Realizando un análisis caso por caso se observa que:

- La participante Z de las cinco parejas sexuales que ha tenido con solo una tuvo continuidad en el uso del condón y que de todas sabe que han tenido otras parejas sexuales, por lo que con cuatro personas ha estado en riesgo potencial de haber

adquirido el VIH u otra ITS y por lo tanto ha sido también una persona que potencialmente ha podido transmitirlo;

- La participante X de las tres parejas sexuales que ha tenido con dos si tuvo continuidad en el uso del condón y con el que no, fue a causa del abuso sexual del cual fue víctima y menciona que el agresor si ha tenido otras parejas sexuales, por lo que con una persona ha estado en riesgo potencial de contraer VIH u otra ITS;
- La participante W con sus tres parejas sexuales que ha estado, con todas ha tenido continuidad en el uso del condón, por lo que no ha tenido algún riesgo potencial en adquirir el VIH o alguna ITS, sin embargo su principal motivo para el uso del condón es su miedo a un embarazo no planeado, es decir utiliza el condón como método anticonceptivo y no como método de prevención de VIH y otras ITS;
- La participante U de sus dos parejas sexuales que ha tenido, con ninguno de ellos ha tenido continuidad en el uso del condón, solo de su segunda pareja sexual tiene el conocimiento que él, ya había tenido otras parejas sexuales, por lo que de acuerdo con la información que proporciona la participante ha estado en riesgo potencial de adquirir el VIH u otra ITS con por lo menos una persona;
- La participante T menciona que de sus dos parejas con las que ha estado, con ninguna tuvo continuidad en el uso del condón y de sus dos parejas el primero si había estado con otras parejas sexuales, por lo que de acuerdo con el testimonio de esta participante estuvo en riesgo potencial de haber adquirido el VIH u otra ITS, por lo menos con una persona;
- La participante S comenta que de las cuatro parejas sexuales con las que ha estado, con ninguna ha tenido continuidad en el uso del condón y que todas le han mencionado haber tenido otras parejas sexuales, por lo que con las cuatro parejas ha estado en riesgo potencial de haber adquirido el VIH u otra ITS;

- La participante R menciona que con su única pareja sexual no ha tenido continuidad en el uso del condón y menciona que su pareja ya había tenido relaciones sexuales con otras personas, por lo que ha estado en riesgo potencial de adquirir el VIH u otra ITS;
- La participante Q menciona que de sus dos parejas con ninguna tuvo continuidad en el uso del condón y que los dos habían tenido otras parejas sexuales, por lo que de acuerdo con el testimonio, con las dos personas estuvo en riesgo potencial de haber adquirido el VIH o alguna ITS;
- El participante O con las más de cinco parejas sexuales que ha estado no ha tenido con ninguna continuidad en el uso del condón y de todas sabe que han tenido otras parejas sexuales, por lo menos con cinco personas ha estado en riesgo potencial de haber adquirido el VIH u otra ITS y por lo tanto ha sido también una persona que potencialmente ha podido transmitir.

En un análisis más general puede decirse que de los nueve participantes sexualmente activos(as), ocho han estado en riesgo potencial de adquirir el VIH o alguna ITS con por lo menos una persona, uno de los participantes con por lo menos cinco personas, dos de las participantes con cuatro personas, dos de las participantes con dos personas, tres participantes con una persona y tan solo una de las participantes no ha estado en riesgo potencial de contraer VIH o alguna otra ITS.

A continuación se presenta el cuadro 28 que indica si los participantes han practicado el sexo oral y si han usado el condón consistentemente en dicha práctica.

Cuadro 28. Practica de sexo oral

participantes	Práctica de sexo oral con parejas sexuales	Continuidad en uso del condón en sexo oral
Q	Si	No
W	Si	No
U	Si	No
T	Si	No

S	Si	No
Z	Si	No
Y	No	No
V	Si	No
X	Si	No
R	Si	Si
O	Si	No
Total	10	1

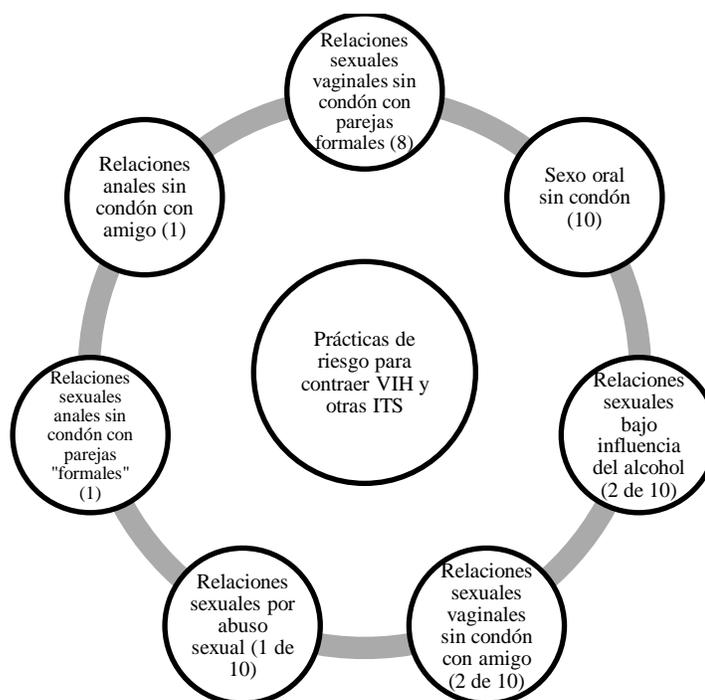
El cuadro anterior muestra que aunque la participante V no ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales, si ha practicado el sexo oral y sin protección, así mismo puede observarse que de los 11 participantes 10 han practicado el sexo oral y tan solo la participante R ha usado el preservativo de manera consistente. Es interesante puntualizar que la participante que ha sido consistente en el uso del preservativo en ésta práctica no lo ha sido en lo que se refiere a las relaciones sexuales vaginales, así mismo la participante W que en las relaciones sexuales vaginales si ha tenido consistencia en su uso, no la ha tenido para practicar el sexo oral. Lo anterior muestra que nueve de las participantes han estado por lo menos con una persona en riesgo de adquirir alguna ITS por practicar el sexo oral sin protección.

El bajo uso del preservativo para ésta práctica, puede fundamentarse por los mismos motivos por los que no lo usan para tener sexo vaginal o anal, es decir a causa de que lo hicieron con una pareja con la cual tenían un vínculo afectivo, a sus parejas les gusta más sin condón, disminuye el placer, así como que el uso del condón se tiende a ver más como método para prevenir embarazos no planeados y no para prevenir ITS, entre otros, por lo que en el sexo oral lo consideran innecesario, así mismo, puede deberse a que desconocen que por medio de ésta práctica pueden adquirir alguna ITS y por lo tanto su percepción de riesgo ante esta sea en sí misma considerablemente baja o nula.

Por los datos obtenidos sobre los factores que han influido en la continuidad del uso del condón de los participantes y sobre su historia sexual, pueden clasificarse las prácticas de

riesgo en las que los participantes han incurrido y que los han expuesto potencialmente en adquirir VIH y alguna otra ITS, las cuales se muestran en el esquema 11.

Esquema 11. Clasificación de prácticas de riesgo



*Los números dentro del paréntesis representan el número de participantes que incurrieron en esa práctica de riesgo. Cabe mencionar que algunos participantes incurrieron en más de una práctica de riesgo.

En la clasificación anterior se especifica el tipo de relación que tienen los participantes con las personas con las que tuvieron algunas prácticas de riesgo, con el fin de hacer énfasis en que al contrario de la creencia que se tiene, se puede estar en riesgo de adquirir alguna ITS, aún con personas con las que se tenga un vínculo afectivo y a las cuales se les tenga confianza, por lo que como se muestra en la tabla anterior la práctica de riesgo que con mayor frecuencia practican las participantes son las relaciones sexuales vaginales sin condón con sus parejas "formales".

5.2.2. Sub categoría: Tipología de las relaciones

A continuación se presenta un cuadro que contiene datos obtenidos en la primer entrevista sobre el tipo de relación que las participantes perciben tener o haber tenido con su pareja más reciente para poder establecer de acuerdo con el modelo acercamiento-alejamiento en

qué etapa están y para compararla también con el tipo de relación que puede establecerse con base a la propuesta en la investigación, y finalmente si tienen un acuerdo con sus parejas sobre el tipo de relación.

Cuadro 29. Tipología de relación de acuerdo a los participantes vs tipología de relación de acuerdo a la

Participante	Tipología de relación con pareja de acuerdo a la percepción de los participantes	Tipología de relación de los participantes de acuerdo a la investigación	Acuerdo establecido sobre su tipo de relación
Q	Formal (tiene duda sobre si su pareja interactuó sexualmente con otras personas durante su relación)	Abierta en algún momento de la relación, pues sostiene una relación de amistad con interacciones sexuales (dentro de su relación “formal” sostuvo un “faje” con un amigo)	No establece algún acuerdo sobre su tipo de relación (se va dando)
W	Formal	Exclusiva	Son ambiguos los acuerdos, se enfocan en preguntar si va a ser “seria” la relación
U	Formal	Exclusiva	-
T	Formal	Exclusiva	Si formula acuerdos (en el transcurso de la relación, no desde un inicio)
S	Formal	Exclusiva	Formulan acuerdos
Z	Formal	Exclusiva (al principio de su relación salió con otra persona y supone que su pareja también lo hizo)	No establece algún acuerdo sobre su tipo de relación (se va dando)
Y	Formal	Exclusiva	-
V	Formal	Exclusiva	Formulan acuerdos con su pareja
X	Formal	Abierta en algún momento, pues sostiene una relación ocasional (aunque en un principio iba a tener relaciones sexuales consensuadas, al pedir el condón, es víctima de abuso sexual)	No establece algún acuerdo sobre su tipo de relación (se va dando)
R	Formal	Abierta en algún momento de la relación, pues su pareja se besó con otra persona	Si formula acuerdos en el transcurso de la relación (a causa de este acontecimiento revalora los acuerdos)

O	Formal	Relación abierta sin acuerdo establecido para los dos miembros de la pareja Relación de amistad con interacciones sexuales	No establecen acuerdos
---	--------	---	------------------------

En el cuadro anterior se observa que los 11 participantes informan percibir una relación definida por ellos como “formal” que de acuerdo con el modelo de acercamiento-alejamiento propuesto por Díaz, et al (2002) se encuentran entre las etapas de pasión y romance y la etapa de compromiso, sin embargo cuatro de los participantes no formulan acuerdos sobre el tipo de relación a la que aspiran, si no que en varias ocasiones se va dando así la relación, uno menciona establecerlos pero ambiguamente enfocándose en preguntar a su parejas si “esto va en serio” es decir si es a largo plazo y con compromiso, tres mencionan que si formularon acuerdos para establecer el tipo de relación que tienen o tuvieron.

La falta de acuerdos sobre el tipo de relación a la que aspiran o en la que se encuentran inmersos puede ocasionar lo que Díaz, et al (2002) menciona de acuerdo a su modelo, que cada miembro de la pareja se perciba en distintas etapas en la misma relación y por lo tanto no resuelvan situaciones importantes que surgen de esta diferencia, como la forma en que la viven y quieren vivir su sexualidad, los métodos que van a utilizar para protegerse del VIH y otras ITS, además el compartir lo que implica para cada uno establecer una relación “formal”, pues parece que la idea de las relaciones formales y estables poseen cualidades que se dan por añadidura como el de la fidelidad y la confianza que influyen en que por ejemplo la percepción de riesgo de adquirir el VIH o alguna ITS no exista o disminuya considerablemente por el tipo de relación que se percibe se tiene con otra persona.

Así mismo cinco de los 11 participantes han participado en otro tipo de relación cuando estaban involucradas en lo que ellos denominan una relación “formal”, en donde una participante se enteró que su pareja besó a otra persona mientras tenían una relación “formal”, una de las cuatro personas sostuvo un “faje” con un amigo, una tuvo interacciones sexuales con un amigo, una vivió un abuso sexual después de que ella le pide que utilicen el condón, aunque en un principio su intención era tener relaciones sexuales

consensuadas, una menciona que tanto ella como su pareja al inicio de su relación salían con otras personas.

Es decir los participantes se refieren a sus relaciones de pareja como “formales o estables”, aunque como se puede observar, ésta forma de describir su relación en teoría implica la fidelidad y exclusividad, pero en la práctica no necesariamente es así, si no que en ocasiones fue abierta para alguno de los dos. Sin embargo es interesante destacar, que en los casos en los que las participantes perciben y describen su relación como “formal” no fue una determinante para que no hayan participado en otro tipo de relación, ni tampoco influyó para que la hayan dejado de percibir como formal o estable cuando interactuaron con otras personas.

Por otro lado, parece ser que al percibir o desear una relación “estable y formal” se niega o se teme a la posibilidad, de que una infidelidad pueda suceder en su relación, de que su pareja o ellos(as) participen en otro tipo de relación paralela a la “formal” y que por lo tanto no se hable dentro de la relación sobre ello y se pueda establecer una comunicación con mayor apertura, basada en un principio de realidad, que no se quede encapsulada en los preceptos morales de lo que debe de ser y que en la realidad muchas de las veces no es, lo que influye en que las personas no utilicen el condón con fines de prevención de alguna ITS con sus parejas “formales” en donde se cree, espera, desea y necesita que exista la “fidelidad”.

Éste deseo de percibir y desear una relación estable en donde se establezca la fidelidad mutua, se refleja en el siguiente argumento de una de las participantes.

Participante X: pues sí, yo creo que **todos queremos** que la otra persona nos sea **fiel y respete** esa relación ¿no? ... que el vínculo sea nada más de dos ¿no?...

El argumento representa en gran medida lo que en general consideran todos los participantes sobre las relaciones y la monogamia, sin embargo esta práctica con frecuencia es irregular y ya sea una o las dos personas que participan en una relación pueden llegar a tener contacto sexual con otras personas con las que puede que no utilicen condón y por lo tanto ponerse en una situación de riesgo para adquirir y/o transmitir alguna ITS.

5.2.3. Sub categoría: Razones por las que no han iniciado su actividad sexual

Se considera importante conocer los motivos por los cuales, dos de las 11 participantes en la entrevista filtro mencionaron que no han iniciado su “vida sexual”, para identificar si tienen percepción de riesgo de infectarse de alguna ITS en su primera relación sexual. A continuación se presenta el cuadro 30 que contiene la información mencionada.

Cuadro 30. Razones por las que no han tenido relaciones sexuales

Participante	Razones por las cuales no han decidido iniciar su actividad sexual
V	<ol style="list-style-type: none">1. No ha encontrado a la persona indicada2. Miedo al embarazo3. Miedo a que el acto sexual le cause mucho dolor4. Miedo a que su relación con su actual pareja cambie negativamente
Y	<ol style="list-style-type: none">1. No ha encontrado a la persona indicada2. Miedo al embarazo

Se observa que existen dos motivos en común, el del miedo al embarazo y el que no hayan encontrado a la “persona indicada”, con respecto al miedo al embarazo, la participante Y menciona que ella percibe que ese miedo surge porque “socialmente se le da más peso” a este fenómeno, esto puede deberse a que posiblemente en su familia, en la escuela, con amigos, es un tema recurrente. En la segunda razón común, está implícita la forma romantizada de ver a la pareja y al amor, la cual podría influir en que no se haya identificado en las participantes la percepción de riesgo de contraer alguna ITS, ya que representa lo que menciona Rosales (2006), ese deseo de hacerlo con el hombre con el cual se casarán y tendrán hijos. En donde ese hombre “indicado” que es idealizado, no debe de representar ningún tipo de riesgo.

Otra razón que puede influir en una de las participantes para que no tenga percepción de riesgo de adquirir alguna ITS, es por lo que menciona al respecto.

Participante V: ... pues ahorita porque sé que él (su pareja) no tiene nada y porque yo tampoco, bueno al menos de que hayamos nacido así...

Es decir, de acuerdo con su testimonio, la participante no se percibe en riesgo porque ella no ha tenido relaciones sexuales y considera que su pareja tampoco. Sin embargo el que las dos participantes tengan en común la razón de no haber encontrado a la persona indicada y el miedo al embarazo y no así a la preocupación a adquirir alguna ITS, indica que también influye la idealización de la pareja con la que se pretende tener la primera experiencia sexual, es decir una persona que influenciada por la idealización, se ‘perciba’ como una persona ‘confiable’. Finalmente, el miedo al dolor que le pueda causar a la participante la relación sexual y el miedo a que su relación cambie después de haberla tenido, son factores que tienen su origen en lo que sus amigos o conocidos le han dicho al respecto.

5.2.4. Sub categoría: La escuela como fuente de información

A continuación se presenta un cuadro que muestra algunos rubros que fueron tratados en el segundo proceso de entrevistas con las seis participantes, los cuales se refieren a la educación sexual que han recibido las participantes en la escuela, la percepción que en general tienen sobre la información sobre ello que han recibido, los grados escolares en los que recuerdan haber recibido información al respecto, si han recibido información sobre sexualidad en otras partes, así como si les interesara obtener información al respecto a donde o a quién acudirían y finalmente de qué fuentes han tenido mayor influencia al respecto.

Cuadro 31. La escuela como fuente de información

La escuela como fuente de información	Respuestas	No. De participantes que lo mencionaron
¿Consideras que la educación sexual que has recibido en la escuela ha sido adecuada?	No, es muy general, técnica y teórica	5
Grados escolares en los que tocaron temas sobre sexualidad	Primaria Secundaria Preparatoria	1 3 3

	En una clase de la universidad	4
Educación sexual en otras partes	Programas de televisión sobre sexualidad	4
	Reuniones	2
	Congresos	1
¿Si quisieras obtener información sobre sexualidad a quién acudirías?	Internet	5
	Especialista	4
	Gente de confianza	1
	Libros	1
¿De qué fuente crees que has tenido mayor influencia sobre tu sexualidad y que te han servido más en ti?	Familia	1
	La práctica y de sus parejas	1
	Medios de comunicación (internet, televisión)	2
	Amigos	2
	De la escuela	2

En el cuadro anterior se observa que la mayoría de las participantes considera que la información que han recibido de la escuela sobre el tema de la sexualidad no ha sido suficiente y ha sido muy general, técnico y teórico, en los niveles escolares en donde es parte de los programas abordar este tema, es decir en la primaria, secundaria y preparatoria, así mismo es interesante observar que 4 participantes mencionaron que también en la universidad han recibido información al respecto, sin embargo la recibieron en alguna clase que no era parte del plan de estudios y que surgió porque se relacionaba con otros temas, tampoco los participantes mencionan el haber estado en alguna conferencia, taller, o alguna actividad en la cual se abordara esta temática que fuera promovida dentro de la escuela al menos a nivel universitario o por la escuela de psicología del ISEC.

