



UNIVERSIDAD
INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

"EL AUTOCUIDADO, LA ACTITUD
HACIA LA SEXUALIDAD Y EL
CONOCIMIENTO DEL VIRUS DEL
PAPILOMA EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS Y NO
ESCOLARIZADOS."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A

**C. GÁMEZ GUILLEN TAYDE
DEYANIRA**

ASESOR: MTRO. CESAR JAVIER ARÁMBULA RÍOS

MÉXICO, D.F.

2015



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.

Agradecimientos

Quiero agradecer a la directora Verónica Benítez Cifuentes de la preparatoria Universidad Insurgentes, la Mtra. Martha Patricia Villaseñor subdirectora de la preparatoria oficial no. 97 y al coordinador Manuel Jair Salarich González del INEA, por permitirme la entrada, para la realización de esta investigación.

A mi familia por ser parte esencial de mi vida, pero en especial a mis padres, de los cuales recibí un gran apoyo para alcanzar mis metas y estar siempre a mi lado a cada paso de mi vida. Mucho de mis logros se los debo a ustedes, incluyendo este.

A mi asesor el Mtro. Cesar Javier Arámbula Ríos por su orientación, conocimiento y confianza que me proporciono para la elaboración de esta tesis y a mis sinodales la Lic. Ana María Eusebio Hernández y la Lic. Ana Luisa Serna Uribe por enriquecer esta investigación, siendo una parte importante para este logro.

A mi Psicoterapeuta la Mtra. María Eugenia Patlán López, por sus consejos, apoyo y experiencia que me brindo para culminar este último paso de mi carrera profesional.

Gracias a todos ustedes.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Adolescencia y sexualidad	5
1.1 Adolescencia	5
1.1.1 Desarrollo Físico	7
1.1.2 Cambios cognoscitivos	9
1.1.3 Desarrollo Psicológico	11
1.1.4 Desarrollo social	16
1.2 Factores de riesgo en la adolescencia	23
1.2.1 Conducta sexual de riesgo	26
1.3. La sexualidad del adolescente	30
1.3.1 Sexualidad	30
1.3.2 La sexualidad en la adolescencia	33
1.3.3 Inicio de la vida sexual en el adolescente	35
1.4 Anatomía y Fisiología sexual de la mujer	39
1.4.1 Anatomía y Fisiología sexual del hombre	42
1.5 Relaciones Sexuales	43
1.5.1 Sexo Oral	44
1.5.2 Sexo anal	45
1.6 Actitudes hacia la sexualidad	46
1.7 Autocuidado	51
Capítulo 2. Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual	59
2.1 Niveles de prevención de la salud	59
2.1.1 Formas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual	63
2.1.2 El condón masculino	64
2.1.3 El uso del condón femenino	66
2.1.4 Tipos de condón de acuerdo a la práctica sexual	68
2.1.5 El uso del condón en adolescentes	69
2.2 Educación Sexual	74
2.2.1. Educación sexual formal e informal	76
2.2.2 La educación sexual en la adolescencia	79

2.3 Escuelas Públicas y Privadas	82
2.3.1 Sistema no escolarizado o Sistema abierto	85
Capítulo 3. El Virus del Papiloma Humano	89
3.1 Características generales	89
3.1.1 Tipos del Virus del Papiloma Humano	89
3.2 Epidemiología	90
3.2.1 El Virus del Papiloma Humano y el Cáncer cervicouterino	91
3.2.2 Formas de Transmisión	93
3.2.3 Signos y síntomas producidos por el VPH	94
3.3 Factores de riesgo	96
3.4 Diagnóstico	101
3.4.1 Métodos morfológicos	101
3.4.2 Método Físico	102
3.4.3 Métodos moleculares	103
3.4.4 Nuevos métodos moleculares para la detección	103
3.5 Tratamiento	104
3.5.1 Métodos Químicos	104
3.5.2 Métodos físicos	106
3.5.3 La vacuna contra el VPH	108
3.6 Consecuencias psicológicas	109
Capítulo 4. Método	113
4.1 Justificación	113
4.2 Planteamiento del problema	114
4.3 Objetivos	114
4.4 Variables	115
4.4.1 Definiciones conceptuales	115
4.4.2 Definiciones operacionales	115
4.5 Hipótesis	116
4.6 Instrumentos	116
4.7 Descripción de la población	117
4.8 Muestreo	118

4.9 Tipo de investigación	118
4.10 Diseño de investigación	118
4.11 Procedimiento	118
4.12 Análisis estadístico	119
Capítulo 5. Análisis de resultados	120
5.1 Estadística descriptiva	120
5.1.1 Número de sujetos	120
5.1.2 Edades	120
5.1.3 Estado Civil	120
5.1.4 Trabajo	120
5.1.5 Relaciones sexuales	121
5.1.6. Autocuidado	121
5.1.7 Actitud hacia la sexualidad	122
5.1.8 Conocimientos sobre el VPH	123
5.1.9 Autocuidado por sexo	124
5.1.10 Autocuidado por experiencia sexual	128
5.2 Estadística inferencial	132
5.2.1 ANOVA de autocuidado	132
5.2.2 ANOVA de actitud	133
5.2.3 ANOVA de conocimiento	133
5.2.4 Correlaciones de autocuidado y actitud	133
5.2.5 Correlaciones de autocuidado y conocimiento	135
5.2.6 Correlaciones de actitud y conocimiento	136
Capítulo 6. Discusión	138
Capítulo 7. Conclusiones	143
Referencias	
Anexos	

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el Autocuidado, la Actitud hacia la sexualidad y el Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano, en adolescentes de entre 15 y 18 años de una población total de 230 estudiantes que provenían de un sistema escolarizado y no escolarizado. Para ello se aplicaron la Escala de Auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA (López Rosales y Moral de la Rubia, 2003), la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) (Fisher y Hall, ampliada por López, 2005) y un Cuestionario de conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano elaborado por la investigadora y juceado por dos profesoras. Se realizaron una serie de análisis estadísticos para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las variables de las tres muestras y los resultados arrojaron que los adolescentes escolarizados presentaron mayor nivel de autocuidado ($F = 29.848$, $\alpha = .000$, $gl = 229$), privada ($M = 89.66$), publica ($M = 84.64$), INEA ($M = 69.5$) y mayor conocimiento del VPH ($F = 15.550$, $\alpha = .000$, $gl = 229$), publica ($M = 69.56$), privada ($M = 8.19$), INEA ($M = 6.49$) que los no escolarizados y que no existían diferencias en cuanto a actitudes hacia la sexualidad ($F = .534$, $\alpha = .587$, $gl = 229$). Finalmente, se encontraron correlaciones significativas y de baja intensidad entre Autocuidado y Actitud ($r = .287$, $\alpha = .000$) y entre Autocuidado y Conocimiento del VPH ($r = .301$, $\alpha = .000$), no encontrándose correlación entre Actitudes y Conocimiento del VPH.

Palabras clave: Autocuidado, actitud hacia la sexualidad, conocimiento del Virus del Papiloma Humano, adolescentes, prevención de ITS, sistema escolarizado, y no escolarizado.

Introducción

La adolescencia es un periodo crítico, donde se sufre una transformación de la niñez a la adultez, sometida a constantes cambios en el desarrollo físico, cognoscitivo, psicológico y social, además del marco familiar en que se desenvuelve. Con estos cambios, surgen nuevos impulsos y sensaciones sexuales, permitiendo la autoestimulación, que lleva a cabo un papel importante debido a que permite conocer los genitales, como funcionan y liberar energía sexual. Asimismo, estos cambios hormonales producen que surjan deseos y fantasías, esencialmente por la persona que les atrae, a su vez, el adolescente quiere sentir placer físico por medio de otros cuerpos, o del propio, valorando mayormente la intimidad con la pareja, lo que a su vez, va originando que se desee iniciar en las prácticas sexuales.

Las prácticas sexuales en los y las adolescentes, a lo largo de los últimos 20 años, han sufrido considerables cambios, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados, debido a que la vida sexual de los adolescentes comienza cada vez a edades más tempranas, esto comparado con estudios en años anteriores que demuestra que ha ido en aumento, esto de acuerdo con estudios en años anteriores que indican que los adolescentes iniciaban a edades mayores y en menor porcentaje del inicio de la actividad sexual, por lo tanto, se ha llegado a considerar a la conducta sexual como un factor de riesgo para la salud de mucha importancia, si no se cuenta con las medidas preventivas adecuadas. De acuerdo con una investigación en México acerca de la conducta sexual de riesgo, se manifestó que el 30.5%, de los adolescentes comenzó su vida sexual a una edad promedio de 15.33, de los cuales, el 8.7% aseguraron que jamás han utilizado el condón y el 4.5% casi nunca lo han usado (Palacios, Bravo & Andrade, 2007; citado en Gonçalves, Castella y Carlotto, 2007).

Por lo tanto, el inicio de la actividad sexual a edades tempranas caracterizado por la falta de medidas de protección y varias parejas sexuales, elevan el riesgo de adquirir ITS, Virus del Papiloma Humano o VIH/SIDA, por lo que se considera a los adolescentes como una población vulnerable con respecto al incremento cada vez mayor de estas prácticas sin ninguna prevención.

Por lo anterior, se deben adoptar medidas destinadas a la prevención de la salud sexual, con la finalidad de prevenir el surgimiento de la enfermedad o si esta ya se

estableció, detener su avance, al mismo tiempo que atenuar sus consecuencias. Los niveles de prevención de la salud, se clasifican en tres: prevención primaria (acciones que se realizan antes de la aparición de una enfermedad, con la finalidad de evitar el comienzo del padecimiento), prevención secundaria (dirigida al diagnóstico temprano del padecimiento que apenas inicia), y por último, prevención terciaria (acciones orientadas a la atención y recuperación de la enfermedad manifestada clínicamente). Por lo tanto, antes de que surja una enfermedad se deben tomar medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, Virus del Papiloma Humano o VIH/SIDA, siendo el sexo protegido el más efectivo por su bajo riesgo.

Por lo consiguiente el uso correcto y consistente del condón es uno de las principales estrategias de prevención que reducen el riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA. Existen condones masculinos y condones femeninos, los primeros son los más distribuidos a nivel mundial, con precios accesibles, o distribuidos de forma gratuita en Centros de Salud, con una efectividad de un 80% a un 95%. Sin embargo se considera que el condón femenino es más efectivo para la prevención de las ITS, Virus del Papiloma Humano, debido a que cubre una mayor área genital con una efectividad del 90 al 95%, aunque su distribución es menor y tiene un costo más elevado.

Además de la disponibilidad del condón, se debe proporcionar una educación sexual de calidad para disminuir la frecuencia de los problemas de salud asociados con la sexualidad, como son los embarazos no deseados en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual, el Virus del Papiloma Humano y la transmisión del VIH/SIDA. Es un proceso que se debe iniciar desde la infancia, sin embargo, puede ser impartida en cualquier edad, solo se debe tener en cuenta, la conducta sexual, el conocimiento sexual y el interés sexual del individuo con respecto a esa edad. En la adolescencia la educación sexual, se puede enseñar, ya con temas como: las relaciones sexuales, la anticoncepción, las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus del Papiloma Humano y el VIH/SIDA, y se puede proporcionar a partir de una orientación de la responsabilidad hacia la propia salud y asumirse como un hábito de autocuidado.

Para llevar a cabo el primer capítulo se aborda la definición propuesta por diversos autores del periodo de la adolescencia, refiriendo sus etapas, así como la descripción de los

cambios que sufren en el proceso del desarrollo. Además, se mencionan los factores de riesgo y la conducta sexual de riesgo, los cuales pueden originar daños a su salud. Posteriormente se aborda la sexualidad del adolescente, donde se inicia con la sexualidad y sus componentes básicos, y la manera en que el adolescente vive su sexualidad, asimismo el inicio de la vida sexual, la anatomía y fisiología sexual, tanto de la mujer como del hombre, las relaciones sexuales y sus diferentes prácticas sexuales. Se finaliza con las actitudes que tienen hacia la sexualidad y el autocuidado en las prácticas sexuales.

El segundo capítulo aborda la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus del Papiloma Humano, se inicia con los niveles de prevención de la salud, así como las formas de prevención de las ITS, dando énfasis al sexo protegido con la utilización del condón masculino y el condón femenino. Se describe su eficacia, sus ventajas, sus desventajas y el tipo de condón que se debe usar de acuerdo a la práctica sexual. Posteriormente se describe la educación sexual; la manera en que se puede recibir, ya sea formal e informal y educación sexual en la adolescencia. Por último se aborda la importancia de la escolaridad, las escuelas públicas y privadas y el sistema no escolarizado.

Por último en el capítulo tercero se aborda el tema del Virus del Papiloma Humano, iniciando con sus características generales, los tipos del VPH que se han identificado, ya sean de bajo o alto riesgo, datos epidemiológico a nivel nacional y mundial, el cáncer cervicouterino, las formas de transmisión y los signos y síntomas, así como los factores de riesgo para la perduración del VPH y desarrollo de cáncer de cérvix. También se trata el diagnóstico por medio de diversos métodos, además de nuevos métodos para su detección, el tratamiento a través de métodos químicos y métodos físicos y las vacunas contra el VPH. Se finaliza con las consecuencias psicológicas originadas por la enfermedad.

Capítulo 1. Adolescencia y sexualidad

1.1 Adolescencia

Se deriva del término latín *adolescere*, significa crecer, madurar, del que proviene la “adolescencia”. La adolescencia establece una etapa de cambios, que tiene como principal característica el hecho de conducir a la madurez. Los cambios tienen tanta relevancia que varios autores mencionan este período como un segundo nacimiento (Perinat, 2007).

Algunos autores han propuesto diversos conceptos:

- La adolescencia se define como la etapa del desarrollo del ser humano, la cual posee un comienzo y una duración que puede variar, que señala el final de la niñez y produce las bases para la edad adulta (Monroy, 2004).
- Período de desarrollo del ser humano de transformación de la infancia a la adultez, lo cual conlleva a cambios biológicos, cognitivos, sociales y emocionales (Santrock, 2005; citado en Castañeda-Ávila, 2014).
- Período cronológico entre la pubertad y la madurez en la que hay un cambio que permite transformaciones en diversos aspectos tales como sexualidad, cognición, identidad, moralidad y socialidad (Galimberti, 2006; citado en Castañeda-Ávila, 2014).
- La segunda década de la vida, que comprende edades de los 10 a los 19 años, con un desarrollo físico, asimismo cambios psicológicos y sociales, y esta etapa es decisiva en la vida adulta (Organización Mundial de la Salud, 2008; citado en Castañeda-Ávila, 2014).

Además, en el transcurso de los años se transforma el cuerpo, identidad, pensamientos y las relaciones que se mantienen con la familia y la sociedad (Perinat, 2007). La persona pasa por diversas etapas de desarrollo de su vida, y se considera la adolescencia una etapa más. Este desarrollo puede ser estimulado, promovido, detenido o hasta deteriorado. Existen varios factores que influyen en su surgimiento (alimentación, herencia, las hormonas), por lo que su inicio puede variar de un individuo a otro. Está marcada por el cambio y el desarrollo, se origina tanto en lo biológico (desarrollo y crecimiento

fisiológico) como en lo psicológico (cognición, afecto y personalidad) y social (relación de la persona con sus pares y la familia) (Monroy, 2004).

El periodo de la adolescencia se puede dividir en tres etapas:

- Adolescencia temprana (12-14 años): esta etapa se caracteriza por las transformaciones biológicas y el inicio de la pubertad, se muestran los cambios en el ámbito emocional y conductual tales como: molestia, falta de ánimo vigor, pasan un tiempo sin actividad física (Avilés-López, 2009). Se vuelve a activar la energía sexual que había estado latente en la niñez, por lo que se produce un interés que va creciendo por los individuos del sexo contrario (Clavijo et al., 2005).
- Adolescencia media (15-16 años): en esta etapa pueden seguir los cambios de la pubertad. El grupo de compañeros tiene mayor importancia, ya que la amistad es uno de los primordiales elementos en su sistema de valores (Clavijo et al., 2005). Estos grupos están conformados tanto de hombres como de mujeres y se crea la posibilidad de formar relaciones de pareja. Lo más distintivo en este periodo es el egocentrismo que está dirigido a la búsqueda de un conocimiento personal. Además progresa la búsqueda de la propia identidad (Avilés-López, 2009).
- Adolescencia tardía (17-18 años): en esta etapa el adolescente joven adquiere el nivel de maduración y comprende sus posibilidades, así como sus limitaciones personales y empieza a integrarse al mundo de la gente adulta. En este periodo la maduración física llega a su totalidad. Vence la timidez y la inadaptación de acuerdo a su autoestima. También manifiesta más interés por los individuos del sexo contrario (Avilés-López, 2009).

Gamas-Sánchez (2008) refiere a la pubertad y la adolescencia como dos términos que se encuentran estrechamente vinculados. La pubertad se considera un fenómeno biológico y físico, definiéndose como una etapa en la que inician su madurez los órganos primarios y también la aparición de los secundarios, por lo tanto, el cuerpo experimenta una serie de cambios sexuales que transforman el cuerpo infantil en adulto. Castañeda-Ávila (2014) hace mención que en la adolescencia ocurren cambios psicológicos y sociales, así como emocionales, cognitivos y conductuales.

1.1.1 Desarrollo Físico

La pubertad proviene del latín *pubesceré*, que significa cubierto con cabello (Crooks y Baur, 2009). Abarca de los 11 a los 16 años; en mujeres es de 11 a 15 años y en los hombres de 12 a 16 años, y se caracteriza por la maduración biológica, la maduración de las funciones sexuales, se presentan los caracteres sexuales secundarios, cambiando el cuerpo infantil en adultos (Castañeda-Ávila, 2014). Monroy (2004) refiere que el crecimiento físico del adolescente es repentino y no va en concordancia con todo su cuerpo. La edad en que inicia varía, debido a que influyen factores genéticos, nutricionales y ambientales.

Los caracteres sexuales primarios son los órganos sexuales y son esenciales para la reproducción. Los caracteres sexuales primarios en la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina, y los caracteres sexuales primarios en el varón son los testículos, el escroto, las vesículas seminales y el pene. En las niñas, la primera menstruación (menarquía) es el primordial signo de madurez y en los niños es la espermarquia.

Los cambios físicos en ambos sexos comienzan cuando el hipotálamo incrementa las secreciones que originan que la glándula pituitaria produzca mayores cantidades de hormonas gonadotropinas hacia el torrente sanguíneo, las cuales estimulan la actividad en las gónadas (Crooks y Baur, 2006). Los ovarios comienzan a producir óvulos y a secretar estrógenos y progesterona, en tanto los testículos producen espermatozoides y testosterona, con este proceso empiezan a aparecer los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios influyen de manera directa en las emociones del adolescente, en su conducta, en la forma de relacionarse con sus pares, en su desarrollo cognitivo y en su imagen física (Castañeda-Ávila, 2014).

Los caracteres sexuales secundarios son un signo fisiológico de madurez. El estradiol es la hormona predominante en el desarrollo femenino y promueve el crecimiento de los senos y del útero; asimismo, es la primordial conductora del crecimiento, de la maduración y del término de este proceso (Gamas-Sánchez, 2008).

Los cambios físicos de la mujer en la adolescencia son:

- Comienza aparecer el vello de axilas y púbico (11 años)
- El crecimiento de los senos (10 años)
- El inicio del incremento de peso (11 ½ años)
- Aumento de estatura (12 años)
- Aumento de músculos y órganos a su totalidad (12 ½ años)
- Ensanchamiento de las caderas (12 ½ años)
- Incremento de la proporción de grasa corporal (13 años)
- Distribución final del vello púbico (15 años)
- Desarrollo completo del pecho (16 años)
- Cambio de la estructura ósea (16 años)

Los cambios físicos del varón en la adolescencia son:

- Crecimiento de testículos, la próstata y el escroto (11 ½ años)
- Comienza a salir el vello púbico (12 años)
- Empieza el crecimiento del pene (12 ½ años)
- Comienzo del acné (15 años)
- Empieza a salir la barba (16 años)
- Se agrandan los hombros (18 años)
- Ensanchamiento de la laringe (18 años)
- Incremento de la transpiración (18 años)
- Distribución final en el vello; púbico, axilas, piernas, brazos y tórax (18 años) (Castañeda-Ávila, 2014).

Todos estos cambios siguen una secuencia:

1.-En primera instancia se da un crecimiento en la talla y peso, empiezan a aparecer los caracteres sexuales secundarios y comienza el desarrollo de las glándulas sexuales, sin embargo todavía no tienen capacidad reproductiva.

2.-En el segundo periodo, en el hombre ocurren las primeras eyaculaciones seminales y en la mujer la primera menstruación. Los caracteres sexuales secundarios resaltan.

3.-En este periodo adquiere su crecimiento óptimo, el proceso de maduración está completo y los órganos sexuales ya tienen capacidad reproductiva.

Estos cambios físicos dan un nuevo aspecto corporal y el sujeto tiene que asumir su actual imagen, ya que la aceptación de esta nueva imagen junto con los cambios que ha experimentado va a influir también en las relaciones sociales y en el desarrollo del autoconcepto y autoestima (Clavijo et al., 2005).

1.1.2 Cambios cognoscitivos

En la adolescencia este cambio es uno de los menos notorios, porque los cambios no son visibles, como los cambios corporales, pero en este aspecto también suceden cambios constantes y son a nivel intelectual y se tiene como resultado una amplia serie de comportamientos y actitudes, lo que facilita al adolescente progresar hacia una independencia de pensamiento y de acciones (Ávila-Hernández, 2013).

Piaget (1991), señala a las operaciones formales entre el niño de 11-12 años y obtienen su óptimo desarrollo hacia los 15 años, sin embargo, estudios posteriores lo prolongan hasta los 18-20 años.

El desarrollo cognitivo se caracteriza en estas edades por la capacidad de pensar de manera abstracta y esto hace posible utilizar el pensamiento-deductivo, es decir, al surgir un problema o situación se conduce elaborando hipótesis (posibles explicaciones basadas en suposiciones). En los primeros años de la adolescencia, el individuo tiene un interés mayor por el presente y sus pensamientos sobre el futuro son pobres. Al contrario de la

adolescencia tardía, hay mayor interés por el futuro ya que se da más importancia al desempeño que se va a tener en la vida. Al inicio de la adolescencia también empiezan a emerger inquietudes intelectuales y se logra mayor capacidad al trabajar a nivel físico, mental y emocional.

El estadio más avanzado de desarrollo intelectual son las operaciones formales, según Jean Piaget (1991), en el cual se obtienen nuevas habilidades intelectuales que permiten el pensamiento abstracto y resolver problemas complejos, es decir, que el individuo puede utilizar objetos abstractos, no se reduce simplemente a actuar sobre objetos inmediatos o concretos.

Este pensamiento tiene la característica de estar bastante influido por la enseñanza escolar, por lo cual no todos los individuos alcanzan el nivel de las operaciones formales; no obstante, se da en la mayor parte de los adolescentes y adultos occidentales con cierto grado de enseñanza escolar. Sin embargo aunque se obtenga la capacidad de operar formalmente no significa que se deje definitivamente el pensamiento concreto, aunque muchos sujetos han alcanzado el pensamiento formal, en determinadas circunstancias se equivocan al aplicarlo (Clavijo et al., 2005).

En los adolescentes el pensamiento que presentan dentro del cuarto estadio hace frente a mecanismos que lo llevan a la acción y reflexión en la toma de decisiones, también empezará a elaborar teorías y a utilizar ideologías del ambiente, a cambiar su pensamiento y a organizar de forma diferente toda su personalidad y a constituir transformaciones a su aspecto intelectual.

El adolescente obtiene más conciencia de su pensamiento y de las personas a su alrededor, surge un grado de egocentrismo en el que se puede ver envuelto por la falta de capacidad de adoptar su rol y la diferencia entre el punto de vista de los otras personas y la forma en que son percibidos. También cree que solo importan sus necesidades y sentimientos, sin embargo, mientras se desarrollan las operaciones formales va a ir decrementando el sentimiento de egocentrismo (Ávila-Hernández, 2013). Además, el egocentrismo se modifica cuando se restablece el pensamiento formal y la realidad, es

decir, que el equilibrio se logra cuando se entiende a través de la reflexión que su función característica es preceder e interpretar la experiencia y no contradecir.

También en esta fase el adolescente desarrolla un segundo sistema simbólico, ya que el lenguaje adquiere muchos significados y comienza a utilizar metáforas y dobles sentidos.

Algunos teóricos proponen que los adolescentes frecuentemente se desvían mucho cuando pretenden conceptualizar los pensamientos de otro individuo. Esto sucede porque hay ocasiones que no consiguen distinguir sus pensamientos de los pensamientos de la otra persona y esta propensión los conduce a asumir que son el centro de atención de los demás, a lo que Elkind (en Páramo, 2009) denominó “audiencia imaginaria”. Los adolescentes comienzan a ser conscientes de lo que piensan los demás de ellos, lo cual hace que se preocupen por la crítica de los demás pero que solo es producto de su imaginación. Aparte de que suelen afirmar que sus pensamientos y sentimientos son únicos y que nadie más en la humanidad comparte sus experiencias.

Craig (1995; citado en Páramo, 2009) señala que en el pensamiento adolescente se destacan tres características que son importantes: La capacidad de combinar todas las variables y de encontrar una solución a los problemas, la capacidad para suponer el efecto de una variable en otra, la habilidad para disociar, según la fórmula hipotético-deductiva, es decir, si x está presente, entonces y sucederá.

1.1.3 Desarrollo Psicológico

Páramo (2009) señala que dentro del desarrollo psicológico es primordial realizar un análisis del desarrollo integral de la identidad, las características del autoconcepto y del aspecto emocional ocasionadas por la autoestima.

- La identidad

Es fundamental en la adolescencia, ya que se definen aspectos principales para la vida posterior. Además que necesita un continuo cambio para vencer los problemas (Gama-Sánchez, 2008).

La identidad se comprende como aquellas características que hacen a cada persona distinta de las demás, pero a su vez las hacen comportarse de la misma forma en varias situaciones (Galimberti, 2006; citado en Castañeda-Ávila, 2014). Su formación es gradual, con decisiones que se modifican varias veces, las cuales pueden ser de manera simple, sin embargo, estas decisiones van formando al individuo como ser humano. Además, estas decisiones y características están influenciadas por el contexto-sociocultural al que pertenece una persona, siendo un aspecto importante en la formación de su identidad y en el cual se relaciona con sus iguales, además de ejercer roles establecidos por la sociedad que debe asumir, si desea adaptarse al entorno (Castañeda-Ávila, 2014). El desarrollo de la identidad es difícil, por el incremento de autoconciencia que empieza a tener acerca de las contradicciones de las ideas morales de la sociedad y las realidades políticas, sintiendo una falta de conexión entre estos.

Las etapas de la teoría de Erikson (en Páramo, 2009), que es fundamental en el análisis de la adolescencia, incluyen a la llamada etapa de *identidad vs confusión de rol*, señala que en la pubertad y adolescencia la identidad personal en la que confiaba previamente regresa a ponerse en duda, a causa de un acelerado crecimiento corporal y de madurez genital.

El desafío primordial en la adolescencia es conseguir una identidad congruente, es decir, un conjunto coherente y estable para obtener lo que desea y lograr una percepción de sí mismo. Probablemente ocurra que algunos adolescentes consideren laboriosas estas tareas y no logren formar un concepto de sí mismos, lo cual origina que no se adapten de forma realista con sus características personales y en el ambiente en que viven. En esta circunstancia, pueden experimentar una crisis de identidad o difusión de la identidad que puede conducir al aislamiento del adolescente, en tener poca concentración en el estudio, a adquirir conductas negativas o simplemente oponerse a la autoridad. Asimismo, los adolescentes adquieren muchas estrategias diferentes para realizar un esfuerzo en resolver su propia crisis de identidad personal, considerando diversos modelos sociales factibles, es decir, diferentes modelos de individuos en que podrían transformarse.

Sin embargo, en la última etapa de la adolescencia, empieza a adquirir cierta congruencia en la identidad que para él tiene sentido y da significado a su vida. En este

desarrollo de la identidad, los adolescentes pasan varios años en los que analizan y experimentan una extensa variedad de ideologías y roles y continuamente oscilan sobre los que les gusta realizar, asimismo con quién pretendan estar y cómo manifestarse ante distintas situaciones.

El desarrollo de la identidad es primordial ya que sirve de base para el desarrollo psicosocial adulto y sus relaciones interpersonales. Por lo tanto, las dificultades en el desarrollo de la identidad han sido vinculadas con maneras de proceder problemáticas posteriores (Paramo, 2009).

Griffa y Moreno (2005; citados en Páramo, 2009), refieren que una de las tareas fundamentales en la etapa de la adolescencia es la de obtener una definición y valoración de sí mismo. Se espera que el individuo consiga una identidad fuerte y consistente, con vínculos más maduros con las demás personas, con su familia, con un objeto heterosexual, que ahonde en su vida privada, al igual que obtener una conducta consistente.

Sin embargo, en esta búsqueda de identidad, los adolescentes acuden en algunas ocasiones a alternativas transitorias e instrumentales. La identificación masiva cruzada es muy común en las asociaciones de adolescentes, lo cual se ve a través de la forma de vestir, de hablar o gesticular, lo cual parece un mecanismo de defensa frente al temor de la falta de identidad, revertida con la fantasía de la identidad grupal y le pasa al grupo de amigos la dependencia que tenía con sus padres. Esto último le sirve para separarse de los mismos y terminar su proceso de individuación. Otras veces sigue un curso patológico, ya que el adolescente no encuentra identificaciones positivas en su ambiente familiar y social. Erikson (1986; citado en Páramo, 2009), las explica como identidades negativas, entonces el individuo acude a modelos negativos de su medio, a los que idealiza y se observa en delinquentes juveniles, los cuales prefieren ser parte de una banda o actuar con maldad, a no ser nadie.

Uno de los temas importantes en la adolescencia es la autoestima, que se refiere a la valoración que una persona tiene de sí misma por medio del autoconocimiento (son las cualidades, defectos y características propias de cada individuo), autoconcepto o también denominado autoimagen (es la definición que cada uno tiene de sí mismo), autoevaluación

(se refiere a calificar las acciones de la propia persona), autoaceptación (se define el aceptar y reconocer cada una de las partes de la persona) y por último, el autorespeto: es atender y satisfacer las propias necesidades de acuerdo a los valores que se tienen (Castañeda-Ávila, 2014).

El autoconcepto se determina por los vínculos afectivos y las relaciones sociales que se hayan hecho en cada etapa de su vida, debido a que aprenderá cuál es la expectativa que sean como individuos de una sociedad. En la adolescencia temprana la imagen se centra primordialmente en las características corporales, es decir, su aspecto físico, esto se debe a las modificaciones que va teniendo durante la pubertad, así que su aspecto es algo distinto que debe ir aceptando, también puede que aspiren a ser de determinado modo y estar intranquilos cuando su conducta no es congruente. Por ejemplo, un adolescente observa que entre sus amistades y en los programas de televisión, no se resisten a tener relaciones sexuales, por lo que determina tenerlas y sin protección, con cada mujer que pueda.

Sin embargo, en la adolescencia tardía se basará en las aspiraciones, convicciones, creencias, valores, etc., esto es según el ideal del adolescente en la sociedad que debe tener; además, le es más fácil aceptar que los sentimientos y la conducta discrepan dependiendo de la situación. En el ejemplo anterior, el adolescente considerará que es un verdadero hombre al no rechazar ningún encuentro sexual, esto es considerarlo como un reflejo de su masculinidad.

En estas dos etapas mencionadas, si no se cumple el ideal del adolescente, que no sea considerado por la sociedad (los padres, la televisión, las amistades, entre otros) como normal, se ve afectada su imagen, lo que tiene consecuencias como la frustración y la realización de conductas de riesgo, que perjudican la salud (Castañeda-Ávila, 2014).

El atractivo físico es primordial influyente en el autoconcepto. Varias investigaciones han descubierto una diferencia de género con respecto a esto, ya que las jóvenes muestran de forma distinguible menos satisfacción, tal vez al aumento en la preocupación y consciencia acerca de la apariencia física de la que muestran los adolescentes y esto se ve reflejado en su autoestima.

También los medios de comunicación, que se empeñan en un papel dictaminador del atractivo físico tanto para hombres como para mujeres, imponen modelos de belleza inalcanzables e irracionales (Páramo, 2009).

La autoestima depende de varios factores socio-culturales que influyen en que la persona tenga una baja o alta autoestima. Estos factores son:

- El género: En las mujeres, la autoestima suele ser más baja y frágil, la cual disminuye a lo largo de la adolescencia, debido a la preocupación en la apariencia, en el rendimiento escolar y en el éxito social, a diferencia de los hombres, que es más elevada, y va aumentando conforme avanza hacia la adultez . Aunque los hombres tengan las mismas preocupaciones que las mujeres, se inclinan a darle mayor importancia a los estereotipos, tales como el ser seguros de sí mismos, fuertes y valientes.

- El nivel socioeconómico: Es más destacable en los individuos que atraviesan por la adolescencia tardía, ya que está relacionada con el status social en el que se encuentran y esto afecta de modo directo su autoestima, al compararse con los demás, con lo que desearan ser y tener (Castañeda-Ávila, 2014).

Marie (2004; citado en Páramo, 2009) realizó una investigación en Estados Unidos con 30 adolescentes, donde se reportó la influencia de variables sociodemográficas; la clase social, padres divorciados, lugar de vivienda, el género, en relación con la autoestima de los jóvenes en su transición hacia la escuela media. Los resultados señalaron que de acuerdo a la variable de clase social, se obtuvieron diferencias al comparar las variables de residencia y género. Se concluyó que los hombres adolescentes de padres divorciados, de una familia de bajos recursos y encargada de ésta, tenían el menor puntaje de autoestima, tal vez por el hecho de estar preocupados por intentar hacerse responsables y al mismo tiempo, en aportar económicamente en la casa. Además, revelaron diferencias en la autoestima de los estudiantes en distintos dominios: con los pares, la escuela y el hogar, en donde con los pares fue menor que las dos posteriores, quizá por las dificultades en habilidades sociales presentes en algunos adolescentes.

La autoestima baja se encuentra estrechamente vinculada con problemas familiares, un bajo rendimiento en el trabajo y/o escolar, con distintos indicadores de malestar psicológico, como la depresión, ansiedad y otros trastornos.

Páramo (2009) concluyó que la autoestima puede elevarse durante la adolescencia pero que, sin embargo, es algo más baja en las chicas que en los chicos, que puede verse afectada por la pertenencia a una clase social y por el éxito o el fracaso en la búsqueda de vínculos, y que, en general, es una dimensión del autoconcepto que, tal vez por sus componentes afectivos, refleja con gran intensidad la influencia del medio social.

1.1.4 Desarrollo social

Existen dos influencias sociales fundamentales para el desarrollo de los adolescentes: la familia, primordialmente los padres, y los amigos, que consiguen tener un papel importante durante este periodo (Gamas-Sánchez, 2008).

- **Relaciones Interpersonales**

Durante la adolescencia se extiende la importancia de los grupos de amigos, ya que los adolescentes buscan apoyo para afrontar los cambios emocionales, físicos y sociales de su edad y lo realizan con los amigos debido a que buscan entre quienes atraviesan por las mismas experiencias. Las redes de compañeros son fundamentales para el desarrollo de las habilidades sociales de los jóvenes, además, sus relaciones ayudan a promover respuestas positivas a varias de las crisis que estos individuos enfrentan.

La tarea de las relaciones entre sus pares consiste en desarrollar una sensación de bienestar, por lo que la falta de apoyo de los amigos resultaría en un estado de ánimo de tristeza y en una descarga de la necesidad de intimidad inapropiada. Además, la apertura de relaciones más profundas, permitirá experimentar el validarse a uno mismo lo que se manifestará en una opinión positiva y el reconocimiento de los otros. Durante la adolescencia tener un amigo de confianza puede ayudar a trascender traumas procedentes de experiencias familiares. Asimismo, los compañeros y amigos son una condición necesaria previa para el desarrollo moral.

El entorno social del adolescente es más extenso y complicado que el del niño, esto se debe a que el adolescente se apoya demasiado en sus pares para obtener seguridad y orientación, tal vez esto ocurra al pensar que únicamente otras personas que atraviesan por la misma transición son confiables para entender sus experiencias. Sin embargo, los adolescentes al elegir a sus iguales tienden a hacerlo hacia aquellos que tienen actitudes y valores sostenidos por sus padres.

Es fundamental que los individuos formen parte de un grupo, pues con ello establecen lazos de amistad que permitan establecer relaciones con sus compañeros de verdaderos amigos. La relación con los amigos, en circunstancias similares, les ayuda para tener puntos de referencia acerca de su actuar o ideas. La identificación con el grupo les servirá para lograr la autoafirmación, ya que un adolescente sin grupo es poco probable que encuentre elementos para su identificación, como las características de su personalidad, la forma en que ve y comprende la vida, sus pensamientos, sus gustos, sus ideas, sus necesidades y sus anhelos.

La afiliación grupal describe cómo los grupos son definidos por las actividades o actitudes que tiene en común sus miembros y está dada por el acuerdo de los amigos del grupo, pero a la vez no es designada por los miembros del grupo, es decir, es de manera implícita. Cada grupo tiene normas o patrones de comportamiento de forma distinta, adoptando actitudes que los distinguen de otro grupo.

Con la edad, los sujetos cambian su idea de los grupos, porque en la adolescencia temprana se centra en las formas de proceder en específico de los miembros del grupo y en la adolescencia tardía se focaliza en los valores y características disposicionales de los miembros. Este cambio parece incrementar la influencia de los amigos del grupo perteneciente sobre los sujetos, la cual afecta en la apariencia, con sus actitudes, valores y con su manera de actuar (Paramo, 2009).

Aberasturi (1985; citado en Gamas-Sánchez, 2008) señala que para los adolescentes, la amistad representa el iniciar relaciones que puedan durar mucho tiempo, fundadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante esta etapa se aprecia a las amistades primordialmente por sus características

psicológicas, por lo tanto los amigos son ideales para compartir y apoyar en dar solución a conflictos psicológicos tales como la tristeza, la soledad y la depresión, entre otras. Asimismo, la amistad es considerada como relaciones sociales que duran mucho tiempo y se construyen a lo largo de éste, al igual que por medio de la amistad toma conciencia de la realidad del otro, formándose de esta manera actitudes sociales. Otro aspecto relevante de la amistad es que tiene una función de integrar a la sociedad al adolescente, lo cual ayuda a reforzar y sociabilizar el yo.

Cabe mencionar que el grupo le permite que consiga su autonomía, sin embargo cuando el adolescente ha alcanzado su independencia abandona el grupo, debido al conocimiento de que su autonomía y la del grupo se oponen, por ello es normal que abandone el grupo para comprometerse en relaciones con el otro sexo (Gamas-Sánchez, 2008).

Moreno y Barrio (2000; citados en Páramo, 2009) investigaron las funciones de la amistad, las cuales son:

- El valor de los amigos en cuanto se refiere al desarrollo de las habilidades sociales.
- El experimentar todos los aspectos de la amistad, la cual proporciona el tipo de interacción que produce un incremento en la autoconfianza, y le facilita la ocasión para desarrollar la reciprocidad, la intimidad, la confianza y el compromiso con sus amigos.
- Hace posible modelar y remodelar los valores
- El apoyo emocional, ya que los amigos ocupan el vacío afectivo obtenido del proceso de separación de los padres.

Diversos estudios han manifestado que los grupos ejercen un efecto positivo en el desarrollo del adolescente, que por medio del grupo, aprende a conocer los problemas de la sociedad, así como de los demás. Esto lo conecta y compara con el mismo, asimismo le permite entender sus recursos personales favorables, ya sea en mayor o menor medida.

Se establece que en la educación media se observan grupos de camaradas y al pertenecer a ese grupo se vincula con el bienestar psicológico, además de su habilidad para afrontar el estrés.

En la formación del grupo se produce un cambio estructural, la incorporación de los sexos, ya que en la adolescencia temprana los grupos inicialmente eran del mismo sexo pero eventualmente forman lazos cercanos con personas del sexo opuesto, conformando nuevas actividades sociales. Estas asociaciones, al final de la adolescencia, llevan a uniones diádicas y determinadas por relaciones de ambos sexos más íntimas, transformándose en amistades que puedan o no terminar en relaciones de pareja.

Pertenecer a un grupo es una parte primordial en el desarrollo del sujeto, pero si este tiene una personalidad insuficientemente estructurada, de manera que el individuo sea fácilmente manejable, entonces el grupo puede transformarse en un elemento distorsionado que origine problemas en la falta de adaptación social, así como personal, e inclusive algún otro tipo de trastorno.

Precisamente, en el proceso de individuación del adolescente, es un riesgo potencial que algunos de ellos dependan demasiado de sus amigos y hagan de su grupo la forma de conseguir seguridad, externamente de la familia. En tales sucesos esa dependencia resulta problemática, debido a que descarta la tendencia a ser independiente y autónomo, aunque generalmente se aduce que el grupo de amigos es el principal determinante en la habilidad de un individuo de obtener un sentido de independencia y autonomía en relación con su familia.

Por último, es relevante mencionar el desarrollo moral, expresado en cumplir con las reglas, normas y valores que determinan y reconocen a los individuos en la sociedad de la que forman parte, las cuales serán importantes para la formación de él mismo (Galimberti 2006; citado en Avilés-Castañeda, 2014). Los juicios morales en la adolescencia temprana, son establecidos por las expectativas del grupo de amigos del cual forma parte, debido a que se busca la aprobación de sus integrantes, siguiendo sus reglas impuestas, como por ejemplo, aquellos adolescentes que tienen relaciones sexuales para no ser calificados como anticuados o como homosexuales. Por otro lado, los juicios morales y las conductas en la adolescencia tardía se fundan en los derechos universales, a pesar de las normas impuestas por la sociedad y/o los grupos de pares, debido a que se ha originado un criterio propio acerca de los roles sociales (Avilés-Castañeda, 2014).

- Relaciones Familiares

Al inicio de la pubertad, los individuos comienzan a sentir nuevas necesidades de ser independientes y, como resultado de lo anterior, quieren hacer actividades sin el constante control de los padres; además, les fastidian las actividades de la casa, las preguntas de los padres acerca de lo que crean que es su vida privada (Gamas-Sánchez, 2008).

Los padres y los adolescentes continúan dependiendo uno del otro en muchos aspectos, lo que originará una situación nueva, que llevará a una negociación de interdependencia entre ambas partes, por lo tanto, llegarán a acuerdos de la responsabilidad que deberán asumir cada uno, produciéndose una ruptura de lazos familiares (Ávila-Hernández, 2013).

Empieza a existir un desgaste en el vínculo con los padres por parte del adolescente por el incremento de los problemas familiares. Después que es capaz de separarse de sus padres logra su individualidad y puede pensar por sí mismo, al mismo tiempo que sigue como miembro de la familia y participa junto con sus padres en resolver los problemas que le corresponden a cada uno (Paramo, 2009).

Los adolescentes se empeñarán en conseguir privilegios, porque consideran que ya no son niños, pero tampoco son adultos aún, entonces es necesario y esencial que los padres les pongan límites (Ávila-Hernández, 2013).

Por lo tanto el establecimiento de límites en los jóvenes es fundamental. Se establece que los adolescentes en el transcurso de la dependencia a la independencia, no pueden llegar a convertirse en verdaderos adultos si no logran comprobar los límites de la autoridad; además, tampoco podrán descubrir en qué creen, a menos que experimenten el enfrentarse con firmeza, contra las creencias de otras personas. Por ello es necesario conocer cuáles son los estilos parentales apropiados (Páramo, 2009):

- Estilo autocrático: se caracteriza por el excesivo control y la restricción de la autonomía del hijo, así como por el valor de la obediencia y el castigo.

- Estilo permisivo o *Laissez-Faire*: se caracteriza por la ausencia de control de los hijos y la concesión total de autonomía.
- Estilo democrático: se sitúa en un punto intermedio entre los dos estilos anteriores, de modo que los padres intentan controlar la conducta de sus hijos a través de la reflexión y el diálogo, en lugar de la imposición, y conceden una autonomía supervisada a los hijos.

Estudios sobre los efectos de las prácticas educativas en la autoestima, la independencia y la competencia de los adolescentes, señalan que en una familia razonablemente democrática se encuentran adolescentes autoconfiados con una mayor autoestima y una independencia con responsabilidad. De manera contraria, se observan las familias con padres autocráticos, donde existe poca comunicación y convivencia con sus hijos y los individuos se caracterizan por ser dependientes, bajos de autoestima y con falta de confianza. Además se encuentran los padres con una estructura educativa de *laissez-faire*: no proveen ningún tipo de apoyo y los hijos tienen un elevado riesgo de consumir drogas, así como de expresar otras conductas socialmente inadecuadas. Es distintivo de estos padres, que no proveen a sus hijos de modelos apropiados de comportamiento, además que conviven poco con ellos y son poco competentes al afrontar este tipo de conflictos (Páramo, 2009). Finalmente, los padres permisivos que manifiestan escaso control y orientación, imposibilitan que los adolescentes aprendan a tener autocontrol (Kimmel y Weiner, 1998; citados en Ávila-Hernández, 2013).

Ávila- Hernández (2013) refiere que las primordiales características de los padres con autoridad son el afecto, el cuidado, las exigencias y los castigos apropiados, además de un control firme apoyado en la disciplina inductiva, la cual se refiere a explicar el propósito de las reglas o normas del proceder, al igual que estar abierto a la opinión para transformarlas.

Las familias con prácticas razonablemente democráticas, con usuales explicaciones por parte de los progenitores acerca de las reglas de conducta, ayudan a la independencia de la siguiente manera:

- Conceden oportunidades para aumentar la autonomía, conducida por los correspondientes padres que se encuentran interesados en relacionarse con su hijo y ejercer apropiados grados de control.
- Fomentan una identificación positiva con el padre, fundada en el amor, además del respeto del hijo.
- Provee modelos favorables de independencia, esto es, de autonomía en el interior de un ámbito democrático.

De manera distinta, unos padres autoritarios o indiferentes no muestran modelos de independencia responsable a los hijos, no beneficia el que los individuos se identifiquen con los adultos, asimismo no les proveen las experiencias adecuadas a su edad para obtener una autonomía de forma responsable (Páramo, 2009).

En las familias que son más sanas psicológicamente hablando, los padres tienen la posibilidad de ajustarse a la independencia de los hijos, para relacionarse de una manera más adulta y que los adolescentes tomen parte en la toma de decisiones familiares.

El adolescente tiene más posibilidades para desarrollarse de manera efectiva, cuando los padres son más amorosos y respetuosos con el adolescente, al tener atención por lo que les aflige, además, que acepten y reconozcan el desarrollo social, cognitivo y emocional, además de transferirle motivaciones por el éxito obtenido y confrontar los problemas de forma democrática y positiva (Ávila-Hernández, 2013).

Los padres deben comprometerse a resolver los conflictos que surgen en el hogar con el adolescente, con paciencia, comunicación y tolerancia, pero al mismo tiempo, con firmeza al determinar nuevos límites y nuevas pautas de interacción familiar, y esto puede disminuir los problemas que se originan al convivir con él.

Los padres deben descubrir el equilibrio perfecto entre la libertad y la prohibición para buscar el máximo de la autoseguridad, el autocontrol y la madurez del juicio, porque los padres que presionan controlando y con restricciones excesivas, debilitan la autoconfianza y capacidad de autonomía. Además, los padres que son muy complacientes o que no tienen la capacidad de imponer su autoridad, le hacen difícil la tarea a sus hijos de transformarse en adultos responsables y ser independientes.

Los padres que renuncian a la responsabilidad de su hijo antes de tiempo, lo privan del apoyo y guía que tanto requiere y promueven un resentimiento al fingir que algo les pueda suceder, cuando es lo contrario.

Los padres que establecen una autoridad razonable, al igual que guiarlos en circunstancias que afirman su autonomía, son los que incrementan la autoconfianza, su autocontrol, su autoseguridad y sus juicios maduros (Páramo, 2009).

1.2 Factores de riesgo en la adolescencia

Factor proviene del latín, *factio*: capacidad, y este concepto significa un proceso o suceso, por el cual una causa origina un determinado efecto.

Riesgo hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño (Delgado-Mendoza, 2006).

Por lo tanto factor de riesgo significa cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de enfermedad.

Kazdin (2003, citado en Páramo, 2009) refiere que en la adolescencia hay un aumento en comportamientos problemáticos o de riesgo, por ejemplo: el consumo de sustancias, ausentarse en la escuela y/o suspensión, vandalismo, sexo a edades tempranas y sin protección. Estos son señalados como comportamientos de riesgo, porque elevan la probabilidad de consecuencias desfavorables, tanto en lo social, como en lo psicológico y en la salud, por ejemplo: el consumo de alcohol en exceso está relacionado con tres maneras frecuentes de mortalidad en adolescentes y son; suicidio, homicidio y accidentes en autos.

Los factores usuales que originan las conductas de riesgo durante la adolescencia más importantes son:

- a) Edad: entre más temprano surge cualquier conducta riesgosa, más fuerza conseguirá y por lo tanto mayores serán las consecuencias negativas que se ocasionarán a lo largo del tiempo.
- b) Expectativas educacionales y notas escolares: Los promedios bajos y las expectativas en la escuela, se relacionarán con conductas de riesgo.
- c) Comportamiento general: el no asistir a la escuela, la conducta antisocial y otras conductas inadecuadas, se relacionan con las conductas riesgosas.
- d) Influencia de los amigos: El tener poca facultad de soportar la presión de los amigos o el poseer amistades que fomenten estas conductas riesgosas, incrementan la posibilidad de que propio adolescente se implique en ellas.
- e) Calidad de la vida comunitaria: el habitar en ambientes de pobreza o en comunidades urbanas de elevada población se asocia con el surgimiento de estos problemas.
- f) Calidad del sistema escolar: es principalmente en la delincuencia, abuso de sustancias narcóticas y bajo rendimiento
- g) Influencia de los padres: El tener con los padres un vínculo deficiente, un estilo parental autoritario o permisivo en demasía.
- h) Variables psicológicas: El ser diagnosticado con depresión, aunado con el estrés en demasía es el que surge más comúnmente relacionado con diversas conductas de riesgo (Páramo, 2009).

La existencia de un factor de riesgo no significa que una consecuencia negativa, como el fracaso escolar se origine inevitablemente, pero sí que aumente la probabilidad de que suceda.

Los factores de riesgo se clasifican en:

- Individuales: se denomina a antecedentes familiares de alcoholismo, poco control de impulsos, discapacidad, falta de motivación, déficit de atención e hiperactividad y bajo coeficiente intelectual.
- Interpersonales: se asocian con inadecuada comunicación familiar, los problemas entre padres e hijos y la falta de afecto, la crianza de forma

descuidada, consumo de alcohol y drogas, rechazo de los amigos, bajo compromiso escolar, y participación con grupo de amigos antisociales.

- Los ambientales son determinados por la carencia económica, pobreza, desorganización vecinal y a la falta de seguridad en los barrios (Benard, 2004; citado en Jenson & Fraser, 2011; citados en Aguiar, 2012).

También pueden aumentar el riesgo de los factores individuales los castigos severos, al igual que excluir a los adolescentes o niños de actividades por el hecho de sobreprotegerlos de las adversidades y, por último, permitir que resuelvan sus problemas sin ayuda (Killian, 2004; citado en Aguiar, 2012).

Los factores de riesgo se pueden distinguir en:

1. Estructurales: los cuales forman parte del contexto social, escolar, o de la familia como son: la pobreza, el nivel socioeconómico, la falta de seguridad de un barrio, las condiciones físicas de la escuela, la violencia en la escuela, la mala calidad de la enseñanza por parte del profesorado, el haber consumo de alcohol o de drogas dentro de la familia, la crianza de forma negligente, todos estos elementos son difíciles o incluso imposible cambiarlos de forma voluntaria (Valenti, 2009; citado en Aguiar, 2012).
2. No estructurales: los que actúan de forma individual, como el coeficiente intelectual, el sufrir de delincuencia organizada o de violencia escolar, o comenzar a consumir alcohol y drogas por parte del grupo de amigos, estos son de carácter más controlable y más susceptible al cambio (Rutter, 1993; citado en Aguiar, 2012).

Por ejemplo, en los factores de riesgo estructurales, es difícil desaparecer los grupos de pandillas en el barrio y en los alrededores de la escuela, pero lo que sí se puede realizar es cambiar los horarios de entrada y salida de la escuela, o de organizar grupos de vecinos para cuidar la integridad de los alumnos, a lo que no se cambia la presencia de las pandillas, pero sí se transforma la manera en que se reacciona a ellas. En lo individual el poseer padres comprensivos y protectores, con una forma de criar democrática y autoritaria de

manera balanceada, lo cual puede proteger al adolescente del consumo de drogas o de alcohol.

Por lo tanto, el ser adolescente en ocasiones se puede ver envuelto en factores de riesgo que de cierta manera pueden afectar el desempeño escolar, familiar y social (Aguilar, 2012).

1.2.1 Conducta sexual de riesgo

Las conductas de riesgo son consideradas desde diferentes enfoques. Se considera de riesgo a los individuos o a los grupos que son más susceptibles de enfrentar dificultades físicas o sociales y se debe a un tipo de conducta que no es aprobado social o legalmente.

En el factor de riesgo sexual, un individuo muestra una conducta que puede originar daños a su salud o a la de otro sujeto, fundamentalmente por medio de la posibilidad de contagio de enfermedades trasmisibles de forma sexual, como el SIDA (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003; citados en Gonçalves, Castella y Carlotto, 2007). Por lo tanto, la adolescencia es una etapa decisiva para la salud, debido a que constituye a un periodo donde prevalece un impulso natural de probar toda una extensa serie de nuevas actividades que pueden llevar a un elevado riesgo para la salud (Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003; citados en Gonçalves et al., 2007).

Actuales investigaciones han revelado que determinados aspectos sirven como predictores de la utilización o de la intención de usar el preservativo entre adolescentes, entre estos se encuentran las actitudes positivas de manifestar sobre la prevención en el comportamiento sexual, la comprensión de la auto-eficacia, el auto-concepto positivo y sobre el conocimiento exacto del riesgo de contagio de las ITS/SIDA, además del valor del uso del condón en la prevención (Caffray & Schneider, 2000; citados en Gonçalves et al., 2007).

Conforme a las estadísticas y reportes, se ha determinado que el inicio de la actividad sexual a edades tempranas, distinguidas por la falta de medidas de protección y varias parejas sexuales, elevan el riesgo de adquirir ITS o VIH/SIDA, por lo que se considera a los adolescentes como una población vulnerable con respecto al incremento

cada vez mayor de estas prácticas sin ninguna prevención (Campo, Silva, Meneses, Castillo & Navarrete, 2004; citados en Gonçalves et al., 2007).

En una investigación en México acerca de la conducta sexual de riesgo y la ingesta de alcohol en adolescentes, con una muestra de mil jóvenes, se descubrió que el 30.5% de la población comenzó su vida sexual con una edad promedio de 15.33 años, de los cuales el 8.7% aseguraron que jamás han utilizado el condón y el 4.5% casi nunca lo han usado (Palacios, Bravo & Andrade, 2007; citados en Gonçalves et al., 2007).

Los estudios sobre la percepción de riesgo en adolescentes se enfocan en las actividades que desempeñan con frecuencia y en la percepción de riesgo relacionada a cada una de ellas. Benthin (1993; citado en Gonçalves et al., 2007) realizó un estudio en Estados Unidos acerca de la percepción de riesgo en una muestra de 41 estudiantes de una escuela universitaria. Los resultados mostraron que los riesgos relacionados a la actividad sexual eran los más conocidos y los más controlables por los jóvenes y eran el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, los dos primordiales tipos de riesgo percibidos en ese ámbito. Sin embargo la percepción de riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual era menos conocida y de cierta manera más temida, por lo que era menos percibida como controlable, a diferencia con el riesgo del embarazo. En este caso, varias conductas no fueron percibidas como arriesgadas o asociadas de manera directa al comportamiento de tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo.

En el adolescente surge el deseo de aceptar los riesgos sin visualizar las consecuencias a futuro, lo que conduce a realizar conductas sexuales de riesgo, sin uso del condón, bajo los efectos de estupefacientes, así como de mantener relaciones sexuales con varias parejas e incluso algunas veces con parejas desconocidas, lo que eleva el riesgo de contagios de ITS o de embarazos no planeados (Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez, 2012).

Entre los riesgos se encuentran los de la salud física, que pueden ser el resultado del comportamiento sexual sin uso del condón, que además conlleva a sufrir riesgos para el bienestar psicológico, originando un fuerte arrepentimiento posterior.

Las estrategias de afrontamiento (*coping*) son un factor importante en la práctica de tener relaciones sexuales sin preservativo. Se observa que en demasiadas ocasiones la dificultad radica en expresar una posición asertiva, esto ocurre principalmente con las mujeres (Taquette, Villena, & Campos de Paula, 2000; citados en Gonçalves et al., 2007). En otras ocasiones los individuos dirigidos a estrategias centradas en la emoción, buscan disminuir el estrés emocional relacionado con las circunstancias (Martín, Díaz, Jiménez Sánchez, y Fernández-Abascal, 2000; citados en Gonçalves et al., 2007). Otro tipo de estrategia es la evitación, principalmente la cognitiva, que dificulta que la persona se aproxime al problema y reflexione acerca de él. Además, una de las estrategias de afrontamiento es precisamente la búsqueda de pertenencia a determinados grupos, lo que puede ser un problema dependiendo de los grupos en que el adolescente participa (Castillo & Balaguer, 2002; citados en Gonçalves et al., 2007).

La influencia de los padres, hermanos, amigos, compañeros, vecinos, etc. es fundamental durante este período de vida, debido a que estas redes de apoyo pueden tener un impacto positivo o negativo sobre los jóvenes (Orcasita et al., 2012).

Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto y Ballester (2007; citados en Orcasita et al., 2012) realizaron un estudio donde aseguran que uno de los aspectos significativos en la conducta sexual de riesgo es la baja educación afectivo-sexual ofrecida por las redes de apoyo, entre ellas la familia y las instituciones gubernamentales. Por lo tanto, Avendaño y Barra (2008, citados en Orcasita et al., 2012) han planteado que el apoyo social dado por las redes sociales, tendría influencia sobre la calidad de vida y el bienestar de los individuos, todo esto después de hacer un estudio con distintas ITS que padecen los adolescentes.

Todos los individuos presentan necesidades físicas, emocionales y afectivas, debido a la necesidad que tienen las personas de estar en constante relación mutua con el medio ambiente. Este proceso hace posible la producción de recursos de apoyo para enfrentar situaciones de riesgo que puedan surgir. En este sentido, el apoyo social es uno de los recursos primordiales de que disponen las personas para su desarrollo. Tales recursos son ofrecidos por los miembros de las redes sociales que tiene cada sujeto y pueden ser de tipo emocional, de compañía, informacionales o materiales, siendo un sistema de intercambio, es decir de dar y recibir.

Méndez y Barra (2008; citados en Orcasita et al., 2012) señalan que el apoyo social está relacionado a la forma en que valora un individuo su red social y el apoyo social dispone de funciones primordiales que son:

- Apoyo emocional: se refiere a poder compartir sentimientos, reconocimiento, afecto, pensamientos y a la escucha, repercutiendo de manera favorable en la autoestima o en las funciones de las personas.
- Apoyo cognitivo: alude al consejo, orientación y conducción, a la reciprocidad de información y experiencias que intervienen en producir estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas circunstancias que los individuos puedan afrontar.
- Apoyo instrumental: hace mención al sostén económico (dinero, ropa, vivienda, comida, etc.) o de servicios, como son cuidados personales, transporte, estudios y trabajos en la casa.

Algunas de las herramientas esenciales que orientan la dirección de las redes de apoyo son la autorregulación, el autoconcepto y la autoeficacia. Estas competencias se desenvuelven primordialmente en la familia nuclear y después brindan fuerza de forma adecuada o inadecuada en el proceso de individualización personal e interacción social (Orcasita et al., 2012).

La familia es considerada la unidad básica de la salud, encomendada de educar con límites, pero ejerciendo autoridad de forma compartida, responsable y afectiva, ofreciendo factores protectores (Castellano, 2005; citado en Orcasita et al., 2012). También la institución educativa, se considera parte de la red de apoyo, ya que determina las normas que en un futuro serán terminantes para la existencia del sujeto, pues no sólo transmite conocimientos, sino que también ofrece acceso a la individualización, debido a que presenta un funcionamiento que se funda en procesos de reflexión y evaluación. Asimismo, le permite adquirir seguridad psicológica y apoyo para identificar las dificultades y buscar soluciones a ellas.

Otra red principal de apoyo son los amigos, debido a que brindan la posibilidad de tomar decisiones junto a sus amistades, además de manifestar emociones, ideas, ambiciones y expectativas que puedan estar en desacuerdo con los valores y principios de los adultos.

Las redes sociales como parte del apoyo social tienen consecuencias positivas sobre la salud física, psíquica y emocional. De acuerdo con Orcasita y Uribe (2010; citados en Orcasita et al., 2012), los estudios realizados acerca del apoyo social señalan que tiene distintos efectos positivos sobre la salud y el bienestar de las personas, además de que los individuos que perciben elevados niveles de apoyo social presentan un mayor autoconcepto, autoestima y autoconfianza, así como un estilo de afrontamiento más apropiado ante el estrés, mayor autocontrol y bienestar.

Por lo tanto, el apoyo social ayuda a los sujetos a reducir las posibilidades de incidir en conductas de riesgo como el consumo de alcohol, drogas, delincuencia y suicidio (Orcasita et al., 2012).

1.3. La sexualidad del adolescente

1.3.1 Sexualidad

Cuando se habla de sexualidad hay que referirse a aspectos biológicos tales como la fecundación, la genética, las hormonas, el coito y la reproducción; en el aspecto psicológico están las percepciones, sensaciones y los sentimientos y en el aspecto sociológico se encuentran el comportamiento, los manierismos, el uso de ropas, juegos, etc. La sexualidad del ser humano se compone de un conjunto de extensas manifestaciones comportamentales y actitudinales que primordialmente se estructuran por influencias sociales y culturales, más que por las características biológicas que determinan a las personas (Barragán, 1997; citado en Torices, Ávila y colaboradoras, 2012), además, el término sexualidad señala a una dimensión principal del hecho de ser humano. En resumen, la sexualidad se practica y manifiesta en todo lo que es el ser humano, lo que siente, piensa y hace (Torices, Ávila y colaboradoras, 2012).

Garrido y Pérez (2008) refieren que la sexualidad se manifiesta en forma de actitudes, valores, pensamientos, fantasías, en las relaciones humanas y deseos. Para que el

ser humano tenga un desarrollo pleno de la sexualidad se debe conseguir la satisfacción de las necesidades fundamentales que tiene, tales como la intimidad, el amor, la expresión emocional, el placer, el deseo del contacto y ternura; por lo tanto la sexualidad se vive y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos, hacemos y se encuentra presente a lo largo de la vida de la persona.

La sexualidad está moderada por un conjunto de normas y reglas, unas nuevas otras tradicionales, que manifiestan los cambios en la forma en que los seres humanos dan sentido y valor a su conducta, a sus placeres, a sus deberes y a sus sentimientos (Garrido y Pérez, 2008).

Cuando hablamos de sexo la palabra debe ser interpretada según el contexto, es decir, se considera sexo a la clasificación que de acuerdo a la morfología, fisiología y genética se hace de una especie: hombre y mujer, o en su defecto se refiere sexo al comportamiento sexual o reproductivo, por lo que su significado queda evidente por el contexto (Shibley y Delmater, 2006).

- Los componentes básicos de la sexualidad humana

Rubio Auriolés (citado en Piña, 2013), propone que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro *holones* (o subsistemas) sexuales, los cuales son: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva y cada uno de estos componentes se muestran en los diferentes niveles de estudio del ser humano, motivo por el cual no son presentados como conceptos biológicos, sociales, psicológicos o culturales, sino como componentes integrantes de la sexualidad

Por lo tanto, la idea de integración es principal en este modelo y por integración se refiere, en el pensamiento de sistemas, que un elemento no puede ser representado de manera correcta si se considera de forma aislada, debido a que su actuar depende de los otros elementos del sistema. La sexualidad se construye en la mente de la persona por medio de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir (Gamas-Sánchez, 2008).

También cada uno de estos elementos es complejo, ya que tienen una manifestación que los caracteriza, asimismo al relacionarse entre sí marchan como un sistema.

Por lo tanto, los cuatro componentes básicos integrantes de la sexualidad, también denominados holones sexuales, son:

- La reproductividad: Se refiere a elementos psicológicos y sociales encaminados a la reproducción de construcciones mentales, ya que no sólo se limita al hecho biológico de engendrar, sino más bien son las funciones de maternidad y paternidad. Esto incluye a las personas que no son padres biológicamente hablando, pero que sin embargo se preocupan del crecimiento de otros, espiritual y biológicamente, y en esa acción manifiestan su reproductividad.

- Género: Se le denomina dimorfismo o dos formas, una cualidad de los seres humanos y alude a la forma masculina y femenina. Asimismo la identidad genérica o identidad de género, es una especie de marco de ideas, de conceptos que los seres humanos poseen en relación a lo que son, a lo que son las demás personas y a lo que se debería ser en función de ser hombre o mujer. Como los seres humanos se comunican con los demás, por esta razón los grupos desarrollan ideas que comparten de lo que es ser hombre y ser mujer y por tanto, de lo que deben ser, lo cual le ha referido a roles sexuales. La intensidad de los sentimientos con respecto a la sexualidad está comúnmente relacionado con sus otros componentes (Piña, 2013).

- El erotismo: Es la potencialidad de experimentar placer sexual y la mayor parte de los individuos lo desarrollan y lo gozan, pero no todos. El placer erótico no se refiere solamente a la realización de una fantasía, alude sobre todo a la reacción física del cuerpo, ya sea que se aprueben las experiencias que resultan estimulantes. Los cambios más importantes son tres: el deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo. Sin embargo, para experimentar el placer sexual, se requiere de que el cuerpo humano se encuentre sano, que no haya ninguna interferencia de índole biológico con las funciones fisiológicas que surgen con el erotismo (Consejo Estatal de Población, 2010).

- El vínculo afectivo: Se refiere a la capacidad del ser humano de desarrollar afectos hacia otro ser humano en específico, el cual ocasiona

sentimientos intensos, a lo que se denomina respuestas afectivas. Supone también lo que sienten cada uno de los individuos en relación a la ausencia o presencia de ese otro individuo (Gamas-Sánchez, 2008). Es necesario que la capacidad de vincularse se desarrolle al igual que los demás componentes de la sexualidad y se manifieste durante la adultez, produciendo sensaciones de placer o de sufrimiento, ya que existen vínculos afectivos en que sobresalen sentimientos de enojo, resentimiento y dolor y se les llama vinculaciones afectivas desafortunadas (Consejo Estatal de Población, 2010).

1.3.2 La sexualidad en la adolescencia

La sexualidad humana se encuentra a lo largo de la vida, sin embargo en la adolescencia se vive y expresa de forma distinta a como se manifiesta en otras etapas de la vida, debido a que en este periodo aparecen sensaciones e impulsos sexuales, que se encuentran vinculados con los cambios biológicos que enfrentan los jóvenes.

Los cambios hormonales producen que surjan deseos y fantasías eróticas y deseen sentir placer físico por medio del propio cuerpo y el de otros, esencialmente el de la persona que les atrae. La manera en que viven estos cambios y procesos se relaciona con características personales (como el sexo, la edad o personalidad) y sociales (la cultura, el nivel de educación, la religión, demás), además de las reacciones y demandas de la sociedad.

En esta etapa es común que se vuelva a producir la autoestimulación y las fantasías o el soñar despierto, lo cual permite que salgan los deseos e impulsos sexuales que se están experimentando; esto ocurre durante toda la adolescencia, no sólo al inicio de ella. Además de que lleva a cabo un papel fundamental, porque permite explorar el cuerpo, conocer los genitales, cómo funcionan y liberar energía sexual.

En esta etapa se va viviendo una mayor adaptación a las transformaciones del cuerpo, los amigos del mismo sexo ocupan un lugar primordial, por lo que es común que se tenga un mejor amigo o amiga, con el que se comparten confidencias, tristezas, alegrías y deseos más íntimos.

También aparece el enamoramiento, por lo que son muy usuales los amores imposibles al enamorarse de personas mayores de edad. Esto tiene un fin fundamental: dar seguridad, lo cual se obtiene al fantasear o imaginar lo que se desea y haría, sin tener que enfrentar a la persona en la realidad.

Al final de la adolescencia, la necesidad de pertenecer al grupo de amistades se va disipando, debido a que se elige tener más tiempo para estar con la pareja solamente, esto es porque valora mayormente la intimidad. Además, las relaciones de pareja en la mitad de la adolescencia son más comunes, estas relaciones son cortas e intensas. Más adelante, estas relaciones se vuelven más estables y duraderas, distinguidas por una mayor preocupación por lo que siente y quiere la pareja, asimismo aparece la inquietud por decidir el inicio de las relaciones sexuales.

En la adolescencia se consolida la identidad sexual, lo que se refiere a la manera en que un individuo se siente, en lo más íntimo de su ser, ya sea como hombre o mujer. La identidad sexual permite que los individuos puedan sentirse, reconocerse y actuar como hombres o como mujeres. También esclarece las ideas, sentimientos y significados que se tienen con respecto al propio sexo y al sexo contrario, por lo que la identidad sexual permite distinguirse como hombre o como mujer (Vega y Alvarado, 2005).

Algunos adolescentes contemplan el sexo como un medio de escape para liberarse del control de sus padres y de los adultos y así manifestar su paso a la edad adulta, pero con consecuencias no siempre positivas (Gamas-Sánchez, 2009). Además, hay un aumento en el interés por saber acerca del sexo y, como consecuencia, por adquirir más información sobre su sexualidad, pero esto es muchas veces de forma errónea (Ávila-Hernández, 2013).

Ávila-Hernández (2013) refiere que también se encuentran otras causas para que los adolescentes se relacionen sexualmente, tales como castigar a una ex-pareja o a sus padres, conseguir favores a través del sexo o reforzar el ego, entre otros.

Existen necesidades emocionales en el adolescente que no tiene relación con el sexo, pero que regularmente se manejan por estas, como son: confundir el deseo, solo por recibir afecto, no sentirse en soledad, buscar ser aceptados, elevar su autoestima, librarse del aburrimiento y confirmar su masculinidad o feminidad. De esta forma, el sexo se

transforma en una vía para expresar y satisfacer necesidades no sexuales, por lo que surgen otros conflictos para establecer relaciones ya sean inmaduras, que no satisfacen y hábitos sexuales que se mantendrán en la adultez.

1.3.3 Inicio de la vida sexual en el adolescente

La actividad sexual a lo largo de estos últimos 20 años, en países desarrollados como en los subdesarrollados, han sufrido cambios considerables, debido a que la vida sexual de los adolescentes comienza cada vez a edades más tempranas y esto conduce a muchos problemas con respecto a la salud reproductiva. Se calcula que el 50% de los adolescentes menores de 17 años, tiene vida sexual activa (Arillo-Santillán, 2008).

Se encuentran variables relacionadas al inicio sexual como son: escolaridad, año escolar, género, los amigos, comportamientos de riesgo, la vida familiar, el estatus familiar y el lugar de residencia.

Asimismo, Avilés-López (2009) señala que uno de los factores que favorecen las relaciones sexuales es el contexto en que ocurren, ya que comúnmente la primera experiencia sexual pasa en el hogar de alguno de los miembros de la pareja, ya que un hogar sin supervisión adulta ocasiona la oportunidad para que los adolescentes se impliquen en la práctica sexual.

Vargas y Barrera (2002; citados en Avilés-López, 2009) refieren una serie de factores que están relacionados con la práctica sexual y las relaciones románticas en la adolescencia:

- **Factor individual:** Son los componentes individuales que suelen agruparse en el concepto de competencia psicosocial por ejemplo: la autoeficacia en los adolescentes, se considera un factor fundamental, debido a que refleja la medida en la cual las personas piensan que tienen el control acerca de sus intereses, comportamientos y ambiente. En una investigación de Levinson (citado en Vargas y Barrera, 2002) acerca del comportamiento sexual y auto-eficacia percibida, reportó que los adolescentes tienen la capacidad de producir situaciones sin riesgo y buscar métodos anticonceptivos, y se hacen cargo de la responsabilidad de la dirección de

la relación sexual y el uso de anticonceptivos, anticipando el coito sin protección, esto en relación a su asertividad. Además que la capacidad de decisión es un factor primordial, como se señala en un estudio realizado por Heaven (1996; citado en Vargas y Barrea, 2002; citados en Avilés-López, 2009) en donde los hombres son poco capaces de poder rechazar a tener un encuentro sexual con la pareja o con una persona distinta, con la cual no se sientan incómodos.

- Factor familiar: Los padres son una parte fundamental que impulsan a aplazar el inicio de la vida sexual, de acuerdo a la actitud e información que ellos utilicen, ya que entre mayormente estén informados y dispuestos, podrán ofrecer información sobre aspectos sexuales a sus hijos, por lo tanto, los adolescentes aplazarán la relación sexual, o en su defecto, emplearán algún método anticonceptivo (Vargas y Barrera, 2002; citados en Avilés-López, 2009).
- Factor social: Es concerniente a la influencia del grupo o grupos cercanos al adolescente. Dentro de las características primordiales, se encuentran las normas y la aprobación por parte del grupo, por ejemplo: el amigo o amiga influyen de forma significativa para que el adolescente tenga su primer encuentro sexual, ya sea casual o en una relación estable.

En un estudio de Vargas y Barrera (2002; citados en Avilés-López, 2009) sobre una encuesta de sexualidad y comportamiento de riesgo para la salud de los adolescentes, se encontró que las mujeres tuvieron su primer encuentro sexual por sentir presión por parte de la pareja, a diferencia de los hombres, que sintieron mayor presión por parte de los amigos.

Walti (2005) coincide en que en la primera relación sexual las mujeres la realizan más por la presión ejercida por otro individuo, es decir, deja de ser una decisión propia, sino más bien una acción impuesta o incluso un suceso agradable. Además de que existe presión ejercida por el grupo de amigos del que forma parte o en el noviazgo, el chantaje sentimental de la pareja, son parte de estos mecanismos para acceder a una relación sexual aparentemente condescendiente.

Tener relaciones sexuales en la adolescencia forma parte casi de una obligación en determinados entornos, como en el grupo de pares; el adolescente se puede sentir inferior a

los amigos o ellos lo hacen sentir de esa manera, cuando no ha tenido actividad sexual o hasta cuando la comunicación sobre sus experiencias sexuales no es continuamente entre los amigos, compañeros o vecinos, por lo tanto, la iniciación sexual, se transforma en el primordial objetivo de muchos jóvenes para sentirse parte del grupo y no ser juzgados como raros.

En las mujeres, la presión del grupo es poco común, sin embargo surge el amor como argumento principal para la iniciación sexual, así como justificar el hecho de haber tenido relaciones sexuales con la pareja, aunque muchas veces sea por exigencia de ésta (Welti, 2005).

Iniciar la vida sexual depende del significado que tiene la primera relación sexual para los individuos, por ejemplo; entre hombres y mujeres el significado es diferente, ya que para los hombres, el primer encuentro sexual es un suceso sin mayor trascendencia, debido a que únicamente es una prueba que les permite corroborar su virilidad, mientras que las mujeres mencionan que su primer encuentro sexual fue por amor y con una persona emocionalmente importante (Vargas y Barrera, 2002; citados en Avilés-López, 2009)

Con respecto al porcentaje de mexicanos que inician su vida sexual, se señala que 38% de los adolescentes de entre 10 y 19 años, tienen una vida sexual activa. La encuesta de Conocimiento, Actitud y Práctica de Anticoncepción (Ángeles-Cruz, 2013) señala que los adolescentes en promedio empezaron su vida sexual a los 15 años, sin embargo una tercera parte lo realizaron antes de cumplir los 14 años.