Es interesante observar que como otras fuentes de información, se encuentra como la principal, algunos programas televisivos que hablan sobre ello, lo cual se presenta como una herramienta útil para la educación de la sexualidad. Se observa también, que la fuente a la que con mayor frecuencia se acudiría si se tuviera la intención de adquirir más información sobre la sexualidad sería el internet en primer lugar y algún especialista como

segundo, lo cual muestra la importancia de conocer webs y páginas electrónicas confiables que hablen al respecto, así como que los jóvenes tengan el acceso a especialistas para resolver sus dudas.

Dentro de las fuentes de información que han tenido mayor influencia en su vida en el ámbito de la sexualidad se encuentran la escuela, los amigos y los medios de comunicación, nombrado en solo una ocasión la familia, lo que refuerza la idea que en el contexto de las participantes, la familia ha tenido solo la función de inculcar valores al respecto y no ser en realidad una fuente de información, también muestra la importancia que las participantes le conceden al ámbito escolar como fuente de información, aunque consideran como insuficiente la información que han recibido, lo que demuestra el papel trascendental que tienen las instituciones educativas al respecto.

5.2.5. Sub categoría: Problemas con parejas sexuales en la vivencia de la sexualidad

En lo que se refiere a esta sub categoría, los datos se obtuvieron en el segundo proceso de las entrevistas con seis participantes, en donde se identificaron dos problemática que han vivido las participantes con respecto a la vivencia de la sexualidad con sus parejas, las cuales son 1) el haber tenido algún problema por lo menos una vez con alguna de sus parejas sexuales por haberle solicitado el uso del condón y 2) haber tenido relaciones sexuales con sus parejas ‘formales’ aunque no estuvieran dispuestas. En donde se identificó que cuatro de las seis participantes han vivido por lo menos una vez el tipo de problema 1. A continuación se presentan dos de los cuatro testimonios que representan lo anterior.

Participante U: una vez, una vez si este... que **se lo pedí y no se quiso poner** o sea digo yo también pues **me dejé** ¿no? o sea porque digo **no fue a la fuerza ni mucho menos** pero si como que **le valió** ese... esa parte que yo le pedía ¿no? y pues sí de cierta manera **si me hizo sentir... mal** pero también como ese **coraje** de decir bueno o sea... **es mi cuerpo** y si **yo me quiero cuidar** o de **yo quiero que uses condón pues va hacer así** ¿no? o sea y si no pues mejor ahí muere... o sea y te digo y **(era) por la parte del embarazo**, porque... sí, yo en ese tiempo yo **no pensaba en que me pudiera pegar algo... le valió la situación** o sea **no se molestó ni mucho menos pero si lo evadió** por completo y **le valió madres** y así prácticelas...

Participante S: Pues, por ejemplo con... la persona esta ¿no?, que iba así de cama en cama y todo y pues obvio **si se molestó** porque fue así de, “ósea **¿cómo me pides condón? ¿Cómo dudas de mí?...** o el típico de, ¡ay! **¿Qué ya no me amas?”** o no sé...

En el primer caso, en el que la pareja de la participante ignora la petición de utilizar el preservativo, es posible considerarlo como una forma de violencia, pues esa es una forma de anular al otro de manera pasiva, no darle importancia ni respetar sus deseos y necesidades y aunque como menciona la participante “no fue a la fuerza” ni “se enojó ni mucho menos”, es una forma de violentar a una persona, pues si bien no la obliga, si la ignora. El argumento anterior refleja que el fenómeno de la violencia sigue siendo asociado sólo en sus términos más conocidos como es el caso de la violencia física y verbal que ejerce una persona sobre otra y en donde la representación que con mayor frecuencia se hace sobre ello es el de la violencia acompañada exclusivamente por un comportamiento agresivo e irascible, lo que dificulta el que una persona pueda identificar que está viviendo una situación de violencia psicológica y emocional en su relación de pareja.

En este caso puede identificarse que la pareja de la participante ignora la petición de usar el preservativo para finalmente ‘imponer’ sus deseos sobre los de ella y aunque eso la hace sentirse mal y con coraje, lo acepta finalmente. Esto puede deberse a la influencia de algunos factores antes mencionados que hacen referencia a que culteramente se promueve el dominio del hombre sobre la mujer y que se refleja de diferentes maneras que no necesariamente son coercitivas, como el valorar más las ideas, opiniones y deseos de los hombres sobre el de las mujeres y por lo tanto ignorarlas e imponerse sobre ellas. En este sentido se presenta la cosificación de la pareja, al concebirla como una propiedad, la cual es utilizada para satisfacer las necesidades, sin tomar en cuenta las suyas. Así mismo pueden influir los factores culturales que promueven la pasividad de la mujer, el deber de ‘entregarse al otro’, el ‘sacrificarse’ por sobre ella misma, lo cual implica que su cuerpo no le pertenece, no es suyo, es del otro y por lo tanto puede hacer o no lo que quiera de él.

En el segundo caso, la petición del uso del condón fue percibido como un símbolo de desconfianza y por lo tanto la reacción de molestia por parte de la pareja, lo cual refleja lo que con anterioridad se ha mencionado al respecto, la construcción que se ha hecho sobre el

uso del condón y la idealización del amor, en donde el preservativo termina siendo percibido como un símbolo de desconfianza en la pareja, lo cual no concuerda con el ideal romántico. Así mismo puede observarse la estrategia a la que la participante menciona que recurrió una de sus parejas, que es la de imponer sus deseos por medio del convencimiento a través del chantaje emocional como el “¿qué ya no me amas?” lo cual es también una forma de violencia.

En los dos casos se puede visualizar una relación de poder en donde las parejas de las participantes terminan imponiendo sus necesidades y deseos, sobre los de ellas, por medio de la violencia psicológica y emocional, en estos casos “ignorando el deseo de la participante y en el otro a través del chantaje emocional”, sin embargo por la forma en la que comúnmente se considera que se ejerce la violencia, dificulta el que las personas puedan identificar estos tipos de violencia cuando se presentan en sus relaciones de pareja.

También como ya se mencionó y profundizó con anterioridad una de las participantes vivió un abuso sexual por pedir el uso del preservativo a una de sus parejas sexuales, lo cual es influenciado por factores culturales que tienen que ver con pautas que promueven el dominio del hombre sobre la mujer a través de, en este caso del sometimiento físico, lo cual tiene repercusiones en la vida de las víctimas, como lo muestra el siguiente fragmento de entrevista.

Participante X: de hecho **estoy yendo a terapia** y todo porque, bueno **si fue bastante fuerte** y... pero... o sea.... este... es que no se, **va a ser difícil hablar** pero...

Por otro lado, en lo que respecta a la problemática que tuvieron las participantes sobre haber tenido relaciones sexuales con sus parejas ‘formales’ aunque no estuvieran dispuestas, tres de las seis, mencionaron haber vivido este tipo de problemática, como se muestra en los siguientes fragmentos de sus entrevistas.

Participante U: si, si, en una ocasión que nos fuimos (de viaje)... su familia tenía un remolque, lo tenían así como que en un embarcadero entonces pues estábamos ahí me empezó a dar una alergia terrible... o sea **estábamos como que entre que sí y que no ahí el coqueteo** y no sé qué, **pero me empezó a dar la alergia** y pues así ¿no? **entonces... me**

convenció pero a la vez yo **me sentía muy mal entonces como que no...** como que si realmente fue así de "pues si"... pues yo creo que también por la parte de que no... de que no teníamos como mucho chance o sea de que... **era como de aprovechar todos esos momentos que teníamos para poder hacer las cosas...** o sea yo siento que lo hice por esa situación...

Participante W: Si ... mm no sé, yo creo que **era porque quería como darle la satisfacción** pero **no siempre estaba** como **segura** o **empezaba como con caricias** y todo.... y pues ya sabes que no son.... entonces pues **yo llegaba a excitarme** y todo eso y **decía bueno está bien pero no siempre quería**, no siempre que las veces que lo hicimos no era porque quería no siempre estaba segura de que quería es, que así **algunas veces le dije es que no quiero** pero **siempre** como que **terminaba cediendo** porque **siempre me convencía...**

Participante S: si... ¡Ay pues por mensa! Porque... porque **no sabía decir que no...** Pero si él como que... no sé, **era muy manipulador, sabía por dónde llegarme** y como hacerle para... Sí; si, si, si porque decía “¡ay ándale! tantito”...

Este fenómeno ha sido poco estudiado, por lo tanto minimizado y normalizado y como se observa, están implicados también factores culturales y psicosociales. En los argumentos pueden identificarse algunos factores por los cuales las participantes tuvieron relaciones sexuales con sus parejas a pesar de que no estaban dispuestas, una de ellos es a causa de querer aprovechar los momentos para tener relaciones sexuales por no tener el espacio para hacerlo con frecuencia, sin embargo los de mayor interés por el impacto emocional que causan en las participantes son a) la falta de asertividad de las participantes para “decir que no” derivado de la pauta cultural que promueve la pasividad de las mujeres y que por lo tanto se adaptan a las decisiones de su pareja b) el deseo de ‘satisfacer’ a su pareja, derivado de los constructos culturales que promueven el sacrificio de la mujer por los demás a pesar de sus propias necesidades y deseos, y por los contenidos implicados en la idealización romántica del amor, que promueve la entrega incondicional al otro, y c) el que sus parejas por medio del convencimiento y la manipulación afectiva, lograran que accedieran, esto en gran parte facilitado también por la idealización del amor que promueve

también el “sacrificio” sin límites, la entrega total hacia el otro y aunque en el proceso de convencimiento no existió coerción o violencia verbal y física, es una derivación de la premisa cultural que dicta que los hombres pueden ejercer su dominio sobre las mujeres e “imponer” por lo tanto sus deseos sobre los de su pareja, por medio de distintas estrategias, como las que se identificaron.

Ante ésta situación las dos participantes que mencionaron que tuvieron relaciones sexuales aunque no estaba dispuestas, a causa de querer satisfacer a su pareja y no saber decir que no, informan la manera en que se sintieron después de haber cedido, como se muestra a continuación.

Participante W: sentía como **culpa** como **tristeza** porque decía **no es justo que él quiera y yo no quiera** y así entonces si me sentía como triste **como perdida...** no siempre que las veces que lo hicimos no era porque quería, no siempre estaba segura de que quería, es que así algunas veces **le dije “es que no quiero”** pero **siempre** como que **terminaba cediendo** porque siempre me convencía...

Participante S: Pues mal, te sientes **muy mal**, te sientes **culpable** por acceder, te sientes **utilizada, devaluada** ¿no?, este... te sientes muy mal...

Los testimonios anteriores muestran que los sentimientos que se generaron en las participantes después de haber tenido relaciones sexuales con sus parejas sin estar dispuestas son la culpa, tristeza, la devaluación y sentirse utilizadas, sin embargo a pesar de estos sentimientos continuaban ‘cediendo’, cumpliendo las premisas culturales mencionadas con anterioridad sobre la entrega incondicional, el sacrificio y la complacencia hacia su pareja, a pesar de sus necesidades, sentimientos y deseos.

Finalmente es importante señalar que como se ha identificado estas situaciones pueden transcurrir en contextos en donde la violencia no es “evidente” por no ser agresiva, ni coercitiva, lo cual dificulta que estos sean percibidos como problemas que suceden en las dinámicas de las relaciones de pareja.

5.2.6. Sub categoría: Comunicación con la pareja sobre sexualidad

En el cuadro 32 se presenta información obtenida en la segunda entrevista sobre las temáticas que abordan con sus parejas sobre la prevención del VIH, la interrupción voluntaria del embarazo y embarazos no planeados, si saben lo que le gusta o no en lo que se refiere al aspecto sexual y finalmente la percepción que tienen sobre si hablan lo suficiente de sexualidad con sus parejas.

Cuadro 32. Temas que han platicado con sus parejas

Temas	Respuestas	No. de participantes que lo mencionan
Tema de la prevención del VIH abordado con sus parejas	Si	2
	No	4
Tema de la interrupción voluntaria del embarazo y embarazos no planeados abordados con sus parejas	Si	6
	No	0
¿Tu pareja sabe/sabía lo que te gusta a ti y tú a él en cuanto a lo sexual?	Si	4
	No	2
Percepción sobre si hablan lo suficiente de sexualidad con sus parejas	Si	1
	No	5

El que la mayoría de las participantes mencione no haber abordado el tema de la prevención del VIH con sus parejas, es un dato que refleja la poca relevancia que tiene el tema dentro de las relaciones de pareja, en comparación con la que tienen los embarazos no planeados y la interrupción legal de estos, en donde todas las participantes mencionan haberlo abordado con sus parejas, ésta diferencia puede deberse a que las parejas cuando se encuentran en una relación “formal” con alguna pareja, no se sientan en riesgo de adquirir

alguna ITS, a causa de lo ya mencionado sobre la idealización romántica del amor y el simbolismo que tiene el uso del condón en una relación de este tipo y por lo tanto hablar sobre la prevención del VIH se hace irrelevante, por otro lado la percepción de riesgo de tener un embarazo no planeado prevalece por ser una posibilidad constante y cercana, que se refuerza cuando se tienen relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo, cuando experimentan el temor de esta posibilidad cuando se presenta un retraso en el ciclo menstrual y cuando alguna persona cercana (familiar, amiga, compañera de trabajo o escuela) ha vivido o se encuentra en esta situación.

Por otro lado, de las dos participantes que mencionan que sí han platicado el tema con sus parejas, una argumenta que lo aborda con respecto a la necesidad de utilizar el condón y la otra participante lo aborda a causa de que su pareja le ha pedido que tengan relaciones sexuales sin condón, como lo muestra el siguiente fragmento de entrevista.

Participante X: pues por decir, **él me ha propuesto no usar condón** pero yo **siempre le he dicho que no** que... **aunque yo lo quisiera** y le **tuviera confianza**, primero o sea... **no me pondría en riesgo** en ningún momento y que... aparte el condón de prevenir embarazos es para prevenir enfermedades... ya después **dijo "bueno, si... está bien"** me dice **pero es que yo no tengo nada** y yo **"¿cómo sabes? y ¿hasta cómo sabes que yo no tengo algo y te puedo pegar algo?"** o sea también **piensa un poco en ti...** así que ¿qué tal?... cabe la posibilidad de yo hubiera tenido algo y te puedo contagiar o...es también no se... por sentido común"

Cabe mencionar que la participante X, es de las que mayor consistencia ha tenido en el uso del condón y que muestra anteriormente su capacidad y habilidad para negociar asertivamente su uso con su pareja, lo que revela la importancia como lo han mencionado algunos autores que como complemento aparte de enseñar el uso del condón, es necesario el desarrollo de habilidades para su negociación con la pareja.

El que la mayoría de las participantes mencione que sus parejas sexuales saben o sabían lo que les gustaba a ellas y viceversa en el ámbito de la sexualidad, refleja que el rubro del erotismo es otro tema relevante en las relaciones de pareja. Sin embargo es interesante que en términos generales la mayoría de las participantes consideren que no han abordado el

tema de la sexualidad de manera suficiente con sus parejas, como lo muestran los siguientes testimonios de las entrevistas.

Participante U: yo creo que **faltó** (hablar de sexualidad) por que... digo para empezar porque, pues en ese tiempo es... si como que **no tenía yo tanta...** pues sí **información**, como por ejemplo ahorita... pues **si tengo** un poco **más abierta mi mente** y tengo un poco más de conocimiento de lo que tenía... entonces pues **yo hablaba de lo que yo sabía** ¿no? entonces y como **era inexperta** pues realmente **no tenía yo mucho que decir** ¿no? o sea más que **lo básico** se podría decir de que si, te tienes que cuidar porque te puedes **quedar embarazada** o... si hay **infecciones** que gonorrea, que herpes y... ahí párale de contar a lo mejor **el SIDA así era lo peor...**

Participante T: no, yo creo que **falta mucho**, digo cuando **una persona es su primera vez**, muchas veces le da **pena.....** le producía **incomodidad** porque pues **no era lo mismo** tener una persona que ya estuvo... con alguien más... entonces sí, siento que faltó mucho

Participante Q: ... **a veces...** bueno porque **no nos vemos y cuando nos vemos...** ya pues no sé, **al momento se habla de tener relaciones...** pero por ejemplo si **no sucede** pues **se habla poco**

Participante S: No porque **siento que...** a veces **se limita demasiado** ¿no?, siento que... **le cuesta trabajo** tocar el tema, le cuesta trabajo **abrirse** y pues yo también prefiero... ósea de repente si hablamos, si es así de... oye amor... ¿Qué te gusta, cómo te sientes?, pero a **veces trata** como que trata de **evadir el tema** y prefiere no tocarlo

Como se muestra en los argumentos los factores por los cuales consideran que en el ámbito de la sexualidad no hablan o hablaron lo suficiente con sus parejas es por falta de tiempo, por la falta de información e inexperiencia por parte de uno o los dos miembros de la pareja, incomodidad y/o falta de apertura por parte de las parejas de las participantes. El que la falta de información sobre el rubro de la sexualidad sea una de las causas por las cuales las participantes consideren que no han abordado el tema con sus parejas, refuerza la postura sobre la necesidad de que el tema de la sexualidad sea considerado esencial en la enseñanza educativa, incluyendo la universitaria.

Finalmente se encontró al realizar la segunda entrevista que a la participante Q le detectaron VPH y asume que se infectó con su primera pareja sexual, lo cual le ocasionó un conflicto emocional. Es importante mencionar que en la primera entrevista la participante Q mencionó que con su primera pareja sexual no se había percibido en riesgo pues los “dos eran vírgenes” y por que “confiaba” en él, esa situación la conflictuó por darse cuenta de lo contrario.

5.3. Embarazos no planeados

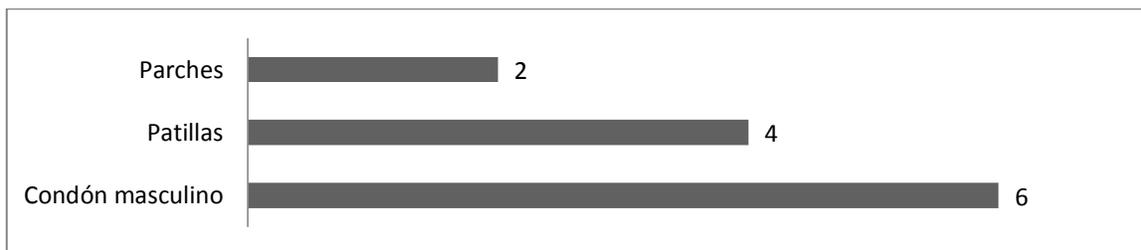
5.3.1. Sub categoría: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

En las gráficas 15 y 16 se presentan algunos datos que fueron obtenidos en la segunda fase de las entrevistas sobre los conocimientos que tienen las participantes de los métodos anticonceptivos que conocen y los que con mayor frecuencia utilizan.

Gráfica 15. Conocimiento de métodos anticonceptivos



Gráfica 16. Método más utilizado



Como puede observarse los métodos anticonceptivos más conocidos por las participantes son el condón masculino, las pastillas y los parches, los que menos conocen son las espumas, el chip y el condón femenino, ésta diferencia, puede explicarse por que como se ha visto anteriormente, las campañas preventivas se enfocan únicamente en promover el uso del condón masculino en comparación con el femenino, así mismo coincide con que los métodos más conocidos son los que con mayor frecuencia utilizan las participantes, siendo en este rubro las pastillas y el condón masculino los mayormente son usados, ésta preferencia puede explicarse a causa de las reacciones secundarias (tres de ellas lo comentan) que pueden presentarse en las participantes, así como por mayor comodidad y disponibilidad del condón, ya que las pastillas requieren tomarse regularmente durante periodos de tiempo y se adquieren en lugares más específicos (farmacias), en comparación con el condón los cuales se tienen que usar sólo durante el acto sexual y pueden adquirirse en diferentes sitio, además de que difícilmente generan reacciones secundarias.

El cuadro 33 contiene información sobre la continuidad que consideran las participantes lo usan y finalmente si han utilizado la pastilla del día siguiente.

Cuadro 33. Frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos y uso de la pastilla del día siguiente

Temática	Respuestas	No. De participantes que lo mencionaron
Frecuencia de uso	Regularmente	5
Uso de pastilla del día siguiente	Al menos una vez	5

El cuadro anterior muestra que la mayoría de las participantes considera que utiliza regularmente alguno de los métodos anticonceptivos, sin embargo, siendo el condón el de mayor preferencia, confirma que su uso, se enfoca más para prevenir embarazos no planeados que para alguna ITS. Finalmente el que la mayoría de las participantes hayan utilizado la pastilla del día siguiente por lo menos en una ocasión, implica que el uso del condón, pastillas y parches, ha sido inconsistente y que en el caso de las pastillas y parches

podieron fallar también, así mismo implica que por lo menos en una ocasión han vivido personalmente la posibilidad de tener un embarazo no planeado, lo cual seguramente ha reforzado su percepción de riesgo sobre esta situación. Así mismo puede suponerse que el haber vivido de cerca este riesgo, probablemente causa que las participantes se enfoquen con mayor énfasis en la prevención de embarazos no planeados que en las ITS.

5.3.2. *Sub categoría: Actitudes y creencias sobre los embarazos no planeados y la interrupción del embarazo*

El siguiente cuadro muestra los datos obtenidos en la segunda entrevista sobre la opinión y actitudes que tienen las participantes sobre la interrupción del embarazo.

Cuadro 34. Actitudes y opiniones sobre la interrupción legal del embarazo

Tema	Respuestas	No. de veces comentado
¿Qué opinas sobre la interrupción del embarazo?	A favor, pero en ciertas condiciones	2
	A favor	4
Condiciones	Solo en violaciones	1
	No más de dos veces	1
	Es una decisión personal	2
	Si no habrá responsabilidad en su cuidado no tiene caso traerlo a sufrir	2
¿Si tú llegaras a estar en una situación similar qué harías tú?	Interrumpiría su embarazo	2
	No podría hacerlo	1
	No está segura	1
	Tendría que considerar la situación	1
	Se encuentra en una situación así	1

Es interesante observar que todas las participantes se encuentran a favor de la interrupción del embarazo, sin embargo dos de las ellas solo se encuentran a favor de ciertas condiciones

como en violaciones y que no se realice en más de dos ocasiones, además de que es asociado por las participantes como un acto de irresponsabilidad. Lo anterior refleja que éste es un tema sensible y complejo, pues alrededor de él, se han generado diversas opiniones y creencias, sustentadas en valores e ideologías morales promovidas en la cultura, por diversos sectores sociales como las iglesias, la familia y algunas organizaciones que se encuentran en contra de ello.

El que la mayoría de las participantes estén a favor independientemente de las situaciones, puede deberse a que en la ciudad de México la interrupción del embarazo se ha despenalizado y se ha convertido en un derecho, por lo que se han realizado distintas campañas de información al respecto que han influido en esta actitud, sin embargo pueden identificarse casos en las que las mujeres que lo practican son víctimas de discriminación como lo muestra el siguiente testimonio, de una de las participantes, el cual hace referencia a que en su salón de clases ‘se enteran’ que una de sus compañeras practicó la interrupción voluntaria del embarazo y que por ésta situación fue víctima de discriminación.

Participante X: ... muchas de mis compañeras eran así de "es que es **pecado... te vas a ir al infierno, no estuvo bien** lo que hiciste" (interrumpir su embarazo) o muy así de **discriminarla** y... algún tema "no el aborto miss, porque yo digo que **el aborto está mal** porque es **quitarle la responsabilidad...**" y yo así de...(y)... estábamos hablando de un tema de representaciones sociales... estábamos en una clase y yo les dije "si nos estamos formando como psicólogos... y más si se van a dedicar a la clínica bien dicen que el espacio y el lugar que ocupa el clínico es un lugar en donde todo se puede decir, el clínico todo puede escuchar y es un lugar en donde está libre de prejuicios entonces...si alguien se quiere dedicar a la clínica le llega una persona que... practicó un aborto, lo menos que quiere la persona es que la discrimines y la juzgues como lo ha hecho la sociedad..."

Es importante señalar que como se sabe, la discriminación es una forma de violencia, que en este caso surge como consecuencia de concebir, valorar y juzgar el acto de interrumpir el embarazo a partir de la ideología religiosa establecida que maneja conceptos como ‘el pecado’ para evaluar acciones que se consideran malas y que van en contra de las reglas morales de ese sistema de creencias, teniendo como consecuencia el dogma de un lugar en donde se ‘van’ las personas malas, para que sean castigadas y de esta manera paguen dichas

acciones, en este caso en él infierno’, por lo que la compañera se encarga de recriminarle que “te vas a ir al infierno, no estuvo bien lo que hiciste” como un mensaje de castigo, condena y recordatorio, con el fin de generar un sentimiento de culpa y arrepentimiento por medio del dolor, es decir a través de la violencia emocional.

En este sentido, puede identificarse que el juicio de valor que la persona hace sobre la interrupción del embarazo, se basa también en la concepción tradicional sobre lo femenino, la cual ha establecido que históricamente la feminidad se fundamente en esencia, en la maternidad, la cual se ha convertido en el núcleo base de la identidad femenina y en el ideal social de mujer (Martínez, 2007) y que en México ha sido el modelo que tradicionalmente se ha impuesto (Pastor, 2010), por lo tanto la interrupción del embarazo implica ir en contra de lo sagrado, de la función de la mujer como madre, es interrumpir el principal objetivo social de la mujer y por lo tanto ir en contra de las expectativas sociales que sobre ella se generan aún antes de su nacimiento, acto que tiene que ser castigado y condenado, hasta con el ‘infierno’.

Lo anterior influye sobre la posible decisión de interrumpir su embarazo en caso de vivir una situación así, ya que una de las participantes está indecisa, una no lo haría y otra participante no lo pudo hacer, esto influenciado por los factores culturales y el sistema de creencias ya mencionados. Es importante hacer mención sobre la situación que está viviendo una de las participantes al enterarse de su embarazo, pues no era planeado y está influyendo de varias formas con respecto a su vida personal y su trayectoria escolar, como lo muestra su testimonio.

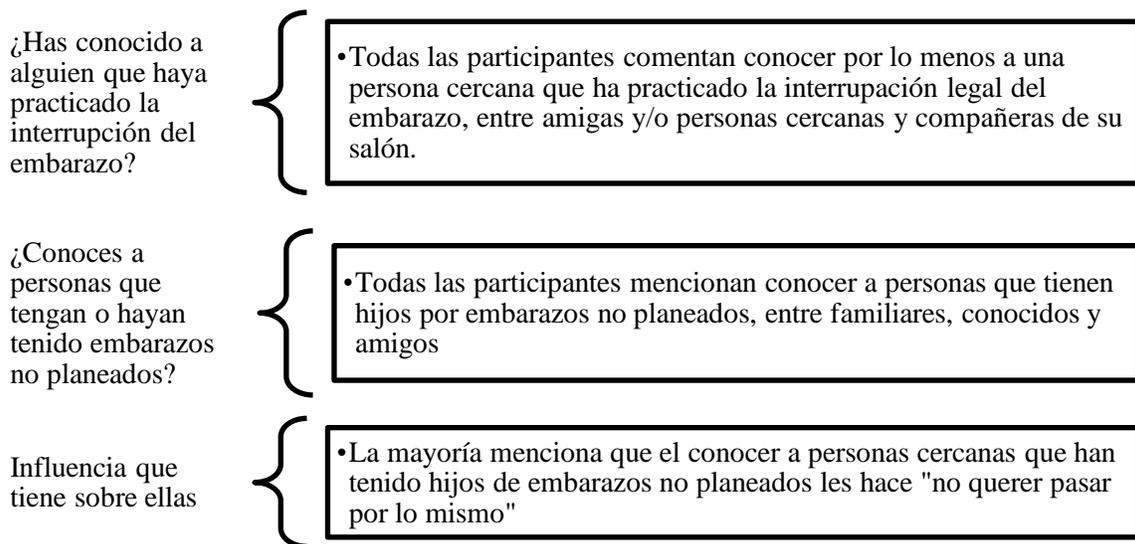
Participante Q: ... y... pues **estoy embarazada a mitad del semestre** me sentía así como de que "¡ay!" de que... porque me agarró de sorpresa totalmente o sea yo **no lo tenía contemplado** este... pues obviamente pues **no era deseado** y... no se... **me bajoneó así mucho...** o sea... **te cambia todo...** ¿cómo yo? no sé, **me culpé mucho, me juzgué mucho...** y de hecho créeme que... yo lo pensaba, decía "**es que no quiero...** no, no, yo no quiero"... ¿y cómo?... a la vez si eres egoísta, porque... dices "o sea no estoy dispuesta... pero... pues ¿cómo vas a tirar también algo... tuyo, o sea?... o sea... no se... es más... **tus planes de vida**, si de verdad créeme, si yo no me hubiera embarazado ahorita... **tengo miedo...** pero... ese miedo es a... **a los cambios** y... es al miedo... **a la escuela, al dejarla...**

es... lo que más me pega no se... **yo no me visualizo... estando todo el día en la casa,** haciendo comida y limpiando... y **atenerme yo a una persona** a que... a que me de dinero o sea... **yo no quiero depender totalmente de él...**

Como puede verse en el testimonio anterior se refleja la crisis emocional que se puede generar en una mujer cuando se presenta un embarazo no planeado, pues como ella dice le “cambia todo” los planes y proyecto de vida se modifican, surgen sentimientos de culpa, se cuestiona a sí misma, a su vida, su relación de pareja y a la construcción tradicional de la feminidad pues surgen miedos como el tener que dedicarse exclusivamente al hogar y depender de su pareja, así mismo impacta directamente en la vida académica como menciona Welti (2005) especialmente de las mujeres, ocasionando la deserción escolar y también impactando en su rendimiento, por la crisis emocional que puede generar, pues aunque no es considerado en los libros de desarrollo psicológico como un problema que se presenta en la juventud temprana, si no que se enfocan en mencionar esta situación solo en la adolescencia, puede verse que también es un problema cuando no es planeado.

A continuación se presentan un esquema sobre lo que las participantes mencionan de si han conocido a alguna persona que haya practicado la interrupción del embarazo, que tenga o haya tenido embarazos no planeados y la influencia que ha tenido para ellas ésta situación.

Esquema 12. Embarazos no planeados e interrupción del embarazo



Es interesante observar que todas las participantes conocen a personas cercanas que han practicado la interrupción del embarazo y que han tenido embarazos no planeados, lo que influye en que ellas “no quieran pasar por eso” y que se refuerce y aumente su preocupación en prevenir embarazos no planeados en comparación con la de prevenirse de alguna ITS.

5.3.2. *Sub categoría: Relación de percepción de riesgo de embarazos no planeados y adquisición del VIH*

A continuación se presenta un cuadro que muestra información obtenida en la segunda etapa de la investigación sobre los factores que las participantes toman en cuenta para decidir tener relaciones sexuales con alguien y la primera preocupación que tienen cuando ejercen su sexualidad.

Cuadro 35. Principal preocupación al ejercer la sexualidad

Preguntas	Respuestas	No. De veces mencionadas
¿Qué factores tomas en cuenta para decidir tener relaciones sexuales con alguien?	Que exista el compromiso por la relación de pareja	2
	Vínculo afectivo	6
	Atracción	1
	Conocerlo bien	2
	Tenerle confianza (que no haya tenido muchas parejas sexuales)	1
	Acceder a realizarse la prueba de VIH	1
	Intención de querer usar el codón	1
¿Cuál es tu primera preocupación cuando tienes relaciones sexuales?	Adquirir una ITS	1
	Quedar embarazada	3
	Sentir dolor	1

Lo anterior revela el valor que le conceden al vínculo afectivo (sentimientos, compromiso por la relación, conocerlo bien) para decidir tener relaciones sexuales, esto derivado de la construcción social de la feminidad y la idealización romántica del amor, que determina que para poder justificar una relación sexual es necesario e indispensable el componente afectiva y emocional. A continuación se presentan dos argumentos que reflejan lo señalado con anterioridad.

Participante U: ¿qué factores?... más bien es **el amor**, que haya **algo más estable**, que sea con una persona, **con una pareja** que sé que somos **novios** o sea para empezar, tenemos ese **compromiso** que... sí o sea yo creo que sería eso... principalmente

Participante T: ... bueno pues yo **no puedo tener relaciones** con una persona **que conocí ayer...** o sea no, no puedo, yo necesito **conocer a la persona...** se necesita tiempo para conocer a la otra persona, no la puedes conocer del todo pero... si puedes saber por ejemplo... pues más o menos **¿qué tipo de vida lleva?** ¿Qué tanto conoce a las personas? ¿Cómo interactúa con ellas?... entonces yo aparte no... No puedo tener esa relación **si no tengo un sentimiento** de por medio

Es interesante observar que una de las participantes menciona que para tener relaciones sexuales con alguien necesita “conocer a la persona” en lo que se refiere a “más o menos ¿qué tipo de vida lleva?” sin embargo ese ‘conocer’, no implica el conocimiento sobre si su pareja tiene alguna ITS. En este sentido es importante mencionar que tan solo dos de las participantes argumentan como factores necesarios para tener relaciones sexuales el que su pareja sexual acceda a realizarse la prueba del VIH y que tenga la intención de usar el condón, así mismo es interesante indicar que las dos participantes que toman en cuenta estos factores, son las que han usado el condón con mayor consistencia.

Es importante resaltar también, que el quedar embarazada es en su mayoría la primera preocupación que tienen las participantes cuando tienen relaciones sexuales y no figura más que una vez la preocupación de adquirir alguna ITS, lo que se revela en los siguientes testimonios.

Participante T: ... cuando lo haces obviamente sin cuidarte **la clásica "ay no vaya a quedar embarazada**, por favor" "que no vaya a tener algo este hombre... una infección o... ay..."

Participante S: ¡Ay... pues la **típica! No quedar embarazada**... mi mamá este... siempre es el típico de “¡no vayas a salir con tu domingo siete eh!” y es así de “no, pues no”...

Al preguntarle a las participantes sobre el porqué considera que su primera preocupación es no quedar embarazada, menciona lo siguiente.

Participante S: Pues porque a lo mejor **y es lo que nos han inculcado** ¿no?, así como que es lo que no han enseñado Pues **todos**, jajaja, no... **tu mamá, tú misma mamá, tus amigas**, este... bueno, **mi familia**...

Lo que muestra el valor que se le da y la influencia que tienen las personas cercanas como la familia y las amistades en distintos ámbitos de la vida, como el de la sexualidad y que influyen en especial en la percepción sobre tener un embarazo no planeado. Así mismo, otro factor que pudo identificarse que influye en esta percepción, es el que las participantes hayan experimentado la situación de no saber si está embarazada o no, por un retraso en su ciclo menstrual, como se refleja en el siguiente argumento.

Participante T: ... por las veces que no nos cuidábamos... esto de **sentir que estaba embarazada** fue como por casi **mes y medio, dos meses** y ¡ay como mujer **es desesperante!** digo estas en la **incertidumbre**, ya **te imaginas lo peor**, ya no sabes ni de qué manera tu... todo tu temple cambia por completo entonces valoras... ya que ves que estas bien, ya que fuiste a que te checaran, ya que fuiste a todo... **dices "haber espérame, yo no quiero esto"...** **empiezas a considerar las opciones**...

Lo anterior muestra que la experiencia de haber estado en incertidumbre por no saber si está o no embarazada, tiene un impacto significativo en la participante que la hace empezar “a considerar las opciones” para no volver a pasar por eso, y por lo tanto influye de manera importante en la percepción de riesgo sobre tener un embarazo no planeado.