Cabe señalar que se observa un aumento en las prácticas sexuales en la actualidad, ya que Pick, Díaz-Loving, Andrade y Atkin (1988; citados en Andrade, Betancourt y Palacios, 2006), mencionan que se realizó una encuesta en México en 1987, en mujeres adolescentes de entre 12 y 19 años y solo el 16% había tenido actividad sexual. Además, Villagrán, Cuba, Díaz-Loving y Camacho (1990; citados en Andrade et al., 2006) reportan que entre estudiantes que tuvieron su debut sexual, la edad de inicio se situó entre los 17 y 19 años. González, Rojas, Hernández y Oláiz (2005) refieren que la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), encontró que hubo un aumento en el porcentaje del inicio de la

actividad sexual entre los adolescentes de 12 y 19 años de edad, señalando el mayor porcentaje de relaciones sexuales en los jóvenes de 18 a 19 años.

También la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), realizó un estudio que mostró que en el Estado de México, la cuarta parte (25%) de las mujeres de entre 25 y 34 años, habían tenido su primer encuentro sexual a los 16.7 años, seguido del 50%, que fue a la edad de 18.4 años y después el 75%, fue a la edad de 21.2 años, la mediana de la muestra fue de 18 años (Villagómez, Mendoza y Valencia, 2011).

Schiavon, directora de International Projects Assistance Services (Ipas) (citado en Ángeles-Cruz, 2013) señala que son múltiples las razones que exponen el inicio temprano de la actividad sexual, y una de ellas es la reducción en la edad de la primera menarquia, ya que 72% de las entrevistadas comenzaron su menstruación antes de cumplir los 12 años.

Hernández-Ávila (citado en Ángeles-Cruz, 2008), plantea que en México existe una escasa cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes de apenas un 39%, lo cual contribuye con el problema.

La encuesta realizada por el Centro Latinoamericano de la Salud y Mujer (CELSAM, 2013), abordó distintos elementos en los jóvenes, tales como el conocimiento de los métodos anticonceptivos, el acceso a ellos y embarazos no planeados, entre otros. De acuerdo a la encuesta sobre el embarazo, se encontró que del 15% que ya pasó por esa experiencia, un 15% de los hombres y un 23% de las mujeres eran menores de 14 años y un 80% se encontraban entre 15 y 19 años.

Acerca de los resultados de la encuesta, Juan Carlos Hinojosa, presidente de CELSAM, resalta que la mayor parte de los jóvenes conocen los métodos anticonceptivos, pero desconocen el mecanismo de acción de los anticonceptivos y las farmacias se sitúan como el primordial sitio en donde los adolescentes los obtienen, mientras que las clínicas las eligen solo el 10% de ellos.

De acuerdo con los servicios médicos y la posibilidad de tener acceso a una atención en salud sexual y reproductiva, afirmaron la mitad de los jóvenes son derecho habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 32% pertenece al Seguro

Popular, por lo que se tendría una prestación del servicio eficaz. Pero los jóvenes señalan presentar problemas para acudir, fundamentalmente por los horarios de atención en las unidades médicas, el costo de los métodos anticonceptivos, el 12% no le tiene confianza al personal de salud y la mayor parte adquiere algún método en farmacias (Ángeles-Cruz, 2013).

En el 2008, se realizó una encuesta por el Instituto Nacional de Salud Pública, que consistió de 12 temas y uno de ellos se relacionaba con el comportamiento sexual, en donde participaron 13 mil bachilleres de entre 15 y 19 años. Se encontró que 30% de los hombres jóvenes y 25% de las mujeres jóvenes, mencionan que la edad indicada para iniciar actividad sexual es a los 18 años, aunque los hechos señalan, que la tercera parte de estos jóvenes, ya tuvieron su primera relación sexual a la edad de 15 años.

En cuanto a los motivos para que tuvieran su primera relación sexual, el 64% de las mujeres y 32% de los hombres lo hicieron por amor, el 34% de los varones y el 12% de las mujeres lo realizaron por el deseo y, por último, al 26% de los varones y al 13% de las mujeres adolescentes los motivó la curiosidad (Ángeles-Cruz, 2008).

A continuación se describe la anatomía y fisiología sexual de la mujer.

1.4 Anatomía y fisiología sexual de la mujer

En esta sección se aborda la revisión de diferentes estructuras de la anatomía, así como la fisiología sexual de la mujer y del hombre.

1° Vulva: Engloba todas las estructuras genitales externas que son los pliegues cutáneos, el vello, los orificios urinarios y de la vagina (Crooks y Baur, 2009). De Pablo (2005) refiere que es la parte visible de la mujer, la zona más erógena y sensible al tacto. Se encuentra ubicada entre la cara interna de los muslos, linda con el pubis o Monte de Venus hasta el perineo.

2° Labios mayores: Son dos pliegues de aproximadamente 7 a 8 centímetros. Se encuentran ubicados a cada lado del orificio de la vagina, se extienden desde el pubis hasta cerca del ano. Están recubiertos de glándulas sudoríparas sebáceas, piel más pigmentada, y está dotado de grasa. Su función es favorecer a mantener la humedad y la de proteger

contra los microbios (De Pablo, 2005). Crooks y Baur (2009) señalan que son también conocidos como labios externos, Se originan cerca del muslo, rodean los labios menores y la entrada de la vagina y uretra. El tejido adiposo y las terminaciones nerviosas que se ubica debajo, son parecidos a los que se encuentran en el Monte de Venus.

3° Labios menores. También llamados labios internos, están ubicados dentro de los labios mayores, se fusionan en el prepucio o capuchón del clítoris y se extiende hasta la parte posterior, pasando los orificios de la vagina y uretra (Crooks y Baur, 2009). No tiene vello, tejido graso, glándulas sudoríparas, sin embargo si tiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y el tejido elástico. Al tacto son altamente sensibles, ya que contiene fibras nerviosas y tiene una función importante en la excitación sexual. Cuando ocurre la excitación sexual cambia su aspecto se hinchan y cambian de color: se sonrosan más. Miden 3 centímetros (De Pablo, 2005).

4° Clítoris: Parecido al pene pero muy pequeño, por lo que se puede comparar por su constitución y origen a los cuerpos cavernosos y al glande del pene, ya que se puede erectar. La albugínea es una fuerte hoja fibrosa y es la que recubre los cuerpos cavernosos. El clítoris es casi imperceptible debido a que los labios menores lo ocultan y se observa como un pequeño botón rosáceo. Crooks y Baur (2009) refieren que el clítoris comprende el tallo o cuerpo, el glande y las raíces que se proyectan hacia dentro desde ambos lados del cuerpo. El tallo y el glande se sitúan por debajo del monte de Venus, el capuchón del clítoris o prepucio los recubre. El esmegma es una sustancia que se acumula bajo el capuchón y puede ocasionar la formación de grumos algunas veces, lo que causa dolor durante la excitación. Sin embargo se retrae el capuchón al momento de lavar la vulva, para obstaculizar que se acumule en esta parte. El esmegma se origina cuando se combinan las bacterias, las secreciones genitales y las células cutáneas.

Los cuerpos cavernosos son dos estructuras que contiene el clítoris y son esponjosas que se llenan de sangre durante la excitación sexual. Estos se transforman en las raíces que se juntan a los huesos del pubis dentro de la cavidad pélvica. En ocasiones el glande no se puede percibir porque se encuentra bajo el capuchón del clítoris, pero se observa cuando se separan los labios menores y se retira el capuchón (Hamilton, 2002; citado en Crooks y de Baur, 2009). El glande tiene una apariencia redonda, es terso y un

poco transparente. La parte externa del clítoris está compuesto por un número de terminaciones nerviosas parecidas a la del pene y es muy sensible. Se puede estimular de forma directa, pero se prefiere recubrirlo con el capuchón debido a que resulta excesiva. La forma, posición del clítoris y tamaño varía en cada mujer.

5° Vagina: Es un conducto que se encuentra entre los labios menores y que se expande hacia el interior del cuerpo en dirección de la cérvix y el útero. La vagina en su estado normal mide aproximadamente de 7 a 12 centímetros de largo y sus paredes tienen la facultad de expandirse bastante para el parto. Modifica su forma y tamaño durante la excitación sexual. La vagina está compuesta por tres capas de tejido: 1.- La capa mucosa, 2.- La capa muscular y 3.- El fibroso; las cuales cuentan con numerosos vasos sanguíneos. La capa de la membrana es la mucosa y es perceptible al introducir un dedo en la vagina. Las paredes plegadas o rugosidades son calientes, húmedas y blandas. Durante la excitación sale a través de la mucosa una sustancia lubricante. La capa muscular está mayormente compuesta de tejido muscular y ésta se agrupa en el centro de alrededor del orificio de la vagina. La capa más interna de la vagina rodea a la capa muscular que se encuentra recubierta por tejido fibroso y ayuda en la expansión y contracción de la vagina, por lo que sirve a otras estructuras de la cavidad pélvica como tejido conectivo.

6° El útero: Usualmente conocido como matriz, es un órgano grueso, hueco y mide aproximadamente 7 centímetros de largo y 5 centímetros de ancho, sólo en las mujeres que no hayan dado a luz. Se encuentra suspendido en la cavidad pélvica por ligamentos, en algunas mujeres puede adoptar la posición anteflexionada; inclinado hacia el abdomen, o retroflexionada, inclinado hacia la espina dorsal. En la segunda posición la mujer sentirá dolor menstrual.

Son tres capas las paredes del útero. El perimetrio es la capa externa y es una membrana delgada. El miometrio es la capa intermedia, se compone de fibras circulares y longitudinales que se entrelazan por lo que permite al útero extenderse durante el embarazo y contraerse durante el trabajo de parto y el orgasmo. El endometrio es el revestimiento interno del útero, contiene bastantes vasos sanguíneos, nutre al cigoto (es la unión del espermatozoide y el ovulo) y produce hormonas. El fondo son paredes del útero que se sitúan en la parte superior y son especialmente gruesas (Crooks y Baur, 2009).

7° Cuello o cérvix: se encuentra ubicado en la parte inferior del útero y en la parte posterior de la vagina. Contiene glándulas secretoras de moco las cuales cambian de acuerdo a los cambios hormonales y ocasiona que pueda variar de ser un moco claro; esto sucede alrededor de la ovulación, a un moco escaso en la fase postovulatoria. El orificio cervical es el conducto por donde fluye la sangre de la regla que proviene de la mucosa uterina y también es la vía donde pasan los espermatozoides. Tiene la capacidad de extenderse progresivamente en el período de parto, para que pueda pasar el recién nacido (de Pablo, 2005).

A continuación se describe la anatomía y fisiología sexual del hombre.

1.4.1 Anatomía y Fisiología sexual del hombre

1° El pene: Proviene del latín *phallus*, el cual es un cuerpo extenso de forma cilindroide, ubicado por delante y debajo de la sínfisis púbica y en su interior abarca la parte más larga de la uretra (De Pablo, 2005). El pene está compuesto por vasos sanguíneos, nervios, tres cilindros paralelos de tejido esponjoso (los dos más grandes se les denomina cuerpo cavernosos y el más pequeño es el cuerpo esponjoso) y no tiene huesos ni mucha masa muscular (Crooks y Baur, 2009). Se diferencian en él varias partes tales como: la raíz del pene (De Pablo, 2005), en la parte externa se ubica el cuerpo (sin pertenecer la cabeza), y el glande; la cual es una cabeza lisa y tiene forma de una bellota (Crooks y Baur, 2009). Contiene en su base, una larga red de fibras musculares, y éstas ayudan a expulsar la orina y el semen por medio de la uretra (Crooks y Baur, 2009).

2° El escroto: De Pablo (2005), señala que es uno de los lugares más vulnerables de la anatomía masculina, el cual es una bolsa que abarca órganos vitales sensibles y se encuentra suspendida en la parte externa del cuerpo, compuesta por una fina capa de piel con la finalidad de proteger los testículos. El frío y la estimulación sexual pueden originar que se contraigan hacia el cuerpo. Además que la bolsa escrotal está formada por dos capas: la capa externa, que es un revestimiento de piel delgada, más oscura que la parte restante de la piel del cuerpo y la segunda capa denominada como túnica *dartos*, está formada de fibras musculares lisas y tejido conectivo fibroso (Crooks y Baur, 2009).

3° Testículos: También conocidos como dirimo, proveniente del griego gemelo y son dos estructuras de forma oval lisas esponjosas, las cuales miden en un adulto 5 centímetros de largo con un peso de 9 gramos (De Pablo, 2005). Los testículos realizan dos funciones: secretar hormonas sexuales y producir espermatozoides para la eyaculación (Crooks y Baur, 2009).

1.5 Relaciones Sexuales

Pereyra (2009) refiere que la relación sexual es un acto compartido en el cual participan dos personas: un hombre y una mujer o, en su defecto, entre dos hombres o dos mujeres. El compromiso sexual por parte de la pareja va a depender de su predisposición para dar y recibir en todas sus formas. La relación sexual les permite expresar sus sentimientos en cualesquiera de las formas que les parezcan deseables en ese momento (Rage, 2004).

Por lo general, la relación sexual se le conoce como coito o acto sexual, lo cual es la introducción del pene en la vagina, pero no son únicamente esto, sino que es una forma de comunicar el amor al individuo que se ama y de experimentar sensaciones placenteras (Instituto Aguascalentense, s-f).

Desde el punto de vista biológico, las relaciones sexuales comienzan con el deseo, ya que esta sensación surge por lo que se percibe por medio de los sentidos; lo que se ve, se escucha y oye, haciendo que se desee de estar con una persona, de compartir, y si ese deseo es muy intenso, se origina la excitación, lo que ocasiona la erección y lubricación de los órganos sexuales.

Cuando se decide iniciar la vida sexual, se debe tomar la decisión de manera consciente, libre y con información confiable. Son muchos factores que se toman en cuenta para llevarla a cabo plenamente, algunas son: 1) Razones Afectivas: Son las personas que comparten sentimientos de amor, se atraen y deciden construir una relación juntos. 2) Razones procreativas: Cuando la pareja decide concebir un hijo y 3) Razones biológicas: Cuando sólo se busca satisfacer una necesidad, aunque no exista vínculo afectivo (Pereyra, 2009). Además, se tienen relaciones sexuales por experimentar placer, por curiosidad, por incitación de la pareja, por el deseo de tener hijos, por reafirmarse como mujer u hombre,

por querer afecto o aceptación, por sentir soledad, por miedo a perder a la pareja o en un acto violento.

Lo importante en tomar la decisión de iniciar con la vida sexual es estar seguro, tener confianza, buena comunicación, respeto entre la pareja, tomar precauciones para prevenir embarazos no deseados y de contraer enfermedades venéreas, así como el SIDA (Pereyra, 2004).

No existe una edad específica para realizar el acto sexual por primera vez, pero si se debe contar con una madurez cognitiva y fisiológica que permita entender el significado de una relación sexual compartida entre iguales (Instituto aguascalentense, s-f).

A continuación se describe los tipos de prácticas sexuales.

1.5.1 Sexo Oral

Comprende dos tipos: El cunnilingus (proviene del latín, *cunnus* que significa vulva y *lingere* que significa lamer), se basa en la estimulación de la vulva, los labios menores, el vestíbulo, la entrada de la vagina y el clítoris con la lengua. El segundo tipo es el Fellatio o Felación (proviene del latín *fellare* que significa chupar), consiste en estimular el pene y el escroto por medio de la boca y/o la lengua. A la estimulación simultánea se le conoce como posición 69, debido a cómo se encuentran los cuerpos colocados, sugiere ese número. Ambas formas del sexo oral, necesitan que una persona le proporcione estimulación por medio de su boca en los genitales de su pareja y que la otra persona sea quien acepte el placer (De Pablo, 2005).

Crooks y Baur (2009) refiere que las razones por las que experimentan esta posición es porque es más probable que ocurra el orgasmo, debido a la directa estimulación del genital, porque no existe el riesgo de un embarazo no deseado, es la manera de excitación más rápida, por ser una sensación única.

Un estudio publicado en los Archivos de Pediatría y Medicina Adolescente (2010), sugiere que la práctica del sexo oral puede originar una relación con coito en los jóvenes, en el cual se registraron las respuestas de 600 estudiantes de bachiller en California, en

donde informaron sus experiencias sexuales por medio de dos encuestas al año, desde el primer año de secundaria hasta llegar al tercer año.

De acuerdo a las preguntas realizadas en la investigación, y en el transcurso de seis meses entre un cuestionario y otro, los investigadores concluyeron que la mayoría de los adolescentes tienen sus primeras prácticas de sexo oral, así como penetración vaginal, durante el mismo periodo de seis meses, debido a que descubrieron que en los adolescentes que solo habían tenido uno de los dos tipos de sexo durante ese periodo, el sexo oral era frecuente y ocurría antes que el sexo vaginal. Además que tener sexo oral una vez, incrementaba la posibilidad de tener coito, aparte de que los adolescentes consideraron que el sexo oral no era realmente una relación sexual y que había menos riesgos (Hagan, 2010).

Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010), refieren que algunas investigaciones indican que existe una diversidad de conductas sexuales que son practicadas por la mayor parte de los adolescentes, incrementando el riesgo y la vulnerabilidad en relación a las ITS y el VIH. De acuerdo a los porcentajes más altos, corresponden a la penetración vaginal (entre 68 y 83%), sexo oral (76%) y el sexo anal, que se considera de mayor riesgo de transmisión del VIH, con porcentajes de entre 11 y el 25%.

1.5.2 Sexo anal

Es una práctica sexual en la que consiste la penetración del pene en el ano y recto de la pareja y es utilizada por algunas personas debido a que tienen numerosos grupos con terminaciones nerviosas que pueden provocar sensaciones eróticas. El sexo anal involucra estimulación manual, oral o penetración.

La estimulación oral del ano se le denomina *aningulus* o beso negro en términos coloquiales, y es demasiado riesgosa, debido a que se puede producir infecciones intestinales, hepatitis y enfermedades de transmisión sexual, pueden ser contraídas o transmitidas por el contacto oral anal (Crooks y Baur, 2009). Además de que puede haber fricción y rasgadura en la mucosa rectal durante las relaciones sexuales que permiten la entrada fácil de virus y otros microorganismos al torrente sanguíneo.

A continuación se describen las actitudes hacia la sexualidad.

1.6 Actitudes hacia la sexualidad

Las actitudes son un conjunto de sentimientos, creencias y tendencias a actuar (Diéguez, López, Sueiro y López, 2005) y se vinculan con la conducta que tenga una persona en alguna situación, por lo que las actitudes son residuos de experiencias pasadas que dirigen, tienden o influyen en la conducta.

Olson y Zanna refieren que las actitudes de un individuo son reacciones, ya sea favorables o inconvenientes hacia algo, manifestadas en creencia, sentimientos e inclinaciones a comportarse, estas conceden una manera más eficiente de evaluar al mundo (Myer, 2005; citado en García-Díaz, 2010).

Todos los días, los individuos toman decisiones, además de la realización de elecciones sobre un sinfín de temas, estos comportamientos tienen un punto en común, todos ellos reflejan las valoraciones que los individuos tienen acerca de las distintas cuestiones de su existencia, por lo que a estas valoraciones se les denomina como actitudes. Entonces las decisiones que se toman, tienen una relación importante con la actitud que se tenga hacia cierta circunstancia.

Las actitudes aparecen a partir de procesos comunes de aprendizaje, como respuesta a ciertas funciones, como resultado de características propias de cada individuo o de determinantes sociales y se pueden formar como resultado de procesos cognoscitivos.

Allport (citado en García-Díaz, 2010) señala que la actitud social es una institución persistente de creencias y de conocimientos en general, equipada de carga afectiva, a favor o en contra de un objeto social específico, que predispone a una acción congruente con los conocimientos y afectos a dicho objeto, además que menciona que son muy importantes, debido a que permiten predecir la conducta, al igual que ayudan a tener una imagen más estable del mundo y componen el fundamento de distintas circunstancias sociales importantes, como las relaciones de amistad, los problemas, las agresiones, la formación de grupos, entre otros.

Los comportamientos estarán predispuestos por las actitudes de cada individuo. Cabe mencionar que influye de forma primordial la educación a la que el sujeto está

sometido, ya que ésta determinará creencias que favorecerán la constancia de las actitudes. De igual forma, influyen los aprendizajes que son proporcionados en el hogar, las amistades, entre otros grupos sociales.

Las actitudes están compuestas por tres componentes, los cuales son:

1) Componente cognoscitivo

De acuerdo con Rodríguez (2002; citado en García-Díaz, 2010), se requiere de la representación de conocimiento de un objeto para poder formar una actitud hacia él, para que el individuo se sienta a favor o en contra.

La representación cognoscitiva no necesita ser precisa, ya que frecuentemente se observa que los sujetos con prejuicios mantienen puntos de vista distorsionados, acerca del objeto fijado de su prejuicio; pero es con fundamento en el conocimiento, que se desarrollan y tienen actitudes negativas, y a veces, se pueden modificar al hacerlo en la naturaleza de la cognición que le sirve de base.

2) Componente afectivo

Está constituido por manifestaciones de sentimientos hacia el objeto de referencia. Rosenberg (citado en Rodríguez, 2002; citado en García-Díaz, 2010) declaró de forma experimental que los componentes cognoscitivos y afectivos de las actitudes tienden a ser congruentes entre sí. Al cambiar a través del hipnotismo uno de estos elementos se encontró que los individuos transformaban el otro, para poder coincidir con el que había sido cambiado experimentalmente. Los resultados demostraron que deshacer la coherencia afectivo-cognoscitiva, a través de la alteración de tales componentes, pone en movimiento una serie de procesos de renovación de la coherencia, las cuales, en ciertas circunstancias implicará, volver a organizar de forma actitudinal, por medio de una modificación para complementar en el componente que no fue alterado.

3) Componente conductual:

Se refiere a la predisposición de comportarse sobre los hechos u objetos. Las experiencias propias del individuo producirán actitudes que constantemente actuarán; ésto, si se combina con la situación actual, originará la conducta del individuo.

Por lo tanto, las actitudes sociales producirán un estado de predisposición psicológica a la acción, que al entrar en combinación con una situación determinada, origina una conducta definida.

Es común que los componentes de las actitudes se encuentren separados y hasta en oposición entre ellos. Las causas de esto son muy variadas y puede ser por factores internos y externos del individuo (García y Vidales, 2009), como cambios evolutivos o personales, transformaciones histórico-generacionales y desequilibrios personales entre el pensar, el sentir y el hacer (Diéguez et al., 2005). Un ejemplo de lo anterior serían los cambios evolutivos que trae como consecuencia el surgimiento de elementos y capacidades, que pueden inducir que las actitudes previas sean insostenibles o se desequilibren. También la capacidad de razonamiento puede llevar al adolescente a entender que determinadas creencias están equivocadas y producir modificaciones en el componente cognitivo (García y Vidales, 2009).

Con respecto al cambio de las actitudes, los individuos se protegen del cambio por medio de mecanismos como la réplica, omisión de información y la racionalización (Worchel, 2003; citado en García-Díaz, 2010). Esto quiere decir que aunque las actitudes si puedan modificarse, se encuentra una resistencia psicológica para hacerlo por parte de los individuos.

Asimismo, Worchel (2003, citado en García-Díaz, 2010) declara que los sujetos forman actitudes de manera rápida y sin esfuerzo, son aptos para evaluar objetos a partir de poca información y de la deliberación de estos. Aparte que las construyen de manera rápida y sencilla, estas cualidades de las actitudes ejecutan funciones psicológicas fundamentales, al igual que cumplir una función de supervivencia.

Las actitudes se forman por medio de un proceso, en el cual intervienen diversas circunstancias como son: vivencias muy intensas, esquemas sociales, el carácter del sujeto, la familia y las aptitudes. Además determinan el autoconocimiento, la aceptación de la

realidad y la forma de relacionarse con los demás, por lo que toda la vida pasada da forma a las actitudes presentes y la experiencia es esencial y decisiva para formar las actitudes.

Referirse a las actitudes positivas y negativas hacia la sexualidad (pero sobre todo las positivas) significa que el sujeto está en armonía con la sexualidad humana al igual que con su propia sexualidad. Puede declarar de manera positiva su sexualidad y aceptar su sexualidad personal organizando la historia de vida de su sexualidad de forma sana (López-Sánchez, 2005; citado en García y Vidales, 2009)

Las actitudes regulan la conducta sexual, son una predisposición a realizar opiniones, sentir y comportarse de formas distintas frente a situaciones sexuales como la pornografía, normas o costumbres sociales, noviazgo, preferencias sexuales y matrimonio.

Los estudios acerca de las actitudes hacia la sexualidad han utilizado dos conceptos esenciales:

- El del conservadurismo-liberalismo adquiridos de los trabajos de sociopolíticos, focalizados en las opiniones tradicionales o progresistas asignadas a los diversos aspectos de la sexualidad. Desde esta perspectiva se centra primordialmente el componente mental de las actitudes y en este marco se ha elaborado la mayor parte de los cuestionarios sobre las actitudes hacia la sexualidad.
- El de erotofilia-erotofobia, basados en la reacción sexual ante determinadas situaciones de forma hipotética, el cual mide el aspecto emocional y conductual de las actitudes. Dicho concepto elaborado por Fisher y Hall (1988; citados en Diéguez et al., 2005) mencionan que la erotofilia es la actitud positiva hacia los estímulos sexuales y erotofobia es la actitud negativa hacia los estímulos sexuales, todo esto como los extremos de una actitud, señalada en la forma en que los individuos reaccionan ante los estímulos sexuales, actitud que influye en las conductas sexuales de los individuos, de acuerdo a las circunstancias en que se encuentren situadas (Diéguez et al., 2005).

En la sexualidad, las actitudes están creadas con base en normas y valores, determinadas por una sociedad y cultura en particular, facilitando la formación de juicios terminantes, acerca de los comportamientos sexuales considerados correctos o incorrectos,

además que en ciertas ocasiones restringen o castigan las decisiones y el comportamiento de los individuos, por medio de la culpa o la limitación con respecto a la sexualidad (Álvarez; citado en Trejo y Díaz–Loving, 2013).

En las culturas Latinoamericanas, los vínculos afectivos son necesarios para las prácticas sexuales (Giraldo, 2002; citado en Trejo y Díaz–Loving, 2013). En México representa una de las expresiones de cariño, cercanía e intimidad emocional dentro de las relaciones interpersonales (García, 2007; citado en Trejo y Díaz–Loving, 2013).

Dentro del marco de conservadurismo que caracteriza a los mexicanos, resulta congruente hallar que en los jóvenes es importante crear vínculos emocionales para poder acceder a la práctica sexual.

Además, en la cultura mexicana, se restringe y dificulta el ejercicio del erotismo, las condiciones sociales, políticas y económicas, aparte de la estrecha interacción que existe entre la cultura y la religión, ocasionando tensiones y contradicciones (García, 2007; citado en Trejo y Díaz–Loving, 2013). Trejo y Díaz–Loving (2013) señalan, que se puede observar una evidente limitación del comportamiento sexual en el componente conductual, que evalúan la cantidad de parejas sexuales que han tenido, en el presente, pasado y las que se esperan en el futuro.

Cabe señalar que los hombres presentan actitudes más abiertas y permisivas, necesitan menos niveles de intimidad y compromiso para tener relaciones sexuales, por lo tanto los lleva a tener mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, esto en comparación con las mujeres.

Por otro lado, los hombres han sido socializados hacia el placer, en el desarrollo de la identidad, donde el sexo representa un reflejo de su hombría, por lo cual desarrollan una serie de conductas sexuales resultado de lo que la sociedad espera de acuerdo a su rol masculino (Rocha y Díaz–Loving, 2011; citados en Trejo y Díaz–Loving, 2013), a diferencia de las mujeres, a quienes se les enseña a reprimir sus deseos y rechazar el sexo para proteger su virtud, por medio de normas culturales que han refrenado su sexualidad (Amuchástegui, 1988; citado en Trejo y Díaz–Loving 2013).

1.7 Autocuidado

Se denomina así a la capacidad de los individuos de asumir de manera voluntaria el cuidado y conservación de su salud, al igual que prevenir enfermedades por medio del conocimiento y prácticas que les permitan existir de forma activa y saludable. Estas prácticas son habilidades aprendidas a lo largo de su vida, de su uso constante y se utilizan por decisión propia, con el objeto de fortalecer o recuperar salud y prevenir la enfermedad (Tobón, 2004).

Se encuentran entre las prácticas para el autocuidado:

- Alimentación adecuada a las necesidades
- Cuidados de higiene
- Manejo del estrés
- Habilidades para establecer relaciones sociales y resolver conflictos interpersonales
- Realizar ejercicio y actividad física
- Habilidad para controlar y disminuir el consumo de medicamentos
- Dar seguimiento en las recetas médicas
- Comportamientos seguros
- Manejo del tiempo libre
- Comunicación

Con respecto a su potencial para influir de forma positiva acerca de la manera de vivir de los individuos, el autocuidado se constituye en una estrategia fundamental para proteger la salud, así como para la prevención de la enfermedad.

Tobón (2004) menciona que los factores que determinan el autocuidado son de carácter interno y externo. Si los factores internos y externos interactúan de forma adecuada, se obtiene una buena calidad de vida, por lo que a continuación se describen con mayor amplitud:

- a) Factores internos o personales

Los aspectos internos dependen directamente del individuo y determinan de una forma personal el autocuidado. Estos aspectos son:

- Los conocimientos: Determinan principalmente la adquisición de prácticas saludables, ya que permiten a los individuos tomar decisiones estando informados y elegir por prácticas saludables hacia el autocuidado, evitando así las de riesgo. Pero estas decisiones no sólo dependen de la educación y de la información, debido a que intervienen otros factores internos y externos.
- La voluntad: Es la facultad de decidir y elegir entre un comportamiento y otro en función al cumplimiento de un propósito, por lo tanto, los lleva a establecer de nuevo un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por sucesos muy diversos, es decir, una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad o el fallecimiento de alguien; eventos que pueden producir un cambio, lo cual indica por qué no todos los individuos reaccionan de la misma forma a la educación masiva.

Dentro de los determinantes personales cabe considerar dos aspectos:

- Las actitudes: Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse, hacia alguien o una situación, que puede ser permanente y al mismo tiempo puede ser una reacción positiva o negativa. Se encuentra inherente a los valores, los principios y la motivación.
- Los hábitos: Es cualquier comportamiento repetido, que internaliza el individuo como respuesta a una situación determinada.

b) Factores externos o ambientales

Tobón (2004) refiere a los aspectos externos que hacen que pueda o no pueda suceder el autocuidado de los individuos, pero no dependen de ellos. Entre los factores externos se encuentran los de tipo:

- Cultural: Se refiere a la forma en cómo la cultura origina el autocuidado, por lo que es indispensable considerar que a los individuos se les dificulta obtener nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, ya que los

comportamientos están establecidos firmemente en las creencias y las tradiciones. Como menciona de Roux (en Tobón, 2004), los determinantes de los comportamientos son complejos, debido a que se encuentran ligados por los conocimientos acumulados por medio de generaciones y por las representaciones sociales, donde juegan un papel primordial los mitos y las supersticiones, en las cuáles, a través del mito, las personas dan una explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. Por lo tanto, las personas no sustituyen fácilmente las creencias ancestrales por nuevos conocimientos, así que es fundamental eliminarlas, entendiendo su racionalidad, sentido y significado, y, a la vez, reparar una visión del entendimiento de la salud y de la enfermedad, que den como resultado comportamientos saludables.

- De género: El ejercicio de autocuidado en esta sociedad ha producido formas diferentes de autocuidado en hombres y mujeres, ya sea individual o colectivo, por ejemplo: el cuidado de la apariencia física, ya que a las mujeres se les incita para que sean vanidosas, en cambio los hombres se les dice todo lo contrario.
- Físico, económico, político y social: Para escoger prácticas saludables, hay que contar con un mínimo de recursos físicos, como la infraestructura sanitaria. Para el autocuidado es necesario el apoyo político a las acciones del gobierno del estado y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con la finalidad de garantizar a los individuos y comunidades un marco legal que apoye esfuerzos en favor de desarrollo, esto es, del cuidado de la salud (Tobón, 2004).

Vega y Alvarado (2005) refieren que cuando se decide sobre cómo vivir la sexualidad genital, es fundamental que se asuma la responsabilidad acerca del bienestar de la propia persona y de la pareja. El autocuidado se relaciona con las conductas que se hacen, se dicen y se sienten para preservar y proteger la salud sexual física, mental y espiritual propia de cada persona, entre estas se incluye la protección contra las ITS, VIH/SIDA, además de prevenir un embarazo.

Se deben tomar las siguientes consideraciones para el autocuidado de la sexualidad:

- Conocer perfectamente los genitales y su funcionamiento.

- Tener hábitos de limpieza; lavar bien los genitales, cambio de ropa interior diariamente, etc.
- Revisar si surge alguna lesión, llaga o grano en los genitales y acudir al médico inmediatamente.
- Revisar si hay presencia de fluidos anormales en los genitales y acudir al médico.
- Realizar el autoexamen de testículos o senos una vez al mes.
- Conversar con una persona de confianza acerca de las dudas e inquietudes que se tengan sobre su sexualidad.
- Buscar información confiable sobre la sexualidad y sus manifestaciones.
- Utilizar siempre y de forma correcta el condón masculino o femenino, aunque sólo se tenga una pareja sexual.
- Mantener sólo una pareja sexual
- Realizarse la prueba del VIH si se ha tenido alguna conducta de riesgo.
- No realizar prácticas sexuales de alto riesgo (tener coito con varias personas, coito interrumpido, el ritmo o no usar el preservativo).
- No tener relaciones sexuales mientras se encuentra bajo la influencia del alcohol y/o drogas, debido a que es más probable que existe un mayor riesgo de acceder al coito sin protección y sin la plena conciencia de lo que hace.
- No permitir que la pareja ejerza presión para realizar ciertas prácticas sexuales que no se deseen.

Por lo tanto, el autocuidado es una variable de estudio y su medición es fundamental en los estudios sobre la prevención de las ITS.

Además, en el autocuidado es de suma importancia la auto-eficacia para poner en práctica las habilidades para comunicarse con la pareja, además de usar otras medidas preventivas, debido a que los adolescentes están viviendo un periodo en donde no ponen atención en las consecuencias de su actuar, inician de forma temprana en la actividad sexual sin protección en el uso del condón, mayormente sin conocer el pasado en la historia sexual de la pareja, además que puedan consumir algún tipo de sustancia, por lo que se

exponen a riesgos tales como el embarazo no planeado en edades tempranas o el contraer una ITS o VIH/SIDA (Moral y López, 2014).

La teoría de auto-eficacia es fundamental en referencia a las relaciones sexuales, debido a que alcanzando un incremento temprano de esta habilidad durante la adolescencia, favorece a producir decisiones acerca de sus comportamientos sexuales.

Para Pajares y Valiante (1999; citados en Moral y López, 2014) la auto-eficacia percibida es mediador del conocimiento entre otros determinantes de competencia (como habilidades, logros, intereses) y el rendimiento subsiguiente. La auto-eficacia se denomina como los juicios de los individuos sobre sus capacidades para conseguir niveles determinados de rendimiento (Bandura, 1978; citado en Moral y López, 2014) y se asocia con la creencia de los individuos para controlar su propia motivación, su conducta y su medio ambiente social. Además, los hallazgos de la presente investigación coinciden en probar que es un constructo fuertemente predictivo, en las diferencias de género en el comportamiento sexual.

La auto-eficacia desde la teoría socio-cognitiva de Bandura (citado en Moral y López, 2014) abarca tres aspectos de la conducta asociados con el sexo:

- Capacidad percibida para decidir no tener relaciones sexuales.
- Capacidad percibida para preguntar al compañero acerca de las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como el consumir drogas.
- Capacidad percibida para conseguir y usar correctamente los condones.

En cuanto a la distinción de conceptos entre expectativas de eficacia y las expectativas de resultado, existe la suposición de que las expectativas de eficacia personales determinan si se eliminan o inician de nuevo las conductas, cuánto esfuerzo será dedicado a ellas y qué tan extensa será la fase de obstáculos y experiencias aversivas.

La teoría de la auto-eficacia está fundamentada sobre la idea esencial de que los procedimientos psicológicos sirven como medios para producir y reforzar expectativas de eficacia personales. Dentro del análisis de las expectativas de eficacia, se diferencia a las expectativas de eficacia (juicios de cada persona acerca de la capacidad propia para realizar

un determinado comportamiento) de las expectativas de resultado (juicios de cada persona acerca de las posibles consecuencias de dicho comportamiento). Asimismo, Bandura (citado en Moral y López, 2014) formuló el concepto de expectativas de eficacia interactiva, que se refiere a los juicios que las personas formulan acerca de la capacidad de los demás, cuando éstos deben realizar determinados comportamientos.

Asimismo, la autoeficacia indica que la capacidad para la acción humana propositiva e intencional es producida en una actividad cognitiva y la teoría del aprendizaje social manifiesta dos mecanismos cognitivos básicos de motivación que son útiles para tal finalidad. El primer mecanismo se realiza mediante la anticipación al futuro por medio de la representación simbólica de los resultados predecibles; los resultados futuros pueden acceder a la corriente motivadora y regular la conducta. En cuanto al segundo mecanismo, este se origina en las medidas personales internas y las reacciones autoevaluativas de la propia ejecución.

La teoría de auto-eficacia manifiesta que la modificación de una conducta y el rendimiento de la misma es el resultado de las expectativas de resultado y de las expectativas de auto-eficacia, ya que ambas van en línea paralela.

La auto-eficacia puede estar influenciada por cuatro fuentes primordiales de información, las cuales, según Moral y López (2014), son:

- Logros de ejecución: Se basan en las experiencias adquiridas por medio de los logros de los acontecimientos y del posterior dominio de ellas. Si se obtuvo éxito en determinadas conductas, esto incrementará las expectativas de eficacia, pero si no, lo disminuirá. De acuerdo con Bandura esta es la fuente fundamental para alcanzar los cambios deseados de la auto-eficacia.
- Experiencia vicaria: Varias de las expectativas de los sujetos se derivan de la experiencia vicaria, al proporcionar información suficiente acerca de cómo actuar ante determinadas situaciones desfavorables con resultados positivos, semejantes a los de los modelos observables. Por lo tanto, la experiencia vicaria consiste en la influencia que tiene la observación de las conductas de riesgo realizadas por otros sujetos sin resultados negativos, sobre las expectativas de eficacia de los

observadores. Sin embargo esta fuente tiene menor influencia que la anterior, ya que está basada en consecuencias obtenidas por comparaciones con los demás.