Por otro lado, los resultados también indican que en general el nivel de percepción de riesgo que tienen las participantes de un embarazo no planeado es mayor que la del riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS, ya que la preocupación por un embarazo no planeado se encuentra de manera latente en las participantes y es la primer preocupación que tienen al ejercer su sexualidad. A partir de esto, puede suponerse que existe una relación entre la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS y la de tener un embarazo no planeado, esto a

causa de dos razones: 1) ya que las dos surgen por la posibilidad de presentarse a causa de tener relaciones sexuales sin algún tipo de protección; y 2) ya que la idealización romántica del amor influye en ambas.

La segunda razón se presenta a causa de que la idealización romántica representa un factor que facilita la ‘inhibición’ o ‘disminución’ de la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS con una persona con la cual se ha establecido un vínculo afectivo cercano, ya que se establecen códigos como la confianza incondicional que se le debe de tener al otro, la fidelidad como un principio fundamental, la necesidad de una fusión simbólica con la otra mitad, en donde esa ‘mitad’ debe de tener características que no impliquen algún tipo de riesgo, como ser una persona que pueda transmitir el VIH o alguna ITS, códigos que también promueven un pensamiento mágico que ocasiona que se minimice o se inhiba la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS a pesar de que no se conozca el estado real de salud sexual de su pareja (por medio de pruebas de laboratorio) y sin considerar la continuidad o no del uso del condón con sus parejas sexuales anteriores. Ésta inhibición o disminución producto de la idealización del amor, solo permite que la preocupación sobre vivir un posible embarazo no planeado esté presente y se pueda incrementar, ya que ésta ‘posibilidad’ si es viable, independientemente de los códigos en los que se sustenta la idealización del amor y del pensamiento mágico que se presenta.

En este sentido, cuando la percepción de riesgo de vivir un embarazo no planeado se incrementa y se encuentra latente a causa de la vivencia y convivencia constante con éste fenómeno, se convierte en algún momento en una fuerza que al igual que la idealización romántica del amor inhibe, disminuye y contrarresta de manera indirecta la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS en especial el VIH con una persona con la cual se ha establecido un vínculo afectivo cercano. Es decir podría interpretarse que existe una relación inversamente proporcional en donde a mayor percepción de riesgo de tener un embarazo no planeado menor percepción de riesgo de adquirir alguna ITS, dependiendo de qué tanto la percepción de riesgo esté influenciada por la idealización romántica del amor, en qué grado y con qué frecuencia se esté expuesto a la vivencia y convivencia con el fenómeno de los embarazos no planeados y la interrupción de estos.

5.4. Erotismo

5.4.1. Sub categoría: Satisfacción sexual

A continuación se presenta un cuadro con información obtenida en la segunda entrevista sobre el grado de satisfacción que consideran las participantes han tenido con sus parejas sexuales, en una escala del 0 al 10 siendo 0 el menor grado de satisfacción y 10 el de mayor grado, obtenido de las participantes que participaron en la segunda etapa de la presente investigación.

Cuadro 36. Satisfacción sexual

Satisfacción sexual	Participante U	Participante S	Participante X	Participante W	Participante T	Participante Q
Con primer pareja	8	9	10	5	9	8 ó 9
Con segunda pareja	6	7	0 (vivió abuso sexual)	5	8	8 ó 9
Con tercer pareja		8	10			

Lo anterior muestra que en general la mayoría de las participantes perciben que han tenido una vida sexual satisfactoria con sus parejas, sin embargo es interesante mencionar que la participante que considera haber tenido el grado de satisfacción sexual más alto con sus parejas sexuales (excepto con una por abuso sexual) es una de las participantes que utilizan el preservativo con mayor consistencia, lo que puede indicar que la percepción del grado de satisfacción sexual no depende necesariamente del uso del condón, pues se tiene la percepción generalizada que ‘con el condón se siente menos’ y puede ser precisamente esta predisposición, un factor que influya en que se perciba como menos satisfactorio tener

relaciones sexuales con condón que sin él, además de que existe una centralización del placer en la penetración, que también influye en esta percepción.

Por otro lado, es importante observar que una de las participantes manifiesta que su vida sexual no ha sido gratificante, sino al contrario un problema, como se muestra en su testimonio.

Participante W: si pues es que la primera fue como muy no sé cómo que, no me gusto fue como que **sin sensibilidad** o sea no fue con sensibilidad como que fue **a lo loco** ... y aparte **me dolía un montón** y con **la segunda** pues este chavo **no sabía entonces me lastimo más...** como que **a él le gusto más que a mí** porque a mí me lastimo entonces dije **”no o sea yo no quiero tener porque me va a doler”** entonces es como la idea que **no me puedo quitar** que digo es que me va a doler entonces **es como mi miedo** no de que me va a doler... entonces como que **estoy traumada** no sé si tenga que ver a un especialista... es que si te juro que si porque así como que ya pienso y no me gusta pensar en eso...

Lo que muestra el fragmento anterior, es que la participante no ha podido disfrutar de su vida sexual por el dolor que ha experimentado desde el inicio de esta, pues considera que fue “sin sensibilidad... a lo loco” lo cual se reforzó con su segunda pareja sexual ya que la “lastimo más”, lo que ha desembocado en un problema que no ha podido solucionar, por lo que ella misma percibe que necesita ayuda profesional porque está “traumada” con esa situación, lo cual demuestra la necesidad de abordar este tipo de problemáticas que se enmarcan en el área de la educación sexual, para poder dar orientación y en los casos necesarios canalizar a especialistas. Así mismo es importante no dejar de mencionar que la participante W a pesar de esta situación, es una de las dos personas que mayor consistencia ha tenido en el uso del condón, lo que refuerza la idea de que la satisfacción sexual en realidad depende de otros factores más que del uso o no del preservativo.

5.4.2. *Sub categoría: Frecuencia de relaciones sexuales*

El cuadro 37 que a continuación se presenta, contiene información de la segunda etapa de las entrevistas sobre la frecuencia con la que las participantes tienen relaciones sexuales con sus parejas o ex parejas.

Cuadro 37. Frecuencia de relaciones sexuales con parejas

Participante	U	S	X	W	T	Q
Frecuencia de relaciones sexuales con sus parejas	4 veces por semana (con su ex pareja)	2 veces por semana (con su actual pareja)	2 veces por mes (con su actual pareja)	2 veces por semana (con su ex pareja)	3 veces por semana (con su ex pareja)	Dos veces por semana (con su actual pareja)

La mayoría de las participantes mencionan que la frecuencia con la que tienen o tenían relaciones sexuales con sus parejas “formales” oscila entre dos y cuatro veces por semana, solo una de ellas se encuentra fuera del rango de la muestra, pues menciona que tiene en promedio dos veces por mes, lo cual es interesante, ya que es una de las dos participantes que con mayor consistencia ha utilizado el condón, lo que coincide con lo que encontró Moral (2007) en su estudio sobre que el uso del preservativo depende de la frecuencia con la que se tiene relaciones, siendo las personas menos activas sexualmente las que utilizan con mayor frecuencia el preservativo, sin embargo no es posible decir que sea un factor determinante para que la participante sea constante en el uso del condón, ya que intervienen otros factores como la sensibilidad que ella tiene con respecto al uso de condón, su responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad, su habilidad para negociar con su pareja el uso del preservativo, etc.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión y conclusiones

- De acuerdo con el instrumento utilizado pudo observarse que en general el puntaje que obtuvieron las participantes sobre el manejo de conocimientos básicos sobre la prevención del VIH y SIDA, fue bajo y por lo tanto insuficiente de acuerdo a los criterios utilizados.
- Las participantes poseen un conocimiento suficiente sobre el uso adecuado del condón masculino, lo que refleja la importancia que socialmente se le ha dado a su promoción, sin embargo el que éste conocimiento no lo hayan aplicado o lo hayan hecho en pocas ocasiones en un contexto “real”, puede deberse al supuesto cultural aún vigente, que indica que el condón es de uso exclusivo de los hombres y que por lo tanto ellos deben de colocarlo y decidir si lo usan o no, además del rol pasivo que tradicionalmente se le ha dado a la mujer en lo que se refiere al ejercicio de su sexualidad y de su propio cuidado.
- En lo que se refiere al uso correcto del condón femenino, las participantes tienen un conocimiento insuficiente, lo que muestra la poca o nula importancia que se le ha dado a su difusión en los programas y campañas de prevención, tal vez por el costo elevado que tiene en comparación con el masculino o no se considera necesario promoverlo, pues ya está el condón masculino.
- La principal fuente de información que tienen las participantes sobre la prevención del VIH y SIDA, la sexualidad y el uso del condón masculino, son las instituciones educativas, en especial las de nivel medio y medio superior, lo que muestra que tienen un rol trascendental en la educación sexual y en la prevención de la salud sexual, sin embargo también se encontró que perciben que la información que han recibido, en especial la que concierne al ámbito de la sexualidad, ha sido insuficiente, y que en especial, la universidad no ha sido para ellas un contexto formativo al respecto, ello puede deberse a diferentes razones, entre las que se encuentran: a) se da por sentado que en esta edad los estudiantes ya saben lo suficiente sobre éstos rubros y por lo tanto no se considera necesario abordarlos; b)

no son temas que en la universidad se consideran prioritarios; c) las intervenciones sobre éstos temas se enfocan solo en los niveles básico, medio y medio superior.

- Se observó que la educación sexual que las participantes reciben por parte de sus padres y familia, se centra en una educación enfocada en inculcar valores, como la responsabilidad y el cuidado al ejercer la sexualidad, sin que se profundice en éste tópico o se hable con frecuencia de ello, esto manifiesta que en nuestra sociedad aún existen limitaciones para que exista una mayor apertura en el ámbito de la sexualidad y por lo tanto una educación sexual integral.
- Así mismo, se encontró que las parejas sentimentales de las participantes han sido una de sus principales fuentes de información sobre el uso del condón, que si bien refleja el precepto cultural que indica que su uso es exclusivo de los hombres y por lo tanto solo ellos deben tener conocimiento al respecto, también podría significar un intento por construir una relación más equitativa e implica la participación que pueden tener los hombres en el proceso de empoderamiento de las mujeres en el ámbito de la sexualidad.
- Por otro lado, los testimonios de las participantes apoyan lo propuesto por Mateus, et al (2003) en lo que se refiere a que existe una tendencia a percibir que con el uso del condón disminuye significativamente el placer, el cual es un factor que impide su uso consistente, sin embargo de acuerdo al análisis realizado en la ENJ (2005), la actitud respecto al uso del condón masculino difiere entre hombres y mujeres, siendo los hombres más que las mujeres los que tienen una actitud de rechazo ante su uso, en cambio, se pudo identificar que la actitud de las mujeres que participaron es más bien de preferencia por no utilizarlo, pero no de rechazo, por ello es importante investigar a fondo éste fenómeno entre los estudiantes universitarios, para determinar en qué grado existen diferencias y similitudes entre hombres y mujeres con respecto a los dos tipos de actitud encontradas, lo cual puede ser útil para el desarrollo de estrategias encaminadas a promover su uso de manera más significativa.
- También se encontró que las participantes tienen una actitud distinta ante el uso del condón masculino frente al femenino, ya que ante el condón masculino tienen una

actitud de preferencia por no utilizarlo (pero no de rechazo), en comparación con la actitud que tienen frente al condón femenino, la cual es de rechazo, ello por la percepción de incomodidad que tienen de él. Lo anterior, sugiere la importancia de indagar en qué grado la población de mujeres universitarias tiene ésta actitud de rechazo ante su uso y también conocer la actitud que tiene la población masculina sobre el uso del condón femenino, esto con el fin de desarrollar acciones que promuevan la modificación de ésta percepción, y a sensibilizar a los hombres sobre su uso.

- De los métodos anticonceptivos más conocidos y utilizados son el condón masculino y las pastillas anticonceptivas y de los menos conocidos entre las estudiantes es el condón femenino, lo cual refuerza la necesidad de su difusión. Por otro lado se mostró que a pesar de que un embarazo no planeado es su mayor preocupación, todas las participantes han vivido en por lo menos una ocasión, la incertidumbre de no saber si estaban embarazadas, lo cual indica que, en este rubro también el uso de métodos preventivos ha sido inconsistente, a pesar de que las participantes consideran que los utilizan de manera frecuente o bien puede indicar un uso incorrecto, dato que no fue posible corroborar.
- También se encontró que la mayoría de las participantes han utilizado la pastilla del día siguiente, sin embargo no pudo corroborarse si la han utilizado de forma adecuada, si fue recetada por su doctor, ni tampoco se ahondó en el número de veces que la han usado, lo cual es importante conocer pues las pastillas de no ser usadas adecuadamente pueden perjudicar la salud de las mujeres.
- Si bien no es clara la relación que existe entre la percepción de riesgo y las acciones pro salud como el uso del condón, los testimonios/los resultados permiten identificar distintos niveles de percepción de riesgo, lo cual no ha sido tomado en cuenta en la conceptualización de dicha variable, ya que la visión tradicional, tan solo considera su presencia o ausencia en términos absolutos, además se identificaron dos variables que regularmente no son consideradas en los estudios sobre el VIH ni en las estrategias de prevención y que influyen en la percepción de

riesgo de las personas. En este sentido, se encontró que la personalización de la información en el discurso que expresa la creencia que se tiene sobre las personas que están en riesgo de adquirir el VIH, representa un probable indicador que muestra la presencia de un nivel mayor de percepción de riesgo, en comparación de cuando no se personaliza; la otra variable que se identificó que puede influir en la percepción de riesgo, es la que se refiere a la consideración de que las parejas sexuales que se tienen o hayan tenido, estén o hayan estado en riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS, lo cual aumentaría la percepción del riesgo propio; finalmente, es importante tomar en cuenta que las personas consideran en menor grado la posibilidad de riesgo de adquirir el VIH o alguna otra ITS con una pareja formal, en comparación con la posibilidad de adquirir alguna ITS con una persona con la cual no se ha establecido ningún vínculo afectivo. En este sentido, éstos tres elementos, podrían ser tomados como indicadores que muestran que existen distintos grados de percepción de riesgo, es decir, puede suponerse que cuando un individuo personaliza la información, tiene presente la posibilidad de adquirir VIH o alguna otra ITS con cualquier persona con la cual no se proteja (independientemente de si es su pareja formal o no) y considere que sus parejas sexuales han estado en riesgo de adquirir VIH o alguna otra ITS por no haber utilizado el condón, tenga un mayor grado de percepción de riesgo en comparación con un individuo que no presente éstos tres indicadores.

- También se identificaron estereotipos que impiden que las informantes se perciban en riesgo y que perciban a su pareja como una persona con la cual es necesario protegerse, ya que se sigue considerando que solo las personas que han tenido mucha actividad sexual o son “promiscuas” son las que están en riesgo y por lo tanto solo con las que hay que protegerse, ante ello, por lo regular, se buscan parejas que no son consideradas como tal.
- Se identificó que existe una mayor preocupación por tener un embarazo no planeado, en comparación con la preocupación de adquirir alguna ITS y que además existe una relación entre éstos dos factores, en donde juega un papel importante la idealización romántica del amor. Ésta relación se da por medio de dos razones: 1) ya que las dos surgen de la posibilidad de presentarse a causa de tener relaciones

sexuales sin algún tipo de protección; y 2) ya que la idealización romántica del amor influye en ambas, es decir, la idealización representa un factor que facilita la ‘inhibición’ o ‘disminución’ de la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS con una persona con la cual se ha establecido un vínculo afectivo cercano, ésta inhibición, solo permite que la preocupación sobre vivir un posible embarazo no planeado esté presente, en este sentido, cuando la percepción de riesgo de vivir un embarazo no planeado se incrementa y se encuentra latente a causa de la vivencia y convivencia constante con éste fenómeno, se convierte en algún momento en una fuerza que al igual que la idealización romántica del amor inhibe, disminuye y contrarresta de manera indirecta la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS en especial el VIH, ya que ésta preocupación se convierte en la principal prioridad como una posible consecuencia al ejercer la sexualidad, desplazando a la percepción de riesgo de adquirir alguna ITS y dejándola así en un segundo plano o en ninguno.

- Se encontró que la mayoría de las participantes han estado en riesgo potencial de adquirir el VIH o alguna ITS con por lo menos una persona, por no haber utilizado el condón de manera constante con todas sus parejas sexuales y a causa de que la mayoría de las parejas sexuales también ya habían estado con otras parejas y con las cuales tampoco habían utilizado el preservativo de manera constante. Por lo anterior puede decirse que las prácticas de riesgo en las que los informantes han incurrido y que los(as) han expuesto potencialmente en adquirir VIH y alguna otra ITS, son el haber tenido relaciones sexuales vaginales o anales con sus parejas formales, tener relaciones sexuales vaginales o anales sin condón con un amigo, practicar el sexo oral si preservativo, relaciones sexuales sin condón por abuso sexual y relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol sin condón.
- Un factor que ha sido mencionado en otras investigaciones que influye en la falta de uso del condón, es el de la falta de planeación en la relación sexual, a partir de los resultados obtenidos se considera que éste elemento no influye de manera determinante, ya que varias de las participantes a pesar de que no planearon su primera relación sexual, si utilizaron el preservativo.