- Persuasión verbal: A través de la persuasión verbal se ha buscado modificar los comportamientos de los jóvenes por medio de programas de prevención. Sin embargo, no ha tenido resultados favorables, ya que sólo han contenido información del VIH/SIDA y sus formas de transmisión, sin tomar en cuenta otras actitudes y habilidades para trabajar con más eficacia
- Percepción de la activación fisiológica vegetativa: Hace referencia a la relación del nivel de ansiedad o estrés en cuanto a la obtención de éxito ante determinado comportamiento. Es decir, si un individuo posee un bajo nivel de ansiedad, se espera que realice un comportamiento con éxito, pero si resulta lo contrario, se espera que realice un comportamiento inadecuado. Todo esto se debe a que una elevada activación fisiológica debilita la ejecución del individuo.

La teoría del aprendizaje social señala que el comportamiento humano se consigue básicamente en el entorno social por medio del proceso de aprendizaje vicario, además del esencial papel que tiene el pensamiento en el origen de la motivación, el afecto y la acción del sujeto en relación a los demás. Las personas siempre están en continua interacción con los demás con una fuerte influencia del medio al conseguir su aprendizaje mediante el aprendizaje vicario, es decir, realizan conductas semejantes a las de otras personas que han conseguido gran efectividad en sus resultados de ejecución (Bandura, 1977; citado en Moral y López, 2014).

Algunos estudios muestran que las mujeres son más auto-eficaces que los hombres en la prevención del VIH/SIDA, percibiéndose más capaces para rechazar conductas riesgosas, sin embargo en la utilización del condón de manera correcta se valoran como más auto-eficaces los hombres (Ochoa, 1995; citado en Moral y López, 2014).

En este capítulo se revisó la adolescencia y su sexualidad, que abarca los diferentes aspectos que engloban este periodo, como son la relación con los padres, los cambios que se sufren en cuanto a su desarrollo físico (caracterizado por la maduración biológica, maduración de las funciones sexuales y la presencia de los caracteres sexuales secundarios), cambios cognoscitivos (nivel intelectual y caracterizados por la capacidad de

pensar de forma abstracta,), desarrollo psicológico (caracterizado por la formación de la identidad) y desarrollo social (con dos influencias importantes: las relaciones interpersonales y las relaciones familiares). Además, en la adolescencia es fundamental aprender nuevas formas de cuidado y hábitos saludables en su sexualidad, por los cambios que se transitan y debido a que actualmente la vida sexual de los adolescentes inicia cada vez en edades más tempranas.

En el siguiente capítulo se aborda el tema de la Prevención de las Infecciones de Transmisión sexual.

Capítulo 2. Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

2.1 Niveles de prevención

Se define prevención como las medidas destinadas a evitar el surgimiento de la enfermedad, como la disminución de factores de riesgo, al igual que a detener el avance de una enfermedad y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998; citado en Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- Prevención primaria

Son un conjunto de acciones que se realizan antes del surgimiento de una enfermedad por medio del control de factores predisponentes y los factores causales que se asocian a la aparición de la enfermedad (OMS, 1998; citado en Vignolo et al., 2011).

Según Negrete (1998; citado en Diyarza-López, 2008), las características de la prevención primaria son:

- Problemática: Se centra en la población sana para proteger y promover la salud, así como de problemas frecuentes y específicos de ciertos padecimientos crónicos.
- Cobertura: Se encarga de poblaciones de territorios pequeños, comunidades precisas o familias específicas
- Funciones: Están dirigidas hacia la protección y promoción de la salud, al diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.
- Indirectas o inespecíficas: Orientadas al ámbito exterior, ecológico y social, donde reside el individuo. Están dirigidas a mejorar y suprimir factores que puedan repercutir y afectar perjudicialmente sobre estos (Vignolo, et al, 2011).

La OMS (1998; citado en Vignolo et al., 2011) refiere que las estrategias para la prevención primaria pueden estar guiadas a prohibir o decrementar la exposición del sujeto al factor dañino, hasta niveles no nocivos para la salud. Prevención dirigida a evitar el surgimiento de un padecimiento o problemas de salud, por medio del control de los factores causales y los predisponentes.

La finalidad de las acciones de la prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: utilizar condones para evitar contagios de VIH y otras ITS, programas educativos para enseñar la forma en que se pueden transmitir y prevenir el VIH y las ITS (Vignolo et al., 2011).

Además, Goldstein (1977; citado en Diyarza-López, 2008) menciona que la prevención primaria se centra en la identificación de grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido encasillados como enfermos, con la finalidad de evitar el inicio de un trastorno. Esto se obtiene por medio de la planeación de acciones como la promoción del crecimiento saludable de las personas, el conocimiento de recursos y el aumento en la comprensión comunitaria; así como ayudar a las confederaciones inter-organizacionales extendiendo el papel de los técnicos de la salud.

La prevención primaria se clasifica en dos formas: la proactiva y la reactiva. La primera encamina estrategias de acción para prevenir la ocurrencia de factores de riesgo, haciendo alusión a demandas de adaptación, a situaciones estresantes que se producen en un microsistema y se extiende hacia el macrosistema. Un ejemplo de ello es la educación en salud mental para parejas o individuos que desean tener un hijo, con la finalidad de que no se presenten prácticas familiares patológicas, esto quiere decir que se pretende que las personas no se encuentren en contacto con situaciones de riesgo.

Por último la finalidad de la prevención reactiva es enseñar al individuo a reaccionar de forma eficaz cuando surja una situación estresante, como, por ejemplo, la enseñanza en habilidades para enfrentar exitosamente una situación de divorcio (Fernández-Ríos, 1994; citado en Diyarza-López, 2008).

- Prevención secundaria

El segundo nivel está encaminado al diagnóstico temprano del padecimiento que apenas comienza; sin manifestaciones clínicas, y brindarle un tratamiento oportuno (OMS, 1998; citado en Vignolo et al., 2011).

En este nivel, sus características son:

- Problemática: Se encarga de la población enferma, que requiere atención especializada.
- Funciones: Va destinada hacia el diagnóstico y tratamiento precoz para reducir el daño (Negrete, 1998; citado en Diyarza-López, 2008).

En la prevención secundaria, el diagnóstico precoz, así como la capacitación oportuna y el tratamiento apropiado, son fundamentales para el control de la enfermedad. Lo conveniente es llevar a cabo las medidas de prevención en la fase preclínica (antes de manifestarse los síntomas), cuando el daño al organismo no se encuentra en etapas avanzadas y por lo tanto los daños todavía no aparecen, por lo que son indispensables dos requisitos principales para que un programa de prevención secundaria resulte beneficioso: que cuente con un método seguro y exacto de detección de la enfermedad (preferiblemente en estado preclínico) y que existan métodos para el tratamiento de dicha enfermedad (OMS, 1998; citado en Vignolo et al., 2011).

Además, es importante hacer notar que cuando el individuo ha desarrollado una enfermedad, adquiere el riesgo de aumentar el daño, por ejemplo, al contagiarse de una Infección de Transmisión Sexual como el Virus del Papiloma Humano. Esta infección puede avanzar a cáncer de cérvix, por lo tanto, el objetivo de la prevención secundaria es impedir el desarrollo de la infección, por medio del impulso de comportamientos asociados con dicha patología y sus aportaciones más fundamentales son la adherencia al tratamiento de la infección y la reorganización práctica de los servicios de salud (Fernández-Ríos, 1994; citado en Diyarza-López, 2008). En conclusión, este nivel trata de aminorar la prevalencia de las enfermedades.

- Prevención terciaria

Se denomina así a las acciones dirigidas a la atención y recuperación de la enfermedad clínicamente evidente, por medio de un diagnóstico correcto, tratamiento, rehabilitación física, psicológica y social en acontecimientos de invalidez o secuelas, buscando disminuir de este modo las mismas (Vignolo et al., 2011).

Negrete (1998; citado en Diyarza-López, 2008) añade que la prevención terciaria se identifica con la atención médica especializada y con aquellos problemas de salud que necesitan resolver con operación quirúrgica o la intervención de servicios excelentemente tecnificados. Sus características son:

- Problemática: Se encarga de la población con padecimientos de salud poco comunes.
- Funciones: Se refiere esencialmente a la rehabilitación y la recuperación de la salud.

En este nivel es importante el control y el seguimiento del paciente, para administrar el tratamiento y las medidas de rehabilitación en el momento apropiado. Trata de aminorar el padecimiento producido al perder la salud, facilitando la adaptación de los pacientes a enfermedades que no se pueden curar y ayudar a prevenir o disminuir al máximo la reaparición de la enfermedad algún tiempo después de padecerla (Vignolo et al., 2011). Este nivel ha sido considerado como un estado de tratamiento de rehabilitación, más que de prevención.

Roa (1995; citado en Diyarza-López, 2008) añade que el tratamiento para las enfermedades se compone de distintas técnicas terapéuticas orientadas a los individuos enfermos, estas técnicas son primordialmente de corte conductual y se dividen en cinco áreas, las cuales son:

1. Tratamientos alternativos no farmacológicos: Comprenden enfermedades que pueden ser mitigadas sin fármacos, como la migraña.
2. Tratamientos psicológicos como intervención primaria: Empieza cuando comúnmente los tratamientos médicos convencionales no funcionan.

3. Tratamiento psicológico auxiliar: Se emplea cuando los trastornos empeoran, como los factores psicológicos (estrés).
4. Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos: como trasplantes, quimioterapia, entre otros.
5. Adaptación a enfermedades crónicas: Las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, conseguir conductas de adaptación y afrontamiento, además de transformar el estilo de vida, donde primordialmente se emplean técnicas como el uso de contingencias, desensibilización sistemática o entrenamiento en habilidades sociales

2.1.1 Formas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2004; citado en Avilés-López, 2009) y Florencia, Ramírez, Villaseñor y Celsis (2001; citados en Avilés-López, 2009), señalan que las medidas que se deben optar para evitar o reducir el riesgo de exposición a Infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH son:

- Abstinencia sexual: se refiere a no tener relaciones sexuales de ningún tipo.
- Relación monógama (del griego: *mónos*: uno y *gamos*: unión): La cual se basa en un tipo de relación afectivo-sexual exclusiva entre dos personas.
- Relación sexual protegida: Durante esta práctica sexual no existe un intercambio de secreciones, debido a que se utiliza el preservativo.
- Sexo seguro: Es aquella práctica sexual, donde no existe penetración, evitando el intercambio de fluidos corporales como el semen, líquido pre eyaculatorio, fluidos vaginales y sangre. Ejemplo de ello son los besos, caricias, masturbación mutua, entre otros.

Los autores citados refieren al respecto que las prácticas sexuales tienen un cierto nivel de riesgo, aun en el sexo seguro, en ese sentido el sexo protegido es el que tiene el más bajo riesgo en cuanto a las recomendaciones. Por lo consiguiente, el uso correcto y consistente del preservativo está considerado como una de las primordiales estrategias de prevención de las ITS y VIH/SIDA que reducen el riesgo de contraerlos (CENSIDA, 2007; citado en Avilés-López, 2009). A continuación se señalarán aspectos basados en la

importancia del preservativo como la mejor herramienta ante las ITS, el VIH y los embarazos no deseados.

2.1.2 El condón masculino

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, las cuales resultan en embarazos no deseados y cerca de 500 mil en alguna enfermedad de transmisión sexual y estos riesgos pueden reducirse con el uso correcto y constante del condón.

Diversas investigaciones científicas, como realizado por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, mencionan que el preservativo disminuye 10,000 veces la transmisión de fluidos, por lo que reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH y de ITS.

Pinkerton y Abramson (1997; citados en García, 2009), analizaron 89 estudios acerca de la eficacia del preservativo y concluyeron que utilizarlo de forma constante protege al individuo en un 80 a 95% de transmisión del VIH y de ITS, sin embargo, las primordiales fallas son el uso incorrecto y/o la falta de constancia.

Las investigaciones de Saracco y De Vicenzi, manifestaron que el uso de condón de látex, disminuye el riesgo de contraer el VIH. Saracco (1993; citado en García, 2009) investigó durante tres años y medio a un grupo de 343 mujeres seronegativas y monógamas, con parejas hombres contagiados por el VIH, reportando una tasa de incidencia de un 7.2%, en las mujeres que no fueron constantes o que jamás utilizaron el preservativo. En cambio, las mujeres que siempre fueron constantes en utilizar el preservativo, la tasa de incidencia de transmisión fue de 1.1%. En otro estudio, De Vicenzi (1993; citado en García, 2009), mostró que de 124 parejas que utilizaron el condón de forma constante, ninguna resultó contagiada de un total de 150,000 penetraciones.

En Europa, un individuo con actividad sexual adquiere en promedio 16 condones al año, mientras que en México, apenas se obtienen cuatro condones por persona. Relacionado con lo anterior, la OMS señala que en México se estima que el 40% de los embarazos no son planeados (El producto vital a prueba, 2011).

El condón masculino está hecho de látex, es el más utilizado y distribuido en el mundo, y es expuesto a pruebas de laboratorio establecidas en regulaciones sanitarias nacionales e internacionales. En el caso de México, la Norma Oficial Mexicana NOM-01 6-SSA1-1993 establece las especificaciones de salubridad de los preservativos compuestos de hule látex; las condiciones de empaque, las condiciones de almacenamiento y los métodos de prueba. Estas pruebas permiten determinar su resistencia, la existencia de defectos visibles, al igual que orificios que no son perceptibles a simple vista en el preservativo.

El preservativo de látex mide entre 4,9 y 5,2 centímetros de ancho y 18 centímetros de largo. El preservativo de poliuretano presenta un mayor diámetro (6,5 centímetros) e igual largo (18 centímetros).

El utilizar el condón de manera correcta y constante, es una de las estrategias recomendadas por la OMS, para prevenir ITS, el VIH/SIDA y embarazos no deseados, por lo tanto se debe usar siempre desde el inicio hasta el final de cada actividad sexual, ya sea penetración vaginal, anal u oral-genital. Utilizarlo de forma correcta consta de una serie de pasos a seguir para alcanzar una mayor eficacia, y son los siguientes:

1. Guardar el preservativo en lugares frescos y secos, no exponerlos a luz solar directa o temperaturas altas. Comprobar que la fecha de fabricación o de caducidad no exceda de tres años.
2. Verificar que el empaque no se encuentre roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire; no debe abrirse con los dientes, uñas ni nada que pueda dañar el condón.
3. Presionar la punta del condón para expulsar el aire mientras lo coloca en el pene erecto.
4. Sin soltar la punta del condón, se debe desenrollar hasta llegar a la base del pene.
5. Siempre se debe colocar el condón antes de cualquier contacto sexual. No se debe utilizar con cremas cosméticas, ni vaselina como lubricantes, debido a que deterioran el preservativo.
6. Después de eyacular, se sujeta el preservativo por su base y quitar el pene mientras se encuentra erecto.
7. Retirar el condón teniendo cuidado que no se gotee.

8. Antes de desecharlo a la basura, se debe hacer un nudo en la base para evitar que se derrame el semen.

El preservativo puede fallar por:

- a) El utilizarlo de forma inconstante: no se usa en todos los contactos sexuales.
- b) El uso incorrecto: no se utiliza desde el principio hasta el final del contacto sexual y tampoco se cuidan los pasos que ayudan a prevenir fallas.
- c) Por deslizamiento: el preservativo se sale completamente del pene y/o ruptura durante la actividad sexual o al retirar el pene (García, 2009).

La falta de constancia del preservativo al usarlo corresponde a circunstancias de índole cultural, psicológicas y económicas. El usarlo de forma incorrecta es atribuible a la falta de habilidad de la persona para utilizar adecuadamente el preservativo. El deslizamiento y/o rompimiento puede suceder por incurrir en algún error al colocarlo, y en menor medida, por el grosor del pene o por el tamaño del condón en relación a este (García, 2009). En promedio, cerca del 2% de los preservativos se sale o hay ruptura completa durante la relación sexual (Organización Mundial de la Salud, 2007).

2.1.3 El uso del condón femenino

El condón femenino es el único preservativo femenino disponible en el mundo y es fabricado por Female Health Company. Es un dispositivo de barrera que actúa entre el pene y la vagina, proporciona protección efectiva contra las ITS, el VIH/SIDA y embarazos no deseados. Se comenzó a distribuir en el año de 1992 en Europa y para 1993, Food and Drug Administration (FDA) aprobó el condón femenino para su mercadeo y distribución. A partir de esa fecha se transformó en una herramienta eficaz en muchos países para tratar de neutralizar el avance del VIH y otras ITS.

El condón femenino fue ideado para superar las características del preservativo masculino y otorgar autonomía de las mujeres para la decisión de utilizarlo. Está fabricado con poliuretano, que es un material más resistente que el látex. Es una funda, con anillos en ambos extremos, de mayor extensión y longitud que el preservativo masculino.

Las ventajas que ofrece sobre el condón masculino son:

- Se puede usar con lubricantes hechos a base de agua y aceite.
- Puede insertarse hasta 8 horas antes del contacto sexual.
- El material soporta mejor las condiciones de luz, humedad y temperatura.
- Cubre mayor área genital; tanto externos como internos de la mujer y del pene del hombre.
- Disminuye el riesgo de contraer alguna ITS en más de un 90%.
- Disminuye embarazos no planeados en más de un 95%
- Es más resistente que el condón masculino
- No es ajustado ni aprieta

Las desventajas son:

- El precio es mayor que el condón masculino.
- Se considera de difícil introducción, esto regularmente las primeras veces de uso.
- Su distribución es limitada (Barrantes, Sánchez, Ruiz y Bejarano, 2012).

Los pasos básicos para utilizarlo de manera correcta son:

1. Verificar el empaque del preservativo si está dañado o roto, al igual que la fecha de caducidad.
2. De ser posible se debe lavar las manos con jabón neutro y agua limpia, antes de insertar el condón.
3. Se escoge una posición cómoda para la introducción, puede ser en cuclillas, levantando una pierna, sentada o recostada.
4. Los lados del condón se deben frotar juntos para distribuir perfectamente el lubricante.
5. Se sostiene el aro por el extremo cerrado y se aprieta de forma que quede largo y angosto.
6. Con la otra mano se separan los labios externos (labios mayores) y se sitúa la abertura de la vagina.

7. Suavemente se empuja el aro interno dentro de la vagina lo más que se pueda. Se introduce un dedo en el condón para empujarlo a su posición, Debe de quedar alrededor de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.
8. Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su lugar.
9. No es esencial retirar el preservativo femenino inmediatamente después del contacto sexual.
10. Retirar el condón antes de levantarse para evitar derramar el semen, presionando el anillo externo se retuerce y se jala hacia afuera.
11. Si la pareja tiene contacto sexual otra vez, se debe utilizar un condón nuevo.
12. Colocar el condón en su empaque y echarlo a la basura (Organización Mundial de la Salud, 2007).

2.1.4 Tipos de condón de acuerdo a la práctica sexual

El condón masculino presenta variaciones elaboradas de manera específica para el sexo vaginal:

- Normales: La mayoría son de látex, aunque también existen los de poliuretano en menor medida, los cuales poseen un grosor de 0.06 milímetros (Gordiu, 2006; citado en Avilés-López, 2009) y no permiten el acceso del VIH/SIDA o alguna ITS.
- Sensitivos: La característica principal es que son muy delgados y esto, proporciona mayor placer a la pareja (Sico, 2008; citado en Avilés-López, 2009). Este tipo de condón posee textura y existen dos tipos: 1) Los texturizados: son lisos y muestran algunas protuberancias, de acuerdo con el tipo de estimulación. Existen tres tipos de texturas: anillos o costilla, grabado de botones o taches y la combinación de ambas texturas. 2) Los anatómicos: Son preservativos que tienen diversas formas que se adaptan al cuerpo del pene, se encuentran dos variantes: El primero tiene forma de campana y causa más estimulación en el glande del pene y el segundo es recto y levemente más ancho en la parte extrema superior y se acomoda mayormente en la superficie del glande obteniendo mayor sensibilidad, es adecuado para los hombres que tienen grande el glande (Coesda, 2007; citado en Avilés-López, 2009).

- **Ultrasensitivos:** Tiene las mismas características del sensitivo, simplemente que el nivel del grosor es de 0.04 milímetros. Aunque la sensibilidad es prácticamente la misma. Agrega un factor psicológico positivo muy esencial; una sensación de calor en los órganos sexuales externos, aspecto fundamental para individuos que son difíciles para el uso del preservativo (Sico, 2008; citado en Avilés-López, 2009).

En cuanto al sexo oral, se aconseja preservativos delgados que incrementen la sensibilidad, sin embargo esta cualidad puede producir un mayor riesgo de romperse, por lo que no son recomendables para el sexo anal y vaginal, debido que al utilizarlos, las sustancias empleadas para el aroma provocan infecciones en algunos individuos (Coesda, 2007; citado en Avilés-López, 2009). En el mercado existen preservativos con aroma, con sabor, o ambos en uno solo, que, al utilizarlos, sueltan un sabor suave en la boca. Otro tipo son los de colores: son delgados, lo que origina más sensibilidad, su diseño incluye una amplia variedad de tonos con el objetivo de hacerlos atractivos a la vista de las personas, además de que se emplean para este tipo de práctica, también pueden ser usados para la práctica vaginal (Condón.pon, 2004; citado en Avilés-López, 2009).

Finalmente, en el caso del sexo anal, es adecuado usar un preservativo más grueso (reforzado) y con bastante lubricante, ya que el condón es sometido a más esfuerzo. Por lo cual se adquieren condones extrafuerte o extra resistentes, que tiene un grosor de 0.09mm, sin embargo pueden ser utilizados en las relaciones vía vaginal para durar más tiempo sin eyacular (Coesda, 2007; citado en Avilés-López, 2009).

2.1.5 El uso del condón en adolescentes

En la actualidad en México se reporta que el 80% de los adolescentes sexualmente activos y el 60% de las mujeres, utilizaron el preservativo en su primera relación sexual, aunque 20% de los hombres y 40% de las mujeres no lo emplearon, estos datos indican que el contacto sexual en un porcentaje de jóvenes y adolescentes se efectúa en situaciones de riesgo para la salud, caracterizada por la falta de consistencia del uso del condón en su relación sexual (Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt , 2013).

En los últimos años, se han publicado investigaciones que señalan la falta de consistencia del uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes: Torres Walker,

Gutiérrez y Bercozzi (2006; citados en Uribe et al., 2013), indicaron que solo el 39% en promedio mencionó haber utilizado el preservativo en su primera relación sexual de una muestra de 10% de mujeres y 24% de hombres con experiencia sexual. De la misma manera, Díaz-Loving y Montijo (2009; citados en Uribe et al., 2013), reportaron diferencias significativas en la edad del inicio de la actividad sexual de hombres con edad de 14.1 y de mujeres con edad de 15.2 años, al igual que mayor cantidad de parejas sexuales en hombres (3.5), que en mujeres (2.6); aunque en ambas muestras solo el 55.5% empleó el preservativo en su primer encuentro sexual. Uribe, Zacarías y Cañas (2011; citados en Uribe et al., 2013), en un estudio con adolescentes de dos regiones geográficas del país, refieren que casi un 80% de quienes afirmaron tener relaciones sexuales no utilizaron el preservativo en su primer encuentro sexual. Además, Pulido, Carazo, Orta, Coronas y Vera (2011; citados en Uribe et al., 2013), en su investigación con jóvenes universitarios con 20 años de edad promedio, reportan que el 61.7% habían tenido contacto sexual sin emplear el condón, en por lo menos un momento de su vida.

En otros países, se mencionan datos sobre la inconsistencia en el uso del preservativo en la actividad sexual entre jóvenes y adolescentes. Fisher, Eke, Cance, Hawkins y Lam (2008; citados en Uribe et al., 2013) refieren que el 30% de adolescentes que participaron en su estudio fueron sido sexualmente activos y el 23% utiliza de forma inconsistente el condón en sus relaciones sexuales. Lema, et al. (2009; citados en Uribe et al., 2013) reportan que el 70% de una muestra de jóvenes no emplearon el condón en sus relaciones sexuales y el 14.5% afirmaron tener un promedio de tres parejas sexuales al año.

Entre los factores relacionados al uso inconsistente del preservativo masculino, Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios (2007; citados en Uribe et al., 2013), mencionan la falta de habilidades de comunicación en las relaciones sexuales. En otra investigación, Uribe, Andrade y Zacarías (2009; citados en Uribe et al., 2013), establecen que los adolescentes, tanto hombres como mujeres, tienden a no aceptar el uso del preservativo. De este modo, Alvaré, Lobato, Melo, Luis y Gonzales (2011; citados en Uribe et al., 2013), señalan que el rechazo del uso del condón está relacionado a la supuesta pérdida del placer durante el contacto sexual y Uribe, Gonzales y Santos (2012) refieren que el rechazo al uso del condón está vinculado al entorno sociocultural y a las creencias equivocadas al uso del

preservativo. García-Vega, Menéndez, García y Rico (2010; citados en Uribe et al., 2013) reportan que los hombres adolescentes son quienes menos lo utilizaron en el contacto sexual ocasional, a diferencia de las mujeres. Por otro lado, Berhan, Hailu y Alano (2011; citados en Uribe et al., 2013) señalan que las relaciones sexuales de riesgo se relacionan con ser mujer y tener un primer contacto sexual antes de los 18 años.

Es fundamental resaltar que tanto en México como en otros países, también se han estudiado variables asociadas al uso del condón en la actividad sexual de jóvenes; entre ellas destacan el nivel de conocimientos distintos sobre la sexualidad segura y la percepción de riesgo, que a su vez se relaciona con los conocimientos al respecto. Asimismo, Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos (2003; citados en Uribe et al., 2013) refieren que el conocimiento objetivo y subjetivo del VIH/SIDA, es un predictor en el uso del preservativo en la actividad sexual. Sánchez-Domínguez, Leyva-Flores, Caballero e Infante (2010; citados en Uribe et al., 2013), señalan que el ser hombre con escolarización mayor a seis años, tener conocimientos sobre las ITS, VIH/SIDA y con percepción de riesgo de ser contagiados de ITS, VIH/SIDA, se asocia con la intención de utilizar el condón al tener contacto sexual. Oyediran, Feyisetan, y Akpan (2011; citados en Uribe et al., 2013), refieren que el nivel educativo se relaciona con el uso del condón en los jóvenes. Santos y Jiménez (2011; citado en Uribe et al., 2013), refieren que la probabilidad de utilizar el preservativo masculino, es mayor para quienes mantienen más de dos parejas sexuales. Silva-Marinho, Sousa, Ferreira, Fernández y Cabral (2012; citados en Uribe et al., 2013) reportan que se puede predecir el empleo del condón, si se es hombre y el tiempo de relación con la pareja sexual, esto en un grupo de adolescentes.

De este modo, las habilidades psicosociales y las actitudes, han sido señaladas como variables predictoras al utilizar el preservativo en jóvenes y adolescentes. En México, Pérez y Pick (2006) reportan que la comunicación asertiva es un predictor del uso del condón en las relaciones sexuales en adolescentes con pareja sexual estable. Estudios en otros países, mencionan mayor uso del condón, en tanto mayor es la asertividad en la actividad sexual, en hombres como en mujeres (Santos-Iglesias y Sierra, 2010; citados en Uribe et al., 2013). Por otra parte, la percepción de autocontrol, las actitudes, las normas socioculturales y normas subjetivas, explican la voluntad de utilizar el preservativo en hombres y mujeres

adolescentes (Potard et al., 2012; citados en Uribe et al., 2013). Además, Enah y Childs (2012; citados en Uribe et al., 2013), refieren que las actitudes positivas hacia el preservativo y la habilidad para la negociación al emplearlo son los primordiales predictores del uso del condón en la actividad sexual de adolescentes.

En un estudio con 552 adolescentes, de los cuales 49.8% son hombres y 50.2% son mujeres, con un promedio de edad de 17 años, se encontró que los hombres tienen relaciones sexuales a más temprana edad a diferencia de las mujeres, al igual que declaran mayor cantidad de relaciones sexuales con parejas sexuales ocasionales, por lo que se asume que el rol sexual masculino, o el ser varón, es una condición social y cultural que otorga al hombre mayor consentimiento en las prácticas sexuales durante la adolescencia y juventud.

Asimismo, el hombre utiliza con mayor frecuencia el condón en las prácticas sexuales, en tanto mayor sea su intención y aceptación para emplearlo y posea habilidades para comunicarlo de manera asertiva a su pareja; en este sentido, el uso del preservativo en las prácticas sexuales en hombres puede atribuirse a la condición de ser hombre, o evitar un embarazo, una ITS, o solo por tener la intención de utilizarlo, lo que es resultado hasta de las normas sociales y culturales y normas subjetivas, propias para los hombres en la cultura mexicana, a los cuales mayormente se les atribuye la responsabilidad de utilizar el condón en una relación sexual.

En las mujeres se muestra que a mayor nivel de comunicación asertiva con su pareja y aceptación de utilizar el condón, mayor será la frecuencia de emplearlo en las prácticas sexuales. Se ha encontrado que existe una relación negativa entre el uso del preservativo con una pareja ocasional, si está presente el enamoramiento; mayor nivel de enamoramiento y menor uso del preservativo, ésto en comparación con los hombres, entre quienes aumentará la frecuencia de utilizar el condón, si se presenta bajo nivel de enamoramiento con la pareja. Lo anterior plantea la interrogante de si el concepto de enamoramiento es un valor sociocultural más relacionado a la mujer, y si esta condición de estar enamorada la hace vulnerable a las conductas de riesgo, como el hecho de no utilizar el condón en las prácticas sexuales con parejas ocasionales.

Por lo tanto, las variables que predicen el uso del preservativo en las prácticas sexuales con pareja formal en hombres y mujeres, son la aceptación del uso del condón, la asertividad sexual y el enamoramiento con porcentajes similares; 31.2 en hombres y 36.2 en mujeres. En el grupo de mujeres que ha tenido relaciones sexuales de forma ocasional, las variables que predicen el uso del condón son el enamoramiento y la asertividad sexual.

Se concluye que en este estudio, la comunicación asertiva determina de manera esencial una conducta sexual segura en adolescentes, empleando el condón en cualquier tipo de relación sexual y como método de barrera. Asimismo, las estrategias encaminadas a promover el uso del condón, en hombres y mujeres, deben estar enfocadas en el desarrollo de la asertividad en las relaciones sexuales (Uribe et al., 2013).

En otra investigación, González, Rojas, Hernández y Oláiz (2005) realizaron un estudio donde se manejaron datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000; el tamaño de la muestra fue de 45 726 viviendas y se incluyeron adolescentes de 12 a 19 años de edad. Con respecto al conocimiento que los adolescentes tuvieron acerca de los métodos anticonceptivos, refieren que 69.2% conocen por lo menos un método anticonceptivo, donde hay un incremento de porcentaje que se encontró en los 18 y 19 años con un 82.9%, seguido de 76% en las edades de 15 a 17 años y un 54.2% en las edades de 12 a 14 años. También existieron diferencias significativas en cuanto a la escolaridad, teniendo un mayor porcentaje de conocimientos los de nivel medio superior y menor los que se encuentran sin escolaridad, es decir, entre mayor escolaridad mayor conocimiento.

Los resultados obtenidos por Gonzáles y sus colaboradores señalaron un 95.7% de aciertos entre los de 15 a 17 años y 96.8% en los de 18 a 19 años y los que no tienen escolaridad alcanzaron un porcentaje de 20.1% entre los 15 y 17 años y un 15.9% entre los de 18 a 19 años de edad. Con respecto al inicio de la vida sexual, se encontró que entre los adolescentes de 15 a 17 años sin escolaridad hay un mayor porcentaje y después hay un decremento en los porcentajes de acuerdo con el aumento de la escolaridad.

En la utilización de un método anticonceptivo en la primera relación sexual, es mayor en los varones que en las mujeres y la escolaridad es un elemento que influye en el

uso de anticonceptivos, teniendo un mayor porcentaje los de nivel medio superior seguido de los de secundaria y menor utilización entre los que están sin escolaridad.

Lo que se concluyó de la información analizada del estudio fue que los adolescentes que necesitan de mayor información de métodos anticonceptivos son los que presentan menor edad, menor escolaridad, con menores ingresos y aquellos que no tienen acceso a servicios médicos y viven en áreas rurales. También se observó que hay un mayor porcentaje de actividad sexual en hombres que en mujeres y que el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual es mayor en aquellos con menor nivel de escolaridad, los que no tienen acceso a servicios médicos y viven en zonas urbanas.

Entre los métodos anticonceptivos utilizados por los jóvenes, el preservativo se menciona con mayor frecuencia (87.7%), seguido de los hormonales (6.9%), después el coito interrumpido (3.4%) y por último el método del ritmo (2.5%). Por lo que este estudio permitió caracterizar al adolescente capaz de usar algún método conceptual en su primera relación, el cual fue ser adolescente hombre, que presenta alta escolaridad, comienza su vida sexual a una mayor edad y cuenta con información sobre prevención de embarazo.

Asimismo, Gayet, Juárez, Pedroso y Magis (2003) refieren que comenzar con una vida sexual a una edad mayor, aumenta el empleo del preservativo de forma importante, esto quiere decir, que quienes comienzan en edades muy tempranas, tienen menos probabilidades de utilizarlo en su primera relación sexual y por consiguiente, un mayor riesgo de contagiarse de una ITS. Esto se debe que hay una baja percepción de riesgos, falta de habilidad para negociar con la pareja el utilizar el condón para la prevención.

2.2 Educación Sexual

Se define a la educación sexual como el conjunto de conocimientos que ayudan a vivir una sexualidad sana y creativa, incluso para prevenir ITS y embarazos no deseados (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

Pérez (2002; citado en García-Díaz, 2010), refiere que la educación sexual es el proceso de la vida mediante el cual se adquieren y modifican, de manera formal o informal, conocimientos, actitudes y valores, acerca de la sexualidad en todas sus manifestaciones,

que comprende desde los aspectos biológicos, reproductivos, los relacionados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales del mismo

Pérez (2002; citado en García-Díaz, 2010), menciona que la educación sexual es un proceso constante a lo largo de la vida, el cual integra y transforma las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto sociocultural determinado.

El objetivo de la educación sexual es conseguir la identificación e integración sexual de la persona, así como capacitarle para que forme sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una forma sana, positiva y responsable, dentro de su contexto sociocultural y época (Ferrer 1998; citado en García-Díaz, 2010).

El Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), menciona que las metas de la educación sexual deberían ser:

1. Información: proveer información precisa acerca de la sexualidad humana, que comprenda: crecimiento y desarrollo, reproducción humana, anatomía, fisiología, masturbación, respuesta sexual, orientación sexual, embarazo, parto, aborto, anticoncepción, VIH/SIDA, ITS, abuso sexual y vida familiar.
2. Actitudes, valores y discernimientos: desarrollen sus propios valores, cuestionen, exploren y evalúen sus actitudes sexuales con el objetivo de entender sus valores familiares, desarrollar distinciones sobre las relaciones con familias y miembros de ambos géneros y entender sus obligaciones y responsabilidades hacia sus familias y personas externas.
3. Relaciones y habilidades interpersonales: favorece a los jóvenes el desarrollar habilidades interpersonales, abarcando la comunicación, la toma de decisiones, asertividad y habilidades para poder decir que no a la presión ejercida por sus amistades, además de la capacidad de construir relaciones satisfactorias. Los programas de educación sexual, deberían enseñar a los estudiantes a entender su sexualidad de forma efectiva y creativa en los roles adultos. Esto comprendería apoyar a los jóvenes a desarrollar la capacidad de relaciones sexuales cuidadosas, sin imposiciones y placenteras en ambas partes.

4. Responsabilidad: favorece a los jóvenes ejercer la responsabilidad en las relaciones sexuales, pudiendo negarse a las presiones para tener contacto sexual de forma precoz y animar a utilizar anticonceptivos, así como otras medidas de sanidad sexuales. Asimismo la capacidad de abstinencia.

Por lo tanto la educación sexual debería ser un componente importante de los programas creados para disminuir la frecuencia de los problemas de salud, sobre todo aquellos asociados con la sexualidad, como embarazos no deseados en la adolescencia, Infecciones de transmisión sexual, Transmisión del VIH/SIDA y abuso sexual (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

La educación sexual es un proceso que debe empezar cuando los niños son aún muy pequeños, primero deben aprender los conceptos simples, avanzando a los más difíciles conforme van creciendo. Cuando se enseña a cualquier edad, se debe tener en cuenta: la conducta sexual, el conocimiento sexual y el interés sexual de cada individuo en relación a esa edad.

En el periodo de 1990, el centro de atención de la educación sexual giró de dirección, pasando de la prevención del embarazo hacia la prevención del SIDA y otras ITS. La mayoría de las veces, los programas de educación sexual dirigen la atención de forma específica en la prevención de enfermedades y tienen distintas metas, como pueden ser la desaparición de mitos sobre el SIDA y otras ITS, alentando que se retrase el contacto sexual y apoyando a utilizar el preservativo o privarse del coito no protegido.

En cuanto a los estudios realizados, seis de diez estudios reportaron cambios positivos en la intención de responder al uso del condón. Las intervenciones orientadas a temas añadidos, basados en la teoría y aquellas que integraban temas culturales, eran más efectivos (Shibley y Delmater, 2006).

2.2.1. Educación sexual formal e informal

- La educación informal

Está construida por mensajes, enseñanzas, modelos e información que puede ser verdadera o falsa, sin embargo, en la mayoría de los casos es errónea, acompañado de mitos

aceptados como verdades, sobre el cuerpo y la sexualidad (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

Durante la adolescencia la educación informal es el medio primordial de aprendizaje acerca de la sexualidad (Ferrer, 1998; citado en García-Díaz, 2010) y ocurre como parte del proceso de socialización (Pérez, 2002; citado en García-Díaz, 2010).

La mayor cantidad de información que reciben los jóvenes sobre los cambios del cuerpo humano que están experimentando, al igual que de la respuesta sexual, de las relaciones interpersonales y sexuales, proceden de sus compañeros o de su grupo de amistades.

De acuerdo con Hiriart (1999; citado en García-Díaz, 2010) es frecuente que este tipo de mensajes vayan acompañados por mitos y datos que no son auténticos y son aceptados como verdaderos. Estos mensajes sirven de base a comportamientos actuales y futuros; aun muchos años después, ya que esta creencia se mantiene muy arraigada. Además, el autor citado señala que los padres no siempre están dispuestos a conversar del tema con los jóvenes, siendo quienes podrían conversar con ellos al respecto y así convertirse en la fuente adecuada para responder a sus dudas,. Esto puede deberse a diversos motivos, como la falta de tiempo, la falta de información o sus propias inhibiciones.

Hiriart (1999; citado en García-Díaz, 2010) menciona que la educación sexual por parte de los padres tiende a ser limitada. El padre conversa poco con sus hijas, debido a que considera que le corresponde a la madre y viceversa, el padre conversa con sus hijos, pero ninguno es capaz de comunicarse a fondo con ellos, aunque generalmente la comunicación de los hijos con sus padres, suele ser más extensa con la madre, sin importar el sexo del hijo, debido al rol que juega la madre y por el tiempo que permanece más en el hogar, lo cual genera más confianza a los hijos.

- Educación sexual formal

Es la información adecuada que deben recibir los jóvenes sobre el cuerpo y la sexualidad, debido a que es objetiva, estructurada, libre de mitos y tabúes. Esto no solo es

una labor de los padres, familiares y otros centros de educación informal, es también de las escuelas públicas, centros educativos y otros sistemas de educación formal. Esto a través de una intervención educativa programada unida con la enseñanza de otros contenidos, utilizando una metodología relacionada que considere la sexualidad como un aspecto personal y comunicacional (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

La educación formal significa la transmisión de información objetiva que permita a los individuos formarse una idea personal, desde sus propios valores e intereses y tiene una finalidad específica, está estructurada y no es valorativa.

Habitualmente, la educación formal se intenta dar en las escuelas, tratando de transmitir ciertos conocimientos que resulten provechosos en la vida actual y futura para las personas.

En los programas educativos se abarcan aspectos acerca de la sexualidad, para manejarlos de manera formal se enseñan aspectos biológicos y de la reproducción humana, los cuales constituyen la información básica, aunque para las necesidades específicas y el periodo de vida que experimentan los adolescentes no bastan, lo cual hace necesario que incluyan los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que proceden de la sexualidad.

Por último, para realizar integralmente la educación formal de la sexualidad, se debe fijar un tiempo y un espacio determinados dentro del horario de clases de las escuelas, además de dedicarle los padres un tiempo a sus hijos, para conversar, discutir y promover una sexualidad saludable, con el objetivo de tratar temas de sexualidad de manera extensa y con detenimiento, de forma que el adolescente se sienta confiado para poder resolver las dudas que le aquejan (Hiriart, 1999; citado en García-Díaz, 2010).

Los elementos principales de todo diseño de educación sexual son:

- **Objetivos básicos:** lograr que los alumnos adquieran conocimientos extensos científicamente comprobados y apropiados a su edad. Lograr que los alumnos acepten la sexualidad como una dimensión positiva. Asimismo, aceptar que la sexualidad debe cuidarse y potenciarse, promoviendo comportamientos sanos y responsables con el propio cuerpo y el de la pareja.

- Cuándo iniciar: las investigaciones han demostrado que antes de que los jóvenes tengan una vida sexual activa, se empieza con la educación sexual, se promueve el desarrollo de un comportamiento sexual sin riesgos.
- Contenidos: es preferible trabajar en las etapas adolescentes de entre los 12 y los 18 años, dividido en temas, variando los contenidos según la edad de los participantes y las necesidades derivadas del contexto de los jóvenes como: pubertad, figura corporal, fisiología y anatomía genital, identidad sexual, anticoncepción y abortos, ITS, VIH/SIDA, violencia sexual y habilidades de comunicación y relación.
- Metodología: los programas deben estar basados en información, juegos, dramatización, talleres y ejercicios, ya que todo esto refuerza su habilidad de comunicación y han demostrado ser más efectivos que aquellos que sólo acuden a la exposición de información.
- Quién debe impartir la educación sexual: los estudios han demostrado que los programas impartidos por profesionales son más efectivos, en el momento de transmitir información objetiva y obtener que los estudiantes se incorporen en actividades en el aula, que el utilizar voluntarios o líderes entre los iguales. Ya que se ha visto que el uso de pares o líderes entre iguales ha resultado tener más éxito, en el establecimiento de normas y actitudes relacionadas con la adopción de conductas preventivas y para manejar las relaciones entre iguales. Al contrario, utilizar personal voluntario resulta poco eficaz.
- Participación de los padres: la comunicación recurrente abierta y positiva entre padres e hijos, se asocia de forma efectiva con una iniciación sexual sana. La educación sexual en las aulas puede integrar a los padres en sus programas de actividades, con el objetivo de unir esfuerzos, pero no significa que sea estrictamente necesario (Ubillos, 2002; citado en Fernández, Ubillos y Páez, 2004).

2.2.2 La educación sexual en la adolescencia

La educación sexual inicia a edades tempranas y debe incluir los distintos aspectos en ella de forma gradual y conforme al desarrollo evolutivo de los individuos. Esta debe ser impartida de forma exacta, precisa, objetiva y completa de los aspectos físicos, psicológicos

y sociales, comprendiendo la sexualidad como comunicación humana, fuente de placer y afectividad (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

La adolescencia es un periodo principal en el desarrollo del ser humano, siendo base tanto para el crecimiento físico como para el crecimiento emocional de los individuos, resulta imprescindible que la sociedad brinde herramientas que contribuyan a su desarrollo. El objetivo sería que este proceso pueda construir y finalizar todos los procesos que implican el desarrollo de la identidad del adolescente y a la finalización de múltiples transformaciones que se encaminan al desarrollo de la adultez.

La sexualidad es uno de los aspectos más relevantes durante la adolescencia, en cuanto a la percepción y la manera en que se vive. Los adolescentes comienzan a descubrir que su cuerpo se transforma y a experimentar una nueva sensación: la atracción erótica. Aunque este proceso de conocimientos está bombardeado por información e ideas erróneas acerca de la sexualidad y de ellos mismos como adolescentes.

Debido a lo anterior, a lo cual se agregan peligros como conductas de riesgo e impulsivas, se aconseja la importancia de poder brindar información en edades precoces y de calidad a los adolescentes (Parajeles y Zamora, 2012).

El pensamiento de un adolescente todavía no madura en ciertos aspectos, aunque muchos se encuentran en posibilidades de razonar de forma abstracta y crear juicios morales complejos, además de trazar de manera más realista su futuro (Papalia, 2005; citado en García-Díaz, 2010). Por lo tanto, en la adolescencia y preadolescencia se pueden abordar aspectos relacionados a la prevención y anticoncepción.

Morris (2001; citado en García-Díaz, 2010) refiere que desde la infancia el niño se encuentra recibiendo distintas formas de pensamiento, que comúnmente se dan por los padres, estos juicios se basan en la creación de nuevos conceptos y estos son categorías mentales que resultan de utilidad para clasificar a individuos, objetos o acontecimientos, dando sentido a las experiencias nuevas, es decir, se forma un nuevo concepto, el cual se basa en lo existente y se designa el nuevo objeto o evento a la categoría señalada.

Esos mapas conceptuales, cuando se establecen, son difíciles de cambiar, ya que en ellos se basan las experiencias que a largo plazo va teniendo el individuo. Por lo tanto, el aspecto cognitivo con respecto a la sexualidad del individuo será la base para que se conduzca, piense y sienta los distintos procesos que se vayan mostrando durante su vida.

Los adolescentes entran en un nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo, denominada etapa de operaciones formales, donde desarrollan la capacidad de pensar de una manera abstracta (Papalia, 2005; citado en García-Díaz, 2010). Esto se da aproximadamente a los 11 años y permite manejar la información de manera flexible y nueva, es decir, piensan de modo de lo que podría ser y no simplemente de lo que es. Entonces el adolescente será apto de formar juicios y comenzar a emplear su objetividad conforme a la información que se le proporciona desde esta etapa (Papalia, 2005; citado en García-Díaz, 2010).

Por lo tanto, los aspectos cognitivos de la educación sexual constituirán la forma en que el adolescente asimile la información auténtica, basada en un método científico que se le imparta.

La educación sexual en la etapa de la adolescencia debe contemplar los siguientes puntos (Caride, adaptado por Pereyra, 2009):

- Proporcionar información completa: Es importante debido a que van a experimentar bastantes cambios, no solo corporales.
- Educar con responsabilidad: Se debe reconocer sus capacidades para ser dueños de sus propias vidas y reforzar su capacidad para decidir responsablemente.
- Entorno familiar: se debe ofrecer un entorno en el que se pueda conversar y expresar su sexualidad, de forma positiva, sin prejuicios, sin estereotipos, ni ideas erróneas, con la finalidad de prestar atención a los sentimientos, necesidades y acontecimientos que los adolescentes experimentan.
- Potenciar sus habilidades: La percepción positiva que poseen de sí mismos, sus habilidades y posibilidades. Todo esto será esencial para afrontar los sucesos que se les puedan aparecer.

- La identificación y expresión de sus sentimientos: Este periodo está caracterizado por la impulsividad, la gran influencia del entorno social, por lo que será primordial hacer presentes sus emociones y no atender solo a los comportamientos.

En la adolescencia ya se pueden impartir temas como las relaciones sexuales, la anticoncepción, las ITS y el VIH/SIDA, proporcionándose desde el enfoque de la responsabilidad hacia su propia salud, como un hábito de autocuidado que se debe asumir (Caride, adaptado por Pereyra, 2009).

Algunos estudios señalan que la educación sexual orientada a los adolescentes ha dado resultado, ya que los hombres de 15 a 19 años que habían recibido educación sexual, tenían menos compañeros sexuales, usaban el preservativo con más frecuencia y tenían menos relaciones ocasionales (Ku, Sonenstein y Pleck, 1992; citados en en Fernández et al., 2004). Asimismo, se ha comprobado que la educación sexual impartida en las escuelas y en la comunidad no produce un incremento en la actividad sexual en los adolescentes, por lo contrario, constituye la esencial medida de la prevención sexual (Eisen y Zellman, 1987; citados en Fernández et al., 2004).

Por todo lo anterior, puede concluirse que la educación sexual es la mejor herramienta para la prevención de las ITS, VPH Y VIH/SIDA, además de los embarazos no deseados.

2.3 Escuelas Públicas y Privadas

La escuela es una institución especializada, la cual cumple la función de enseñar, construir e introyectar conocimientos y normas comunes, así como los valores y tradiciones características de cada grupo social (Pares, 2008). Para los fines de este estudio, resulta, además, un espacio privilegiado para la educación sexual.

Se denomina educación pública al sistema nacional educativo de cada país, que particularmente abarca la planificación, supervisión o ejecución directa de planes de estudio y educación escolarizada de distintos niveles académicos. Dicha educación es laica y gratuita, porque los costos son pagados por el Estado. Las escuelas públicas, en su mayoría, son las que se encuentran en América Latina. Por el contrario, la escuela privada es aquella

administrada por instituciones o personas que no dependen de fondos del gobierno, además de que agrega materias y contenidos a la curricula obligatoria; a esto se le conoce como valor agregado a la enseñanza (Wolf y de Maura, 2014).

Por tal razón, los padres que se presentan en los colegios particulares, pagan por un servicio que esperan exceda sus expectativas y que ofrezca el valor agregado, para la formación de sus hijos.

Sin embargo, Pares (2008) reporta que las evidencias demuestran que no todas las escuelas privadas son necesariamente buenas o superiores a las escuelas públicas. Su crecimiento implica ciertas percepciones con respecto a la educación pública acerca de que no satisface las pretensiones de las clases sociales que tienen predilección y cuentan con el dinero para pagar los servicios de los colegios privados. En general, la metodología de enseñanza-aprendizaje de los dos tipos de escuelas tiene bases semejantes.

En ambas escuela los programas de estudio imparten español e inglés, emplean los libros de texto en español complementarios de los libros de texto gratuitos y para el inglés utilizan libros de textos traídos de los Estados Unidos de América, que son renovados por periodos de entre 3 y 5 años, conforme al desarrollo de los programas de ese país.

Se considera que la educación privada posee ciertas características particulares, producida por distintos factores, sobre todo de índole económica e ideológica, que les otorgan ciertas ventajas, comparadas con las escuelas públicas. Las escuelas privadas se orientan a los sectores económicos privilegiados, por crear métodos educativos autónomos, en ocasiones, estas escuelas imparten los mismos métodos educativos de las escuelas oficiales, pero en otras los métodos educativos son buscados, implementados o desarrollados por la institución educativa.

Algunas características de los colegios particulares son que tienen una gestión más sencilla, es decir, se contrata y despide a los profesores de manera directa, el dinero se utiliza enseguida y los padres de familia son más exigentes, además de que tienen que presentar los resultados de esas ventajas. Un punto importante al respecto, es que las escuelas públicas tendrían que procurar esas mismas ventajas, ya que no son propiedad única del mercado.

Wolf y de Maura (2014), concuerdan con esto, ya que distinguen el hecho de que la educación privada ofrece distintas alternativas que no podrían ser brindadas por las escuelas públicas, o que pueden no ser adecuadas para estas instituciones. Las instituciones privadas manifiestan en mejor modo las predilecciones de los padres de familia y los alumnos, aparte de tener mayor libertad de acción para descubrir diversos caminos y experimentar nuevas ideas.

Aunque se debe señalar que los colegios particulares no se encuentran libres de problemas, por ejemplo: colegios deficientes pueden producir consecuencias negativas a las perspectivas futuras de los estudiantes. Por otra parte, cuando un estudiante manifiesta un mal rendimiento escolar, puede ser confuso establecer si eso se debe a una mala enseñanza, la ausencia de compromiso o la pobre habilidad del estudiante. Sin un cuidadoso control de calidad, las escuelas pueden resultar en simplemente una fábrica de diplomas, en vez de generar personas apropiadamente capacitadas y educadas.

En las escuelas públicas se puede observar que el financiamiento se ha decrementado, en base a las funciones de Estado, por lo que cada vez hacen más responsables a los padres y a los profesores de mantener la escuela, de la eficacia y eficiencia de los frutos de la educación. Por lo tanto, el rezago escolar afecta a cada una de las partes sociales desprotegidas (Pares, 2008).

A las escuelas públicas también les faltan estímulos adecuados para premiar la excelencia, y tienen obstáculos para premiar el desempeño eficiente, particularmente cuando no se encuentran alternativas, o estas son mínimas, además de que suelen ser muy lentas para responder a las señales de sus clientes, tanto positivas como negativas.

Ante esto, Wolf y de Mauro (2014) indican que existen modos de hacer que los servicios públicos satisfagan las necesidades de los usuarios. Por ejemplo: se pueden realizar estímulos tanto positivos como negativos, que guíen al despido de personal, haciéndose participe a los alumnos, los padres de familia y las empresas en las decisiones, y puedan ofrecer alternativas para dejar las instituciones con deficiente desempeño. Sin embargo, la implementación de estas estrategias no asegura una educación de calidad, sería necesaria la implementación de múltiples factores, como un apropiado entorno para la

adquisición de conocimientos, profesores bien capacitados y comprometidos, textos de estudio adecuados, infraestructura física, además de modelos coherentes, realistas y medibles. Estos elementos son tan fundamentales como los estímulos, los premios y la capacidad de elección.

En cuanto a las estadísticas en México, nueve de cada diez estudiantes asisten a escuelas públicas y 18 de cada 100 profesores trabajan en escuelas privadas. Este es un dato al que debe prestarse atención, ya que muestra una mayor atención en las escuelas privadas alrededor del alumnado (Sojo; citado en Olivares, 2014).

Olivares (2014) reporta que en México existen 207, 628 escuelas públicas y de educación especial, de las cuales 42.5% son primarias, 40.1% son preescolar y 16.7% son secundarias. Del total de escuelas que existen en nuestro país, 86.4% son escuelas públicas y 13.6% son colegios particulares y de estas últimas, las entidades con más de 20%, son el Estado de México, Baja California, Morelos y el Distrito Federal. De la totalidad de los planteles de escuelas públicas, 48.8%, no cuentan con drenaje, 31%, no tienen agua directa, 11.2% carecen de energía eléctrica y 12.8% no poseen baños.

2.3.1 Sistema no escolarizado o Sistema abierto

Es un sistema dirigido a proporcionar la educación por medio de asesorías periódicas a los estudiantes, sin que para ello tengan que asistir diariamente a un centro educativo, aunque el alumno está sujeto a una serie de exámenes para aseverar el adelanto progresivo en el cumplimiento del programa (López, Morales y Silva, 2005).

Sus actividades escolares y el calendario se guían dependiendo del tipo de demanda de la población, no en base al calendario escolar convencional. Además que los profesores son voluntarios de la misma comunidad y no se les exige escolaridad, sino ciertas características personales y mayormente lo conforman los jóvenes con nivel de secundaria completo (López et al., 2005).

Los sistemas de educación abierta se han desarrollado con graves limitaciones acerca de su concepción teórica, por lo tanto presentan dudas o confusión de acuerdo a su significado y utilidad. Por otra parte, es usual que el personal que trabaja en este tipo de

instituciones no dispone de la adecuada preparación y no conoce las funciones específicas que le atañen cumplir dentro de un sistema de enseñanza abierto.

Los estudiantes también se enfrentan a un sistema para el cual podrían no contar con capacidades de adquisición de conocimiento que les permita resolver problemas de independencia, una responsabilidad compartida en su aprendizaje y trabajar como autodidactas. Tal es el caso de los libros de texto, que originalmente fueron creados para los sistemas convencionales; por lo tanto, estos libros, no facilitan de ninguna forma el autodidactismo.

Por otra parte, la modalidad de enseñanza abierta presenta, por sus características determinadas, una alternativa primordial, debido a que es menor el tiempo de asistencia y permite atender un mayor número de individuos, en comparación a la escolarizada.

Las características del sistema de enseñanza abierto son:

- Su principal elemento es la flexibilidad y la ausencia de requisitos para el ingreso de estudiantes
- Generalmente son poblaciones de adultos
- Se abre a un campo de aprendizaje ilimitado
- Aplica con mayor frecuencia las innovaciones tecnológicas, también llamadas e-learning
- Se requiere de un gran compromiso por parte del estudiante.

El sistema de enseñanza abierto tiene como esencial objetivo educativo, fomentar el desarrollo de una determinada sociedad en términos de:

- Producir estrategias de aprendizajes para perfiles de estudiantes determinados.
- Producir de forma constante tecnologías educativas
- Crear programas que les permitan un manejo de habilidades cognoscitivas para este sistema de enseñanza.
- Elaborar espacios educativos que permitan una comunicación efectiva entre los usuarios, asesor e institución.

Casserly y Marshall (2008; citados en Valverde, 2010), mencionan que la enseñanza abierta está fundada en varios principios:

- El conocimiento debe ser libre para emplearlo y reutilizarlo
- Se debe impulsar y facilitar la colaboración en la construcción y de volver a elaborar el conocimiento
- Debe ser premiado, el compartir conocimiento por su aportación a la educación y la investigación.
- La innovación de la educación necesita comunidades de práctica y reflexión que contribuyan en recursos educativos libres.

Además, este sistema ayuda a decrementar el alto costo de los materiales para la enseñanza, primordialmente, en los libros de texto impresos que se considera un importante desembolso de dinero público y privado, dirigido a un bien cultural básico.

Sin embargo, Baraniuk (2008; citado en Valverde, 2010) indica que se enfrenta a ciertas dificultades como son: que al considerarse de recursos abiertos y por tanto susceptibles de una continua mejora, se encuentra en diferentes niveles de calidad y los procedimientos tradicionales de evaluación sean incompletos e inapropiados.

En 1997, cifras de la Secretaría de Educación Pública (SEP), mencionaron que los programas no escolarizados particulares atendían solo a 15 mil alumnos, pero en el periodo de 2010-2011, la matrícula aumento a más de 150 mil estudiantes.

No obstante, después de 70 años de haber empezado en México, el sistema abierto no ha progresado, la falta de publicidad acerca de sus beneficios, además de la carencia de una norma para garantizar su calidad, lo han hecho vulnerable. Un estudio realizado en Octubre del 2011 por el Sistema de Nacional de Educación a Distancia (SINED) concluyó que, en su mayoría, las instituciones de educación abierta pública y privada no disponen con las normas necesarias para regular su desarrollo, definir las estructuras académicas y administrativas encargadas de operarlas, además de que no determinan la trayectoria de los estudiantes que cursan programas del sistema abierto (Gómez-Quintero, 2011).

Por último, uno de sus retos esenciales es lograr que todos sus proyectos se ejecuten y aseguren de esta manera su viabilidad a largo plazo, así como su estabilidad.

En este capítulo se revisó la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, para conocer las formas en que se puede evitar un riesgo de contagio, desde un enfoque de nivel de prevención primaria. Se considera el sexo protegido como el más eficaz y principal de las estrategias de prevención de las ITS y VIH/SIDA. Por lo tanto, se utiliza el condón, como la herramienta de alta efectividad en la relación sexual protegida. Se encuentran los preservativos masculinos y femeninos, esto de acuerdo a la preferencia del individuo y del tipo de práctica sexual.

Además, es fundamental impartir una educación sexual, para también disminuir la frecuencia de los problemas de salud, aunque se abordan temas diferentes acorde a cada etapa del sujeto. En la adolescencia ya se pueden proporcionar temas sobre las relaciones sexuales, la anticoncepción, acerca de las ITS, VIH/SIDA, dirigido a la responsabilidad de su propia salud.

Se señala el sistema escolarizado de las escuelas públicas y privadas, así como el no escolarizado, para el conocimiento de su función de la enseñanza y de las características específicas de cada una.

En el siguiente capítulo se aborda el Virus del Papiloma Humano, por su relevancia en la tasa actual de incidencia de transmisión entre los adolescentes.

Capítulo 3. El Virus del Papiloma Humano

3.1 Características generales

El virus del papiloma humano (VPH) está constituido por virus pequeños de ADN, que infectan una gran diversidad de vertebrados, así como al hombre, y pertenece a la familia de *Papillomaviridae* (Rocha, Lozano y Martínez, 2004). Infecta a más de 20 especies de diversos mamíferos, incluyendo reptiles y aves. Es una de las enfermedades de transmisión sexual más común y las personas adquieren uno o más tipos de VPH en algún momento de su vida; en la actualidad, al menos un 75% de hombres y mujeres con vida sexual activa lo han adquirido (Carreras, Xercavins y Checa, 2007).

En cuanto a la infectología, los virus del papiloma humano son atraídos a las células epiteliales escamosas, porque sólo pueden existir en estas células del cuerpo y estas son planas y delgadas. Las células epiteliales escamosas se localizan en superficies húmedas de la piel, como son la vulva, la vagina, el cuello uterino, el ano, la cabeza del pene, la boca y la garganta (Calderón-Balderas, 2014).

3.1.1 Tipos del Virus del Papiloma Humano

En la actualidad se han identificado más de 100 genotipos del VPH. Se clasifican los genotipos en alto riesgo y bajo riesgo, en base a su potencial de malignidad. Los tipos de alto riesgo son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 72. Los tipos que son probables de alto riesgo y cancerígenos son: 26, 53 y 66. Los tipos que son considerados cancerígenos son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Dentro de estos, las células malignas del cáncer cervicouterino se han encontrado generalmente más asociadas a cuatro tipos, detectando que el 16 se encuentra en la mitad de los casos y los tipos 18, 31 y 45 entre un 25 y 30% del resto (Alfaro y Fournier, 2013).

Los tipos de bajo riesgo son: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108, mientras que los tipos de riesgo indeterminado son: 34, 57 y 83 (Hernández, Padilla y Quintero, 2012). Alonso, Lazcano y Hernández (2005) refieren que los tipos de bajo riesgo se vinculan primordialmente con el condiloma acuminado y la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) y estos tipos tienen bajo riesgo de transformarse en malignos.

Las verrugas en la piel (verrugas comunes) las causan aproximadamente 60 tipos del VPH, y afectan las manos, los brazos, el pecho y los pies. Los tipos de VPH genitales o anogenitales son los otros 40, ya que prefieren las células escamosas húmedas que se ubican en esta zona (Calderón-Balderas, 2014).

3.2 Epidemiología

Alfaro y Fournier (2013) señalan que actualmente en España 20 millones de personas se encuentran infectadas y se calcula que habrá más de 6 millones de nuevos casos anualmente. La mayor parte de las personas con la infección no presenta ningún síntoma. Hay investigaciones que sugieren que el VPH es la infección de transmisión sexual más común en el mundo actualmente (Conzuelo, 2002; citado en López-Cárdenas, 2014).

Los estudios epidemiológicos han descubierto una alta prevalencia del virus del papiloma humano en adolescentes. Sam y Gayón (2006) realizaron un estudio en 1340 mujeres mexicanas con vida sexual activa, encontrando que en mujeres menores de 25 años existía una prevalencia del 16.7%, la mayor de la muestra por grupo que tienen la misma edad.

El Instituto de Nacional de Pediatría revisó todas las citologías efectuadas de los 5 años anteriores en adolescentes con vida sexual activa, con edades de 13 a 18 años. Se examinaron 64 citologías, de las cuáles 49 (76.5%) resultaron normales, mientras que en 12 (18.8%) se encontraron datos citológicos de VPH y en 2 (3.1%) se registró neoplasia intraepitelial de bajo grado (NIC 1), lo cual significa aproximadamente un 18.8% de prevalencia del virus del papiloma humano y de 4.6% para neoplasias intraepiteliales en adolescentes, parecido a lo que refiere la literatura mundial (Sam y Gayón, 2006).

En México se estima que existen alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por algún tipo del virus del papiloma humano, desencadenante del cáncer de cuello de útero, y se calcula que las jóvenes de entre 15 y 24 años de edad son las más perjudicadas (Klausner, 2008; citado en López-Cárdenas, 2014). De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, se señaló que debido al cáncer cervicouterino fallecen 12 mexicanas cada día, además de que 38.8 de cada 100 son portadoras. Se ha señalado de forma alarmante al

estado de Chiapas, debido a que se encuentran asociadas con las neoplasias por VPH, el 80% de las mujeres (Sánchez, 2007; citado en Diyarza-López, 2008), además de que el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010), señaló que las infecciones de transmisión sexual más frecuentes entre los jóvenes son el Virus del Papiloma Humano y la candidiasis urogenital.

En el hombre, el virus del papiloma humano de alto riesgo oscila entre el 2.3% y el 34.8%, y el de bajo riesgo oscila entre el 2.3% y el 23.9%. En los varones homosexuales y bisexuales se ha observado que presentan una prevalencia especialmente alta del VPH (Carreras et al., 2007). Los hombres que tienen relaciones con otros hombres (homosexuales y bisexuales), tienen probabilidad de padecer cáncer de ano 17 veces mayor, a diferencia de los hombres que solo tienen actividad sexual con mujeres. Asimismo, los hombres que presentan un sistema inmunitario débil, como aquellos con VIH, tiene mayor probabilidad de contraer cáncer de ano. En los hombres el cáncer de pene es poco común y solo un subconjunto de estos cánceres está asociado con el VPH (National Center for HIV/AIDS, Viral hepatitis, STD, and TB Prevention and Division of STD Prevention, 2012).

3.2.1 El Virus del Papiloma Humano y el Cáncer cervicouterino

Se ha demostrado que el cáncer de cuello de útero es causado por el virus del papiloma humano. A partir de estudios moleculares, clínicos, virológicos y epidemiológicos, se ha comprobado de forma indudable que el cáncer cervicouterino es una secuela a largo plazo de una infección constante por ciertos genotipos del VPH (Carreras et al., 2007). Alonso et al. (2005) refieren que existe una relación del desarrollo del cáncer de cuello de útero por el virus del papiloma humano. Se ha comprobado que los carcinomas del cuello del útero, en más de un 90%, contienen ADN del VPH, el cual tiene mayor predominio del tipo 16, al encontrarse en aproximadamente la mitad de los casos, seguido por el tipo 18 con un 12%.

La infección va a depender primordialmente del tipo del VPH, de su edad y del estado inmunitario del paciente. Se ha observado que son más susceptibles de adquirir infecciones vaginales con virus oncogénicos, las mujeres menores de 35 años, infecciones

que pueden desaparecer en la mayoría de los casos. Pero en las mujeres mayores a 35 años frecuentemente persiste la lesión con cambios morfológicos y clínicos, asimismo la lesión muestra un mayor riesgo de avance. Diversos investigadores consideran que la subsistencia de las mujeres con cáncer cervical va a depender de la condición del paciente, las características del tumor, la forma de llevar el tratamiento, el tipo de VPH y el grado de progresión de la lesión al momento de detectarlo. Se ha informado que el tipo 18 del VPH está asociado a una penetración más profunda del estroma y como consecuencia existe un pronóstico menos favorable en mujeres con este tipo viral (Guglielmo et al., 2010).

El cáncer de cérvix se presenta en dos formas: adenocarcinoma y cáncer escamoso. Este último es el más común, hallado en las mujeres en 80% de los casos, y está más vinculado al tipo 16. El adenocarcinoma es el segundo más común, el tipo 18 y 45 se incrementa relevantemente en este tipo de tumores (Lizcano, Carrillo y Contreras, 2009).

Al observar displasia en el cuello del útero pueden suceder dos cosas: que la respuesta inmunológica de la mujer pueda sanar la zona afectada y desaparezca la displasia de grado-bajo, o que se pueda mantener en el cuello del útero la displasia sin ningún cambio por varios años o que la displasia pueda cambiar y se convierta en cáncer de cérvix. A este cambio se le denomina *progresión* y generalmente toma varios años. Existen cuatro grados de displasia, clasificados en leve, moderado y grave o carcinomas *in situ*, esto depende de que tan anormales se vean las células en el microscopio. Se le denomina *carcinoma in situ*, al cáncer que está presente simplemente en la capa de células de la superficie del útero y no se ha esparcido a los tejidos cercanos.

Los resultados anormales se pueden describir en:

- ✓ Lesión intraepitelial escamosa (SIL): se utiliza para explicar cambios anormales en la superficie de útero. La palabra escamosa se refiere a células que son planas, delgadas e integran la superficie exterior del útero. La palabra lesión alude a tejido anormal. Lesión intraepitelial se refiere a las células anormales que están presentes simplemente en la capa de células de la superficie del útero. Se explica una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado de acuerdo a los primeros cambios en el tamaño, número de células y forma, o lesión intraepitelial escamosa de grado alto de

acuerdo a las células precancerosas que se observan muy distintas de las células normales.

- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical (CIN): se utiliza para describir las células anormales, a través de un número del uno al trece, describe qué tanto del grosor de la capa del cérvix, contiene células anormales. Neoplasias se refiere a un crecimiento anormal de las células. Intraepitelial describe a la capa de células que constituyen la superficie del útero.
- ✓ Células escamosas atípicas: se refiere a que los resultados no se encuentran claros, por lo que no es una anomalía definida (Barranco-Carmona, 2010).

Actualmente se realizan estudios que indican que el VPH puede asociarse de manera concreta a estructuras en el espermatozoide, de tal manera que puede eventualmente invadir el útero, el cual absorbe las partículas virales a los tejidos uterinos internos. Diversos estudios han probado una alta frecuencia del VPH en muestras en mujeres en la parte genital con infecciones sintomáticas o asintomáticas y se expone que la fuente principal de infección son sus parejas sexuales masculinas (Militza et al., 2013).

3.2.3 Formas de Transmisión

El virus infecta algunas mucosas y la piel, y se va a manifestar en áreas selectivas (boca, vagina, pene, ano, lengua y faringe), esto va a depender del tipo de VPH que contraiga y de la zona expuesta. (García, González y Granados, 2009). Además, el virus va a penetrar al epitelio por medio de varios mecanismos:

- Por medio de las relaciones sexuales (vaginales o anales).
- Contacto oral-genital.
- Por autoinoculación (se transmite de un lugar a otro en la misma persona, por el contacto directo).
- Fómites (por objetos infectados).
- En el período perinatal (solo si la madre tiene verrugas genitales en la zona vaginal).

3.2.4 Signos y síntomas producidos por el VPH

Es asintomática en sus inicios y en el instante en que surge la sintomatología se considera cierto grado de lesión. El periodo de incubación es de 3-4 meses hasta 2 años (Diyarza-López, 2008). El VPH puede infectar cualquier parte del epitelio del aparato genital. Aproximadamente un 20% de la infección puede continuar en fase latente, aun por un largo periodo de tiempo y en un 80% de los casos el portador eliminará la infección (Carrillo, Hernández, Hernández y Zarate, 2012). Los condilomas acuminados o verrugas genitales se ubican con más frecuencia en la vulva o el ano, comúnmente son provocados por los tipos virales 6 y 11, y en algunos casos el 16 y 18. Los condilomas pueden ser asintomáticos en la mayoría de los casos, pero pueden originar ardor, purito y dispareunia (Sam y Gayón, 2006). Las verrugas genitales pueden manifestarse varias semanas después del contacto sexual o puede llevar meses o hasta años en manifestarse, o quizá nunca aparezcan. En las mujeres se manifiestan en la vulva, la vagina, el cuello del útero o cerca del ano. En los hombres se manifiestan en el pene, en el escroto y ano.

La mujer puede sufrir de constantes irritaciones en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura, mientras dura la actividad sexual, a esto se le denomina *vulvodinia*. El Cáncer Cérvico-Uterino (CaCu) en su fase inicial, no presenta síntomas ni dolor. Los más frecuentes síntomas son:

- ✓ Hemorragia vaginal
- ✓ Dolor pélvico
- ✓ Leucorrea (es un flujo viscoso y de color blanco que tiene mal olor)
- ✓ Hemorragia post-coito
- ✓ Metrorragias (son abundantes hemorragias del útero)
- ✓ Síntomas de obstrucción urinaria
- ✓ Anemia ferropénica (es el decremento de niveles de glóbulos rojos y hierro en la sangre) (Barranco-Carmona, 2010).

Negróni (2009) señala que el virus del papiloma humano en la cavidad bucal ha sido relacionado con:

- Verrugas vulgares (HPV Tipo 2), son lesiones comunes en la mucosa de la boca y regularmente se ubican en la piel y borde de los labios.
- Condilomas acuminados (HPV Tipo 6 y 11), se pueden contagiar por autoinoculación de un condiloma acuminado genital o a través de la práctica del sexo oral, se puede expresar en el dorso de la lengua, en la mucosa bucal, en el paladar, los labios y la encía.
- Enfermedad de Heck o Hiperplasia epitelial focal (HPV Tipos 13 y 32), regularmente se manifiesta en niños, es una lesión benigna que se localiza en la mucosa bucal, en el labio inferior y la lengua.

En nuestro país, el cáncer escamoso de las vías aerodigestivas superiores (CE-VADS) representa del 2 al 3% de las malignidades diagnosticadas. El 60% de los casos diagnosticados son en etapas avanzadas y el pronóstico de vida fluctúa entre 10 y 40% a 5 años, esto va a depender de su localización específica y su resecabilidad, por lo que se asocia con un diagnóstico grave con secuelas importantes en la estética y funcionales. La mayor parte de los cánceres de la boca se originan en la lengua móvil (dos tercios anteriores de la lengua), el piso de la boca y en la bucofaríngeo tiende a desarrollarse en la base de la lengua y la fosa amigdalina.

En el 2002, el Registro Histopatológico de Neoplasias de México reportó 820 casos de cáncer bucal (CB) y 147 de bucofaríngeo (BF) de un total de 108,064 malignidades. El 75% sucedió en la cavidad bucal y 25% en la orofaríngeo. En una investigación que se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología de México, se informó que la mayor frecuencia de CB sucede entre los 50 y 70 años de edad, sin disparidad significativa entre géneros (García et al., 2009).

3.3 Factores de riesgo

Se han identificado otros factores, como son los ambientales o congénitos, que son capaces de modular la perduración y avance de la infección a neoplasia. Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

- Inicio de una vida sexual a edades tempranas

En México, los adolescentes en promedio inician su vida sexual entre los 15 y 19 años (Consejo Nacional de Población, 2010, referido en Padilla y Quintero, 2013). El inicio de la actividad sexual a temprana edad es uno de los primordiales riesgos, por la motivación de pertenecer a un grupo social o por las presiones del medio, procedente de los medios masivos de comunicación que frecuentemente manifiestan modelos de convivencia inadecuados que causan necesidades imaginarias o falsas, lo que produce conductas riesgosas, aunado con la falta de protección en la relación sexual y la posibilidad de que la o las parejas pudieran estar infectadas, además de que tendrán mayor tiempo de exposición y más probabilidades de estar más en contacto con diferentes tipos del virus del papiloma humano (Tirado et al., 2005; citado en Hernández et al., 2012).

Alfaro y Fournier (2013) refieren que el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas trae más vulnerabilidad a la transmisión de enfermedades sexuales por la inmadurez del tracto genital, así como la zona de transformación del cérvix.

- Múltiples parejas sexuales

Se realizó una investigación con una muestra de 70 adolescentes que presentaban infección por el virus del papiloma humano y el 72.9 % de los jóvenes señaló haber tenido dos o más parejas sexuales. Lo anterior se confirma en otro estudio que se realizó en Estados Unidos de América, en el cual se encontró que los adolescentes con dos o más parejas sexuales son más susceptibles a contraer el VPH (Sánchez, Uribe y Conde, 2002; citados en Hernández et al., 2012). Esto se asocia también a la falta de información adecuada para crear conciencia sobre las consecuencias que pueden producir las infecciones de transmisión sexual.