- Así mismo, se observó que el que las participantes hayan utilizado en su primera relación sexual el preservativo no fue un factor importante que determinara la continuidad de su uso en posteriores encuentros sexuales, por el contrario, se observó que cuando una relación se hace más estable y se fortalece la confianza, se presenta una disminución en su uso, se sustituye, se alterna con algún método anticonceptivo o no se utiliza en ningún momento.
- Se identificaron otros 11 factores por los cuales las participantes no tienen continuidad en el uso del condón, los cuales, la mayoría han sido mencionados en otras investigaciones: 1) la relación es percibida como formal; 2) hacerlo con una persona conocida; 3) a sus parejas les gusta más sin condón; 4) lo hicieron bajo el efecto del alcohol; 5) se dejó llevar por el momento; 6) su preocupación se enfocaba en prevenir embarazos no planeados; 7) su pareja la convence en no utilizar el condón; 8) vivió un abuso sexual; 9) disminuye el placer sexual; 10) no tener condones a la mano; 11) su pareja era virgen.
- En lo que se refiere al primer factor, se encontró que por lo regular las participantes establecen o buscan establecer relaciones formales, lo cual se ve reflejado en que su principal práctica de riesgo sea la de no utilizar el preservativo con sus parejas “estables”, lo cual puede atribuirse a la construcción que se genera alrededor de una relación que se ha establecido con una persona con la cual se tiene un vínculo afectivo fuerte, la cual está basada, o fuertemente influenciada por la idealización romántica del amor. Dicha idealización, está también basada en algunos rasgos de las construcciones tradicionales de feminidad y masculinidad, lo que facilita que la percepción de riesgo de adquirir VIH o alguna otra ITS de los miembros de una pareja disminuya o se anule.
- En este sentido, se encontró que la idealización romántica del amor, está basada por cinco elementos esenciales, que influyen en que las participantes no usen el preservativo con sus parejas formales para prevenir alguna ITS, las cuales son: 1) la relación sexual concebida como “entregarse al otro”, lo cual refleja el sentido romántico e idealizado que se le da a tener relaciones sexuales, en donde el hacerlo representa entregarse, “darse” al otro en “cuerpo” y “alma”, con el fin de cumplir la

fantasía de hacerse uno mismo, es decir, en éste contexto, la relación sexual es el acto que mayor cercanía afectiva, física y psicológica representa; 2) ésta entrega, también se basa en el rol pasivo que se le atribuye a la mujer, pues ella es y debe de ser tomada por el hombre, es la mujer la que se entrega al hombre, mientras que el hombre es el que la toma; 3) también está presente el sentido de “sacrificio” que ellas deben de tener para entregarse al otro y como muestra de amor, aun a costa de sus propios deseos o necesidades; 4) la confianza incondicional e idealizada hacia la pareja, origina un tipo de “pensamiento mágico”, ya que la confianza se generaliza al área de la salud sexual, sin que esté fundamentada en pruebas científicamente confiables, es decir se confía en que la pareja sexual es saludable y que no tiene alguna ITS, ya que al momento de percibir la relación con esa pareja como formal o estable, no se contemple ni se piense (o no se quiera hacer) en la posibilidad de que la pareja haya tenido prácticas de riesgo anteriormente y que por lo tanto pueda tener VIH o alguna ITS; y finalmente 5) el deseo de fidelidad mutua, que ocasiona que las participantes creen fuertes expectativas en cuanto a la exclusividad sexual de la pareja, lo cual genera que la idea de una posible infidelidad sexual por parte de sus parejas se vea como algo lejano, poco probable o se niegue (tal vez por el deseo que eso no suceda o por el miedo a que eso pase) y sea rechazada por considerarse contraria a los principios de su relación.

- Los cinco elementos identificados, han influido en que las participantes no utilicen el condón con sus parejas, ya que 1) al concebir la relación sexual como un símbolo de entregarse al otro en cuerpo y alma, el condón se convierte en un símbolo que aparta la cercanía afectiva, física y psicológica que la relación sexual representa, es decir el condón en éste contexto simboliza una “barrera” para hacerse uno con el otro; 2) al estar incluida la concepción tradicional de lo femenino que promueve el rol pasivo de la mujer en la idealización romántica del amor, causa que el acto sexual simbolice un contexto en donde las participantes se entreguen a sus parejas y que ésta entrega sea considerada una muestra de amor, es decir, las informantes al entregar simbólicamente su “cuerpo” y “alma”, dejan de ser dueñas de si mismas, su cuerpo deja de pertenecerles y por lo tanto la responsabilidad de su cuidado y su salud sexual queda en manos de sus parejas, en este sentido, el uso del condón

depende de los deseos y la decisión de sus parejas, pues su propia salud sexual deja de ser su responsabilidad; 3) el sentido de “sacrificio”, valorado como otro elemento que representa una muestra de amor, origina que las participantes intenten complacer a sus pareja a pesar de sus deseos y necesidades, en este contexto, cuando a su pareja no le gusta utilizar el preservativo, ellas por complacerlos, aceptan no protegerse a pesar de que esto pueda representar un riesgo para adquirir alguna ITS; 4) la confianza incondicional e idealizada hacia la pareja con la cual han establecido un vínculo afectivo, hace innecesario considerar el uso del condón como método de prevención de alguna ITS y además origina que por el contrario, la solicitud del condón en una relación sexual con una pareja formal represente “desconfianza”, en esta lógica, no usar el condón simboliza confianza y usarlo desconfianza, por lo que se opta por no utilizarlo para mantener la confianza en la relación; y 5) las fuertes expectativas creadas por el deseo de fidelidad mutua, también refuerzan la creencia de que en este contexto, se considere innecesario el uso del condón y que su uso, también represente una posible infidelidad por parte de alguno de los dos miembros de la pareja.

- Puede decirse entonces, que la idealización romántica del amor, influye en gran medida en la forma en que viven y le dan sentido a sus relaciones las participantes y por lo tanto en que no utilicen el preservativo con sus parejas formales para prevenirse de alguna ITS, lo cual se presenta de manera recurrente con cada persona con la que establecen una relación afectiva y genera el fenómeno de la monogamia serial. Éste factor también influye en que el condón solo perciba su utilidad como método anticonceptivo, ya que se observó que cuando una relación se hace más estable y se fortalece la confianza, se presenta una disminución en el uso del condón, se sustituye, se alterna con algún método anticonceptivo o no se utiliza en ningún momento.
- En éste contexto, el condón tiene diferente carga simbólica dependiendo del propósito con el que se utilice, ya que cuando es percibido como un método para prevenir alguna ITS con la pareja, “transgrede” la confianza o una posible infidelidad que son elementos esenciales en la relación, además, representa una barrera que impide el acercamiento afectivo con el otro, por otro lado cuando es

percibido, solo como método anticonceptivo, solo representa una barrera para dicho acercamiento, lo que facilita que disminuya su uso, o se sustituya por otro método, que no impida ese acercamiento. Por lo tanto, puede suponerse que la idealización romántica del amor, representa un factor para que una persona no utilice el preservativo, en la medida en que ésta persona esté “comprometida” con ese ideal romántico.

- Otro de los factores que fue identificado es el que se refiere a que las participantes no utilizaron el condón a causa de que tuvieron relaciones sexuales con una persona con la cual han establecido una relación de amistad, lo cual sesga la percepción del riesgo propio de contraer VIH o alguna ITS, pues al igual que en la idealización romántica, la confianza idealizada, es un elemento esencial en la construcción de la amistad. En este sentido, la confianza incondicional depositada en el otro, se traslada al área de la salud sexual e influye en que no se conciba la posibilidad de estar en riesgo de contraer VIH o alguna otra ITS en un contexto de amistad, pues producto de la idealización, la mera suposición representa una “trasgresión” al lineamiento de la confianza, ya que no es posible (o no debe de ser) considerar a una persona con la cual se ha establecido un vínculo afectivo capaz de causar algún tipo de daño, por el impacto emocional que esto generaría en caso de ser así.
- En lo que se refiere al tercer factor identificado, se pudo observar con base en la ENJ (2005), que si bien éste es un factor que influye en hombres y mujeres, existen diferencias al respecto, ya que al comparar los resultados se observa que al parecer a los hombres más que a las mujeres les disgusta y rechazan el uso del condón, lo cual se vio reflejado en la investigación, al observar, que si bien la mayoría de ellas “prefieren hacerlo sin condón” porque se siente menos, tampoco se oponen a su uso.
- Otro aspecto que refuerza lo anterior, es que en la misma encuesta, se observa que más las mujeres que los hombres atribuyen no utilizar el condón a causa de que a su pareja no les gusta, lo cual se vio reflejado en ésta investigación de acuerdo a los argumentos de las participantes, además de que se conjuga el factor de que en ocasiones sus parejas las convencieron para hacerlo sin condón, estos factores se alinean con los supuestos culturales tradicionales sobre la construcción de la feminidad, específicamente hablando del supuesto que indica que la mujer debe de

buscar complacer en todos los aspectos a sus parejas (en este caso hacerlo sin condón) y si es necesario sacrificarse (hacerlo sin condón aunque ellas no quieran), también muestra cómo el convencimiento es utilizado por los hombres como un medio para imponer finalmente su deseo, aunque no de una manera coercitiva, esto también ejemplifica el supuesto cultural que implica el dominio del hombre en la relación, al imponer finalmente sus deseos, sin tomar en cuenta los de sus parejas.

- Por otro lado, el que la disminución del placer cuando se usa el preservativo, sea un argumento recurrente en esta investigación como en otras, que influye en que las personas no usen el preservativo y que por lo visto, son los hombres más que las mujeres los que le dan mayor peso, implica que la satisfacción sexual ha sido centralizada en la penetración, tal vez porque ello es un símbolo de dominio y un acto en donde el hombre reafirma su masculinidad, de ahí su importancia. Por lo tanto, el condón al disminuir el placer, paralelamente desde lo simbólico, también merma el sentido de dominio y de reafirmación de la masculinidad, convirtiéndose así, en una barrera que transgrede estos significados de dominio y reafirmación.
- Otro de los factores que se identificó, fue el que se refiere a tener relaciones bajo la influencia del alcohol, sin embargo, no es posible decir que es un factor causal determinante, ya que fue posible observar, que dos de las participantes lo han realizado unas veces sin condón y otras con condón a pesar de estar bajo la influencia del alcohol, esto podría deberse a que en las distintas situaciones el grado de alcohol ingerido vario, pero también pudo deberse a que las participantes utilizan el preservativo de manera inconsistente, independientemente de consumir o no alcohol, por hacerlo con sus parejas “formales”, datos que no pudieron verificarse en la investigación y que son importantes tomarlos en cuenta, al momento de estudiar la relación entre el consumo del alcohol con el de conductas de riesgo.
- Otro elemento que se encontró, es el argumento que las participantes mencionan sobre “haberse dejado llevar por el momento”, es decir, a causa del grado de excitación en el que encontraban previo a consumir la relación sexual, que al igual que el alcohol, altera la capacidad de valorar una situación, además de disminuir la percepción de los riesgos y consecuencias que tiene una acción, pudo haber ocasionado que las participantes no consideraran la necesidad de usar el condón o si

lo hicieron, valoraran poco la importancia de su uso. Sin embargo un aspecto que es importante y que por las cualidades de la presente investigación, no se pudo verificar, es el nivel de excitación en el que se encontraban las participantes, para poder saber de manera certera en de qué manera ello impidió el uso del condón, o si realmente eso fue una de las principales causas y no otra (como el percibir la relación como estable). A pesar de ello, ésta causa refleja que en este fenómeno están involucradas en gran medida las emociones, lo cual no ha sido tomado en cuenta en las campañas y estrategias preventivas, y que requiere atención.

- Otro factor que se identificó fue el de la vivencia de un abuso sexual por parte de las participantes al solicitar el condón a una de sus parejas sexuales, acto que es producto de la aún vigente inequidad de género, de las pautas culturales que promueven, la cosificación de la mujer, el dominio del hombre sobre ella a través de la violencia, y que ocasiona que el acto sexual sea un contexto en donde el hombre reafirme dicho dominio, pero que sin embargo muchas veces es poco visible.
- Finalmente, otro de los factores que toma relevancia como una de las causas por las cuales las participantes no utilizaron el preservativo es el que sus parejas no habían tenido relaciones sexuales antes que ellas, por lo que no se consideraban en riesgo de adquirir el VIH o alguna ITS y por lo tanto utilizan solo métodos para prevenir algún embarazo no planeado, sin embargo, las participantes que ya iniciaron su vida sexual, no consideran la posibilidad de que ellas por no haber utilizado el preservativo consistentemente con sus anteriores parejas, puedan haber estado en riesgo de adquirir el VIH u alguna otra ITS y que por lo tanto puedan transmitirlo a su pareja actual. Por otro lado, el que una de las participantes haya adquirido el VPH con una de sus parejas sexuales que era “virgen”, evidencia que confiar en este factor, no es seguro, pues pudo haber pasado que la pareja en realidad ya había iniciado su actividad sexual con anterioridad, sin utilizar de manera constante el condón, o bien que la pareja de la participante haya tenido relaciones sexuales sin preservativo paralelamente con otra u otras personas, en donde adquirió la ITS en ese momento, sin embargo, éste dato que no pudo corroborarse.
- A partir de éstos factores, se pudieron establecer algunas categorías al respecto: a) que implican la construcción social que se realiza sobre el tipo de relación que se

establece con una pareja y sobre la “confianza” que es depositada en el otro b) que indican una relación de poder en la relación basada en las construcciones tradicionales de masculinidad, en donde la pareja sexual de los participantes es el que tiene mayor poder al menos en las decisiones sobre la esfera de la sexualidad; c) que tienen que ver con la falta de autorregulación por un estado emocional alterado barreras que involucran razones externas; d) que tienen que ver con el propósito con el que es utilizado en condón; y f) que involucran la percepción que se tiene del condón al utilizarlo.

- No se puede decir con certeza qué factor es determinante para que una persona no utilice el preservativo, pues lo más probable es que éste fenómeno sea producto de la conjugación de factores en una persona y en un momento, es decir, pueden influir uno o varios factores que se identificaron en la investigación, como por ejemplo, el que una persona tenga una relación que se perciba como estable y considere innecesario por ello el uso del preservativo, además de que su pareja sentimental rechace su uso, no tengan disponible condones y lo hagan bajo los efectos del alcohol, éstos factores juntos, potencializarían en un momento el uso del preservativo. Sin embargo, al presentarse con mayor frecuencia los factores que se refieren a la construcción social que se realiza sobre el tipo de relación que se establece con una pareja, sobre la “confianza” que es depositada en el otro y una mayor preocupación por evitar embarazos no planeados, puede decirse que éstos factores facilitan en gran medida la inconsistencia del uso del condón.

- Por otro lado, se encontró que no todas las participantes habían iniciado su actividad sexual, a causa de tres principales razones, la primera se refiere a que no han encontrado a la persona “indicada”, la segunda por miedo a quedar embarazadas y la tercera por el miedo al dolor que la primera relación pueda producirles. La primera razón, refleja la idealización romántica, pues ello implica que la primera relación tenga que ser cuando se “encuentre” a la persona “indicada”, en vez de por ejemplo hacerlo cuando se sientan “listas. La segunda razón, muestra que con frecuencia se excluye de manera casi automática la preocupación de adquirir alguna ITS y está presente la de tener un embarazo no planeado, a causa de dos factores,

una es que en la lógica de la idealización romántica del amor la persona “indicada” no puede, ni debe representar un “riesgo”, en este caso tener una ITS, ya que en caso de ser así, por los estereotipos aún vigentes, significaría que es una persona promiscua, no deseable, es decir considerar esa posibilidad, significaría transgredir la idealización del hombre indicado, el segundo factor, por el que se presenta ello, es que socialmente se le da más peso e importancia a un embarazo no planeado, provocando que la preocupación de tener uno esté siempre latente. Finalmente, la tercera razón, sobre el miedo a que la relación cause dolor, sugiere la importancia de trabajar con este tipo de población que aún no ha iniciado su actividad sexual con el fin de aclarar, dudas, quitar miedos y promover entre ellos y ellas el ejercicio de una sexualidad libre y responsable.

- También se encontró, que ninguna de las participantes se han realizado la prueba que detecta el VIH y la mayoría tampoco conoce el estado de salud de sus parejas sexuales. Sin embargo, dos de las participantes tuvieron la iniciativa de pedir a sus parejas que se realizaran la prueba por ser ellos los que habían iniciado antes que ellas su actividad sexual. Por otro lado, el motivo de mayor fuerza por el que las participantes no se realicen la prueba que detecta el VIH, es por el miedo y la angustia que les ocasiona un posible resultado positivo, lo cual refleja que las participantes consideran que han participado en conductas de riesgo con sus parejas sexuales, y que el tema del VIH, en sí mismo, produce miedo y ansiedad.
- La percepción de riesgo de adquirir una ITS es menor que la de tener un embarazo no planeado, a causa de que el tema de los embarazos no planeados y su interrupción, son fenómenos que se viven con mayor cercanía en comparación con el fenómeno del VIH y otras ITS, esto porque personas cercanas afectivamente como amigas, familiares, compañeras de la escuela, etc., han vivido alguna de estas dos situaciones, además de que los mensajes que reciben de sus familias al respecto está dirigido especialmente a que si van a tener relaciones sexuales “se cuiden” pero con mayor énfasis para evitar un embarazo no planeado que el de adquirir VIH o alguna otra ITS, además es difícil saber de personas cercanas que tengan alguna ITS, a causa de que es algo confidencial, privado y no es visible para los otros, en

cambio un embarazo no es posible ocultarlo, finalmente un factor que refuerza éste hecho en las participantes es que la mayoría ha vivido la incertidumbre de no saber si está embarazada.

- El tema de la interrupción del embarazo es un tema aún controversial, y que existe discriminación hacia las mujeres que lo practican (dato obtenido por el testimonio de una de las participantes).

- Se pudo identificar que no todas las participantes establecen acuerdos sobre el tipo de relación que quieren o tienen, sino que lo dan por sentado, esto facilita que los miembros de la pareja tengan diferentes formas de percibir la relación y la forma en cómo se protegerán y vivirán su sexualidad. También se encontró que a pesar de que las participantes dicen que tienen o tuvieron relaciones formales, participaron en otro tipo de relaciones y esto no influyó para que sus relaciones dejaran de ser percibidas como formales, lo cual es importante tomar en cuenta, pues si las personas participan paralelamente en otro tipo de relaciones y no utilizan el preservativo también se ponen en situaciones de riesgo y ponen en riesgo a sus parejas sexuales.

- Se encontró que el tema de la sexualidad y el erotismo a pesar de que son temas que las participantes abordan con sus parejas, la mayoría considera que lo ha hablado de manera insuficiente y que requieren de más información al respecto para ejercer su sexualidad de manera libre y responsable.

- Se identificaron dos tipos de problemas que tuvieron las participantes con sus parejas sexuales en el ámbito del ejercicio de su sexualidad, que tienen su raíz en los elementos culturales en los que se sustenta la idealización romántica del amor, que promueven el dominio de los hombres sobre las mujeres en el ámbito de la sexualidad y el sentido de sacrificio y complacencia que deben de tener las mujeres por sus parejas como una muestra de amor a pesar de sus verdaderos deseos y necesidades. Los dos problemas identificados fueron: 1) problemas a causa de solicitar el uso del condón y 2) haber accedido a tener relaciones sexuales con sus parejas 'formales' aunque no estuvieran dispuestas.

- El primer problema identificado es a causa de lo que simboliza el condón por los elementos en los que se basa la idealización, pues el condón, en este contexto atenta contra los preceptos culturales de fidelidad, confianza y reafirmación de la masculinidad, además que el que la mujer le solicite a su pareja ponerse el condón, representa también un ataque contra los preceptos culturales que indican que los hombres son los que deben de decidir si lo usan o no, es decir, en este contexto la petición es tomada también como un ataque contra el dominio masculino, en donde la muestra más radical de éste supuesto, es el abuso sexual del que fue víctima una de las participantes al solicitarle el condón a una de sus parejas.
- Con respecto a las dos problemáticas encontradas, también se identificaron otras formas de violencia menos visibles y coercitivas que las parejas de las participantes ejercieron sobre ellas con el fin de tener relaciones sexuales a pesar de que ellas no estaban dispuestas y también de tener relaciones sin condón a pesar de que las participantes se los habían solicitado, las cuales fueron el convencimiento, ignorar la petición del condón (o la falta de disponibilidad de tener relaciones sexuales) y el chantaje emocional, para lograr “imponer” finalmente de esta forma su deseo de hacerlo sin condón y tener relaciones sexuales. Así mismo, el que las participantes hayan aceptado ésta situación (con excepción a la que fue víctima de abuso sexual) puede explicarse por los elementos culturales que promueven el sentido de sacrificio y la complacencia hacia su pareja como una muestra de amor, lo que al final, les genera un sentimiento de culpabilidad por haberlo hecho a pesar de no haber querido.
- Finalmente, se identificaron tres casos que representan problemáticas que se presentan al ejercer la sexualidad y que impactan de manera significativa en las vidas de quienes los viven, los cuales fueron 1) a una de las participantes le detectaron VPH; 2) una de las participantes tuvo un embarazo no planeado en el transcurso de la investigación y; 3) una de las participantes vivió un abuso sexual.

Es importante considerar que la forma en la que se obtuvo la información con respecto al conocimiento que tienen las participantes sobre la prevención del VIH y SIDA, pudo haber

influido en la calificación que obtuvieron, ya que al responder de manera oral las preguntas abiertas, el nerviosismo, la confusión o la poca claridad que tenían con respecto al tema, pudieron jugar un papel importante en ello, sin embargo se eligió ésta forma de hacerlo, ya que se consideró relevante saber precisamente de qué manera tienen presentes las jóvenes este tema, y el hacerlo por medio de un cuestionario de opción múltiple podría ser tendencioso y no reflejar en realidad la forma en como manejan la información sobre este tema, sin olvidar además que fueron preguntas básicas y sencillas.

Por otro lado, los resultados sugieren en primer lugar que las instituciones educativas y en especial en la cual se realizó la investigación, replanteen, consideren y reflexionen sobre su función, posición, participación y rol que hasta ahora han tenido con respecto a temas tan relevantes como la sexualidad, la prevención del VIH, embarazos no planeados, violencia y equidad de género, que conciernen y que influyen significativamente en la vida de los estudiantes y en su rendimiento académico, esto con el fin de que consideren la posición que tomarán en un futuro al respecto (si es que así lo deciden o si deciden seguir en la misma posición).

6.2. Recomendaciones

A continuación se presentan algunas recomendaciones para la Universidad de Negocios ISEC, de acuerdo a los resultados obtenidos y que se consideran relevantes para el beneficio de los estudiantes y de los usuarios de los servicios:

- Se sugiere que la universidad desarrolle un programa enfocado a la educación sexual de los estudiantes de manera integral, en donde participen docentes de diversas áreas sensibilizados y capacitados en los distintos temas. Además se sugiere que el programa de la universidad se aplique de forma periódica.
- Se sugiere que la universidad aborde algunos de las siguientes temáticas de acuerdo a las necesidades y objetivos que se planteen:
 - **Prevención del VIH y otras ITS:** de acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere realizar un diagnóstico sobre el tipo de conocimiento que tienen los(as) estudiantes de todas las licenciaturas de la universidad, con el fin de detectar las necesidades

que tienen al respecto y desarrollar estrategias encaminadas a facilitar un *aprendizaje significativo* sobre la prevención del VIH y SIDA y otras ITS. Además es importante enfocarse en la concientización y sensibilización sobre la importancia de utilizar el condón de forma consistente aún con parejas que son percibidas como *estables* (incluyendo a la población lésbico-gay y heterosexual) para protegerse del VIH u otra ITS, en especial las mujeres, ya que son ellas las que por lo regular son infectadas por alguna ITS por sus parejas.

- Después de que los estudiantes tengan un conocimiento adecuado sobre la prevención del VIH, sería importante establecer vínculos con instituciones que realicen pruebas de detección del VIH gratuitas y con acompañamiento, para que las realicen en la misma universidad. Además como estrategia para motivar a los(as) estudiantes a realizarse la prueba, sería conveniente promover que vayan en grupo o con sus parejas, con el fin de que se sientan acompañados(as) en este proceso, promoviendo en todo momento el respeto y la equidad.
- **Uso del condón femenino y masculino:** es necesario que en los programas y campañas de prevención dirigidas a los hombres y mujeres en los que se enseña la forma correcta de usarlo, se creen estrategias para modificar los supuestos y roles tradicionales que promueven la exclusividad en el uso del condón de los hombres y la desigualdad en cuanto al poder de decisión sobre la sexualidad que tienen en comparación con las mujeres, además de que se promueva la participación activa de las mujeres al momento de colocarlo. Así mismo, surge la necesidad de promover el uso del condón femenino con mayor énfasis e invitar a las mujeres a que lo utilicen, para generar una mayor demanda y bajar así su precio, además de que implicaría un mayor empoderamiento para ellas en las decisiones que conciernen a su salud sexual.
- Por otro lado, se considera importante que para que la percepción sobre que el condón disminuye el placer no represente un factor determinante para su uso, en los programas de prevención es conveniente promover su erotización, generar una reflexión para valorar las consecuencias reales que puede tener el no utilizarlo por darle mayor peso a la percepción de pérdida del placer, además de crear estrategias para dejar de centralizar el placer en la penetración y promover otras formas

complementarias de satisfacción para tener una relación sexual placentera y responsable. También es indispensable que se enseñen estrategias para la negociación del uso del condón.

- **Factores que impiden el uso del condón:** es necesario desarrollar estrategias que tomen en cuenta los 11 factores encontrados en la presente investigación para promover el uso continuo del preservativo. Por ello se recomienda que si bien es poco probable que cada relación sexual que tiene una persona con sus parejas sexuales sea planeada, es importante promover que cuando las personas consideren la posibilidad de tener relaciones sexuales en algún contexto (fiestas, bares, antros, etc.) lleven consigo condones.
- También se sugiere, que se realicen acciones que inciten a los estudiantes a reflexionar sobre los supuestos tradicionales en los que se sustenta idealización romántica del amor y que facilitan la inequidad de género y la violencia en las relaciones, con el fin de cambiar los supuestos tradicionales que promueven relaciones de poder, en donde los hombres tienen mayor dominio en las decisiones sobre la esfera de la sexualidad y en donde imponen ya sea de forma coercitiva o no, sus deseos y en donde las mujeres por complacerlos se ponen en riesgo. Es decir, es indispensable promover relaciones más responsables, equitativas y libres de violencia y nuevas formas de amar, que impliquen también la participación y apoyo de los hombres en el proceso de empoderamiento de las mujeres.
- Es importante promover que las personas eviten tener relaciones bajo el consumo del alcohol, o que cuando consideren la posibilidad de tener relaciones sexuales en contextos (fiestas, antros, reuniones) en donde estarán expuestos a su consumo, lo hagan de forma moderada y lleven consigo condones. Además sería importante promover la *educación emocional*, en especial la que concierne a la autorregulación de las emociones, ya que como menciona Mas Colombo, et al (2008), que las conductas de riesgo se caracterizan por que las personas que las practican no son capaces de proyectar los posibles efectos de esas conductas en su futuro (tal vez por el grado de excitación, al momento de la relación sexual) en donde la anticipación de las consecuencias de las acciones aunque no sean perceptibles en el momento de

llevarlos a cabo depende de una función cognitiva que requiere de un proceso de aprendizaje.

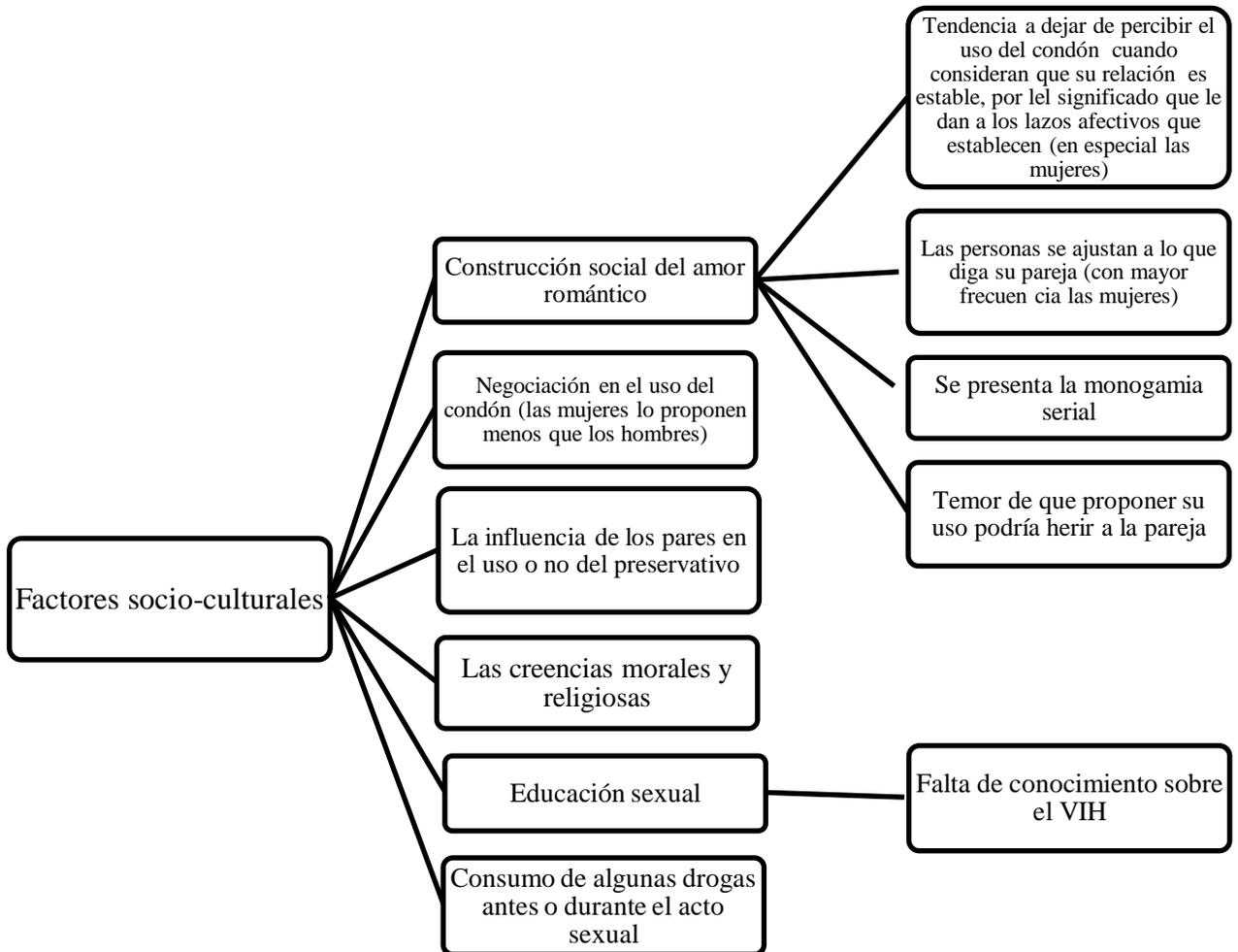
- Es necesario también desarrollar estrategias para darle nuevos significados al uso del condón dentro de una relación sexual, para que se modifiquen los significados tradicionales, es decir que su uso dentro de una relación de pareja no implique infidelidad, ni alejamiento afectivo, ni reafirmación de la masculinidad, sino al contrario que signifique, un acercamiento afectivo desde el cuidado propio y del otro, que implique responsabilidad y compromiso, etc.
- Finalmente es importante que se promueva el valor del uso del condón femenino y masculino tanto como método anticonceptivo como método de prevención del VIH y evitar que se sustituya por algún otro método, sin embargo en caso de ser así promover que antes de hacerlo, los dos miembros de la pareja hablen abiertamente sobre la necesidad de realizarse pruebas para que sepan su estado de salud sexual y posteriormente que acudan con un especialista que los oriente sobre el mejor método anticonceptivo (esto solo recomendable con parejas estables y exclusivas), en caso de personas que no son exclusivas o que se encuentran involucradas en relaciones abiertas, es necesario promover el uso constante del condón.
- **Embarazos no planeados y prevención del VIH y otras ITS:** Se sugiere abordar las dos problemáticas de forma conjunta y realizar estrategias para que ambas sean consideradas como prioritarias al momento de ejercer la sexualidad, con el fin de que las personas realicen acciones preventivas para evitar las dos situaciones que impactan sus vidas de manera significativa y no solo la de prevenirse de embarazos no planeados. Se sugiere también que se creen estrategias para brindar apoyo y asesoría a las estudiantes que vivan un embarazo no planeado.
- Así mismo, es necesario que se proporcione información correcta sobre la pastilla del día siguiente, con el fin de que las estudiantes no pongan su salud en riesgo y para que no sea utilizada como una práctica recurrente por no usar el preservativo de manera constante.
- También, es importante que el tema de la interrupción del embarazo se aborde en los contextos escolares, que se debata y que se promueva la no discriminación hacia las mujeres que lo practican

- **Satisfacción sexual:** se sugiere abordar éste fenómeno en los programas de educación sexual, con el fin de descentralizar el placer en la penetración, al enseñar también otras formas de disfrutar la relación sexual y enseñar a concebir la relación sexual no como un contexto en donde se reafirma el dominio y la masculinidad, sino un espacio en donde se comparte.
- Es importante que se diseñen estrategias encaminadas a la población de hombres y mujeres que no han iniciado su actividad sexual para apoyarlos en su proceso y tengan un espacio en donde sus dudas y miedos sean resueltos, esto con el fin de promover el ejercicio de su sexualidad de manera libre y responsable.
- También se sugiere que se aborden temas como el de género y sexualidad, nuevas masculinidades y nuevas feminidades, violencia en la pareja, empoderamiento de la mujer y abuso sexual.
- **Enlaces con instituciones:** Se recomienda que la universidad establezca relaciones con otras instituciones que aborden las distintas temáticas, con el fin de que se den talleres, conferencias, pláticas, etc. al respecto. Además, se sugiere que la misma escuela ponga al alcance de los estudiantes condones masculinos y femeninos, y que existan “orientadores” capacitados (personal docente o psicólogos) que sirvan de apoyo a los estudiantes, para abordar problemas personales con respecto a la sexualidad.

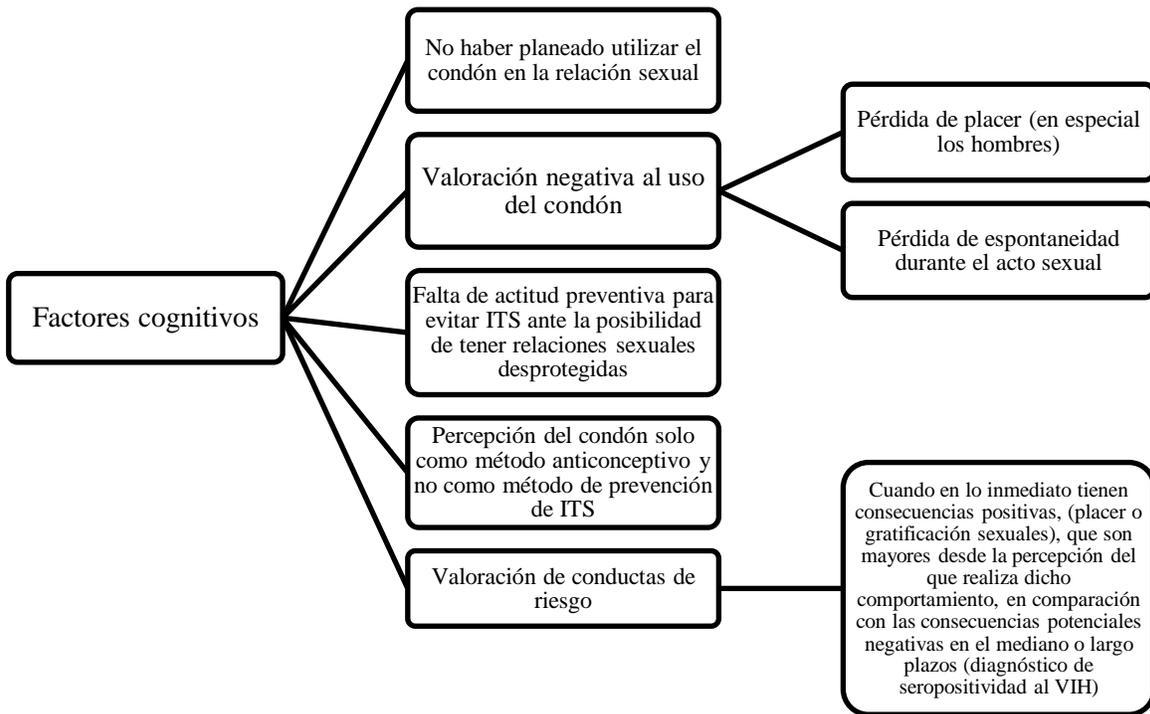
Finalmente, es necesario promover que los mismos contextos en donde se desenvuelven por lo regular las y los jóvenes, como los bares, antros, fiestas, etc., jueguen un rol activo en la prevención de los tópicos antes mencionados, al poner por ejemplo al alcance preservativos y mensajes que aludan a la importancia del uso del preservativo, la violencia de género, el abuso sexual, etc.