- Píldoras Anticonceptivas

Se ha comprobado que utilizar píldoras anticonceptivas por períodos largos de tiempo aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino. Los estudios sugieren que aumenta el riesgo de padecer cáncer cervicouterino mientras más tiempo se tomen las píldoras; sin embargo, después de interrumpir las píldoras, el riesgo se reduce. En una investigación se duplicó el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres que por más de 5 años ingirieron píldoras anticonceptivas, pero después de 10 años de haberlas dejado de ingerir el riesgo regresa a su normalidad (Calderón-Balderas, 2014)

- Falta o uso inadecuado del Preservativo

La falta del preservativo o su uso incorrecto, predisponen en la actividad sexual al contagio del VPH, SIDA o alguna otra infección de transmisión sexual. Para haber una disminución de contagios se debe promover un mayor conocimiento de los beneficios que produce su utilización adecuada. Sin embargo, la Secretaria de Salud no ha tomado en consideración el condón femenino para formar parte de los métodos anticonceptivos básicos, por ser más costoso, lo que ocasiona que no lo utilicen los adolescentes. El condón femenino tiene más beneficios en la protección del VPH, ya que permite disminuir los riesgos de contagiarse porque cubre mayor área genital que el condón masculino (Hernández et al., 2012).

- Higiene

La falta de higiene es otro factor debido a la retención del esmegma y fimosis, lo que ocasiona el almacenamiento de bacterias y virus en un estado de irritación grave, que fácilmente pueden alojar un agente patógeno y adherirse por medio de la lesión (Blekker et al., 2009; citados en Hernández et al., 2012). La higiene en los genitales principalmente ayuda a disminuir la proliferación de bacterias y virus en esa zona, ya que son partes por donde el cuerpo libera los desechos, lo que significa que las bacterias están siempre presentes, por ello es indispensable para una disminución de probabilidades de infecciones genitales.

Se propone que la mujer abra los labios mayores para lavar perfectamente entre ellos y el hombre retire el prepucio para lavar bien el área del glande.

- Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y abuso de medicamentos

El efecto nocivo del abuso en el consumo del alcohol, origina determinadas sustancias que actúan como oxidantes, factores que influyen en la transformación de células en malignas (León et al., 2009; citados en Hernández et al., 2012).

El hábito de fumar tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, principalmente en el epitelio del canal endocervical, en donde se aloja de forma crónica el VPH, lo que origina con mayor facilidad la inoculación en un ambiente óptimo para su propagación (Alaniz, Flores y Salazar, 2009; citados en Hernández et al., 2012). En la Habana se realizó un estudio que señaló que la exposición a determinadas concentraciones de nicotina que son transportadas por el sistema circulatorio (esto en un período prolongado), cuando llega al epitelio cervical, incrementa la proliferación celular por ayudar a la sobreexpresión del receptor del factor de crecimiento epidemiológico (León et al., 2009; citados en Hernández et al., 2012). Alfaro y Fournier (2013) señalan que el tabaquismo origina metabolitos carcinogénicos, lo que conduce a anormalidades celulares que incrementan la displasia y decremantan el sistema inmunitario.

Finalmente, el abuso de medicamentos o el consumo de drogas originan el descenso del sistema inmunológico y predispone al desarrollo del cáncer del cuello uterino y anogenital (Mammas, Sourvinos y Spandisos, 2009; citados en Hernández et al., 2012).

- Infección por Clamidia

La Clamidia es una clase común de bacteria que se adquiere por relación sexual y puede infectar el sistema reproductor. Puede originar inflamación de la pelvis, lo que hace probable la infertilidad en la mujer. Existen estudios que han indicado que tienen mayor riesgo de adquirir cáncer cervicouterino, las mujeres que en sus resultados de análisis de sangre señalan una infección presente o anterior con clamidia, que las mujeres con un análisis de sangre normal (Calderón-Balderas, 2014).

- Múltiples embarazos a término

Tienen mayor riesgo de padecer cáncer de cuello de útero, las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término. Aunque no se sabe con exactitud la causa, algunos estudios han señalado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían ser la causa de que las mujeres sean más susceptibles a infección con el virus del papiloma humano. Además, piensan que podrían tener sistemas inmunológicos poco resistentes, lo que permite la entrada a la infección del VPH (Calderón-Balderas, 2014).

- Alimentación

Una mala alimentación con deficiencias de ácido fólico, vitamina C y antioxidantes, ayuda a mantener la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, además del cáncer cervicouterino (Tamayo y Varona, 2006; citados en Hernández et al., 2012). Carrillo et al. (2012) señalan que sostener un buen peso corporal y desarrollar una actividad física moderada, puede prevenir hasta un 30%, de los cánceres, además de que si se modifica únicamente la dieta con mayor ingesta de frutas y vegetales, puede prevenirse un 20% de estos.

La buena alimentación propicia a sostener las células en condiciones favorables, de manera que no permite la entrada de ningún microorganismo patógeno. Se aconseja una alimentación equilibrada en antioxidantes, rica en verduras y frutas más que en el consumo de carnes, esto ayuda a disminuir la probabilidad de infectarse (Chéchile, 2009; citado en Hernández et al., 2012).

Se estima que una mala nutrición ayuda a permanecer la infección por VPH y el desarrollo de las lesiones de CIN1 a CIN2, CIN3, hasta llegar al cáncer de cérvix (Barranco-Carmona, 2010).

- Pobreza

La pobreza compone uno de los impedimentos para que los adolescentes puedan desenvolver sus capacidades básicas como seres humanos, lo que sitúa a estos jóvenes en condiciones de mayor vulnerabilidad en su vida reproductiva (Taimi, 2008; citado en Hernández et al., 2012). Una disminución en la economía se considera que obstaculiza a los adolescentes a asistir a los centros de salud para realizarse un estudio preventivo como el Papanicolaou, una orientación sexual, para saber cuáles son los métodos anticonceptivos, así como su correcta forma de utilización. Aun cuando por voluntad propia quisieran beneficiarse por su salud, los jóvenes no tienen acceso o no cuentan con los servicios de salud apropiados (Hernández et al., 2012).

- Educación

El Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática, señala las estadísticas de un retroceso del analfabetismo en México: en el 2010 había disminuido este porcentaje en un 6.9% en el país, en comparación del 2005 que presentaba el 8.5% de población analfabeta en edades de 15 años a más. Sin embargo el rezago prevalece, a pesar de los esfuerzos que se ejecutan, las cifras en esos 5 años son aun bajas, ya que solo se logró disminuir el 1.45%, aunado a otro sector de la población, donde un 5.3% de edades entre 6 y 14 años no asiste a la escuela a nivel nacional y en la población de 15 años un 46% y los demás no terminaron la educación básica (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2007; citado en Hernández et al., 2012).

El CONAPO en el 2009, señaló que el 82.6% de las mujeres sin escolarización solo tienen conocimiento de un método anticonceptivo; lo mismo sucede con el 99.4% de las mujeres que solo tienen la secundaria. La baja escolaridad en los adolescentes causa falta de oportunidades y conocimiento para enfrentarse a las consecuencias y riesgos originados por la infección del VPH, además de la poca información referente a las medidas preventivas necesarias a utilizar en sus prácticas sexuales y las mínimas visitas que hacen a los centros e instituciones de salud.

La CONAPO (2009) refiere que el 61.5% de las mujeres de entre 15 y 19 años, no utilizaron ningún método anticonceptivo. En el 2010, señalan que el 97% de las mujeres

por lo menos conocían algún método contraceptivo; sin embargo no usaron ninguno en su primera actividad sexual, esto se refiere a más de la mitad. Esto corrobora que, aunque tengan los conocimientos de los métodos anticonceptivos, la mayoría de los adolescentes a quienes se les proporcionó en el nivel básico de los estudios, no lo consideró necesario en su actividad sexual, además que muchos lo utilizaron de forma incorrecta (Hernández et al., 2012).

- **Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino**

El cáncer cervicouterino se puede manifestar con mayor frecuencia en algunas familias. Las probabilidades de contraer el cáncer de cuello de útero pueden aumentar de dos a tres veces, si la madre o la hermana padecieron de esto en comparación con una familia que no lo ha padecido. Suponen algunos investigadores que diversos casos familiares son originados por una condición hereditaria, dando como resultado que algunas mujeres sean menos capaces de combatir la enfermedad del VPH (Calderón-Balderas, 2014).

3.4 Diagnóstico

Entre los métodos que se encuentran para la detección del virus del papiloma humano se encuentran los siguientes.

3.4.1 Métodos morfológicos

- **El estudio citológico o estudio del Papanicolaou**

La prueba del Papanicolaou es la base para detectar el cáncer de cuello de útero y el CIN y sus beneficios consisten en minimizar la incidencia y la mortalidad (Klausner y Hook, 2008). Este estudio extrae células del cérvix, en el extremo estrecho inferior del útero, para después ser examinadas en el microscopio. Es una de las mejores formas de detectar la presencia del VPH y cáncer de cuello de útero en etapas tempranas. La mujer debe abstenerse de utilizar medicamentos vaginales, cremas, lavados vaginales, espumas o gelatinas espermaticidas, además de no tener actividad sexual dos días antes del estudio del Papanicolaou, debido a que puede interferir y causar resultados difusos (Barranco-Carmona, 2010).

Los estudios citológicos se clasifican como normales y anormales. Los estudios anormales comprenden lesiones intraepiteliales escamosas de alta malignidad (HSIL), lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (LSIL) y células escamosas atípicas de importancia indeterminada (ASCUS). El estudio del Papanicolaou también se realiza vía anal, en el cual introducen un hisopo de *dacrón* humedecido en agua. Semejante al sistema que se usa del cáncer de cuello de útero y CIN, también se clasifican en anormales y normales.

- Colposcopia

Se utiliza una fuente de luz intensa y lentes binoculares (llamado *Colposcopio*) que permiten determinar las lesiones del VPH en la vagina y el útero. Se aplica ácido acético al 3 o 5% de 3 a 5 minutos: si el área se pone blanca significa infección por VPH. Este método se ha expandido a la valoración de otras zonas como el pene y el ano, además que se utilizan en ocasiones para valorar las verrugas genitales (Klausner y Hook, 2008). Si el médico descubre tejido anormal podrá realizar una biopsia o un respaldo endocervical (Barranco-Carmona, 2010).

- Biopsia

Es la extracción de una pequeña muestra de tejido cervical, donde se raspan células del interior del cuello de la matriz con un instrumento pequeño en forma de cuchara llamado *cureta* y se lleva para ser examinado en el microscopio. La extracción de tejido también se puede dar en una muestra grande en forma de cono (Barranco-Carmona, 2010).

3.4.2 Método Físico

- Examen de la pelvis

Consiste en que el médico palpa la matriz, los ovarios, las trompas de Falopio, la vagina, la vejiga y el recto, con la finalidad de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Se usa un instrumento para extender la vagina y así ver la parte superior de ella y el cuello uterino, a éste instrumento se le denomina *especulo* (Barranco-Carmona, 2010).

3.4.3 Métodos moleculares

- Técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR)

Esta técnica es específica para el diagnóstico de infección por VPH y da seguimiento a resultados de Papanicolaou difusos y ligeramente con anomalías. Este método amplifica el ADN del VPH, el cual detecta tipos de alto riesgo en las células del cérvix. Además, auxilia en pruebas o tratamientos adicionales, sí se requiere, por la probable existencia de una lesión (Barranco-Carmona, 2010).

- Captura de híbridos

Utiliza un análisis de RNA (ácido ribonucleico) capaz de detectar varios tipos de VPH, ya sean oncógenos (de alto riesgo) o no oncógenos (de bajo riesgo). La técnica se basa en dos sondas, una para el VPH de alto riesgo y otra para la infección de bajo riesgo, además de proporcionar información sobre la cantidad de DNA viral presente en la muestra, que parece tener relación con la presencia de lesiones de alto grado (Klausner y Hook, 2008).

- Preparación de portaobjetos de capa delgada en base líquida

Es un nuevo método para la recolección y el análisis de muestras y puede simplificar la distinción de células anormales. Las células del cuello uterino se recolectan con un instrumento y se examinan (Barranco-Carmona, 2010).

3.4.4 Nuevos métodos moleculares para la detección

- Reacción en cadena de polimerasa-polimorfismo de longitud de los fragmentos de restricción (PCR-RFLP)

Esta técnica permite el reconocimiento y la tipificación del VPH con mucha exactitud y precisión, ya que puede ser descubierta una sola partícula viral. Probó ser útil en la identificación de muchas infecciones de VPH, como en la detección de nuevos tipos de VPH.

- Sistema de Primers PGMY 09/11

Este método presenta una exactitud para la amplificación por PCR de 10 genomas de VPH. Con esta técnica se encontró un aumento notable en la detección de muchas infecciones y se consiguió amplificar algunos tipos de VPH, que no pudieron ser detectados por otros métodos. Este sistema detecta el 90% de muestras con tipos múltiples de VPH.

- Sistema GP5+/GP6+

Por medio de este sistema se consigue tipificar 37 tipos de VPH mucosotrópicos (que afectan la mucosa genital, bucal, respiratorias), lo que permite una alta eficacia de procesamientos para estudios epidemiológicos y clínicos y detecta simplemente 47% de muestras con tipos múltiples de VPH (Lucrecia, Medina y Merino, 2013)

3.5 Tratamiento

Carrillo et al. (2012) señalan que los tratamientos se clasifican en métodos químicos y métodos físicos.

3.5.1 Métodos Químicos

- La podofilina

Es una solución acuosa con acción antimicótica, la cual es administrada solo en el tratamiento de los condilomas acuminados producidos en la vulva, la zona perineal y perianal. Es adecuado aplicarlo en la lesión de manera cuidadosa para no extenderse a los tejidos sanos; se consigue al utilizar hisopos y el tejido sano se cubre con pasta de lassar. El tratamiento es hasta desaparecer las lesiones. No se suministra a mujeres embarazadas por su efecto teratogénico.

- Ácido Tricloracético

Es un agente cáustico que se utiliza en lesiones de bajo grado y condilomas acuminados. Puede aplicarse en cualquier lugar del aparato genital inferior y durante el embarazo. Se debe realizar una colposcopia de todo el aparato genital inferior, para ubicar la región afectada. Destruye el tejido afectado en 80%, regularmente se administra una

pequeña cantidad en la lesión con un hisopo, hasta que se obtiene un aspecto de color blanco y después se permite que seque. Se debe asegurar que el TCA no entre en contacto con áreas de piel sana, debido a que daría origen a un dolor intenso, en caso de que sucediera, se debe aplicar talco, bicarbonato de sodio o jabón líquido para neutralizar el ácido. En lesiones de cuello uterino, su administración es una vez por semana, durante 4 semanas con el TCA al 90%. Sin embargo, la desventaja es la profundidad del cuello y su alcance que no es óptimo, lo que ocasiona un alto índice de persistencia y reaparición algún tiempo después, hasta de un 40%. Si la lesión se localiza en la vulva, la vagina o la región perianal y perineal, se administra hasta 18 semanas con ácido Tricloracético al 50%. Si se continúa con la lesión después del término del tratamiento se traduce en fracaso y se utiliza otro método.

- 5-Fluoracilo

Se utiliza para lesiones producidas en la vulva y la vagina. Es un agente antimicótico que provoca daños como úlceras o erosiones en la zona de aplicación. Se administra por medio de un aplicador vaginal durante 5 días seguidos. Se deja un tapón vaginal y se cubre la región perineal con pasta de lassar por el escurrimiento continuo que puede ocurrir.

- Interferón

Tiene un efecto inmunomodulador, es decir, modula la respuesta inmune al tener una capacidad antiploriferativa y antiviral. Se administra intramuscular o subcutáneamente, por inyección intralesional o perilesional; sin embargo, para su efectividad es necesaria la aplicación de varias inyecciones. Se aplica para infecciones tumorales y para el virus neoplasma de cuello uterino.

- Imiquimod

Actualmente hay nuevas fórmulas de Imiquimod crema a la venta al 2.5 y 3.75%, esta última ha sido aprobada recientemente en Canadá y Estados Unidos para el tratamiento de verrugas anogenitales externas. Está indicado especialmente en mujeres debido a que la concentración parece ser más eficaz. La ventaja que proporciona esta nueva formulación es

que el tratamiento es más corto y simple: todas las noches por 8 semanas, además de una mejor tolerancia. Este nuevo medicamento todavía no está a la venta en nuestro país (Muñoz y Pigem, 2013).

La crema al 2.5% se aplica para las verrugas genitales y se puede administrar con facilidad por el paciente en el área lesionada tres veces por semana antes de acostarse y debe permanecer en el área a tratar por tiempo de 6 a 8 horas, no se debe pasar de 16 semanas. Está contraindicado en lesiones cervicales, vaginales y en el embarazo. Este medicamento no lesiona el tejido sano perilesional por su mecanismo de acción (Carrillo et al., 2012).

3.5.2 Métodos físicos

Son procedimientos destructivos de consultorio que son muy eficaces para lesiones escamosas intraepiteliales, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino (NOM-014-SSA2-1994 modificada en 2007).

- **Criocirugía**

Se basa en la destrucción por medio del congelamiento del tejido que se va tratar. Consiste en el congelamiento y la cristalización del espacio intracelular, que provoca un estado hipertónico y una deshidratación celular. Los gases refrigerantes que se utilizan son:

- 1) Nitrógeno líquido, con un punto de congelamiento entre -140 y 180° centígrados
- 2) Óxido nitroso, con un punto de congelamiento entre -80 y -79° centígrados
- 3) Dióxido de carbono, con un punto de congelamiento entre -70 y -79° centígrados.

En este tratamiento será mayor la profundidad de la destrucción si es mayor el punto de congelamiento. La técnica consiste de un conductor de frío sobre la superficie del cuello uterino. Se compone de tres fases: La primera, es el congelamiento de dos a tres minutos, la segunda es el descongelamiento durante cinco minutos y la tercera, en la que se vuelve a congelar de dos a tres minutos. Una de sus ventajas es que es un método ambulatorio, que no necesita anestesia y mantiene la fertilidad. Entre las desventajas está que necrosa el tejido

sano de alrededor de la lesión y secreta abundante hidrorrea que puede permanecer de 3 a 4 semanas.

- Láser

El láser de dióxido de carbono es un tratamiento eficaz para la lesión escamosa intraepitelial. La energía óptica el láser de CO2 tiene las siguientes propiedades quirúrgicas únicas:

- 1) El volumen de la lesión puede vaporizarse
- 2) No se necesita el contacto manual con la lesión
- 3) La expansión el tejido contiguo es mínima
- 4) En automático se destruyen los microorganismos en la zona de aplicación del Láser
- 5) Los vasos menores de 0.5 milímetros se tapan por el efecto térmico.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria con anestesia total o peridural y tiene la ventaja de que se pueden manejar de manera simultánea lesiones que se desarrollan a la vez en la vagina y la vulva (Carillo et al., 2012).

- Escisión electro quirúrgica (LEEP)

Es una cirugía donde se utiliza una corriente eléctrica que transfiere por un asa (corta y coagula al mismo tiempo) de alambre delgado, con el fin de utilizarse como cuchillo y extrae el tejido enfermo. El tejido se lleva al laboratorio para su análisis, lo que permite establecer la extensión de la lesión. El corte permite eliminar la lesión, como la zona de transformación completa. Permite eliminar en más del 90% de los casos el precáncer.

- Conización

Se basa en la extirpación de una zona amplia del cuello del útero con bisturí y aplicación de anestesia regional o general. El tejido es extraído y se envía al laboratorio

para su diagnóstico y para asegurar que el tejido anormal es extirpado por completo (Barranco-Carmona, 2010).

3.5.3 La vacuna contra el VPH

Barranco (2010) señala que a partir del junio del 2006 empezó a aplicarse la vacuna contra el VPH en México con la aprobación de las autoridades de la Secretaría de Salud. Para su investigación se tuvo la colaboración de varios países, dentro de ellos estaba México.

- Gardasil

La *Food and Drug Administration* (FDA) autorizó el Gardasil, una vacuna eficaz para la prevención de la infección que fue desarrollada por *Merck & Sharp & Dohme* (MSD). Es una vacuna que se le conoce como cuadrivalente, debido a que protege contra cuatro tipos de la infección del VPH: 6, 11, 16 y 18 (Diyarza-López, 2008). Dentro de estos cuatro tipos, dos originan el 70% de los cánceres de cérvix y los otros dos originan el 90% de las verrugas genitales (Barranco-Carmona, 2010). Se administra la vacuna en el tejido muscular en una serie de tres inyecciones por un período de seis meses. Se recomienda aplicarse entre la edad de 11 y 12 años, pero se puede administrar a partir de los nueve años, porque es antes de que el individuo sea sexualmente activo y es recomendable a temprana edad debido a que es mejor la respuesta a la vacuna. Además se utiliza en mujeres infectadas con el VPH porque ha demostrado ser altamente efectiva, debido a que previno cambios precancerosos de las células cervicales causadas por los tipos de VPH, casi en un 100%. Incluso previene verrugas genitales y el cáncer de ano tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, no previene todos los tipos de cáncer del cuello uterino, por lo que es indispensable seguir en revisión constantemente (Diyarza-López, 2008).

- Cervarix

Es una vacuna elaborada actualmente por *GlaxoSmithkline*, también conocida como bivalente. Creada contra los tipos de la infección de VPH: 16 y 18. Ha comprobado que previene las enfermedades relacionadas con el VPH, en mujeres de 15 y 25 años de edad. El sistema inmunitario produce anticuerpos frente a estos tipos de VPH, realizando el

sistema inmunológico por un período de tiempo más extendido (Barranco-Carmona, 2012). Se administra por un periodo de 6 meses en 3 dosis (Diyarza-López, 2008).

La Dra. Elsa Días López miembro titular del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, refirió que las vacunas han presentado tener una eficacia contra el cáncer cervicouterino de un 99%, esto por medio de diversos estudios y su aplicación es recomendable en mujeres de entre 9 y 45 años de edad y en hombres de 9 y 26 años con tres dosis para lograr un 98% de eficacia (Barranco-Carmona, 2010).

3.6 Consecuencias psicológicas

Se ha informado que la condición emocional de la persona con infección de VPH se ve alterada. Steben (2000) señala que el impacto emocional originado por el diagnóstico puede ser hasta más perjudicial que los problemas físicos producidos por el VPH. Además indica manifestaciones emocionales frecuentes como la depresión, el enojo, el aislamiento, el rechazo, la culpa o la vergüenza (Meza et al., 2008).

El estado de ansiedad lo manifiesta por la preocupación de su estado de salud y al creer que la infección sea el inicio de una alteración más grave, como el cáncer. Además, surge el miedo a tener actividad sexual por el riesgo de ser infectadas otra vez (Meza et al., 2010).

Una vez adquirido, se desarrolla una serie de fases producto de la infección por VPH, a las que se tiene que enfrentar el paciente:

- **Prediagnóstico:** Durante esta fase el paciente se somete a distintas pruebas para tener un diagnóstico preciso y en ocasiones se puede producir preocupación y sentimientos de incertidumbre, las cuales pueden causar respuestas desadaptativas como hipocondría, alteración del sueño, hipervigilancia y preocupación excesiva.
- **Diagnóstico:** En esta fase, en la mayor parte de los casos se ocasiona un fuerte impacto emocional, lo que suele presentar distintas reacciones desadaptativas como la depresión, la negación o la hostilidad.

- Tratamiento: En esta fase es común la presencia de distintos miedos y va a depender del tratamiento terapéutico. Entre los miedos que suelen aparecer se encuentran el miedo al posible cambio de la imagen del propio cuerpo o a la intervención quirúrgica, producidas por cirugías agresivas.
- Postratamiento: En esta fase puede manifestar sus miedos a la reaparición de la enfermedad (signos y síntomas) y presentar actitudes o expectativas con mucha carga de ansiedad o depresión o expresarlos por medio de una excesiva autoobservación.
- Recidiva: Es la presencia de nuevos síntomas, lo que significa que el tratamiento se ha retomado y el paciente presenta enojo, hostilidad, ansiedad o depresión. La característica más importante de esta fase que el paciente experimenta son más dificultades para enfrentarse nuevamente a la enfermedad, lo que conlleva a presentar cuadros depresivos y ansiedad.

La depresión se define como un trastorno emocional con una distorsión del pensamiento que se presenta como tristeza profunda, pesimismo, falta de concentración, insatisfacción, alteración del sueño y del peso, ideas recurrentes de muerte, ideación o intentos de suicidio. La ansiedad es un trastorno emocional que se manifiesta por mareos, sensación de inestabilidad, falta de aliento, palpitaciones, pérdida de conciencia, sudoración, escalofrío, miedo a perder el control o hasta morir (Meza et al., 2010). Cuando la ansiedad se pone de manifiesto y se sostiene por períodos prolongados, el organismo lo resiente y produce que el cuerpo se vuelva más frágil.

En estas personas se crean cambios en la percepción de sí mismos y de las situaciones en general que se presenten, así como el golpe emocional que es causado por el conocimiento de la afección.

En el momento del diagnóstico influyen los estilos de afrontamiento y madurez emocional del paciente (Diyarza-López, 2008). Existen diversas estrategias de afrontamiento las cuales se pueden emplear para responder ante una situación estresante, pero cada persona posee una tendencia a usar una determinada serie de estrategias; lo que se conoce como *estilo de afrontamiento*.

En cuanto a los ocho estilos de afrontamiento en este caso, se han establecido:

- Confrontación: intentos de solucionar la situación de forma concisa, por medio de acciones directas, agresivas o arriesgadas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para dar una solución al problema.
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema como tratar que no se vea afectado por este, así como no pensar en él.
- Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y las respuestas emocionales.
- Aceptación de responsabilidades: Reconocer el actuar de la persona que tuvo en el origen o mantenimiento del problema.
- Escape-evitación: Utilizar un pensamiento irreal inútil o de estrategias tales como el beber, comer, emplear drogas o ingerir medicamentos.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante,
- Búsqueda de apoyo social: recurrir a otras personas; ya sean familiares, amigos, etc., para buscar ayuda, comprensión, apoyo emocional o información.

La identificación de la respuesta emocional se logra en estos pacientes al reconocer el estilo de afrontamiento que tiene cada individuo (Meza et al., 2010).

En este capítulo se revisó el virus del papiloma humano, para conocer cómo afecta a los individuos y se concluyó que, a pesar de que puede desencadenar un cáncer, el diagnóstico oportuno favorece al paciente para evitar dicho trastorno en cualquier parte expuesta por el virus, a partir del reconocimiento de signos y síntomas que puedan desconocer o hasta confundirse con síntomas o verrugas normales, además de que sus formas de transmisión son parecidas a otras infecciones de transmisión sexual, pero con características específicas de la enfermedad.

Se señala que también se produce una afectación psicológica desde el momento de un posible prediagnóstico, hasta el diagnóstico establecido. El paciente atraviesa una serie de fases producto del contagio del Virus del Papiloma, lo que conlleva a que su estado emocional dependa de la fase en que se encuentre y ello señala las mayores repercusiones en el paciente, razón por la cual se manifiesta físicamente y prolifera más rápido.

En el siguiente capítulo se aborda el método de la investigación.

Capítulo 4. Método

4.1 Justificación

Hay investigaciones que sugieren que el Virus del Papiloma Humano es la Infección de Transmisión Sexual más común en el mundo (Conzuelo, 2002; citado en López-Cárdenas, 2014). Actualmente en México existe una tasa de incidencia de la infección en los adolescentes de un 35.44% por cada 100 mil habitantes, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010). Por lo anterior, es posible afirmar que la infección del VPH se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en la población adolescente con actividad sexual.

En México los adolescentes inician su vida sexual en promedio entre los 15 y los 19 años, debido a que pertenecen a grupos sociales de riesgo, por las presiones del medio social o por la motivación a realizarlas procedente de los medios masivos de comunicación (que frecuentemente manifiestan modelos de convivencia inadecuados que causan necesidades imaginarias o falsas). Todo esto, aunado a la falta de protección en la actividad sexual, se convierte en un factor de riesgo para contraer la infección (Tirado et al., 2005; citado en Hernández et al., 2012).

Hay que agregar, además, que el VPH puede desencadenar el cáncer cervicouterino, ya que se ha comprobado de forma indudable que esta afección es una secuela a largo plazo de una infección constante por ciertos genotipos del VPH.

Este trabajo se realizó con la finalidad de aportar elementos para la difusión de información crítica para estudiantes adolescentes, quienes constituyeron la población del presente estudio, y conocer sus niveles de autocuidado en la actividad sexual, además se busca difundir el impacto que este problema tiene en la sociedad, en especial en la población adolescente. Esta información puede contribuir a la modificación de conductas que puedan afectar su salud. Asimismo, se presentan los conocimientos precisos y necesarios acerca del Virus del Papiloma Humano, para que los adolescentes puedan acceder a fuentes de información confiables y lograr un mayor autocuidado en su sexualidad.

Finalmente, quien esto escribe considera que el documento puede ser de utilidad a las instituciones educativas en que se llevó a cabo, pues permitirá saber si los temas implementados en el área de la salud son suficientes o efectivos para una prevención de las ITS y el Virus del Papiloma Humano.

4.2 Planteamiento del problema

Analizar si existen diferencias en la conducta de autocuidado, actitud hacia la sexualidad y conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados y no escolarizados.

4.3 Objetivos

Objetivo General: Determinar si el factor escolar influye en las conductas de autocuidado, la actitud hacia la sexualidad y en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano, en adolescentes de sistemas escolarizado y no escolarizado.

Objetivos Específicos:

- ▶ Medir la conducta de autocuidado en los estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado.
- ▶ Medir la actitud hacia la sexualidad en los estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado.
- ▶ Medir el conocimiento de los estudiantes escolarizado y no escolarizados sobre el Virus del Papiloma Humano.
- ▶ Identificar si existen diferencias en la conducta de autocuidado en hombres y mujeres.
- ▶ Evaluar si existen diferencias en la conducta de autocuidado, en adolescentes que han iniciado en las relaciones sexuales y los que todavía no.
- ▶ Conocer si el autocuidado se relaciona con el conocimiento del Virus del Papiloma Humano y con la actitud positiva hacia la sexualidad.

4.4 Variables

4.4.1 Definiciones conceptuales

Conducta de autocuidado: Es la capacidad de los individuos de asumir de manera voluntaria el cuidado y conservación de su salud, al igual que prevenir enfermedades por medio del conocimiento y prácticas que les permitan existir de forma activa y saludable; estas prácticas son habilidades aprendidas a lo largo de su vida, de uso constante y se utilizan por decisión propia, con el objeto de fortalecer o recuperar salud y prevenir la enfermedad (Tobón, 2004).

Actitud hacia la sexualidad: Las actitudes son un conjunto de sentimientos, creencias y tendencias a actuar acerca de la sexualidad y se vinculan con la conducta que tenga una persona en alguna situación (Diéguez, López, Sueiro y López, 2005).

Conocimiento del Virus del Papiloma Humano: Es el entendimiento sobre las características principales de la Infección como sus formas de transmisión, manifestaciones clínicas, a quiénes afecta, sus formas de prevención y la relación con el cáncer-cervicouterino.

4.4.2 Definiciones operacionales

Conducta de autocuidado: Para esta variable se utilizó la Escala de Auto-eficacia (Self-Efficacy Scale for AIDS) de 22 reactivos (SEA-22) desarrollada en Estados Unidos por Kasen, Vaughan y Walter (1992). En la adaptación a la población mexicana se denominó Escala de Auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA de 27 reactivos, SEA-27, por de López Rosales y Moral-de la Rubia (2003).

Actitud hacia la sexualidad: Para esta variable se utilizó la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad de Fisher y Hall (27 Ítems-ATSS) ampliada por López (2005).

Conocimiento del Virus del Papiloma Humano: Para esta variable se utilizó un cuestionario del Virus del Papiloma Humano realizado por la investigadora.

4.5 Hipótesis

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de autocuidado, actitud hacia la sexualidad y conocimiento del Virus del Papiloma Humano, de dos muestras de estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de autocuidado, actitud hacia la sexualidad y conocimiento del Virus del Papiloma Humano, de dos muestras de estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado.

4.6 Instrumentos

En este estudio se utilizaron tres instrumentos:

► Escala de Auto-eficacia SEA-27 (Self-Efficacy Scale for AIDS) de 22 reactivos (SEA-22) desarrollada en Estados Unidos por Kasen, Vaughan y Walter (1992). Sin embargo en el proceso de adaptación la población mexicana la escala original pasó de 22 a 27 reactivos por el trabajo de López Rosales y Moral-de la Rubia (2003). Por lo tanto se le denominó Escala de Auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA de 27 reactivos, SEA-27. La escala consiste de tres factores: el F1EAS27, está compuesto por 11 elementos (A1 al A11). Su contenido se asocia con la capacidad auto-percibida para no aceptar relaciones sexuales bajo distintas circunstancias interpersonales. El segundo factor, F2EAS27, está integrado por 11 elementos (C1 al C8). Su contenido hace referencia en la auto-eficacia en la utilización del condón. El tercer factor F3EAS27, está integrado por 4 elementos (B1 al B4). El contenido de los reactivos se vincula con la capacidad auto-percibida para preguntar al compañero acerca de las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, como el consumo de drogas y alcohol. Las puntuaciones oscilan entre 27 y 135, donde igual o menor a 48 es nivel muy bajo de auto-eficacia, 71 igual o menor es nivel bajo de auto-eficacia, 94 igual o menor es nivel promedio bajo, 117 igual o menor es nivel promedio alto, 135 igual o menor es nivel alto.

Cada uno de los reactivos correlacionó de forma significativa, con valores que oscilan de 0.35 a 0.65. Los niveles de consistencia fueron adecuados para una escala

multifactorial. Además, el primer factor tuvo una consistencia interna, calculada por una alfa de Cronbach de 0.86, el segundo factor 0.80 y el tercer factor 0.71.

► Escala de Actitud hacia la Sexualidad: La escala original es de 14 ítems de Fisher y Hall, que fue ampliada por López a 27 ítems-ATSS. Puede administrarse tanto a nivel individual como de manera colectiva. Está construida en el marco de los conceptos de actitud positiva (liberal) o actitud negativa (conservadora), hacia distintos aspectos centrales de la sexualidad. Las puntuaciones oscilan entre 28 y 140, considerándose debajo o igual a 95 es conservador y mayor o igual a 122 es liberal en la población adolescente.

Todos los ítems fueron significativamente homogéneos ($p < .001$), indicando que están evaluando la misma variable. Su consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de .84.

► Cuestionario del Virus del Papiloma Humano: Es un instrumento elaborado por la investigadora y juceado por las profesoras Karla Alonso y Ana María Eusebio de la Universidad Insurgentes Plantel Xola. Consta de 17 reactivos, de los cuales 15 son de opción múltiple, 1 pregunta abierta y 1 recuadro de opciones.

La interpretación de los datos es de acuerdo al percentil 50 de la distribución; por debajo señala poco conocimiento, por arriba señala mayor conocimiento y el puntaje medio es 7.64.

4.7 Descripción de la población

La población con la que se trabajó en la presente investigación fueron adolescentes de entre 15 y 18 años de edad y estuvo constituida por tres grupos pertenecientes a diferentes escuelas: el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), el SECyBS (Preparatoria Oficial Número 97) y la Preparatoria de la Universidad Insurgentes.

En el grupo del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos del sistema no escolarizado, se recolectaron los datos de 70 sujetos inscritos; 33 mujeres y 37 hombres, en las oficinas de la Delegación Gustavo A. Madero y en el Centro Social Popular Aquiles Serdán, con la autorización del Coordinador del INEA.

En el segundo grupo, la recolección de datos fue de 80 alumnos, 37 hombres y 43 mujeres del SECyBS Preparatoria Oficial No. 97 del sistema escolarizado, con la autorización de la Subdirectora del plantel.

Por último, en el grupo de la escuela privada se recolectaron datos de 80 alumnos; 38 hombres y 42 mujeres, de la Preparatoria Universidad Insurgentes plantel Xola, del sistema escolarizado, con la previa autorización de la Directora.

4.8 Muestreo

De conveniencia por grupos naturales. Es un método no probabilístico de selección de sujetos que están accesibles o disponibles y sus características sean semejantes a las de la población objetivo.

4.9 Tipo de investigación

Se empleó en esta investigación el estudio correlacional comparativo, ya que según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2006), este tipo de estudios tienen como intención medir el grado de relación que exista entre dos o más variables, en este caso, entre una variable dependiente (Autocuidado, Actitud hacia la sexualidad, Conocimientos sobre VPH) y una independiente (estudiantes con diferentes tipos de escolarización).

4.10 Diseño de investigación

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2006), la investigación fue no experimental, ya que es aquella que se realiza sin manipular de forma intencionada las variables, por lo contrario, solo se observan los fenómenos tal como suceden en su contexto natural, para después realizar un análisis de ello.

4.11 Procedimiento

- 1.-Se pidió la autorización en las instalaciones del INEA, ubicado en el interior de la Delegación Gustavo A. Madero, para la aplicación de los tres instrumentos.
- 2.- Después, se captó a los adolescentes de forma individual en la entrada de las instalaciones del INEA, que se ubican en el interior de la Delegación Gustavo A. Madero, durante tres días consecutivos, finalizándose la aplicación en el Centro Social Popular

Aquiles Serdán en tres días con diferentes fechas, captando a los adolescentes en un salón donde realizan la aplicación de exámenes. Estas fechas se establecieron con base en los días de presentación de exámenes y de igual forma fueron captados individualmente, hasta llegar a la cifra establecida.

3.- Posteriormente, en la escuela pública SECyBS Preparatoria Oficial No. 97, se solicitó la autorización de la Subdirectora del plantel, para la aplicación de los instrumentos.

4.- Después se realizó la aplicación de los instrumentos en dos salones de clases de la Preparatoria Oficial No. 97 en un solo día a dos grupos de 40 alumnos.

5.-Posteriormente, en la escuela privada se solicitó la autorización de la Directora del plantel Xola, para la aplicación de los instrumentos.

6.- Se prosiguió con la aplicación de los instrumentos en tres salones de clases de la Preparatoria Universidad Insurgentes plantel Xola, en dos días a tres grupos de 30 alumnos, descartando los que se encontraban fuera de los criterios de inclusión.

7.- Se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial.

4.12 Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva para medir las medidas de tendencia central y las de variabilidad de las variables de Autocuidado, Actitud hacia la sexualidad y del Conocimiento del Virus del Papiloma Humano.