Anexo 1

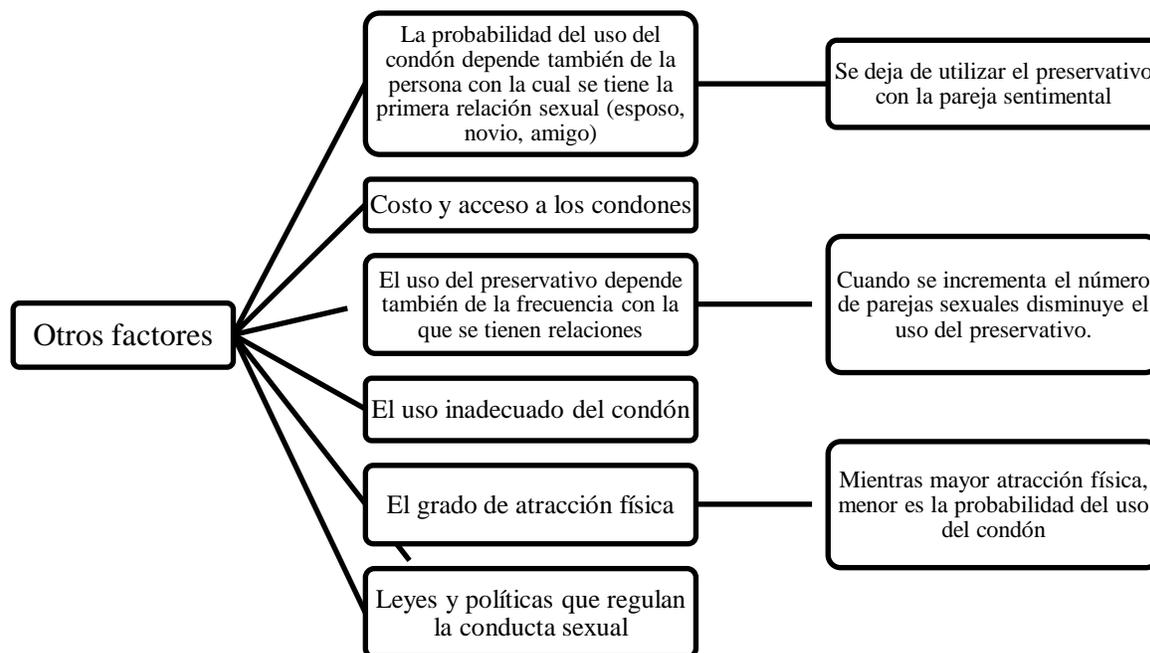
Esquema 1. Factores Socio-culturales que influyen para que las personas usen el condón



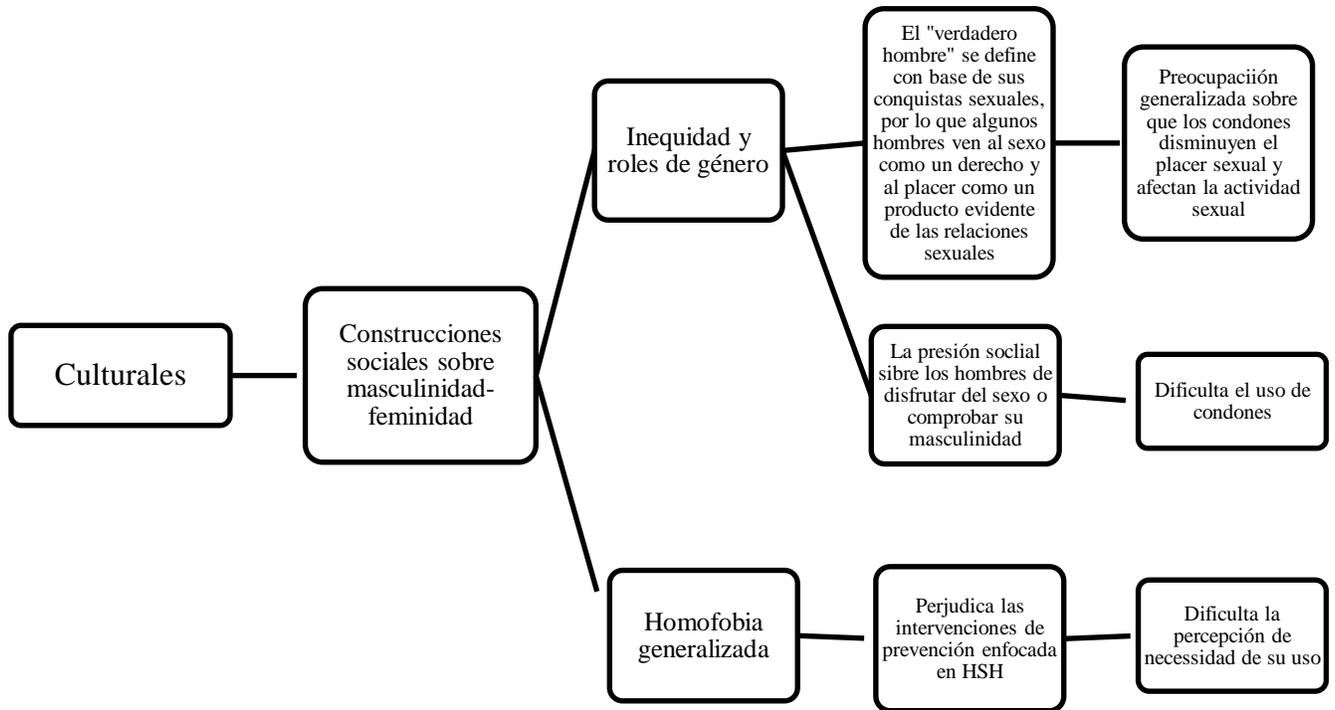
Esquema 2. Factores cognitivos que influyen para que las personas usen el condón



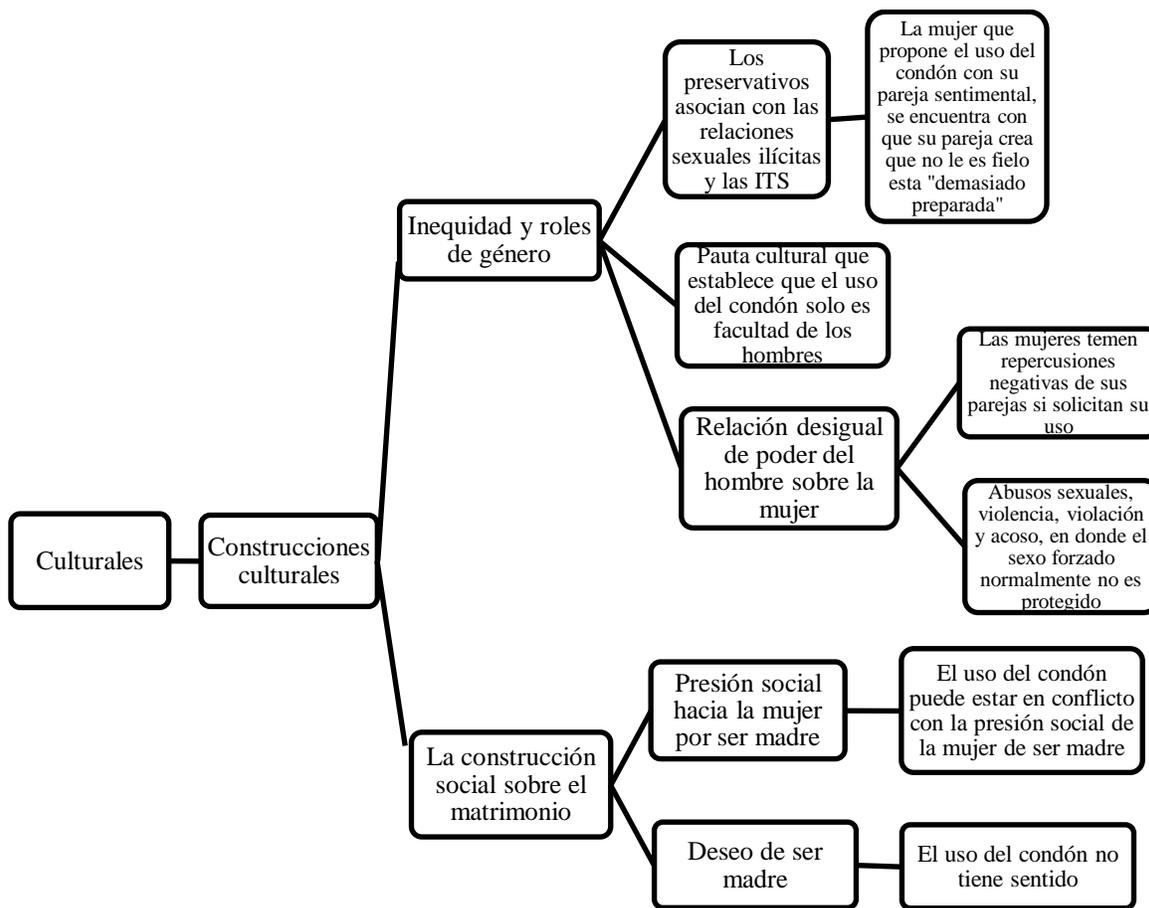
Esquema 3. Otras variables que influyen para que las personas usen el condón



Esquema 4. Factores culturales que influyen en el uso del condón en la población masculina



Esquema 5. Factores culturales que influyen en el uso del condón en las mujeres.



Anexo 2

Cuadro 9. Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes de 15 a 29 años de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2011

Categorías de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en el año 2011		Casos acumulados de 1983- 2011		Casos diagnosticados en el año 2011		Casos acumulados de 1983- 2011	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Transmisión sexual	423	98.1%	24,346	97%	113	99.2	6,139	93.8%
TOTAL	431	100.0	35,711	100.0	113	100.0	8,806	100.0

Fuente:
 SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio de 2011.
 Procesó: SS/CENSIDA
 Nota: Se consideró joven a las personas de 15 a 29 años de edad y solo los datos que conciernen a la adquisición del VIH por medio de la vía sexual.

Cuadro 10. Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos con 30 años y más de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2011

Categorías de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en el año 2011		Casos acumulados 1983-2011		Casos diagnosticados en el año 2011		Casos acumulados 1983-2011	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Transmisión sexual	904	98.1	54,182	96.8%	175	98.9%	10,280	88.9
TOTAL	922	100.0	84,741	100.0%	177	100.0	16,184	100.0

Fuente:
 SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio de 2011.
 Procesó: SS/CENSIDA
 Nota: Se consideró adulto a las personas de 30 años o más edad y solo los datos que conciernen a la adquisición del VIH por medio de la vía sexual.

Anexo 3

Questionario de entrevista filtro

Sección I.

¿Por qué te interesa participar en la investigación? ¿Qué te motivo?

Nombre	Edad	Estado civil
Creencia religiosa	Activo	Orientación sexual

Sección II.

¿Se encuentra en una relación?	Tipo de relación:
¿Sexualmente activa(o)?	Edad de inicio:
¿Utilizó algún método de protección?	¿Cuál?

Sección. III.

Tipo de relaciones en las que haz participado	Relaciones cerradas
	Relación abierta para ti con consentimiento
	Relación abierta para tu pareja con consentimiento
	Relación abierta para ambos con consentimiento mutuo
	Relación de amistad con interacciones sexuales
	Relaciones ocasionales de una ocasión
	Relaciones ocasionales más de una vez
	Relaciones sexuales con tu mismo sexo
	Tipo de relaciones que acostumbra tener

Sección IV.

¿Qué opinión tienes sobre que algunas religiones estén en contra del uso del condón?
¿Qué temas consideras que tú y tu pareja abarcan en su relación de pareja? (enlistado)
¿Qué temas consideras que son importantes que se deben de abarcar en las relaciones de pareja? (enlistado)
Cuéntame con detalle un acontecimiento que haya sido significativo en tu vida

Anexo 4

Cuestionario de entrevista, fase II

Prevención del VIH y SIDA

Sub-categorías

- ❖ Percepción de riesgo
- ❖ Actitudes
- ❖ Conductas
- ❖ Conocimiento

<u>Sub categoría conocimientos</u>
1. ¿Qué es el VIH?
2. ¿Qué significan las siglas?
3. ¿Qué es el SIDA?
4. ¿Qué significan las siglas?
5. ¿Hay alguna diferencia entre lo que es el VIH y SIDA?
6. ¿Cuáles son los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH?
7. ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?
8. ¿Qué entiendes por conducta de riesgo para contraer el VIH?
9. ¿Crees que te puedes infectar de VIH teniendo sexo oral? ¿por qué?
10. ¿Cómo te puedes proteger del sexo oral?
11. ¿Cuáles son las etapas del VIH?
12. ¿Cuál es la diferencia entre una persona que tiene VIH y otra que tiene SIDA?
13. ¿Después de cuánto tiempo de haber contraído el VIH una persona puede transmitirlo?
14. En cuanto tiempo comienzan a presentar síntomas las personas que viven con el VIH?
15. ¿Desde tu opinión el faje incluye la masturbación mutua o unidireccional?
16. ¿Sabes qué pruebas detectan el VIH?
17. ¿Sabes en qué consisten las pruebas?
18. ¿De quién consideras que es responsabilidad utilizar el condón, del hombre o la mujer? ¿Por qué?

19. 1. Demostración de colocar el condón masculino

- Lugares en donde se puede adquirir un condón
- Cosas en las que se tiene que fijar antes de poner un condón
- Lugares en donde se puede guardar un condón
- Forma de abrirlo, con qué sí y con qué no se debe de abrir
- Forma correcta de poner el condón
 - Para el investigador: observar que realice los siguientes pasos;
 1. Que la participante coloque el condón en el glande del dildo masculino de tal forma que pueda desenrollarse (con el anillo del reborde, enrollado por fuera).
 2. Que al colocarlo oprima con los dedos la punta del condón (receptáculo) y lo desenrolle (sin utilizar las uñas) sin dejar de presionar el receptáculo.
 3. Que la participante coloque el condón en el glande del dildo masculino de tal forma que pueda desenrollarse (con el anillo del reborde, enrollado por fuera).
- Forma correcta de retirar el condón
 - Para el investigador: considerar los siguientes pasos;
 - 1 Que la participante tome con los dedos el receptáculo y paralelamente con la otra mano lo retire, sin que el condón se enrolle al lado contrario.

a) ¿Se pueden utilizar dos condones a la vez, para mayor seguridad? ¿Por qué?

- Costo aproximado de condones

19. 2. Demostración de colocar el condón Femenino

- Lugares en donde se puede adquirir un condón
- Cosas en las que se tiene que fijar antes de poner un condón
- Forma de abrirlo

<ul style="list-style-type: none"> • Forma correcta de poner el condón <ul style="list-style-type: none"> - <u>Para el investigador:</u> observar que realice los siguientes pasos; <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la participante sostenga el aro interno y lo apriete de tal forma que quede alargado o en forma de 8. 2. Que empuje el aro interno dentro del dildo femenino lo máximo que se pueda con ayuda de los dedos. • Forma correcta de retirar un condón <ul style="list-style-type: none"> - <u>Para el investigador:</u> considerar los siguientes pasos; <ol style="list-style-type: none"> 1 Que la participante gire el anillo externo (máximo tres veces) y lo retire con cuidado. <p>a) ¿Se puede utilizar el condón femenino y masculino al mismo tiempo, para mayor seguridad? ¿Por qué?</p> <p>b) ¿Has utilizado alguna vez el condón Femenino? ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo aproximado de condones <p>c) ¿Tienes las posibilidades económicas de comprarlo?</p>
20. ¿En dónde han aprendido a poner el condón femenino y masculino?
21. ¿Qué lugares conoces en donde te puedes realizar la prueba del VIH?
22. ¿Cuáles son los fluidos corporales que pueden transmitir el VIH?
23. ¿Cuáles métodos de prevención de VIH y SIDA conoces?
24. ¿Sabes que es el sexo protegido? ¿practicándolo estas en riesgo de contraer VIH?
25. ¿Sabes qué es el sexo seguro? ¿Practicándolo estas en riesgo de contraer VIH?
26. ¿Sabes qué es la exclusividad sexual? ¿Practicándola estas en riesgo de contraer VIH?
27. ¿Sabes que es la abstinencia? ¿practicándola estas en riesgo de contraer VIH?
28. ¿De dónde has recibido la información sobre lo que sabes del VIH?

<u>Sub categoría percepción de riesgo</u>
1. ¿Qué personas consideras que están en riesgo de contraer el VIH y SIDA? ¿por qué?
2. ¿Cómo se puede saber si una persona tiene VIH?
3. ¿Crees que alguna de tus parejas sexuales ha estado en riesgo de contraer el VIH? ¿por qué?
4. ¿Alguna de tus parejas se ha realizado la prueba del VIH antes o durante su relación?
5. ¿Les preguntas a tus parejas si han utilizado siempre condón con sus parejas sexuales? ¿Por qué?
6. ¿Si sabes que tus parejas no utilizaron con frecuencia el condón antes, te percibes en riesgo de contraer VIH o alguna ITS con esa pareja? ¿Por qué?
7. ¿Tienes relaciones con ella sin condón? ¿Por qué?
8. ¿Te has percibido en riesgo de contraer VIH con alguna de tus parejas sexuales? ¿Por qué?
9. ¿Te has hecho la prueba del VIH y SIDA? ¿Por qué?
10. ¿Qué factores tendrían que intervenir para que tú y/o tu pareja se realizaran la prueba?
11. ¿De qué dependería que te percibieras en riesgo de contraer VIH con alguna de tus parejas sexuales?
12. ¿sabías que la mayoría de las mujeres con VIH sólo tuvieron una pareja sexual antes de ser diagnosticadas?