Se realizó también un análisis de estadística inferencial, donde se utilizó un análisis de varianza unidireccional (ANOVA), para establecer las diferencias de las tres variables antes descritas entre las muestras de adolescentes. Por último, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, para establecer si existían relaciones significativas entre las variables de Autocuidado con el Conocimiento del VPH y la Actitud hacia la sexualidad.

En el siguiente capítulo se analizan los resultados obtenidos al término de la aplicación de instrumentos.

Capítulo 5. Análisis de resultados

5.1 Estadística descriptiva

5.1.1 Número de sujetos

Las muestras estuvieron integradas por un total de 230 adolescentes, 118 mujeres y 112 hombres. La muestra de estudiantes del INEA fue de 70 estudiantes (33 mujeres y 37 hombres), la muestra de estudiantes de la escuela Oficial No. 97 fue de 80 estudiantes (43 mujeres y 37 hombres) y la muestra de la escuela privada UNI fue de 80 (42 mujeres y 38 hombres).

5.1.2 Edades

Las edades de los integrantes de las muestras, obtuvieron una media de edad de 16.50 (Desviación Típica = 1.189), en los estudiantes de INEA, una media de edad de 16.16 (Desviación Típica = .829), en los estudiantes de la escuela Oficial No. 97 y una edad media de 15.19 (Desviación Típica= 1.034), en los estudiantes de la escuela privada UIN.

5.1.3 Estado Civil

En la muestra de INEA, fueron 68 participantes solteros, 1 casado del sexo femenino, 2 en unión libre; 1 del sexo masculino y 1 del sexo femenino. En la muestra de escuela Oficial No. 97, fueron 78 participantes solteros, 1 casado de sexo masculino y 1 en unión libre del sexo masculino. Solo en la muestra de la escuela privada Preparatoria Universidad Insurgentes todos los participantes fueron solteros.

5.1.4 Trabajo

En la muestras de INEA, 21 participantes trabajan, 14 del sexo femenino y 7 del sexo masculino. En la muestra de escuela Oficial No. 97, 17 participantes trabajan, 9 de sexo femenino y 8 de sexo masculino. En la muestra de escuela privada Preparatoria Universidad Insurgentes, 9 participantes trabajan, 2 del sexo femenino y 7 del sexo masculino

5.1.5 Relaciones sexuales

Un total de 118 adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales: 53 en el INEA (28 mujeres y 25 hombres), 30 en la escuela oficial (13 mujeres y 17 hombres) y 29 en la escuela privada (18 hombres y 11 mujeres).

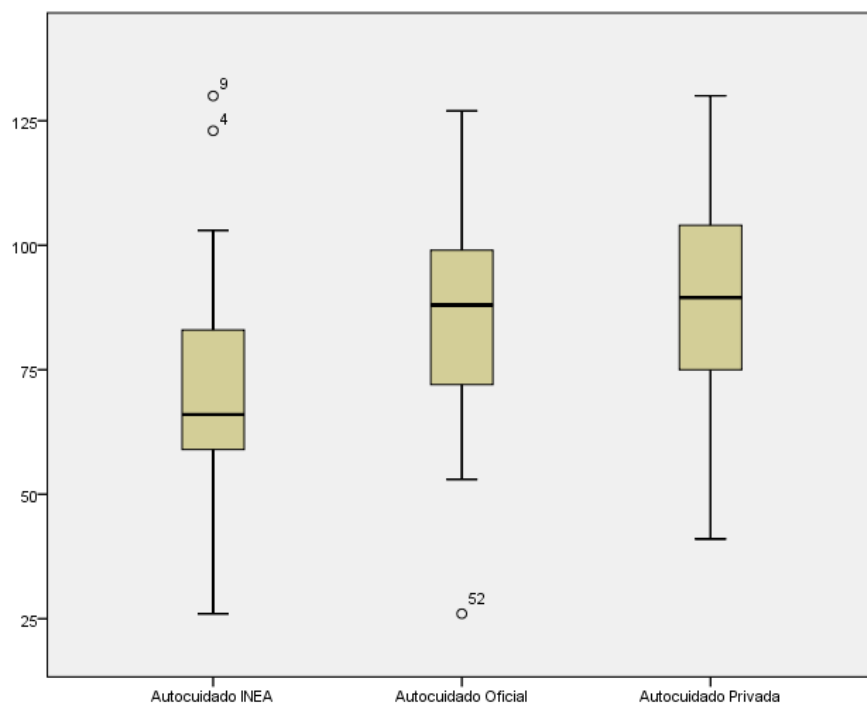
5.1.6 Autocuidado

En la Tabla 1, se muestran los estadísticos descriptivos de la variable de Autocuidado en las tres muestras, destacando una media mayor de 89.66 (Desviación Típica= 20.098) en la escuela privada UIN, seguida de una media de 84.64 (Desviación Típica= 21.929) en la escuela pública Oficial No. 97 y con una media menor en comparación de las dos escuelas anteriores de 69.56 (Desviación Típica= 19.572) en INEA. La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado indican que en la muestra de la escuela privada UNI y la escuela pública Oficial No. 97 tienen un nivel promedio bajo y la muestra del INEA un nivel bajo.

Tabla 1. Estadísticos de Autocuidado de las tres muestras de estudiantes por su procedencia.

		Estadísticos		
		Autocuidado INEA	Autocuidado Oficial	Autocuidado Privada
N	Válidos	70	80	80
	Perdidos	11	1	1
Media		69.56	84.64	89.66
Mediana		66.00	88.00	89.00
Moda		60	92	94
Desv. típ.		19.572	21.929	20.098
Varianza		383.062	480.892	403.948
Rango		104	112	89
Mínimo		26	15	41
Máximo		130	127	130
Suma		4869	6771	7173

Figura 1. Gráficas de caja y bigotes de Autocuidado de las tres muestras de estudiantes.



5.1.7 Actitud hacia la sexualidad

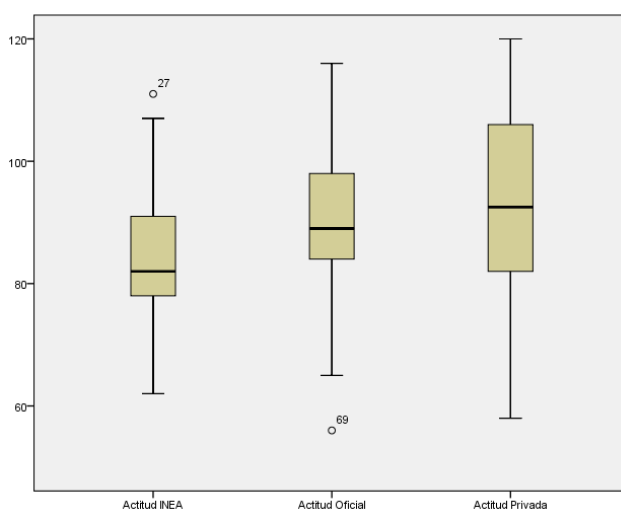
Tabla 2. Estadísticos de Actitud hacia la sexualidad de las tres muestras de estudiantes por su procedencia.

Estadísticos

		Actitud INEA	Actitud Oficial	Actitud Privada
N	Válidos	70	80	80
	Perdidos	11	1	1
Media		84.53	89.76	92.03
Mediana		82.00	89.00	93.00
Moda		80	88	106
Desv. típ.		9.675	14.618	14.767
Varianza		93.615	213.677	218.050
Rango		49	101	62
Mínimo		62	15	58
Máximo		111	116	120
Suma		5917	7181	7362

En la Tabla 2, se muestran los estadísticos descriptivos de la variable de Actitud hacia la sexualidad en las tres muestras, destacando una media mayor de 92.03 en la escuela privada UNI, seguido de 89.76 en la escuela pública Oficial No. 97 y de menor puntaje el INEA con una media de 84.53. La comparación con los puntajes de la escala de Actitudes hacia la sexualidad muestran que en la escuela privada UIN, en la escuela pública Oficial No. 97 y en el INEA presentan una actitud conservadora hacia la sexualidad.

Figura 2. Gráficas de caja y bigotes de Actitud hacia la sexualidad en las tres muestras de estudiantes.



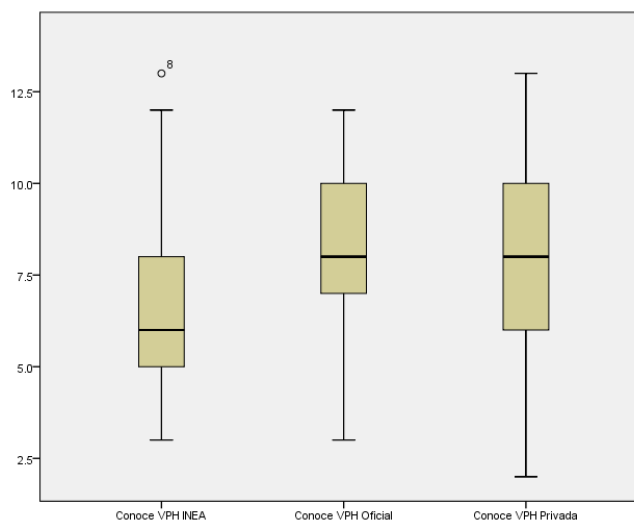
5.1.8 Conocimientos sobre el VPH

En la Tabla 3, se muestran los estadísticos descriptivos de la variable de Conocimiento del Virus del Papiloma Humano en las tres muestras, destacando una media mayor de 8.25 en la escuela pública Oficial No. 97, seguido de una media de 8.19 en la escuela privada UIN, y con una media menor de 6.49, en comparación de las dos escuelas anteriores. La comparación con los puntajes del cuestionario del Virus del Papiloma Humano muestran que en la escuela privada UIN y en la escuela pública Oficial No. 97 presentan un mejor conocimiento y en el INEA presentan poco conocimiento.

Tabla 3. Estadísticos de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano de las tres muestras de estudiantes por su procedencia.

		Estadísticos		
		Conoce VPH INEA	Conoce VPH Oficial	Conoce VPH Privada
N	Válidos	70	80	80
	Perdidos	11	1	1
Media		6.49	8.25	8.19
Mediana		6.00	8.00	8.00
Moda		5	8	8
Desv. típ.		2.131	2.028	2.334
Varianza		4.543	4.114	5.445
Rango		10	12	12
Mínimo		3	3	2
Máximo		13	15	14
Suma		454	660	655

Figura 3. Gráficas de caja y bigotes del conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano de las tres muestras de estudiantes.



5.1.9 Autocuidado por sexo

En la Tabla 4, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por sexo en el INEA y se observa una media mayor de 71.30 (Desviación Típica= 14.689) en hombres y una media menor en mujeres de 67.61 (Desviación Típica= 23.996). La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel bajo de la variable, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 4. Estadísticos de Autocuidado en hombres y mujeres de la muestra de INEA.

				Descriptivos	
Sexo INEA				Estadístico	Error típ.
Autocuidado INEA	Mujer	Media		67.61	4.177
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	59.10	
			Límite superior	76.11	
		Media recortada al 5%		66.58	
		Mediana		61.00	
		Varianza		575.809	
		Desv. típ.		23.996	
		Mínimo		26	
		Máximo		130	
		Rango		104	
	Amplitud intercuartil		29		
	Asimetría		.854	.409	
	Curtosis		.761	.798	
	Hombre	Media		71.30	2.415
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	66.40	
			Límite superior	76.19	
		Media recortada al 5%		71.57	
		Mediana		71.00	
		Varianza		215.770	
		Desv. típ.		14.689	
Mínimo			29		
Máximo			100		
Rango			71		
Amplitud intercuartil		24			
Asimetría		-.373	.388		
Curtosis		.743	.759		

Figura 4. Gráficas de caja y bigotes en hombres y mujeres de la muestra de INEA.

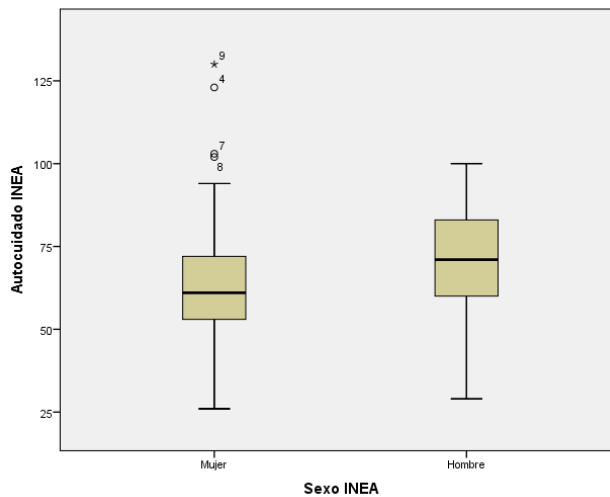
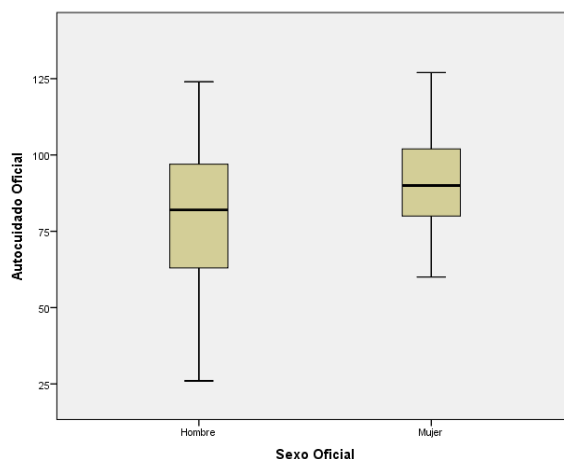


Tabla 5. Estadísticos de Autocuidado en hombres y mujeres de la muestra de la escuela Oficial.

Sexo Oficial			Estadístico	Error tip.		
Autocuidado Oficial	Hombre	Media	81.17	3.494		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	74.11		
			Límite superior	88.22		
		Media recortada al 5%	81.24			
		Mediana	82.00			
		Varianza	512.728			
		Desv. tip.	22.643			
		Mínimo	26			
		Máximo	124			
		Rango	98			
		Amplitud intercuartil	35			
		Asimetría	-.027	.365		
		Curtosis	-.453	.717		
		Mujer	Mujer	Media	91.29	2.838
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	85.54
Límite superior	97.04					
Media recortada al 5%	91.02					
Mediana	90.00					
Varianza	306.157					
Desv. tip.	17.497					
Mínimo	60					
Máximo	127					
Rango	67					
Amplitud intercuartil	23					
Asimetría	.305			.383		
Curtosis	-.393			.750		

En la Tabla 5, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por sexo en la escuela Oficial No. 97 y se observa una media mayor en las mujeres de 91.29 (Desviación Típica= 17.497) y una media menor en hombres de 81.17 (Desviación Típica= 22.43).

Figura 5. Gráfica de caja de bigotes en hombres y mujeres de la muestra de la escuela Oficial.



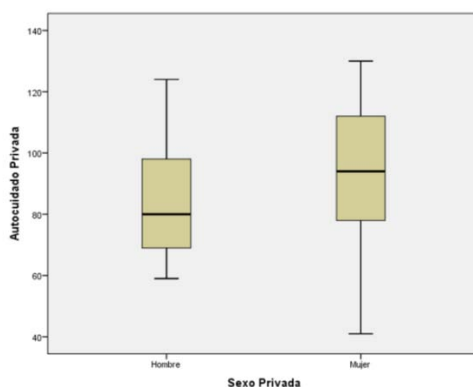
La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo de la variable, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 6. Estadísticos de Autocuidado en hombres y mujeres de la muestra de la escuela Privada.

Descriptivos				Estadístico	Error típ.		
Sexo Privada							
Autocuidado Privada	Hombre	Media		83.68	3.023		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	77.56			
			Límite superior	89.81			
		Media recortada al 5%		82.84			
		Mediana		80.00			
		Varianza		347.249			
		Desv. típ.		18.635			
		Mínimo		59			
		Máximo		124			
		Rango		65			
		Amplitud intercuartil		29			
		Asimetría		.601	.383		
		Curtosis		-.561	.750		
			Mujer	Media		95.07	3.093
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	88.82	
Límite superior	101.32						
Media recortada al 5%				95.63			
Mediana				94.00			
Varianza				401.873			
Desv. típ.				20.047			
Mínimo				41			
Máximo				130			
Rango				89			
Amplitud intercuartil				35			
Asimetría				-.361	.365		
Curtosis				-.256	.717		

En la Tabla 6, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por sexo en la escuela privada UIN y se observa una media mayor de 95.07 en las mujeres (Desviación Típica= 20.047) y una media menor en hombres de 83.68 (Desviación Típica= 18.635). La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo los hombres y un nivel promedio alto las mujeres.

Figura 6. Gráfica de caja de hombres y mujeres de la muestra de la escuela Privada.



5.1.10 Autocuidado por experiencia sexual

Tabla 7. Estadísticos de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de INEA.

Descriptivos				Estadístico	Error típ.
Relaciones sexuales INEA					
Autocuidado INEA	1	Media		66.89	2.163
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	62.55	
			Límite superior	71.23	
		Media recortada al 5%		67.17	
		Mediana		66.00	
		Varianza		247.948	
		Desv. típ.		15.746	
		Mínimo		27	
		Máximo		102	
		Rango		75	
		Amplitud intercuartil		19	
		Asimetría		-.142	.327
		Curtosis		.135	.644
	2	Media		77.88	6.637
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	63.81	
			Límite superior	91.95	
		Media recortada al 5%		77.87	
		Mediana		76.00	
		Varianza		748.860	
		Desv. típ.		27.365	
		Mínimo		26	
		Máximo		130	
		Rango		104	
		Amplitud intercuartil		40	
		Asimetría		.242	.550
		Curtosis		-.206	1.063

En la Tabla 7, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por haber tenido o no relaciones sexuales en el INEA y se observa una media mayor de 77.88 (Desviación Típica= 27.365) en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales y una media

menor de 66.89 (Desviación Típica= 15.746) en los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales. La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo los adolescentes que todavía no han iniciado y un nivel bajo en los adolescentes que ya han iniciado con relaciones sexuales.

Figura 7. Gráficas de caja de bigotes de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de INEA.

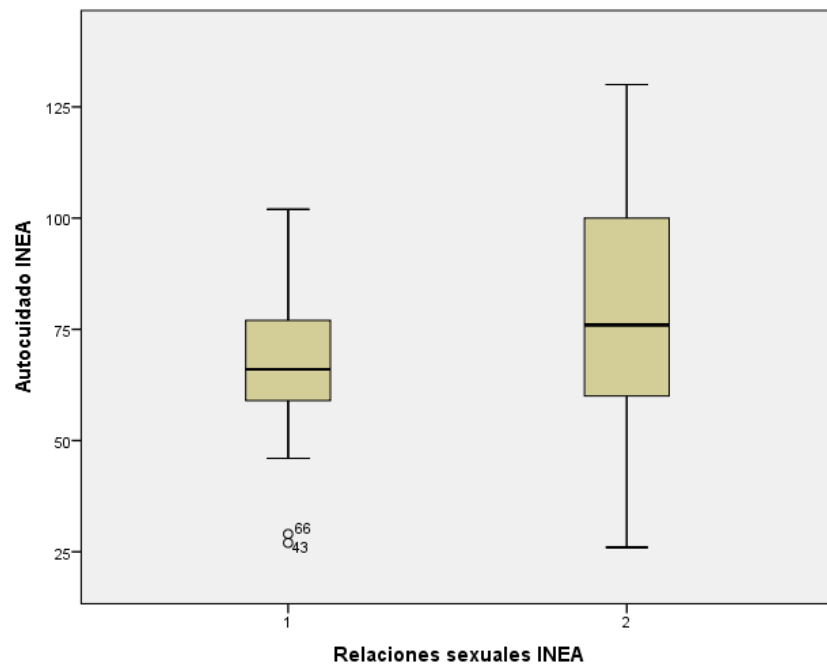


Tabla 8. Estadísticos de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de la escuela Oficial.

En la Tabla 8, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por haber tenido o no relaciones sexuales en la escuela oficial y se observa una media mayor de 91.59 (Desviación Típica= 19.112) entre los adolescentes que todavía no han tenido relaciones sexuales y una media menor de 78.38 (Desviación Típica= 20.996) entre los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales.

Descriptivos

Relaciones sexuales Oficial			Estadístico	Error típ.	
Autocuidado Oficial	Sí	Media	78.38	3.601	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	71.06	
			Límite superior	85.71	
		Media recortada al 5%	78.49		
		Mediana	76.50		
		Varianza	440.849		
		Desv. típ.	20.996		
		Mínimo	26		
		Máximo	126		
		Rango	100		
		Amplitud intercuartil	31		
		Asimetría	-.081	.403	
		Curtosis	.081	.788	
		No	No	Media	91.59
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			85.91	
	Límite superior			97.26	
Media recortada al 5%	91.65				
Mediana	92.00				
Varianza	365.270				
Desv. típ.	19.112				
Mínimo	53				
Máximo	127				
Rango	74				
Amplitud intercuartil	26				
Asimetría	.027			.350	
Curtosis	-.651			.688	

Figura 8. Gráficas de caja de bigotes de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de INEA.

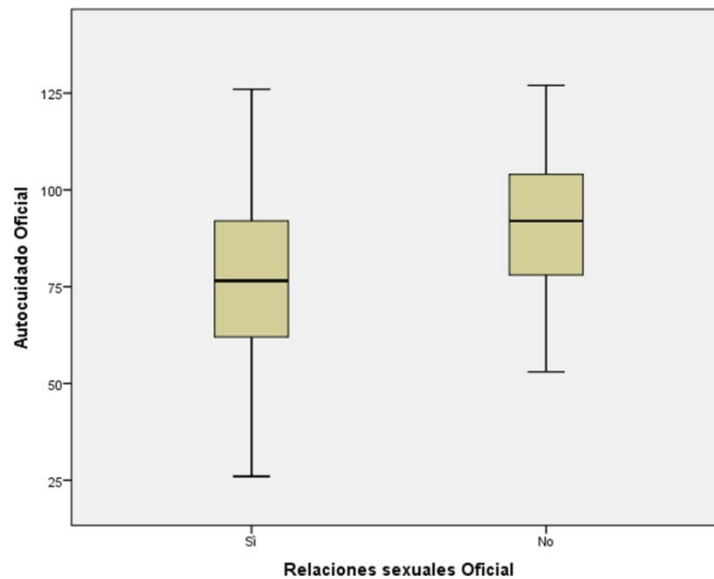
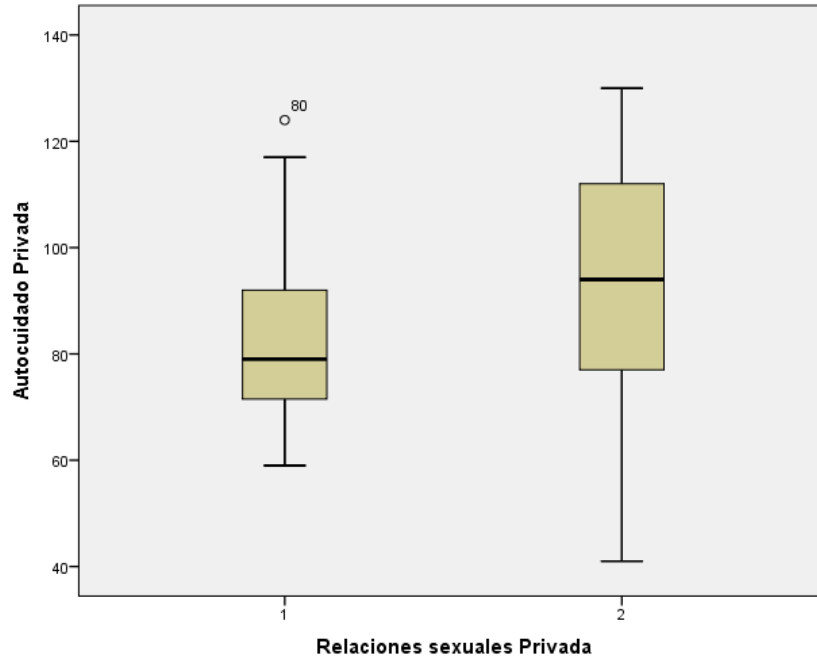


Tabla 9. Estadísticos de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de la escuela Privada.

Descriptivos			Estadístico	Error típ.
Relaciones sexuales Privada				
Autocuidado Privada	1	Media	82.90	2.896
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 76.99 Límite superior 88.82	
		Media recortada al 5%	82.07	
		Mediana	79.00	
		Varianza	260.024	
		Desv. típ.	16.125	
		Mínimo	59	
		Máximo	124	
		Rango	65	
		Amplitud intercuartil	23	
		Asimetría	.740	.421
		Curtosis	.238	.821
	2	Media	93.94	3.044
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 87.82 Límite superior 100.06	
		Media recortada al 5%	94.48	
		Mediana	94.00	
		Varianza	454.142	
		Desv. típ.	21.311	
		Mínimo	41	
		Máximo	130	
		Rango	89	
		Amplitud intercuartil	36	
		Asimetría	-.325	.340
		Curtosis	-.726	.668

En la Tabla 9, se aprecian los estadísticos del Autocuidado por haber tenido o no relaciones sexuales en la escuela privada y se observa una media mayor de 93.94 (Desviación Típica= 21.311) los adolescentes que todavía no han tenido relaciones sexuales y una media menor de 82.90 (Desviación Típica= 16.125) los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales. La comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo.

Figura 9. Gráficas de caja de bigotes de Autocuidado en los adolescentes que tienen relaciones sexuales y los que no, en la muestra de la escuela Privada.



5.2 Estadística inferencial

5.2.1 ANOVA de Autocuidado

Tabla 10. Resultados de ANOVA del Autocuidado entre las tres muestras.

ANOVA de un factor

Autocuidado					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	19782.445	2	9891.222	29.848	.000
Intra-grupos	75223.646	227	331.382		
Total	95006.091	229			

En la Tabla 10, se muestra el cálculo de la F, para las tres muestras de estudiantes en Autocuidado, demostrándose que se rechaza la hipótesis nula, ya que el nivel de significancia es de .000 y supone que existen diferencias estadísticamente significativas.

5.2.2 ANOVA de Actitud

Tabla 11. Resultados de ANOVA de la Actitud hacia la sexualidad entre las tres muestras.

ANOVA de un factor

Actitud					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	204.882	2	102.441	.534	.587
Intra-grupos	43545.709	227	191.831		
Total	43750.591	229			

En la Tabla 11, se muestra el cálculo de la F para las tres muestras de estudiantes en Actitud hacia la sexualidad, demostrándose que se acepta la hipótesis nula, ya que el nivel de significancia es de .587 y supone que no existen diferencias estadísticamente significativas.

5.2.3 ANOVA de conocimiento

Tabla 12. Resultados de ANOVA de Conocimientos sobre el VPH entre las tres muestras.

ANOVA de un factor

Conocimiento VPH					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	146.409	2	73.205	15.550	.000
Intra-grupos	1068.673	227	4.708		
Total	1215.083	229			

En la Tabla 12, se muestra el cálculo de la F para las tres muestras de estudiantes en Conocimiento del Virus del Papiloma Humano, demostrándose que se rechaza la hipótesis nula, ya que el nivel de significancia es de .000 y supone que existen diferencias estadísticamente significativas.

5.2.4 Correlaciones de autocuidado y actitud

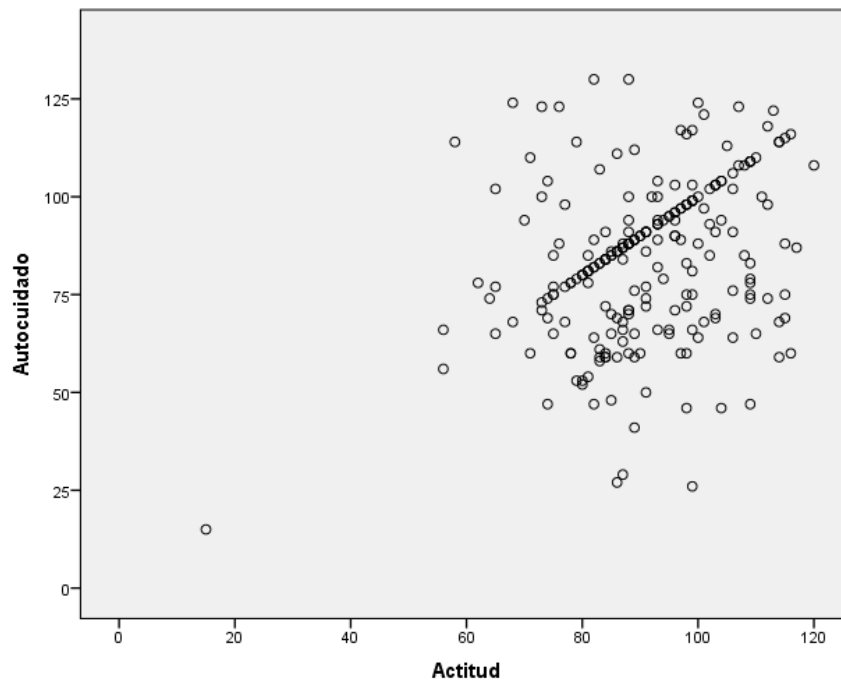
Tabla 13. Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson de Autocuidado y Actitud.

		Autocuidado	Actitud
Autocuidado	Correlación de Pearson	1	.287**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	230	230
Actitud	Correlación de Pearson	.287**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	230	230

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 13, se muestra el coeficiente de correlación de Pearson del Autocuidado y la Actitud encontrándose que existe una correlación, ya que el nivel de significancia es de .000, pero débil entre las variables (.287).

Figura 10. Diagrama de dispersión de la correlación de Autocuidado y Actitud de las tres muestras de estudiantes.



5.2.5 Correlaciones de autocuidado y conocimiento

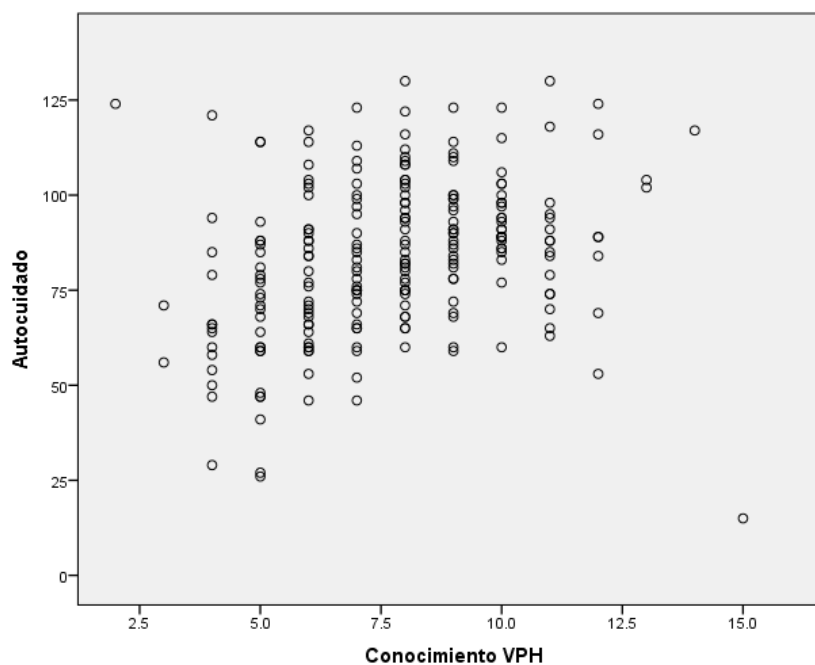
Tabla 14. Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson de Autocuidado y Conocimiento del VPH.

		Correlaciones	
		Autocuidado	Conocimiento VPH
Autocuidado	Correlación de Pearson	1	.301**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	230	230
Conocimiento VPH	Correlación de Pearson	.301**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	230	230

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 14, se muestra el coeficiente de correlación de Pearson del Autocuidado y Conocimiento del Virus del Papiloma Humano, encontrándose que existe una correlación, ya que el nivel de significancia es de .000, pero débil entre las variables (.301)

Figura 11. Diagrama de dispersión de la correlación de Autocuidado y conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en las tres muestras de estudiantes.



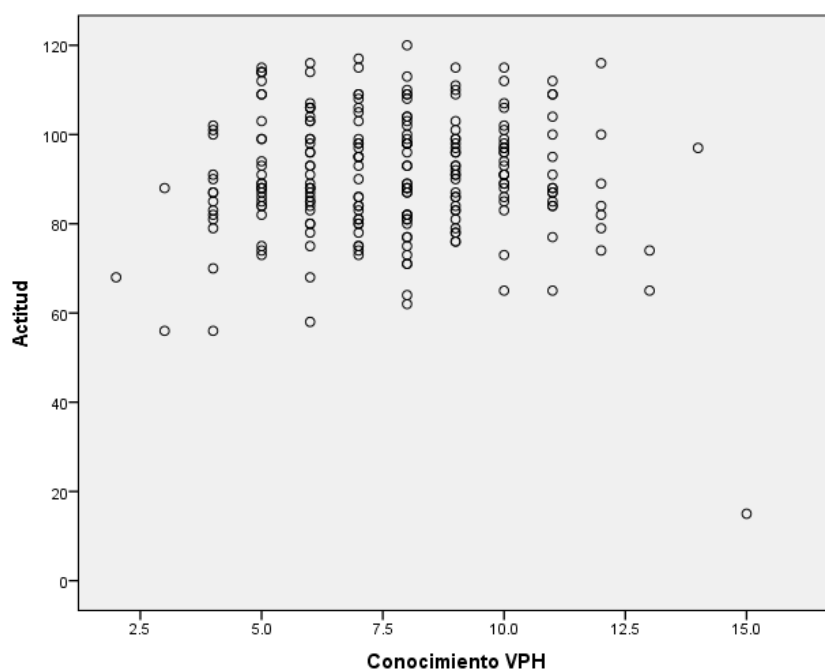
5.2.6 Correlaciones de actitud y conocimiento

Tabla 15. Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson de Conocimiento del VPH y Actitud.

		Conocimiento VPH	Actitud
Conocimiento VPH	Correlación de Pearson	1	-.036
	Sig. (bilateral)		.591
	N	230	230
Actitud	Correlación de Pearson	-.036	1
	Sig. (bilateral)	.591	
	N	230	230

En la Tabla 15, se muestra el coeficiente de correlación de Pearson del Autocuidado y la Actitud encontrándose que no existe una correlación entre las variables, ya que el nivel de significancia es de .591.

Figura 12. Diagrama de dispersión de dispersión de la correlación de Actitud y conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en las tres muestras de estudiantes.



En el próximo capítulo se reúne y comenta la discusión extraídas del análisis de los resultados ya expuestos.

Capítulo 6. Discusión

En cuanto a la discusión, en esta investigación se encontró que el factor escolar sí influye para un mayor Autocuidado y mayor conocimiento del Virus del Papiloma Humano. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por González, Rojas, Hernández y Oláiz (2005), lo que indica que los adolescentes escolarizados tienen un mayor conocimiento de métodos anticonceptivos y otros aspectos ligados al Autocuidado. Por lo cual los adolescentes que necesitan de mayor información sobre autocuidado son los que se encuentran en un sistema no escolarizado.

Sin embargo, las mujeres escolarizadas de la muestra fueron las que evidenciaron mayor autocuidado, lo que se confirma con un estudio realizado por Heaven (1996; citado en Vargas y Barrea, 2002), quien señala que los hombres son poco capaces de poder rechazar a tener un encuentro sexual con la pareja o con una persona distinta, con la cual no se sientan incómodos. Además que la mayor parte de las mujeres escolarizadas todavía no tienen relaciones sexuales, esto se corrobora con Uribe et al. (2013), quienes asumen que el rol sexual masculino es una condición social y cultural que otorga al hombre mayor consentimiento en las prácticas sexuales durante la adolescencia y juventud. En este sentido, Trejo y Díaz-Loving (2013), señalan que los hombres presentan menos niveles de compromiso para tener relaciones sexuales, por lo tanto los lleva a tener mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, esto en comparación con las mujeres, esto se debe, a que han sido socializados hacia el placer, en el desarrollo de la identidad, donde el sexo representa un reflejo de su hombría, por lo cual desarrollan una serie de conductas sexuales, resultado de lo que la sociedad espera de acuerdo a su rol masculino (Rocha y Díaz-Loving, 2011, citados en Trejo y Díaz-Loving, 2013).

Las mujeres no escolarizadas presentaron menor autocuidado de la muestra, lo cual se corrobora con la CONAPO (2009) que señaló que el 82.6% de las mujeres sin escolarización, solo tienen conocimiento de un método anticonceptivo; lo mismo sucede con el 99.4% de las mujeres que solo tienen la secundaria. Asimismo causa falta de oportunidades y conocimiento para enfrentarse a las consecuencias y riesgos originados por la infección del VPH, además de la poca información referente a las medidas preventivas

necesarias para utilizarlas en sus prácticas sexuales y las mínimas visitas que hacen a los centros e instituciones de salud.

Por otro lado, Sánchez-Domínguez, Leyva-Flores, Caballero e Infante (2010; citado en Uribe et al., 2013), señalan que el ser hombre con escolarización mayor a seis años, tener conocimientos sobre las ITS, VPH y VIH/SIDA y con percepción de riesgo de ser contagiados de ITS, VPH y VIH/SIDA, se asocia con la intención de utilizar el condón al tener contacto sexual, lo cual se corrobora en los hombres escolarizados, que presentan mayor autocuidado. Asimismo Uribe, et al., (2013) señala que el hombre utiliza con mayor frecuencia el condón en las prácticas sexuales, en tanto mayor sea su intención y aceptación para emplearlo y posea habilidades para comunicarlo de manera asertiva a su pareja; en este sentido, el uso del preservativo en las prácticas sexuales en hombres puede atribuirse a la condición social de ser hombre, o evitar un embarazo, una ITS, o solo por tener la intención de utilizarlo, lo que es resultado de las normas sociales, culturales y normas subjetivas, propias para los hombres en la cultura mexicana, a los cuales mayormente se les atribuye la responsabilidad de utilizar el condón en una relación sexual.

En el puntaje de Autocuidado en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual es mayor en los adolescentes no escolarizados. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en Gayet, Juárez, Pedroso y Magis (2003), quienes refieren que comenzar con una vida sexual a una edad mayor aumenta el empleo del preservativo de forma importante, esto quiere decir que quienes comienzan en edades muy tempranas, tienen menos probabilidades de utilizarlo en su primera relación sexual y por consiguiente, un mayor riesgo de contagiarse de una ITS. Esto se debe que hay una baja percepción de riesgos y falta de habilidad para negociar con la pareja el utilizar el condón para la prevención.

Conforme a las estadísticas y reportes, se ha determinado que el inicio de la actividad sexual a edades tempranas (distinguidas por la falta de medidas de protección y varias parejas sexuales), elevan el riesgo de adquirir ITS o VIH/SIDA, por lo que se considera a los adolescentes como una población vulnerable con respecto al incremento cada vez mayor de estas prácticas sin ninguna prevención (Campo, Silva, Meneses, Castillo & Navarrete, 2004; citados en Gonçalves et al., 2007).

Las mujeres no escolarizadas son las que presentan mayor frecuencia en el inicio en las relaciones sexuales, por tanto se encuentran en mayor riesgo de contraer la infección del Virus del Papiloma Humano, ya que, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), las infecciones de transmisión sexual más frecuentes entre los jóvenes son el VPH y la candidiasis urogenital. Asimismo, los estudios epidemiológicos han descubierto una alta prevalencia del virus del papiloma humano en adolescentes.

En México se estima que existen alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por algún tipo del virus del papiloma humano, desencadenante del cáncer de cuello de útero, y se calcula que las jóvenes de entre 15 y 24 años de edad son las más perjudicadas (Klausner, 2008; citado en López-Cárdenas, 2014). Señalando la Secretaría de Salud, que debido al cáncer cervicouterino fallecen 12 mexicanas cada día, y 38.8 de cada 100 son portadoras (Sánchez, 2007; citado en Diyarza-López, 2008). Además, los adolescentes son más vulnerables a contraer la infección, ya que Alfaro y Fournier (2013) refieren que el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas trae más vulnerabilidad a la transmisión de enfermedades sexuales por la inmadurez del tracto genital, así como la zona de transformación del cérvix.

En cuanto a los adolescentes escolarizados, presentaron menor frecuencia en el inicio en las relaciones sexuales, teniendo las mujeres el mayor puntaje de autocuidado, probablemente por lo que Levinson (1993; citado en Vargas y Barrera, 2002; citados en Avilés-López, 2009) señala sobre el comportamiento sexual y la auto-eficacia percibida, en el cual reportó que los adolescentes tienen la capacidad de producir situaciones sin riesgo, buscando métodos anticonceptivos, además se hacen responsables del rumbo de la relación sexual y el uso de anticonceptivos, anticipando el coito sin protección, esto en relación a su asertividad.

Sin embargo se observa que existen mujeres que aunque no han tenido relaciones sexuales se perciben poco auto-eficaces, probablemente se puede deber, como señala Benthin (1993; citado en Gonçalves et al., 2007) a que la percepción de riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual sea menos conocida y de cierta manera más temida, por lo tanto es percibida como menos controlable, a diferencia del riesgo de embarazo. Asimismo, se puede referir que los adolescentes no han tenido la ocasión del coito o

simplemente lo postergan porque se perciben menos cuidadosos en la relación sexual y por tanto se ven más cautelosos.

En cuanto a las actitudes hacia la sexualidad, tanto los adolescentes del sistema escolarizado como del sistema no escolarizado, presentaron una actitud conservadora. Estos hallazgos coinciden con García (2007; citado en Trejo y Díaz-Loving, 2013), quien menciona que las condiciones sociales, políticas y económicas de la cultura mexicana, restringen y dificultan el ejercicio del erotismo, aparte de la estrecha interacción que existe entre la cultura y la religión, ocasionando tensiones y contradicciones. Asimismo, Trejo y Díaz-Loving (2013) señalan que se puede observar una evidente limitación del comportamiento sexual en el componente conductual, que evalúa la cantidad de parejas sexuales que han tenido, en el presente, pasado y las que se esperan en el futuro, esto se debe a que en la sexualidad, las actitudes están creadas en base a normas y valores, determinadas por una sociedad y cultura en particular, facilitando la formación de juicios terminantes acerca de los comportamientos sexuales considerados correctos o incorrectos, además que en ciertas ocasiones restringen o castigan las decisiones y el comportamiento de los individuos, por medio de la culpa y la limitación con respecto a la sexualidad (Álvarez, citado en Trejo y Díaz-Loving, 2013).

Por lo tanto, es importante destacar y replantear las normas y valores establecidos por la sociedad mexicana, ya que Enah y Childs (2012; citados en Uribe et al., 2013) refieren que las actitudes positivas hacia el preservativo y la habilidad de negociación son los predictores primordiales del uso del condón en la actividad sexual de los adolescentes. Asimismo Uribe, González y Santos (2012), mencionan que el rechazo al uso del condón está vinculado al entorno sociocultural y a las creencias equivocadas al empleo del preservativo.

Por último, la prevención primaria es fundamental para evitar el contagio de una Infección de Transmisión sexual, por lo cual es primordial la utilización del condón masculino o femenino, ya que según CENSIDA (2007; citado en Avilés-López, 2009) el uso correcto y consistente del preservativo está considerado como una de las primordiales estrategias de prevención de las ITS y VIH/SIDA, ya que reduce el riesgo de contraer las enfermedades. En relación a esto, el condón femenino tiene más beneficios en la protección

del VPH, ya que permite disminuir los riesgos de contagiarse pues cubre mayor área genital que el condón masculino (Hernández et al., 2012). Desafortunadamente, la Secretaria de Salud no ha tomado en consideración el condón femenino para formar parte de los métodos anticonceptivos básicos, lo que ocasiona que no lo utilicen los adolescentes

Acerca de las limitaciones del estudio, hay que mencionar que este estudio inicialmente tenía prevista la realización de un taller de prevención acerca del VPH, pero no se realizó debido a que no se completó la población adolescente en el Centro de Atención y Prevención en las Adicciones. Esto llevó a la necesidad de cambiar el enfoque del estudio hacia uno de relación del Autocuidado, la actitud hacia la sexualidad y el conocimiento del VPH.

Finalmente, el cambio de orientación del trabajo produjo también una reducción del tiempo para la realización del Cuestionario del Virus del Papiloma Humano, por lo cual solo se jueceo por las profesoras, quedando pendiente su validación.

Capítulo 7. Conclusiones

En este apartado se presentan las conclusiones de esta investigación, al dar respuesta a la pregunta central de este estudio: Analizar si existen diferencias en los niveles de autocuidado, actitud hacia la sexualidad y conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados y no escolarizados. Para esto se tomaron en cuenta los resultados de los tres instrumentos: La Escala de Auto-eficacia SEA-27, la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad Ampliada (27-Items ATSS) y un Cuestionario del Virus del Papiloma Humano. Se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de autocuidado y del conocimiento del virus del papiloma humano en los adolescentes del sistema escolarizado y el no escolarizado, sin embargo, en la variable de actitud hacia la sexualidad no se encontraron diferencias.

En relación a la influencia que tiene el factor escolar en las conductas de autocuidado, la actitud hacia la sexualidad y en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano, en los adolescentes escolarizados y los no escolarizados, se encontró que el factor escolar sí influye en el autocuidado y en el conocimiento del virus del papiloma humano en los adolescentes de la escuela pública Oficial No. 97 y la escuela privada UIN, a diferencia del INEA, que es un sistema no escolarizado. Sin embargo no influye en las actitudes hacia la sexualidad.

En cuanto a los puntajes alcanzados en el autocuidado en las muestras de estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado, se evidenció un mayor puntaje en la escuela privada (UIN, 89.66), seguido de la escuela pública (Oficial No. 97, 84.64), y el puntaje promedio menor fue para el INEA (69.56). Al compararse con los puntajes de la escala de Auto-eficacia, se determinó que la escuela pública y la escuela privada tienen un nivel promedio bajo y en INEA un nivel bajo, demostrando que tienen mayor nivel de autocuidado los estudiantes del sistema escolarizado.

En cuanto a los puntajes alcanzados en la actitud hacia la sexualidad en las muestras de estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado, el estudio evidenció un mayor puntaje promedio en la escuela privada (UIN, 92.03), seguido de la escuela pública (Oficial No. 97, 89.76) y el puntaje menor fue del INEA (84.53), lo que muestra mayor puntaje de

las Actitudes hacia la sexualidad en el sistema escolarizado, sin embargo al compararse con los puntajes de la escala de Actitud hacia la sexualidad, se determinó que tanto el sistema escolarizado como el no escolarizado, presentan una actitud conservadora ante la sexualidad.

En cuanto a los puntajes alcanzados sobre el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en las muestras de estudiantes del sistema escolarizado y el no escolarizado, se encontró un mayor puntaje promedio en la escuela pública (Oficial No. 97, 8.25), seguido de la escuela privada (UIN, 8.19) y el puntaje menor fue por el INEA (6.49). Al compararse con los puntajes del cuestionario del Virus del Papiloma Humano, se determinó que los estudiantes de la escuela pública y de la escuela privada presentaron un mayor conocimiento, mientras que los estudiantes del INEA tuvieron menos conocimientos, demostrándose que las escuelas del sistema escolarizado tuvieron un mayor dominio del tema.

En relación a las diferencias en los puntajes de autocuidado, en la muestra de adolescentes de hombres y mujeres, en la muestra de INEA se presentó un mayor puntaje en Autocuidado en hombres (71.30) y un puntaje menor en mujeres (67.61). Al compararse con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel bajo de la variable, en ambos.

En la muestra de la escuela pública Oficial No. 97, se presentó una media mayor en Autocuidado (88.47) en las mujeres y una media menor en hombres (81.17). Con la comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo de la variable, tanto en hombres como en mujeres. En la muestra de la escuela privada UIN, se encontró una media mayor (95.07) en las mujeres y una media menor en hombres (83.68).

En la comparación con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo los hombres y un nivel promedio alto las mujeres. Por lo cual, se observan diferencias en los sexos, con un mayor nivel de autocuidado en las mujeres. Se determinó que las mujeres escolarizadas presentan mayor nivel de autocuidado que los hombres

escolarizados, además que los hombres no escolarizados presentan mayores puntajes que las mujeres no escolarizadas.

En relación a las diferencias en los puntajes de la conducta de autocuidado en la muestra de adolescentes que han iniciado en las relaciones sexuales y los que todavía no, se encontró en la muestra del INEA, una media mayor (77.88) en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales y una media menor (66.89) en los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales. Al compararse con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo los adolescentes que todavía no han iniciado y un nivel bajo los adolescentes que ya han iniciado con relaciones sexuales. Se evidenció un nivel mayor de autocuidado en los que todavía no han iniciado en la actividad sexual.

En la muestra de la escuela pública se presentó una media mayor (89.27) en los adolescentes que todavía no han tenido relaciones sexuales y una media menor (78.38) en los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales. Al compararse con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo, los adolescentes con experiencia sexual y los que no han iniciado con relaciones sexuales. Por lo cual, no existen diferencias en la experiencia sexual. En la muestra de la escuela privada, se presentó una media mayor (93.94) en los adolescentes que todavía no han tenido relaciones sexuales y una media menor (82.90) en los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales.

Al compararse con los puntajes de la escala de Autocuidado, presentan un nivel promedio bajo en ambas. Se determinó que los adolescentes que todavía no han iniciado relaciones sexuales, tienen mayores niveles de autocuidado, que los adolescentes que ya han iniciado con la actividad sexual, determinando que los adolescentes escolarizados con o sin experiencia sexual, tienen mayor nivel de autocuidado y entre los no escolarizados sólo los que todavía no tienen relaciones sexuales presentan mayor nivel de autocuidado.

En cuanto a la relación del autocuidado con las variables de actitud hacia la sexualidad y conocimiento del Virus del Papiloma Humano, se encontró que existe una relación significativa de baja intensidad entre Autocuidado y Actitud hacia la sexualidad, al igual que con la variable conocimiento del Virus del Papiloma Humano. Pero no se encontró relación entre Actitud y conocimiento del VPH.

Por lo tanto se concluye, que los adolescentes de un sistema escolarizado, presentan mayores conductas de Autocuidado y conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano, lo cual genera que se utilice con mayor frecuencia el condón, quienes tienen relaciones sexuales, debido al entendimiento de las formas de transmisión y consecuencias que origina la infección, para tomar medidas preventivas, disminuyendo su incidencia de contagio del virus. Asimismo que los adolescentes escolarizados retardan el inicio de la actividad sexual, encontrándose menor número con prácticas sexuales. A diferencia del sistema no escolarizado, el cual presenta menores conductas de Autocuidado y menor conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano, debido que este sistema presenta graves limitaciones en la enseñanza y es común que el personal que trabaja en este tipo de instituciones no dispone de la adecuada preparación, no conoce las funciones específicas que le atañen cumplir dentro de un sistema de enseñanza abierto. Además el cual podría no contar con capacidades de adquisición de conocimiento que les permita resolver problemas de independencia, siendo este un factor de riesgo.

Cabe destacar algunas sugerencias relevantes sobre la investigación:

- En el sistema escolarizado se observa una falta de información sobre el Virus del Papiloma Humano, además de que existe una relevancia particular acerca del conocimiento de la enfermedad en el sistema no escolarizado. Por lo tanto, se deben introducir asignaturas educativas orientadas a la salud, para tratar el tema de las ITS y fomentar medidas preventivas que permitan evitar contagios.
- Diseñar cuestionarios estandarizados del Virus del Papiloma Humano para su aplicación a en la población mexicana.
- El establecimiento de programas gubernamentales para una educación sexual formal, para una prevención primaria de las ITS, disminuyendo el costo social que está genera al brindar tratamiento a la enfermedad establecida, a través de intervenciones médicas.
- Mayor atención al sistema no escolarizado, debido a que presenta graves limitaciones en la enseñanza, debido a su escasa o nula asistencia a clases, por lo que se reduce su capacidad de adquirir conocimiento para resolver sus problemas.

- Las posibilidades que puede tener el psicólogo para su intervención en los niveles de prevención son:

- El profesional de la psicología tiene múltiples funciones y misiones en el trabajo preventivo. En la prevención, la educación sexual es la principal herramienta que podemos desarrollar todos ante los conflictos y escenarios de la sexualidad. La educación sexual por tanto, es uno de los ámbitos donde la acción y servicio del psicólogo son primordiales. La realización de un taller preventivo para el vph, debe estar estructurado en temas esenciales como: la sexualidad, anatomía y fisiología sexual de la mujer y el hombre, relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual, todo lo referente a la infección del vph como: sus signos y síntomas, formas de transmisión, formas de prevención, además el desarrollo de habilidades como la comunicación asertiva, el autocuidado, toma de decisiones. Con la finalidad de promover conocimientos y habilidades que los lleven a comportarse de una manera preventiva, en su vida sexual.

- Trabajando con personas infectadas con VPH, el psicólogo puede ofrecer contención emocional en los momentos decisivos (al conocer el diagnóstico, en el apego al tratamiento, etc.). La intervención del psicólogo con estrategias terapéuticas de contención emocional, el apoyo colaborativo en la aceptación de la enfermedad es fundamental en las primeras fases del proceso, debido a que en estas fases presenta depresión, negación y hostilidad

- El tratamiento psicológico se concentra en el conocimiento básico de la infección y en la adopción de una actitud comprometida y responsable que se requiere para manejar la enfermedad. Se debe permitir al paciente conocer acerca del padecimiento, la progresión, los efectos en su cuerpo, mente y conducta. Esta información permite construir una vivencia del VPH, partiendo de datos reales que en general disminuyen la ansiedad ante la infección. En la medida en que la persona con VPH se apegue al tratamiento médico y atienda las recomendaciones terapéuticas, puede ir retomando su vida funcional.

- En el trabajo con mujeres con cáncer cervicouterino, el psicólogo puede ofrecer intervenciones a través de talleres que potencien el desarrollo de las emociones positivas siendo una herramienta que se puede emplear para generar en el sujeto un bienestar y tener una mejor calidad de vida, produciendo un aumento cognitivo y conductual, favoreciendo un estilo de afrontamiento adaptativo, esto a partir de lo propuesto por Barbara L.

Fredickson, que brinda tres proyectos basados en aumentar las emociones positivas y disminuir la negatividad.

Referencias

- Aguiar, E. (2012). Resiliencia, Factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta colombiana de Psicología*, 15 (2), 53-64. Recuperado de: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_9966_v15-n2-art5.pdf
- Alfaro, A. & Fournier, M. (2013). Ginecología virus del papiloma humano. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70 (606), 211-217. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>
- Alonso, P., Lazcano, E. & Hernández, M. (2005). *Cáncer cervicouterino: Diagnóstico, prevención y control* (2da.ed.). México: Médica Panamericana.
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). *Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes*. *Revista colombiana*, 15, 91-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401510.pdf>
- Ángeles-Cruz. (2008, 24 de julio). Estudio: 50% de adolescentes tienen su primera relación sexual a los 16 años. *La Jornada. Sociedad y justicia*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/07/24/index.php?section=sociedad&article=044n2soc>.
- Ángeles-Cruz. (2013, 17 de Mayo). Tienen vida sexual activa 38% de mexicanos de entre 10 y 19 años. *La Jornada. Sociedad y justicia*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2013/05/17/sociedad/039n1soc>.
- Arillo-Santillán, G. I. (2008). *El inicio de vida sexual de adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos ENSAR, 2003*. Tesis de Maestría en Estudios de Población y Desarrollo Regional. Morelos: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Ávila-Hernández, K. S. (2013). *Propuesta de un taller sobre adolescencia y sexualidad: orientación hacia una actitud saludable*. Tesina de Licenciatura de Psicología. México: Universidad Autónoma Nacional de México.
- Avilés-López, N. A. (2009). *Implicación afectiva y uso del condón en las relaciones de pareja de los adolescentes*. Tesis de Licenciatura de Psicología. FES Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México: Universidad Autónoma Nacional de México.
- Barranco-Carmona, K. H. (2010). *La delgada línea entre la detección y el padecimiento del Virus del Papiloma Humano*. Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación Especialidad en Publicidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calderón-Balderas, M. A. (2014). *Congruencia clínica, citológica, y colposcopia en el diagnóstico de infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres que acuden a realizarse citología en el Centro de Salud de San Bartolo el Viejo en el Municipio de Zinacantepec, Toluca, Estado de México*. Tesis de Médico Cirujano. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Caride, C., adaptado por Pereyra, J. (2009). *Salud y sexualidad: apuntes para promotoras y promotores* (2da. ed.). Buenos Aires: Librería de mujeres editoras.
- Carreras, R., Xercavins, J. & Checa, M. (2008). *Virus del Papiloma Humano y cáncer de cuello de útero* (1ra. ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Carrillo, A., Hernández, M., Hernández, T., & Zarate, A. (2012). Terapéutica en infección por Virus del Papiloma Humano. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 80 (11), 712-719. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211e.pdf>
- Castañeda-Ávila, C. S. (2014). *Capacitación en conocimientos y habilidades para la educación sexual*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: Universidad Autónoma Nacional de México.
- Clavijo, R., Rodríguez, L., Patiño, M., Alés, M., González, M., Pérez, N., Junquera, C., Ribes, M., & Márquez, J. (2005). *Educador de Educación Especial de la Generalitat Valenciana* (1era. ed.). Madrid: Mad, S.L.
- Consejo Estatal de Población. (2010). *Manual: Hablemos de sexualidad*. Recuperado de: http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_guiadsex.pdf
- Crooks, R. & Baur, K. (2009). *Nuestra sexualidad* (10ª ed.). México: Cengage Learning.
- De Guglielmo, Z., Ávila, M., Vertía, D., Fernádes, A., & Correnti, Ma. (2010). Virus del Papiloma Humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cervicouterino. *Revista Venezolana de Oncología*, 22 (1), 32-38 .Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822010000100004&script=sci_arttext
- De Pablo, C. (2005). *Educación en sexología y sexualidad humana* (1era. ed.). Ciudad Real, España: Formación Alcalá.
- Delgado-Mendoza, A. G. (2006). *La educación sexual y los riesgos de los ejercicios de la sexualidad en el adolescente*. Tesina de Licenciatura en Pedagogía. México: Universidad Autónoma Nacional de México.
- Diéguez, J., López, A., Sueiro, E. & López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) Ampliada. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46-56. Recuperado de: http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/sp/pdf/psi_actitudes.pdf
- Diyarza-López, S. (2008). *El papel del psicólogo de la salud en la prevención del Virus del Papiloma Humano*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Tlalnepantla, Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- El producto vital a prueba. (Febrero 2011). *Revista del consumidor*, 28-42. Recuperado de:

- Fernández, I., Ubillo, S., & Páez, D. (2004). *Psicología social y cultural* (1era. ed.). España, Madrid. Pearson Prentice Hall.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta. Ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Gamas-Sánchez, Y. L. (2008). *Taller de educación sexual, para la prevención del Virus del Papiloma Humano (VPH), una perspectiva de género, dirigido a las y los adolescentes de primer grado de secundaria*. Tesis de Licenciatura en Pedagogía. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, C., González, I. & Granados, M. (2009). VPH y los Carcinomas de Cavidad Bucal y Bucofaríngeo. *Cancerología*, 4, 181-191. Recuperado de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302362.pdf>
- García-Díaz, M. E. (2010). *Influencia en las actitudes hacia la sexualidad a partir de la aplicación de un taller de educación sexual*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Uruapan, Michoacán: Universidad Don Vasco, A.C.
- García, M., & Vidales, I. (2009). *La actitud de los adolescentes nuevoleonenses ante la sexualidad* (1era. ed.). México: Investigación Educativa.
- Garrido, V. & Pérez, A. (2008). *Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad* (1era. ed.). México: Secretaría de Educación Pública.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedroso, L., & Magis, C. (2003). Uso del condón en adolescentes para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual. *Salud Pública de México*, 45, 632-40. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a08.pdf>
- Gómez, N. (2012, 9 de Diciembre). En educación a distancia, lento avance: especialistas. *El Universal. Nación*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/202522.html>
- Gonçalves, S., Castella, J. & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Sociedad Interamericana*, 41 (2), 161-166. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902007000200006&script=sci_arttext&tlng=es
- Hagan, C. (2010, 2 de Noviembre). El sexo oral incita a otras prácticas sexuales entre adolescentes de Estados Unidos. *CNN México. Vida y Salud*. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2010/11/02/el-sexo-oral-incita-a-otras-practicas-sexuales-entre-adolescentes-de-eu>.
- Hernández, L., Padilla, S. & Quintero. M. (2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano. *Revista UNAM*, 13 (9), 2-13. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/>.

- Instituto Aguascalentense de las Mujeres. (S/F). *Manual del taller: sexualidad 04*. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller_sexualidad.pdf.
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología* (1era. ed.). España: Colección Labor.
- Klausner, J. & Hook, E. (2008). *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual* (1era. ed.). México: Mc Graw Hill.
- La Secretaria de Salud del Gobierno Federal. (2009). *Manual del uso correcto del condón*. La Secretaria de Salud del Gobierno Federal. Recuperado de: <http://www.alaingarcia.net/tucan/manual-condon.htm>
- Leiva, D. (2014). Sistema de enseñanza abierta. *Revista electrónica: Tecnología y Comunicación Educativa*. Recuperado de: <http://investigacion.ilce.edu.mx/stx.asp?id=2358&db=&ver>
- López, A., Morales, I., & Silva, E. (2005). *La estructura del sistema educativo mexicano* (4ta Ed.). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- López-Cárdenas, I. Y. (2014). *El aspecto femenino como factor de desarrollo de virus de papiloma humano y como coadyuvante de su sanación*. Tesis de Licenciatura de Psicología. México: Universidad Autónoma Nacional de México.
- Lucrecia, M., Medina, M. & Merino, L. (2013). Valoración diagnóstica de técnicas moleculares para detección de infección bucal por Virus del Papiloma Humano. *Instituto de Medicina Regional. Universidad Nacional del Nordeste*, 32, (1), 25-30. Recuperado de: http://www.amimc.org.mx/revista/2012/32_1/valoracion.pdf.
- Militza, Mg., Cruz, J., Bastidas, M., Danmarys, L., Rodríguez, A. & Puig, J. (2013). Detección molecular de VPH por PCR-RFLP en muestras del área ano-genital de hombres en el Estado Mérida, Venezuela. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(4). Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322013000400005&script=sci_arttext.
- Monroy, A. (2004). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: Guía práctica para padres y educadores* (1era.ed.). México: Pax México.
- Muñoz, C., Pigem, R. & Alsina, M. (2013). Nuevos tratamientos en la infección del Virus del Papiloma Humano. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 30 (20), 1-7. Recuperado de <http://www.elsevier.es/eop/S0001-7310%2813%2900150-6.pdf>: doi.org/10.1016/j.ad.2013.03.003.
- National Center for HIV/AIDS, Viral hepatitis, STD, and TB Prevention and Division of STD Prevention. (2012). El VPH y los hombres – Hoja informativa de los CDC. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/std/spanish/HPVandMen-Fact-Sheet-sp-August-2012.pdf>
- Negrón, M. (2009). *Microbiología y estomatológica fundamentos y guía práctica* (2da. ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud. (2007). Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24bcd68e04001011e013bfb.pdf>
- Orcasitas, L., Uribe, A., Castellanos, L. & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30 (2), 371-406. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v30n2/a06v30n2>.
- Parajeles, M., & Zamora, M. (2012). La educación sexual en la adolescencia: la vivencia de un trabajo comunal universitario. *Medicina legal de Costa Rica*, 29, (2), 67-76. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n2/art8.pdf>
- Páramo, M. (2009). *Adolescencia y psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión* (1era. ed.). Madrid, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Pares, I. (2008). Formación directiva para instituciones educativas privadas de educación básica y media superior en México. Tesis de Psicología España, Barcelona. Universidad Internacional de Catalunya.
- Perinat, A. (2007). *La primera infancia y la adolescencia* (1era. ed.). Madrid: VOC.
- Piña, O. (2013). *Aceptación, estigma y discriminación. Estudiantes normalistas ante sectores vulnerables* (1era. ed.) México: Díaz de Santos.
- Rage, A. (2004). *La pareja* (3era. ed.). México: Plaza y Valdéz.
- Revista del consumidor. (2011). El producto vital a prueba. Recuperado de: <http://revistadelconsumidor.gob.mx/wp-content/uploads/2011/03/condonesOK.pdf>
- Sam, S. & Gayón, E. (2006). Guía práctica para el abordaje y manejo de lesiones anogenitales por Virus del Papiloma Humano en adolescentes. *Acta Pediátrica de México*, 27, (3), 151-156. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2006/apm063g.pdf>.
- Shibley, J. & Delmater, J. (2006). *Sexualidad humana* (9na. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Trejo, F. & Díaz-Loving, R. (2013). En torno a la sexualidad: actitudes y orientación sociosexual en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21, (1), 7-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133929862002>
- Tobón, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud* (1era.ed.). Colombia: Universidad Caldas.
- Torices, I. & Ávila, G. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad* (1era. ed.). México: Secretaría de Educación Pública.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X., & Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo.

- Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 5, (2), 75-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80228344005.pdf>
- Valverde, J. (2010). El movimiento de Educación Abierta y la Universidad Expandida. *Tendencias Pedagógicas*, (16), 157-179. Recuperado de: http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2010_16_10.pdf
- Vargas, T. & Barrera, F. (2002). Adolescentes, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Vega, M. & Alvarado, C. (2005). *La sexualidad y la salud sexual reproductiva de los y las adolescentes con énfasis en prevención del VIH/SIDA: Modulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud. Programa Atención Integral a la Adolescencia*. Recuperado de: http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manual_joven.pdf.
- Villagómez, P., Mendoza, D. & Valencia, J. (2011). *Perfiles de salud reproductiva. México* (1era ed.). México: Consejo Nacional de Población
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de medicina interna*, 31, (1), 11-14. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf
- Walti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 11 (45), 143-176. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204507>
- Wolf, L., & de Maura, C. (2014). ¿Educación pública o privada? Una falsa disyuntiva. *Dossier*, (5), 72-75. Recuperado de: http://www.revistaperspectiva.com/archivos/revista/No%205/19_dossier_disyuntiva.pdf

ANEXOS

ESCALA DE AUTOEFICACIA

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: _____

Estudias actualmente: Si No

Trabajas actualmente: Si No

Ultimo año de estudios terminado: _____

Numero de amigos a los que tengas mayor confianza: _____

Vives con tus dos papas: Si No Vives con tu mama: Si No Vives con tu papa: Si No o

Con algún otro familiar: Si No

Has consumido alguna de estas sustancias: Tabaco: Si No Alcohol: Si No Marihuana: Si No otras: Si No cual: _____

Has tenido relaciones sexuales: Si No

A continuación se hacen unas preguntas. Indica que tan seguro estas de ser capaz de hacer lo que se te pregunta. Indícalo poniendo un tache en el recuadro que corresponda a tu respuesta. Nada seguro, Algo seguro, Medio seguro, muy seguro o totalmente seguro. Para evitar saltarnos filas, los recuadros de respuestas llevan el número de la pregunta: 1 para la primera pregunta; 2 para la segunda pregunta y así sucesivamente. No dejes preguntas sin resolver. No hay preguntas buenas o malas, todas son correctas si son sinceras.

A) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te proponen tener relaciones sexuales.....?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1.- ¿Alguien que conoces hace 30 días o menos?					
2.- ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3.- ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4.- ¿Alguien que has tratado con anterioridad?					
5.- ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6.- ¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					

7.- ¿Alguien a quien necesites que se enamore de ti?					
8.- ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9.- ¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10.- ¿Alguien con quien has estado utilizando droga?					
11.- ¿Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?					

B) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de.....?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1.- ¿Preguntar a tu novio/a, si se ha inyectado alguna droga?					
2.- ¿Discutir sobre la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual o SIDA, con tu novio/a?					
3.- ¿Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales que ha tenido en el pasado?					
4.- ¿Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					

c) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de.....?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1.- ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2.- ¿Usar correctamente el condón?					
3.- ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4.- ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga (mariguana, resistol, tinner)?					

5.- ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
6.- ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7.- ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8.- ¿Acudir a la tienda a comprar condones?					
9.- ¿Mantener relaciones sexuales con una sola persona?					
10.- ¿Platicar con tu papa sobre temas sexuales?					
11.- ¿Platicar con tu mama sobre temas sexuales?					

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD AMPLIADA (27 ITEMS-ATSS)

Responda a las siguientes afirmaciones de la forma que mejor refleje su verdadera opinión. No hay respuestas buenas o malas, todas son correctas si son sinceras. Responda de la siguiente forma si esta: **1. Completamente en desacuerdo, 2. Bastante en desacuerdo, 3. Opinión intermedia, 4. Bastante de acuerdo, 5. Completamente de acuerdo.**

PONGA UNA X EN EL LUGAR DONDE ESTA EL NUMERO QUE REPRESENTA SU OPINION.

	1	2	3	4	5
1. Los lugares nudistas deberían ser declarados completamente ilegales.					
2. El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión.					
3. A toda persona que vaya a tener una relación sexual, se le debería dar información y consejo sobre anticoncepción.					
4. Nuestro gobierno debería ser más duro contra la pornografía (para prevenir su distribución).					
5. La prostitución debería ser legalizada.					
6. Abrazar y besar a una persona de otro sexo forma parte del natural proceso de crecimiento de las/os jóvenes.					
7. Las caricias que estimulan sexualmente alguna parte del cuerpo o todo él, son una conducta inmoral al menos que sea con la persona con la que se está casado/a.					
8. La relación sexual premarital entre la gente joven es inaceptable para mí.					
9. La relación sexual entre personas jóvenes no casadas es aceptable para mí si hay afecto entre ellas y si ambas están de acuerdo.					
10. . La conducta homosexual es una forma aceptable de preferencia sexual.					
11 Una persona que se contagia de una enfermedad de transmisión sexual tiene exactamente lo que se merece.					
12. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
13. Las relaciones sexuales sólo debe darse entre personas que están casadas entre sí.					
14. La educación sexual es necesaria tanto en la familia como en la escuela.					
	1	2	3	4	5
15. Si un/a joven se masturba puede sufrir malas consecuencias.					

16. Tener fantasías sexuales es desaconsejable para las personas jóvenes.					
17. La educación sexual es peligrosa.					
18. Las fantasías sexuales son muy normales entre las personas jóvenes.					
19. Las/os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta natural y normalmente saludable.					
20. La juventud no debería en ningún caso tener acceso a la pornografía.					
21. Las/os jóvenes son, en general, muy irresponsables.					
22. Está bien la libertad que tienen las personas jóvenes hoy día.					
23. En general, tengo buena opinión de las/os jóvenes de hoy.					
24. Es bueno que las/os jóvenes puedan acceder con libertad a los materiales pornográficos.					
25. La mayoría de las personas jóvenes son responsables.					
26. Las/os jóvenes tienen hoy demasiada libertad.					
27. La juventud de hoy me merece mala opinión					

Cuestionario del Virus del Papiloma Humano (VPH)

INSTRUCCIONES: Lee con atención las siguientes preguntas y subraya la opción de respuesta que consideres acertada.

1.- ¿Que es el virus del papiloma humano?

- a) Es el virus de la inmunodeficiencia
- b) Es un virus que causa verrugas genitales
- c) Es un virus que causa vómitos
- d) Es un virus que causa llagas genitales.

2.- Señala dos formas de transmisión del VPH

- a) Al masturbarse en baños públicos y al masturbarse con las manos sucias
- b) El uso de baños públicos y al intercambio de ropa interior
- c) Por medio de relaciones sexuales y contacto oral-genital.
- d) Por frotamiento de los genitales y falta de higiene en ellos.

3.- ¿Cuáles son los signos y síntomas del VPH que son observables en las mujeres?

- a) Condilomas acuminados en la vulva, la vagina y/o el ano
- b) Ampollas o llagas en los genitales.
- c) Infecciones persistentes de hongos vaginales.
- d) Verrugas genitales en la vagina.

4.- ¿Cuáles son los signos y síntomas del VPH que son observables en el hombre?

- a) Ardor y dolor en el pene.
- b) Verrugas genitales en el pene, escroto y/o ano
- c) Testículos hinchados o dolorosos
- d) Condilomas acuminados en el pene.

5.- Subraya otras dos formas de transmisión del VPH

- a) A través de la madre al hijo en el vientre y transfusión de sangre
- b) A través de baños con personas infectadas y por contacto oral en el ano.
- c) A través del contacto directo en la misma persona y a través de objeto.
- d) A través de un estornudo y tomar del vaso de una persona infectada.

6.- Conoces alguna vacuna contra el VPH

Si: _____

No: _____

Cual: _____

7.- ¿Qué consecuencias puede traer el VPH si no es diagnosticado y tratado a tiempo en las mujeres?

- a) Cáncer de estómago
- b) Cáncer de piel
- c) Cáncer pulmonar
- d) Cáncer de cuello de útero

8. ¿Qué tipo de personas que adquieran el VPH tienen consecuencias más graves?

- a) A las personas de la tercera edad y mujeres embarazadas.
- b) A las mujeres, y tiene un sistema inmunológico débil.
- c) A los hombres y a los que padecen otra enfermedad.
- d) A los niños y adolescentes.

9.- Menciona cuál es la forma más efectiva en que puedes prevenir la infección por VPH

- a) Realizar ejercicio regularmente.
- b) Usar correctamente el condón femenino
- d) Comer de forma saludable.
- c) Usar correctamente el condón masculino.

10.- ¿Qué factores de riesgo que producen mayor posibilidad de contraer la infección del VPH?

- a) Múltiples parejas sexuales y falta o uso inadecuado del preservativo.
- b) Deficiencia de Timina y un sistema inmunológico débil.
- c) Portar el VIH y alguna otra ITS.
- d) Falta del uso del preservativo y un sistema inmunológico débil.

11.- ¿Qué otro tipo de personas que adquieran el VPH tienen consecuencias más graves?

- a) Los hombres que tienen relaciones solo con mujeres.
- b) Los hombres que presentan otra enfermedad.
- c) Los hombres que tiene relaciones con otros hombres.
- d) Los hombres que tiene relaciones con otra especie.

12.- ¿Cuáles son los signos y síntomas del cáncer-cervicouterino?

- a) Secreción con pus e irritaciones vaginales.
- b) Hemorragia vaginal y dolor pélvico.
- c) Flujo amarillento y sensación de ardor al orinar.
- d) Exceso de flujo con muy mal olor y punzadas en el abdomen.

13.- ¿Qué factores de riesgo producen que la infección avance a cáncer?

- a) Una mala alimentación y uso de píldoras anticonceptivas
- b) Fumar en demasía y no hacer ejercicio.
- c) Estar en constante estrés y constantes gripas
- d) Deficiencia de Piridoxinay Zinc.

14.- Menciona otros factores de riesgo que hacen más fácil poder contraer la infección del VPH

- a) Sentarse en los baños públicos y tocarse los genitales con las manos sucias.
- b) Antecedentes familiares de VPH y personas de edad avanzada.
- c) Nadar en albercas públicas y utilizar tampones.
- d) Inicio de una vida sexual a edad temprana y falta de higiene en los genitales

15.- Usando los recuadros que están a la derecha de cada opción, tacha las respuestas que señalan las formas en que se puede prevenir el VPH

a) Evitar el contacto oral-genital.		e) Por medio de revisiones periódicas de la colposcopia y la prueba del Papanicolaou.	
b) Masturbarse y/o la pareja con las manos limpias.		f) No sentarse en baños públicos.	
c) Uso correcto del condón femenino o masculino.		g) Antes del inicio sexual contar con las 3 dosis de la vacuna gardasil o cervarix.	
d) Utilizar un método anticonceptivo.		h) Comer sanamente y hacer ejercicio.	

16.- ¿Qué vacunas previenen un posible contagio del VPH?

- a) Triple vírica y antorrotavirus
- b) Gardaxil y cervarix
- c) Pentavalente y DPT
- d) BCG y antineumococcicaheptavalente

17.- ¿A qué edad resulta más conveniente vacunarse para prevenir el contagio del VPH?

- a) Entre los 11 y los 12 años
- b) Entre los 19 y los 20 años
- c) Entre los 29 y los 30 años
- d) Entre los 49 y los 50 años