<u>Sub categoría conductas</u>
1. ¿Tienes alguna estrategia en tu vida para prevenirte del VIH? ¿Cuál?
2. ¿Con tus parejas has platicado sobre la prevención del VIH? ¿Qué han platicado?
3. ¿Actualmente tú y tu pareja qué método de prevención de VIH utilizan, con qué frecuencia y cómo acordaron que ese método iban a utilizarlo?
4. ¿Les pides a tus parejas estables y/o ocasionales que utilicen condón? ¿por qué?

5. ¿Las veces que no has utilizado condón, por qué ha sido?
6. ¿Has tenido problemas con alguna pareja sexual al momento de utilizar el preservativo?
7. ¿Has tenido relaciones bajo el consumo del alcohol o alguna droga? ¿utilizaste algún método de protección?
8. ¿Has practicado la masturbación mutua o unidireccional con tus parejas sexuales y/o con otras personas con las que no legaste a tener relaciones sexuales?

<u>Sub categoría actitudes</u>
1. ¿En tu familia se ha tocado el tema de la prevención del VIH? ¿Cómo?
2. ¿Has recibido educación sobre la prevención del VIH en tu familia?
3. ¿Has recibido en la educación o en otra parte sobre la prevención del VIH?

Sexualidad

Sub-categorías

- ❖ Actitudes
- ❖ Conductas
- ❖ Creencias

<u>Sub categoría actitudes</u>
1. ¿De quién consideras que es responsabilidad la educación sexual?
2. ¿Por qué tienes relaciones sexuales? ¿Qué significa para ti tener relaciones sexuales?
3. ¿Qué factores tomas en cuenta para decidir tener relaciones sexuales con alguien?
4. ¿Cuál es tu primera preocupación cuando tienes relaciones sexuales? ¿a qué atribuyes que esa sea tu preocupación?
5. ¿Consideras que hablas lo suficiente de sexualidad con tu pareja? ¿por qué?

Sub categoría conductas

1. ¿Si quisieras obtener información sobre sexualidad a quién acudirías?

Sub categoría conocimientos y creencias

2. ¿Qué entiendes por sexualidad?

3. ¿Consideras que la educación sexual que has recibido en tu familia ha sido adecuada? ¿por qué?

4. ¿Qué te han enseñado al respecto?

5. ¿Consideras que la educación sexual que has recibido en la escuela ha sido adecuada? ¿por qué?

6. ¿en qué grados recuerdas que tocaron temas sobre sexualidad?

7. ¿has recibido educación sexual en otras partes?

8. ¿De qué fuente crees que has tenido mayor influencia sobre tu sexualidad y que te han servido más en tu vida sexual?

9. ¿Qué otras ITS conoces? ¿Qué conoces de ellas?

Embarazos no planeados

Sub-categorías

- ❖ Actitudes
- ❖ Conductas
- ❖ Percepción de riesgo de embarazo

Sub categoría actitudes

1. ¿Qué opinas sobre la interrupción legal del embarazo?

2. ¿Estás en contra o a favor? ¿por qué?

3. ¿Has conocido alguien que haya practicado la interrupción legal o ilegal del embarazo?

4. ¿Conoces a personas que tengan hijos de embarazos no planeados? ¿Quiénes?
¿Eso en qué influye en ti?

5. ¿Si tú llegaras a estar en una situación similar qué harías tú?

6. ¿Estás de acuerdo en que algunos estados encarcelen a las mujeres por practicar la interrupción del embarazo? ¿por qué?

Sub categoría conductas

1. ¿Has platicado con tu pareja sobre este tema?

Sub categoría percepción de riesgo de embarazo

1. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? ¿qué sabes sobre ellos?
2. ¿Cuál utilizas? ¿por qué?
3. ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué has dejado de utilizarlos?
4. ¿Has utilizado la pastilla del día siguiente? ¿cuántas veces?

Erotismo

Sub-categorías

- ❖ Actitudes
- ❖ Vivencia del erotismo

Sub categoría actitudes

1. ¿Qué es para ti el erotismo?
2. ¿Quién consideras que tiene más iniciativa en cuanto a la vivencia de su sexualidad?
3. ¿Tu pareja sabe lo que te gusta a ti, en cuanto a lo sexual? ¿Se lo has comentado?

Sub categoría vivencia del erotismo

1. ¿Qué tan frecuentemente tienes relaciones sexuales por semana?
2. ¿Cómo calificarías la satisfacción sexual que experimentas con tu pareja?
3. ¿Después de tener relaciones sexuales tienen retroalimentación sobre ello?
4. ¿Has tenido relaciones sexuales aunque no quieras pero solo para complacer o dejar te que insista tu pareja? ¿Por qué?
5. ¿Te has sentido mal o culpable después de haber tenido alguna relación sexual? ¿por qué?
6. ¿A qué fuentes de placer le das más valor en tu vida sexual?

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, L., & Bruner, A. (2001). Estereotipos de masculinidad y feminidad en México y Estados Unidos. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(1), 31-55.
2. Allen, L., Arana, G., Castro, R., Cruz, V., Hernández, A & Rivera, R. (2003). Afectos, besos y condones: El ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la ciudad de México. *Salud Pública México*, 45(5), 594-607.
3. Allen, L., & Torres, P. (2009). Género, Poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: Prevención, atención y acciones prioritarias. En V. Córdoba, R. Ponce de León, & L. Valdespino (Eds), *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos* (2^{da} ed.) (pp. 275-287). México, D, F: Autor.
4. Álvarez, A., Benavides, T., Peña, E., & Valle, S. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(3), 133-136.
5. Álvarez, V, Rodríguez, C. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
6. Álvarez, M., López, S., & Ortego, M (s.f.). Las actitudes. En *Ciencias psicosociales I* (pp. 1-4). Universidad de Cantabria. Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i-1/materiales-de-clase-1/tema_05-2011.pdf
7. Barreda, P., Doblaz, A., Fernández, H., Infante, G., & Padrón, M. (2006). *Jóvenes, sexualidad y género: Estudio cualitativo sobre la sexualidad de las personas jóvenes del ámbito rural*. Málaga, España: EDUCASEX.
8. Batliwala, S. (1997). Significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En M, León (eds) *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 187-211). Colombia: Santa Fe de Bogotá.

9. Barroso, V., Frías, A., Moreno, R., Rivera, P., Robles, M., & Rodríguez, C. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud, 18*(002), 207-225.
10. Bello, G., Hallett, B., Ndhlovu, T., Salaniponi, F., & Simwaka, B. (2011). Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. *Sex Transm Infect, 87*, 354-61.
11. Berger, L., & Luckman. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrotu
12. Berryman, J. (1991). *Psicología del desarrollo*. México: Manual moderno.
13. Booth, W., Colomb, G., & Williams, J. (2008). *Cómo convertirse en un hábil investigador*. Barcelona, España: Gedisa.
14. Brouwer, C., Elder, P., Hogg, S., Íñiguez, S., Lozada, R., Magis, R., Patterson, L... & Viani, M. (2009). Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana, México: 2006. *Gaceta Médica de México, 145*(3), 189-195.
15. Castrejón, L., Rojas, O., & Szas, I. (2008). Desigualdad de género en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de los hombres mexicanos. *Estudios demográficos y urbanos, 23*(2), 205-232.
16. Clavel, F. (2007). Sobre la idealización. *Revista Electrónica de Psicología, 3*, 139-150.
17. Colás, B. (1993). El análisis cualitativo de datos. En F, Buendía., B, Colás., & F, Hernández (Eds). *Métodos de investigación en Psicopedagogía* (pp. 287-311). Madrid, España: Mc Graw Hill.

18. Collin, L. (1998). Sobre el concepto de ideología y su pertinencia en la antropología. *Scripta Ethnológica*, 20, 95-115.
19. Corcho, A, López, S, & Moreno, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública de México*, 42(5), 337-446.
20. Costilla, M. (2010). La antropología y el sentido. *Semántica e Interpretación*, 23, 291-329.
21. CENSIDA. (2007). *Manual para la prevención del VIH/SIDA en Migrantes mexicanos a Estados Unidos*. México, D.F: Autor & Secretaria de Salud.
22. CENSIDA. (2011). *El VIH/SIDA en México 2011: Numeralia epidemiológica*. México: Autor & Secretaría de Salud.
23. Consejo de la Juventud de España. (2001). *Guía de prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras: Atracción, seducción, provocación, prevención*. Madrid, España: Autor.
24. Consejo de la Juventud de España. (2005). *Guía de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual: El lugar no importa, la luna es imprescindible*. Madrid, España: Autor.
25. Córdoba, V. Ponce de León, R & Valdespino, L. (2009). *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos*. México, D.F: Autor.
26. Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico* (8^{va} ed.). México: Pearson.
27. Dafonte, P., Lameiras, F., & Rodríguez, C. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14(2), 255-261.

28. Díaz, L., & Sánchez, A. (2002). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. En L. Díaz., & A, Sánchez (Eds.), *Psicología del amor: Una visión integral de la relación de pareja*. México: PORRÚA.
29. Díaz, L., & Robles, M. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 215-228.
30. Drezln, J., Torres, A., & Dalay, K. (2007). *Barreras que impiden el acceso a los condones: Estableciendo una agenda para la incidencia política*. International Council of AIDS Service Organizations. Recuperado de http://www.icaso.org/publications/condom_access2007_spa.pdf.
31. Enríquez, N., Sánchez, M., & Robles, M. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
32. Erreguerena, M. (2000). El concepto de imaginario social. *ANUARIO 2000 UNAM-X*, 15-27.
33. Espada, J., Antón, F., & Soledad, T. (2008). Auto-concepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y drogas*, 8(2), 137-155.
34. Esplen, E. (2007). *Género y sexualidad: Colección de recursos de apoyo*. Reino Unido: Bridge Development Gender.
35. Feldman R. (2007). *Desarrollo Psicológico* (1ª ed.). México: Pearson.
36. Fuller, N. (1995). Entorno a la polaridad marianismo-machismo. En G, Arango., G, Castellanos., N, Fuller., M, Kaufman., M, Lamas., M, León., S, Montecino., S, Muñoz., J, Sáenz., L, Santos., N, Segura y M, Viveros (Eds). *Género e Identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 241-262). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.

37. Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2^{da} ed). Madrid, España: Morata.
38. Flores, A. (1992). *Sexo, sexualidad y sexología*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
39. Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. *En Obras completas, vol. XVII* (pp. 63-136). Argentina: Amorrortu editores.
40. Galimberti, U. (2007). *Diccionario de psicología* (3^{ra} ed.). México: Siglo Veintiuno Editores.
41. Gayet, M., Juárez, F., Magis, M., & Pedrosa, M. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México, 45*(5), 632-640
42. Gutiérrez, P., Luna, G, Théodore., L. &, Torres, P. (2004). El sexo recompensado: Una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las Jóvenes Mexicanas. *Salud Pública de México, 46*(2), 104-112.
43. Góngora, B., Sánchez, M., & Vera, G. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: Un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica, 17*(3), 157-168.
44. Gonzáles, R. (2000). *Investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos*. México: Thomson.
45. Gras, M., Planes, M. & Soto, J. (2002). Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgos de infección con el virus de inmunodeficiencia humana. *Anuario de Psicología, 33*(1), 97-110

46. Herrera, C & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: Constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564.
47. ICASO. (2009). *Barreras al acceso a los condones: Implementación y documentación de estrategias de incidencia política*. Toronto, Canada: Autor. Recuperado en <http://www.icaso.org/media/files/3-258001CondomAdvocacyPubSPFINAL022210.pdf>
48. INEGI. (2010). *Censo de población y Vivienda 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística e Historia.
49. INMJUVE. (2006). *Encuesta Nacional de Juventud 2005*, México: Instituto Mexicano de la Juventud & Secretaría de Educación Pública.
50. INMJUVE. (2011). *Encuesta Nacional de Juventud 2010: Resultados Generales*. México: Instituto Mexicano de la Juventud & Secretaría de Educación Pública.
51. Jóvenes Mexicanos. 2005. *Encuesta Nacional de Juventud* (Tomo I). México: INMJUVE.
52. Kerlinger, N y Howard, B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4^{ta} ed.). México, D.F: Mc Graw Hill.
53. Maddaleno, M., Morello P., & Espínola F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*. 45(1)
54. Magis, R & Barrientos, B. (2009). *VIH/SIDA y salud pública: Manual para el personal de salud* (2^{da} ed.). México: Autor

55. Magis, C, & Hernández, A. (2009). Epidemiología del Sida en México. En V. Córdoba, R. Ponce de León, & L. Valdespino (Eds), *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos* (2^{da} ed.) (pp. 101-119). México, D, F: Autor.
56. Marina, J. (2002). *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona, España: Anagrama.
57. Martínez, H. (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como objeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en psicología*, 21(108), 79-95.
58. Mas Colombo, E., Motta, M., & Risueño, A. (2008). *Conductas de riesgo y conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de escuelas de nivel medio de gestión estatal y privada de la ciudad de Buenos Aire*. (Informe Final). Buenos Aires, Argentina: Universidad Argentina John F, Kennedy.
59. Mateus, C., & Mosquera, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA, y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, 34(4), 205-212.
60. Montecino, S. (1995). Identidades de género en América Latina: mestizajes, sacrificios y simultaneidades. En G, Arango., G, Castellanos., N, Fuller., M, Kaufman., M, Lamas., M, León... M, Viveros (Eds), *Género e Identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 275-278). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
61. Moral de la R. (2007). Conducta sexual y uso del preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.
62. Morales, H. (1998). Actitudes de los y de las adolescentes ante la sexualidad. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 4 (2). 229-258.

63. Moreno, R, Rivera, P, Robles, M, Barroso, V, Frías, A y Rodríguez, C. (2008). Características del debut sexual en adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 8(002), 207-225.
64. Nava, B., Ávila, R., Casanova, G., & Lartigue, T. (2004). Práctica de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas. *Perinatología, Reproducción Humana*, 18(2), 91-102.
65. Nava, R. (1991). *La sexualidad del futuro*. México: UNAM
66. ONUSIDA. (2000). *El género y el VIH/SIDA: Actualización técnica del ONUSIDA*. Ginebra, Suiza: Autor.
67. ONUSIDA. (2004). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. (Informe Núm. 04). Organización Mundial de la Salud.
68. ONUSIDA. (2011). *Cómo llegar a cero: Más rápido, más inteligente, mejor*. (Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011). Organización Mundial de la Salud.
69. ONUSIDA, UNFPA, & UNIFEM (2004) *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Ginebra: Autor.
70. OPS. (s.f.). *El género y la infección por el VIH/sida: Hoja informativa*. Washington, D.C.: OPS.
71. OPS (2002). *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: OPS.
72. Ortega, G. (2003). Actitudes ante la sexualidad en universitarios de la Fes-z desde una perspectiva de género. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 9(2), 213-234.

73. Papalia, E, Wendkos, O & Feldman, D. (2005). *Desarrollo humano* (9^{na} ed.). México, D.F.: McGrawHill.
74. Pastor, M. (2010). El marianismo en México: una mirada a su larga duración. *Cuicuilco*, 17(48), 257-277.
75. Pérez H., Taracena R., Magis, C, Gayet, C & Kendall, T. (2004) *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud*. México: CENSIDA.
76. Piña, L & Urquidi, T. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236.
77. Piña, L., & Rivera, I. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 53-65.
78. Rosales, M. (2006). *Género, cuerpo y sexualidad, un estudio diacrónico desde la antropología social: Concepciones relativas al género, cuerpo y sexualidad en culturas mayas y nahuas prehispánicas y coloniales, y en contextos étnicos minoritarios contemporáneos*. (Tesis de doctorado inédita). Universidad Autónoma Metropolitana.
79. Rubio, A. (1994). *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. México: CONAPO
80. Sampieri, H, Fernández y C. Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación* (4^{ta} ed.). México D, F.: Mc Graw Hill.
81. Santrock. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital* (10^{ma} ed.). Madrid, España: McGrawHill.

82. Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2008). Folleto “Aunque no lo creas... SÍ DA”. México, D.F.: Autor.
83. Soler, G. (2005). Evolución y orientación sexual. *Perspectivas en psicología*, 1(2), 161- 173.
84. SSA. (2002). *Programa de acción: VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS)*. México: Secretaría de prevención y protección de la salud.
85. SSA/DGE. (2011). *Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA en México: registro Nacional de Casos de SIDA (Actualización al 30 de Junio de 2011)*. México: CENSIDA.
86. SSA/DGE. (2011). *Registro Nacional de Casos de SIDA: Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes de 15 a 29 años de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2011*. México: CENSIDA.
87. SSA/DGE. (2011). *Registro Nacional de Casos de SIDA: Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos con 30 años y más de edad, por categoría de transmisión y sexo, 1983-2011*. México: CENSIDA.
88. Stake, R. (1998). *Investigación con estudios de casos* (2^{da} edición). Madrid: Morata.
Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/51397687/INVESTIGACION-CON-ESTUDIO-DE-CASOS-STAKE>.
89. Szasz, I. (2000). Varones mexicanos: Género, sexualidad y salud reproductiva. *Estudios feministas*, 8(1), 186-199.
90. Tallis, V. (2002). *Género y VIH/SIDA* (informe general). Reino Unido: Bridge Development Gender.
91. Tenti, F. (2002). Socialización. *IPE-Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: UNESCO.

92. Torres, P. (2010). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA*. México D, F: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA: Instituto Nacional de las Mujeres: Instituto Nacional de Salud Pública.
93. UNESCO & UNIFEM. (2007). *Manual para jóvenes VIH y SIDA: Derechos Humanos y género*. México: Autor.
94. Vargas, D. (2006). El valor y su origen dentro de la Esencia Humana: Una mirada al sentido oncológico del valor. *A Parte Rei Revista de Filosofía*, 45, 1-8.
95. Velasco, V. (2009). BIENESTAR SEXUAL PARA JÓVENES TRANS (Travestis, Ttransgeneristas y transexuales). CECASH.
96. Welti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de la población*, 045,143-176.
97. Women's Commission for Refuge Women and Children. (2004). *Prevención y Control del VIH/SIDA, Un curso corto para el personal de los servicios humanitarios: Manual del coordinador*. Estados Unidos de Norte América: Reproductive Health Response in Crises Consortium.
100. Wilson, D. (2004). Partner reduction and the prevention of HIV/AIDS, the most effective strategies come from within communities. *British Medical Journal*, 328, 848-849